



Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

Trauma im Kindes- und Jugendalter - Erklärungs- und Handlungsmodelle sowie Analyse bestehender Versorgungssysteme

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 28.02.2013
Vorgelegt von: Bruschi, Frauke
Matrikel Nr.: 1987277
Adresse: 

Betreuender Prüfer: Herr Prof. Dr. Gerhard Suess
Zweite Prüferin: Frau Grit Lehmann

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
1 Das psychische Trauma	8
1.1 Definition.....	8
1.2 Potentiell traumatisierende Ereignisse im Kindesalter	9
2 Klinische Symptomatik von Traumafolgestörungen	12
2.1 Traumaspezifische Symptome.....	13
2.2 Komplexe Auswirkungen von Traumatisierungen.....	16
3 Klassifikation posttraumatischer Reaktionen	18
3.1 Akute Belastungsreaktion F 43.0.....	18
3.2 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) F 43.1	19
3.3 Anpassungsstörungen F 43.2.....	19
3.4 Frühkindliche Bindungsstörung F 94.1 und F 94.2	19
3.5 Exkurs Traumaentwicklungsstörung	20
4 Prävalenzen von Traumafolgestörungen	22
5 Pathogenese von Traumafolgestörungen	24
5.1 Biologische Aspekte	25
5.2 Transaktionelles Traumabewältigungsmodell	27
6 Gesetzliche Versorgung traumatisierter Kinder und Jugendlicher	31
6.1 Zivilrechtliche Schutzmaßnahmen im BGB durch die Familiengerichte.....	31
6.2 Regelungen im Kinder- und Jugendschutzgesetz (KJHG) – SGB VIII	32
6.3 Leistungen der Krankenversicherung (SGB V).....	33
6.4 Opferschutz in der Strafprozessordnung (StPO) und in Strafverfahren	33
6.5 Hilfen nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG).....	34

7 Versorgungssysteme und -situation traumatisierter Kinder und Jugendlicher	36
7.1 Versorgung im Gesundheitswesen	38
7.2 Versorgung in der Kinder- und Jugendhilfe	40
8 Therapeutische Intervention nach traumatischen Ereignissen	44
8.1 Notfallpsychologische Interventionen	44
8.2 Therapie	45
8.2.1 Traumatherapeutische Verfahren	45
8.2.2 Phasen der Traumatherapie	47
9 Traumapädagogik	49
9.1 Traumawissen	50
9.2 Traumasensibilität	50
9.3 Pädagogische Institutionen als „sichere Orte“	53
9.4 Bindungsorientierung in der Traumapädagogik	54
9.5 Stabilisierung	55
9.6 Traumazentrierte Arbeit	57
Schlussbetrachtung	59
Literaturverzeichnis	63
Eidesstattliche Erklärung	68

Einleitung

Die Thematik des Traumas im Kindes- und Jugendalter ist in Deutschland in den letzten Jahren stark in den Fokus von Fachleuten verschiedenster Disziplinen gerückt. Da Traumatisierungen einen der wichtigsten psychosozialen Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen und/ oder langfristiger psychosozialer Beeinträchtigungen darstellen, nimmt die Beschäftigung mit diesem Bereich einen besonders wichtigen Stellenwert in Bezug auf den Erhalt von Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ein.

Erst seit knapp fünfundzwanzig Jahren, mit der Einführung des DSM-III-R¹ im Jahr 1988, wird das Ausmaß kindlicher Reaktionen auf psychische Traumatisierung ernstgenommen und das Vorhandensein von posttraumatischen Belastungsstörungen bei Kindern anerkannt. Zuvor wurde die Meinung vertreten, „dass Kinder lediglich mit vorübergehenden und minimalen Störungen auf psychotraumatische Ereignisse reagieren“ (Garmezy/ Rutter 1985, zit.n. Landolt/ Hensel 2008, S.13).

Seitdem haben verschiedene Forschungsprojekte die Häufigkeit und die Auswirkungen von Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter in den Fokus gestellt. „In der Bremer Jugendstudie (Essau et al. 1999) berichten 22,5% der befragten Jugendlichen, dass sie in ihrem Leben ein traumatisches Ereignis erlebt haben. [...] [Die Ergebnisse mehrerer Studien] zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine bedeutsame Zahl von Kindern und Jugendlichen in ihrem Leben von traumatischen Ereignissen betroffen sind und dass ein erheblicher Teil dieser Kinder Traumafolgestörungen unterschiedlicher Dauer entwickelt“ (Landolt/ Hensel 2008, S.13f.).

Die aktuelle Relevanz der Thematik wird auch darin deutlich, dass traumabezogene Aspekte in der Kinder- und Jugendlichengesundheit im Fokus des 13. Kinder- und Jugendhilfeberichtes² stehen. In diesem werden Defizite in der Betreuung und Versorgung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen benannt. Als ein Ziel wird u.a. die systematische frühe Förderung der Entwicklung von Kindern formuliert, um die Fälle von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung zu reduzieren (vgl. Fegert et al. 2010, S.16f.).

¹ DSM steht für “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”; zu Deutsch: “Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen“. Es ist ein Klassifikationssystem der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung. Beim DSM-III-R handelt es sich um die Revision der dritten Auflage.

² „Die Kinder- und Jugendberichte informieren im Auftrag der Bundesregierung regelmäßig [...] über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland“ (Ziegenhain 2010, S.27).

Als Konsequenz aus den oben genannten Forschungsergebnissen sind verschiedene Maßnahmen zur Verringerung der Häufigkeit von Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter und zur Verbesserung der Versorgung nach einer solchen etabliert worden.

Durch das Bundeskinderschutzgesetz, welches im Januar 2012 in Kraft getreten ist, sind Lücken im Kinderschutz geschlossen worden. Es hat die Vermeidung von Traumatisierung im Kindesalter durch „Frühe Hilfen“³ und die Entwicklung von Netzwerken im Fokus sowie die Qualitätsverbesserung der Versorgung durch Einführung von verbindlichen Standards in der Jugendhilfe und die Verbesserung der Handlungs- und Rechtssicherheit im Fokus. Ein zentrales Anliegen ist, dass Erkenntnisse aus dem Aktionsprogramm „Frühe Hilfen“ aufgegriffen und Leitlinien zur Prävention von Missbrauch weiterentwickelt und angewendet werden (vgl. BMFSFJ 2012).

Um der schlechten Versorgungslage von traumatisierten und/ oder vernachlässigten, misshandelten und missbrauchten Kindern und Jugendlichen zu begegnen, werden Forschungsprojekte wie „Canmanage“⁴ und „TRAVESI“⁵ durchgeführt. Es wird sowohl der Frage nachgegangen inwieweit Casemanager zur besseren Versorgung beitragen können, ob sich die Versorgungssituation durch Traumaambulanzen verbessert und welche Maßnahmen zur Überwindung von Zugangsbarrieren beitragen können.

In dieser Arbeit wird ein Überblick über den heutigen Stand des Wissens im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotraumatologie gegeben. Dies schließt sowohl neueste wissenschaftliche Erklärungsmodelle der Entstehung und der Aufrechterhaltung von Traumafolgestörungen ein, als auch daraus resultierende Handlungsmodelle für die Versorgung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen im therapeutischen und pädagogischen Kontext. „Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse aus den Bereichen der Neurobiologie, der Bindungsforschung und der Psychotraumatologie [haben] einen neuen Blick auf alte Phänomene ermöglicht“ (Scherwath/ Friedrich 2012, S.9).

Weiterhin bietet diese Arbeit einen Überblick über die Versorgung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Diese ist in rechtlichen Regelungen verankert und wird durch Systeme des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe geleistet. Die Analyse der aktuellen Versor-

³ Frühe Hilfen „bieten einen neuen, präventiven Ansatz, um das gesunde und gewaltfreie Aufwachsen von allen Kindern zu ermöglichen“ (Nationales Zentrum Frühe Hilfen).

⁴ „Das Akronym CANMANAGE steht für CAN=Child Abuse and Neglect und MANAGE = Case-Management bzw. Hilfeprozesskoordination“ (Canmanage Studienzentrale 2012).

⁵ Der Titel des Projektes lautet „Verbesserter Zugang zu Traumaambulanzen durch aktiven Einbezug der Versorgungssämter sowie primärer Anlaufstellen und Evaluation der Effektivität von Sofortinterventionen“ (TRAVESI Forschungsprojekt 2012).

gungssituation ist eine Voraussetzung für die Planung weiterer Handlungsschritte, die im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen nötig sind.

Konzepte aus dem Bereich der „Frühen Hilfen“ werden in der folgenden Ausarbeitung nicht explizit dargestellt. Diese Maßnahmen nehmen zwar in Bezug auf die Thematik des Traumas im Kindesalter einen großen Stellenwert ein, aber es handelt sich eher um einen präventiven Ansatz, der die Vermeidung von traumatischen Ereignissen in den Fokus stellt. In der vorliegenden Arbeit wird der Schwerpunkt auf die Versorgung von bereits traumatisierten Kindern und Jugendlichen gelegt, die aufgrund dessen Traumafolgestörungen entwickelt haben.

Im ersten Kapitel erfolgen die Begriffsbestimmung des psychischen Traumas und die Formulierung der Kriterien, die ein traumatisches Ereignis von einem belastenden Erlebnis abgrenzen.

Kapitel zwei stellt die vielfältige klinische Symptomatik von Traumafolgestörungen dar. Das Erscheinungsbild von Traumafolgestörungen variiert in der Ausprägung und der Form sehr stark. Es werden sowohl traumaspezifische Symptome als auch komplexe Symptomatiken aufgezeigt.

In Kapitel drei wird ein Überblick über die Klassifikation⁶ von Traumafolgestörungen gegeben. Die Kriterien der einzelnen Krankheitsbilder nach ICD-10⁷ sind in komprimierter Form zusammengefasst und stellen einen groben Überblick dar. Abschließend wird in diesem Kapitel Bezug auf die Fragestellung genommen, ob Auswirkungen von komplexen und/ oder frühkindlichen Traumatisierungen mit den gängigen Klassifikationssystemen erfasst werden können oder ob eine neue Diagnose, beispielsweise in Form der Traumaentwicklungsstörung, hinzugefügt werden müsste.

Ein kurzer Abriss der Forschungsergebnisse über die Häufigkeit von Traumafolgestörungen erfolgt im vierten Kapitel.

Kapitel fünf geht auf die Entstehung und den Verlauf von Traumafolgestörungen ein. Es werden erstens Informationen über biologische Grundlagen vermittelt. Zweitens wird das transaktionale Traumabewältigungsmodell dargestellt. In diesem findet eine Analyse des Einflusses von individuellen, sozialen und traumabezogenen Merkmalen auf die Traumaverarbeitung statt.

⁶ Die Klassifikation dient der Einordnung von Symptomen, die zusammen einem Krankheitsbegriff zugeordnet werden können.

⁷ ICD steht für „International Classification of Disease“; zu Deutsch: „Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“. Es ist ein Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation.

Das sechste Kapitel wird die Gesetzeslage sowohl in Bezug auf den rechtlichen Versorgungsanspruch von traumatisierten Kindern und Jugendlichen in Deutschland als auch in Bezug auf Schutzmaßnahmen analysieren.

Daran schließt sich im siebten Kapitel die Darstellung der Versorgungssysteme für traumatisierte Kinder und Jugendliche mit Schwerpunkt auf das Gesundheitswesen und die Jugendhilfe an. Ferner wird die Versorgungssituation in diesen Systemen analysiert.

Ein Überblick über akute Interventionsmaßnahmen, traumaspezifische Therapieformen, sowie allgemeingültige Prinzipien in der Traumabearbeitung erfolgt im achten Kapitel.

Im neunten Kapitel werden die Grundlagen und die Methoden der Traumapädagogik und deren Relevanz für pädagogische Handlungsfelder ausführlich veranschaulicht. Es erfolgt sowohl die Darstellung der erforderlichen Grundbedingungen wie z.B. die entsprechende innere Haltung der PädagogInnen und das Vorhandensein von Traumawissen, als auch die Vorstellung praxisnaher Strategien.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten für beide Geschlechter.

1 Das psychische Trauma

Die Begriffe Trauma und Traumatisierung werden vielschichtig genutzt. Bei der fachlichen Auseinandersetzung mit diesem Thema ist die genaue Definition, was unter einem Trauma verstanden wird, von großer Bedeutung, um weitere Handlungsmöglichkeiten und –notwendigkeiten formulieren zu können.

Ein Trauma muss unbedingt von den Folgen eines leidvollen Erlebnisses oder sehr viel erlebten Stresses abgegrenzt werden. Die Scheidung der Eltern oder Mobbing in der Schule können zwar tiefgreifende Belastung für ein Kind darstellen, aufgrund dessen auch schwerwiegende körperliche und/ oder psychische Symptome entwickelt werden. Dennoch lösen diese Erfahrungen in der Regel keine Traumatisierung aus, so dass andere Unterstützungsmaßnahmen oder Therapieformen notwendig sind, um diesen Kindern bestmöglich zu helfen.

1.1 Definition

Der Begriff „Trauma“ stammt aus dem Griechischen und bedeutet wörtlich „Wunde“ oder „Verletzung“. Er wird in verschiedensten Zusammenhängen und Inhalten genutzt. In der Medizin bezeichnet ein Trauma z.B. eine durch äußere Gewalt verursachte körperliche Schädigung.

Im heutigen Sprachgebrauch wird der Begriff des Traumas und der Traumatisierung eher inflationär genutzt. So wird z.B. in den Medien die Niederlage in einem sportlichen Wettkampf als ein traumatisches Erlebnis betitelt.

Für das Bestehen eines psychischen Traumas im klinischen Sinne müssen zwei Kriterien erfüllt sein. Das traumatische Ereignis muss erstens mit einer tatsächlichen oder subjektiv erlebten Bedrohung des Lebens oder der körperlichen Integrität einhergehen. Zweitens müssen in dieser Situation Gefühle wie intensive Angst, Hilflosigkeit und/ oder Entsetzen erlebt werden. Zu unterscheiden ist zwischen dem traumatischen Ereignis und der traumatischen Reaktion. Kann ein traumatisches Ereignis nicht verarbeitet werden und entstehen aufgrund dessen Symptome beim Kind, hat dieses ein Trauma entwickelt.

Von einem klinisch relevanten Trauma wird gesprochen, wenn die festgestellten Symptome den Kriterien einer der Krankheiten entsprechen, die in einem der medizinischen Klassifikationssysteme beschrieben sind.

In der ICD-10 wird ein traumatisches Ereignis definiert als „kurz oder lang anhaltendes belastendes Ereignis oder Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaßes, die nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“. Im DSM-IV wird

der Begriff des Traumas ähnlich bestimmt: „Potenzielle oder reale Todesbedrohungen, ernsthafte Verletzung oder eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit bei sich oder bei anderen, auf die mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken reagiert wird“.

Wird in dieser Ausarbeitung von traumatisierten Kindern gesprochen, sind also die Kinder gemeint, die ein psychisch traumatisierendes Ereignis erlebt und in Folge dessen eine traumatische Reaktion entwickelt haben.

1.2 Potentiell traumatisierende Ereignisse im Kindesalter

„Die Spannbreite potentiell traumatisierender Ereignisse ist groß und reicht von körperlicher und sexueller Gewalt, Unfällen und lebensbedrohlichen Krankheiten bis hin zu Naturkatastrophen“ (vgl. Landolt 2004, S. 12).

Traumatisierende Ereignisse können unterschiedliche Formen haben. Es wird zwischen Typ-1-Traumata und Typ-2-Traumata unterschieden⁸. Bei Ersterem handelt es sich um einmalige, unvorhersehbare Ereignisse, wie z.B. einem Unfall oder einem einmaliger Missbrauch. Traumatische Erlebnisse, die über einen längeren Zeitraum andauern oder sich wiederholen, werden unter dem Begriff des Typ-2-Traumas zusammengefasst. Beispiele sind häusliche Gewalt, emotionale und/ oder körperliche Vernachlässigung sowie mehrmalige Missbrauchserfahrungen. Unter Umständen können auch Trennungen von Bezugspersonen hierzu gezählt werden.

Des Weiteren können traumatische Erlebnisse auch anhand ihrer Ursachen klassifiziert werden. Es kann sowohl zwischen Natur- und Technikkatastrophen als auch von Menschen verursachten Ereignissen⁹ unterschieden werden.

Es kann zwischen primärer und sekundärer Traumatisierung differenziert werden. Bei Erster ist das Kind oder der Jugendliche unmittelbar vom Ereignis betroffen, entweder weil es dieses miterlebt oder weil es selber Opfer ist. Von sekundärer Traumatisierung wird gesprochen wenn eine Information, die das Kind von anderen Personen erfahren hat, ein Gefühl der Lebensbedrohung und Emotionen wie Angst, Hilflosigkeit und/ oder Entsetzen bei diesem auslöst.

⁸ Die Unterscheidung in verschiedene Trauma-Typen geht auf L. Terr zurück.

⁹ Bei interpersonellen Traumata wird unterschieden, ob der Täter eine Bezugsperson des Opfers oder eine fremde Person war.

Die häufigste Ursache von Traumatisierungen im Kindesalter stellen verschiedene Formen der Kindesmisshandlung dar. „Unter Kindesmisshandlung werden einzelne oder mehrere Handlungen durch Eltern oder andere Bezugspersonen verstanden, die zu einer physischen oder psychischen Schädigung des Kindes führen, das Potential einer Schädigung besitzen oder die Androhung von Schädigung enthalten“ (Fegert/ Spröber 2012, S.571). Da das Kind in direkter Abhängigkeit zu seinen Eltern steht, stellt die Kindesmisshandlung einen sehr hohen Risikofaktor für eine Traumatisierung dar. Die Tatsache, dass die Person, von der Schutz und Sicherheit ausgehen sollte, eine Bedrohung für das Kind darstellt, erzeugt im hohen Maße Gefühle der Hilflosigkeit und der Angst bei diesem. „Traumatische Ereignisse in der Kindheit [...] sind immer eingewoben in einen Beziehungskontext und sind letztendlich der Zusammenbruch einer Beziehungsrelation, deren basales Versprechen plangerechte Förderung und liebevolle Unterstützung war“ (Peichl 2008, S.52). Je jünger das Kind ist desto weniger Ressourcen stehen ihm zur Verfügung, um dieser Situation zu begegnen.

„Als die häufigste Form von Kindesmisshandlung mit potentiell schwerwiegenden Konsequenzen benennen Jugendämter die Vernachlässigung“ (Weiß 2003, S. 21). Vernachlässigung wird definiert als „die andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns durch sorgverantwortliche Personen (Eltern oder andere von ihnen autorisierte Betreuungspersonen), welches zur Sicherstellung der seelischen und körperlichen Versorgung des Kindes notwendig wäre“ (Schone et al. 1997, S. 21).

Die seelische Misshandlung, die durch Erniedrigung, Entwürdigung, Zurückweisung, emotionale Unerreichbarkeit der Bezugsperson oder Gebrauch des Kindes für die Bedürfnisse des Erwachsenen gekennzeichnet ist (vgl. Weiß 2003, S. 24), ist eine ebenso häufige Ursache der Traumatisierung im Kindesalter wie die körperliche Misshandlung. „Sie ist im Gegensatz zur Vernachlässigung durch eine überstimulierende und verletzende Beziehung geprägt“ (Weiß 2003, S.24).

Eine besonders schwerwiegende Form der Kindesmisshandlung stellt der sexuelle Missbrauch dar. „Sexueller Missbrauch ist ein traumatisches Erlebnis (eine Noxe), das [...] psychische Sofort-, Früh- und Spätfolgen zeigen kann“ (Fegert/ Spröber 2012, S. 572). Diese Form der Kindesmisshandlung stellt mit höchster Wahrscheinlichkeit einen Indikator für eine Kindeswohlgefährdung dar. „Ein sexueller Missbrauch, der innerhalb der Familie oder des Haushaltes stattfindet, ist in der Regel mit ernsthaften Beziehungsstörungen innerhalb der Familie oder des Haushaltes verbunden“ (Fegert/ Spröber 2012, S.572).

Nicht nur das eigene Erleben von körperlicher und/ oder psychischer Misshandlung können Traumata auslösen. Das Miterleben, wie z.B. bei häuslicher Gewalt, kann ebenfalls traumatisierend sein.

Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter wirkt sich auf verschiedenste Bereiche wie z.B. soziale, emotionale, und/ oder kognitive Kompetenzen aus. Die Kenntnis der Merkmale von Traumafolgestörungen und die Fähigkeit der Einordnung von Verhaltensweisen sind notwendig um betroffenen Kindern und Jugendlichen eine adäquate und frühzeitige Versorgung zu ermöglichen.

Im folgenden Kapitel werden aufgrund dessen Erscheinungsformen von Traumafolgestörungen, unterteilt in traumaspezifische Symptome und komplexe Symptomatiken, dargestellt.

2 Klinische Symptomatik von Traumafolgestörungen

Die klinische Symptomatik bei traumatisierten Kindern ist sehr breit gefächert. Die Ausprägung der Symptome ist abhängig vom Alter der Kinder. Einfluss hat sowohl in welchem Lebensabschnitt die Traumatisierung stattgefunden hat als auch das aktuelle Alter des Kindes. Während Kinder, die im höheren Alter traumatisiert worden sind, häufig spezifische posttraumatische Störungen zeigen, reagieren Säuglinge und Kleinkinder unspezifisch.

Generell haben gravierende Psychotraumata schwerwiegende biologische, psychologische, soziale und existenzielle Folgen und vermindern die Fähigkeit, zukünftige psychologische und biologische Stressoren zu bewältigen. Beeinträchtigungen wirken sich unter anderem in den Bereichen Bindung, Affektregulation, Verhaltenssteuerung, Kognition und Selbstkonzept aus. „Bei vernachlässigten und misshandelten Kleinkindern fanden sich Entwicklungs- und Verhaltensprobleme insbesondere im zwischenmenschlichen Bereich, wie gehäuft aggressivem und/ oder zurückgezogenem Verhalten im Umgang mit Gleichaltrigen, wenig flexibler Affektregulation, wenig responsivem und aufgeschlossenem Verhalten oder wenig (vordergründig!) belastetem Verhalten bei Trennung von ihrer Bindungsperson“ (Ziegenhain 2010, S.30). Bei Schulkindern können vermehrt aggressives oder zurückgezogenes Verhalten, Ängste, eine depressive Symptomatik und Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung auftreten (vgl. Scheringer/ Gaensbauer 2000; zit.n. Ziegenhain 2010, S. 31). Bei Jugendlichen letztendlich ist neben den schon genannten Aspekten vielfach dissoziales Verhalten, wenig Selbstbewusstsein, Schamgefühle und/ oder Depressionen bis hin zur Suizidalität sowie ungünstige Copingstrategien¹⁰ wie Alkoholismus und Drogenkonsum zu beobachten. Die Erwartung erneut misshandelt zu werden sowie die Gefahr wiederholt Opfer zu werden steigt deutlich.

Erschwerend für die Einordnung der Symptome ist, dass zwischen traumaspezifischen Reaktionen, wie z.B. der posttraumatischen Belastungsstörung, und anderen psychischen Störungen eine hohe Komorbidität zu beobachten ist (vgl. Hanswille/ Kissenbeck 2010, S. 39).

¹⁰ Unter dem Begriff der Copingsstrategien werden Methoden zusammengefasst, die der Bewältigung einer Situation dienen.

2.1 Traumaspezifische Symptome

Verhaltensauffälligkeiten von traumatisierten Kindern und Jugendlichen können sehr häufig den drei psychischen Symptombereichen Übererregung, Wiedererleben und Vermeidung zugeordnet werden. Diese entwickeln sich in direkter Folge auf das traumatische Ereignis.

Neben sofortigem Auftreten kann auch ein verzögertes Einsetzen der Symptomatik nach dem traumatischen Ereignis beobachtet werden.

Übererregung

„Der Zustand der Übererregung (Hyperarousel) ist gekennzeichnet durch eine fortwährende erhöhte Wachsamkeit (Hypervigilanz)“ (Scherwath/ Friedrich 2012, S.24). Die Übervorsichtigkeit kann sich darin darstellen, dass das Kind sehr darauf achtet, was in der Umgebung passiert und/ oder das es sein Umfeld im übertriebenen Maß kontrolliert indem es z.B. überprüft, ob Türen und Fenster verschlossen sind.

Es können verstärkte Schreckreaktionen beobachtet werden, so dass die Betroffenen bereits bei kleinen Geräuschen zusammenzucken.

Die Übererregung führt zu Schwierigkeiten bei der Affektregulation. Bei Kindern und Jugendlichen wird gehäuft beobachtet, dass sie entweder schnell überreagieren oder sich verschließen und erstarren. Gesteigerte Reizbarkeit und Zornesausbrüche, Angst und Panik sowie Aufsässigkeit und Trotz können durch die Übererregung erklärt werden. Oftmals reichen geringe Anlässe aus, um diese Empfindungen auszulösen. Dies hat zur Folge, dass Reaktionen eines Kindes für das Umfeld häufig nicht nachvollziehbar sind. Reaktionen wie plötzliches Weinen, Zerstörung von Gegenständen oder Weglaufen können in Folge einer Traumatisierung auftreten.

Zudem kann beobachtet werden, dass die Stimmung der betroffenen Kinder und Jugendlichen häufig und unvermittelt wechselt.

Auch leiden die Betroffenen oft unter Schlafstörungen. Es können Ein- oder Durchschlafstörungen beobachtet werden sowie frühes Erwachen und Alpträume.

Hyperaktivität, die sich in Schwierigkeiten beim Ruhig sein, beim Abwarten können und im häufigen Stören abbilden, sowie deutliche körperliche Anspannung sind ebenfalls Folge der Übererregung.

Im Lern- und Leistungsbereich hat die Übererregung Auswirkungen auf die Konzentration und die Aufmerksamkeit. So sind im schulischen Bereich häufig Leistungsabfälle zu beobachten. Im Alltag sind betroffene Kinder und Jugendliche vergesslich und wirken unorganisiert, so dass sie z.B. einfache Aufgabenstellungen nicht bewältigen können.

Wiedererleben

Das Wiedererleben ist, ebenso wie die Übererregung, eine direkte Folge auf eine traumatische Erfahrung.

Erinnerungen an das traumatische Ereignis treten, häufig unkontrollierbar, in den Gedanken des Kindes oder Jugendlichen auf und laufen wie ein Film vor dem inneren Auge ab. Auslöser können einzelne Details sein, die während des Ereignisses wahrgenommen worden sind. Diese müssen nicht ursächlich mit der Gefahr verbunden sein, so dass z.B. auch eine bestimmte Musik Grund für einen so genannten Flashback sein kann.

Mit der Situation, in der sich das Kind oder der Jugendliche aktuell befindet, nicht erklärbar, durchleben diese die traumatische Situation mit den damals erlebten Gefühlen der Ohnmacht und Hilflosigkeit erneut. Die Symptome der Übererregung wie massive Aggression oder Angst sind Folge dieser Flashbacks. Problematisch ist, dass selbst das Kind nicht erklären kann, was in ihm vorgegangen ist und warum es so unangepasst reagiert hat.

Bei Kindern im Grundschulalter stellt sich das Wiedererleben häufig in der Wiederinszenierung im Spiel dar. Es handelt sich meistens um aggressive, nicht sinnvoll erscheinende Spielinhalte. Oft werden immer wieder die gleichen Situationen dargestellt. Vorschläge von anderen Kindern können nur schlecht in das eigene Spiel integriert werden, so dass der Kontakt zu Gleichaltrigen durch die Art des Spieles gestört werden kann.

Bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen führt die Konfrontation mit erinnerungsauslösenden Stimuli, wie z.B. Orten, Personen oder auch bestimmten Wochen- oder Uhrzeiten, zu Leidensempfindungen durch Wiedererleben.

Sinnestäuschungen, bei denen das Kind oder der Jugendliche das Gefühl hat, dass das traumatisierende Ereignis wieder durchlebt wird, Halluzinationen und Alpträume können ebenfalls Ausdruck dieses Symptombereiches sein.

Auch dissoziative Zustände werden dem Wiederholungssitem zugeordnet. Hierbei handelt es sich um veränderte Bewusstseinszustände, die als Schutz gegen Übererregung wirken. „Das bedeutet, dass traumatisierte Menschen häufig nicht im vollen Alltagsbewusstsein präsent sind, sondern sich laufend oder situativ als abgespalten von sich und der gerade stattfindenden Situation erleben oder deutliche Amnesien gegenüber aktuellem Geschehen oder Befinden haben“ (Scherwath/ Friedrich 2012, S.28). Die Kinder und Jugendlichen wirken verträumt und gedanklich abwesend. Aufgrund der ähnlichen Symptomatik besteht die Gefahr der Verwechslung mit Aufmerksamkeitsstörungen. Seltener können dissoziative Zustände dazu führen, dass sich betroffene Kinder und Jugendliche später nicht mehr an Handlungen oder Aus-

sagen erinnern, die von ihnen in diesen Situationen erfolgt sind. Dies kann zu gestörter Kommunikation führen, da sie Dinge abstreiten, die sie getan haben und sie zu lügen scheinen.

Vermeidung

Der dritte spezifische Symptombereich nach einer Traumatisierung ist die Vermeidung. „Die Vermeidungssymptomatik ist die logische Konsequenz aus der subjektiven Bedrohung durch Übererregung und Wiedererinnerungen“ (Weinberg 2004, S.103).

Dieses Symptom stellt sich darin dar, dass Gespräche über das traumatische Ereignis, aber auch Orte, Personen und andere Details/ Umstände, die mit dem traumatischen Ereignis in Zusammenhang gebracht werden, vermieden werden.

Einige betroffene Kinder und Jugendliche berichten von Erinnerungslücken. Sie können sich gar nicht oder nur sehr bruchstückhaft an Aspekte des traumatischen Ereignisses erinnern.

Die Symptomatik kann sich auch in einem generellen verminderten Interesse an Aktivitäten und im sozialen Rückzug widerspiegeln. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen ziehen sich zurück, das Vertrauen in andere Menschen zu setzen fällt ihnen schwer. Den Kindern und Jugendlichen gelingt es schlechter, Freundschaften aufrecht zu erhalten. Sie vermeiden häufig, das häusliche Umfeld zu verlassen und leiden teilweise unter Trennungsangst. Die Kinder scheinen teilnahmslos und ihrer Umwelt gegenüber gleichgültig. Dies hat auch zur Folge, dass ihnen anscheinend Strafen für ihr Fehlverhalten egal sind und sie sich nicht einmal bemühen, an ihrer Situation etwas zu ändern.

Der Symptombereich der Vermeidung kann sich auch in einem verschobenen Zukunftsempfinden, verbunden mit dem Gefühl der Hoffnungslosigkeit darstellen. Den Kindern und Jugendlichen fällt es aufgrund dessen schwer Zukunftsperspektiven zu entwickeln und scheinen desinteressiert am Verlauf des eigenen Lebens.

Viele Menschen beschreiben nach einem traumatischen Ereignis ein Gefühl der Entfremdung des eigenen Körpers und der Verminderung der Körperwahrnehmung. „Hierzu gehört auch das Phänomen, dass sie sich nicht eins mit dem eigenen Körper fühlen“ (Weinberg 2004, S. 104). Dies und ein Gefühl der Langeweile und Leere kann selbst- und fremdgefährdendes Verhalten erklären.

Die beschriebenen Symptome können bei Kindern und Jugendlichen bis zum Verlust von Entwicklungsschritten führen. Dies kann sich z.B. in Einnässen und Einkoten darstellen, nachdem die Sauberkeitsentwicklung bereits abgeschlossen war, oder sich in regressiver Sprache und Spielverhalten äußern.

Das Trinken von Alkohol sowie der Konsum von anderen Drogen erleichtert die Vermeidung von traumaspezifischen Erinnerungen. Die Jugendlichen nutzen diese Art der Selbstmedikamentation zur Betäubung. Durch die Suchtmittel gelingt es Jugendlichen sehr viel besser, nicht mit den Symptomen des Wiedererlebens und der Übererregung konfrontiert zu sein.

2.2 Komplexe Auswirkungen von Traumatisierungen

In Folge von sehr früher und/ oder chronischer Traumatisierung entstehen sehr stark variierende Auswirkungen mit einer großen Zahl unterschiedlicher, sich teilweise überschneidender Symptome (vgl. Briere/ Spinazzola 2011, S.135). Studien „unterstützen die Vermutung, dass schwere Kindheitstraumata ätiologisch an schweren Symptombildungen und Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter beteiligt sein könnten“ (Egle et al. 1996; zit.n. Sachsse/ Eßlinger/ Schilling 2004, S.100).

Briere und Spinazzola (vgl. ebd. 2011, S.134) benennen in ihrer Ausarbeitung affektive Störungen wie Angsterkrankungen und Depressionen sowie oppositionelle Störungen als Auswirkungen von komplexer Traumatisierung. Weitere Folgen können Identitätsstörungen, chronische interpersonelle Probleme, kognitive Beeinträchtigungen sowie ein schwaches Selbstwertgefühl und die Neigung zu Selbstbeschuldigungen sein. Somatisierung, Dissoziation, Substanzmissbrauch sowie Aktivitäten zur Verringerung von Anspannung wie Essstörungen, Suizidalität und Selbstverletzung können weitere traumabedingte Reaktionen sein. „Einige dieser Traumafolgen können als Symptome oder zugehörige Merkmale der Borderline-Persönlichkeitsstörung (American Psychiatric Association 2000) verstanden werden, die in manchen Studien auch mit Kindheitstrauma in Verbindung gebracht wurden“ (Ogata et al. 1990; zit.n. Briere/ Spinazzola 2011, S. 135).

Weiterhin werden allgemeine Entwicklungsverzögerungen sowie Defizite in Bereichen der Entwicklungsstörungen¹¹ und/ oder Störungen des Sozialverhaltens mit Traumatisierungen in der frühen Kindheit in Verbindung gebracht. „Es [gibt] vielfältige Symptomatiken, die eher Teilbereiche der Entwicklung betreffen und in diesen zu Auffälligkeiten und besonderen Verhaltensmerkmalen führen“ (Schwerwath/ Friedrich 2012, S. 32f).

¹¹ Nach Esser werden unter Teilleistungsstörungen einfache Artikulationsstörungen, expressive und rezeptive Sprachentwicklungsstörungen, Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen, Rechenstörungen (Dyskalkulie) sowie Lese-Rechtschreib-Schwäche (LRS) klassifiziert.

Traumata beeinflussen oder verhindern die Bewältigung von altersspezifischen Herausforderungen und Entwicklungsaufgaben.¹² Das Scheitern an diesen Aufgaben hat Einfluss auf die Identitätsbildung und das Selbstbild eines Menschen. Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen sowie Selbstwirksamkeitskonzepte werden in einem zu geringen Maß ausgebildet. Oftmals entstehen bei diesen Kindern sehr manifeste negative Selbstüberzeugungen (vgl. Schwerwath/Friedrich 2012, S. 35 f).

Die Bindungsentwicklung stellt eine zentrale Entwicklungsaufgabe im Kindesalter dar, insbesondere im ersten Lebensjahr. Bindung zählt zu den Grundbedürfnissen eines Menschen. Die Bindung ist „dadurch gekennzeichnet, dass sie ein zwar unsichtbares, aber fühlbares Band ist, das eine Person zu einer anderen Person anknüpft und das diese Menschen über Raum und Zeit sehr spezifisch miteinander verbindet. Diese Bindung ist für das Überleben eines Menschen so grundlegend wie etwa Luft zum Atmen, Ernährung und Schlaf“ (Briesch 2008, S. 89). Wird das Bindungsbedürfnis des Kindes nicht befriedigt, kann das Kind kein alterstypisches Explorationsverhalten entwickeln. Es zeigt weniger Interesse an der Entdeckung der Umwelt. Bindungsstörungen können sich bei Kindern durch übermäßiges Klammern an die Bezugsperson ebenso darstellen wie durch eine nach außen erscheinende Gleichgültigkeit bei Fehlen der Bezugsperson. Die mangelnde Erfahrung von Sicherheit im ersten Lebensjahr kann weitreichende Folgen haben. „Erwachsene, die vor dem Hintergrund von Traumatisierungen in der Kindheit eine Bindungsstörung entwickelt haben, leiden unter einer mangelnden Beziehungsfähigkeit, zeigen weniger prosoziales Verhalten in Konfliktsituationen und neigen dazu, eigene Beziehungstraumata an ihre Kinder weiter zu geben“ (Koritko 2010, S. 122).

Im folgenden Kapitel werden mögliche Klassifikationen von posttraumatischen Reaktionen kurz dargestellt und voneinander abgegrenzt.

Abhängig von den jeweilig auftretenden Symptomen bei einem traumatisierten Kind oder Jugendlichen sind verschiedenste Therapieformen und Unterstützungsangebote sinnvoll. Die Einordnung in das in Deutschland gebräuchliche Klassifikationssystem ICD-10 ist einerseits notwendig, um Leistungen aus dem Gesundheitswesen beziehen zu können. Andererseits erleichtert eine Diagnose die Wahl der effektivsten Therapiemethode und den Austausch zwischen Fachpersonal. Durch die Klassifikation ist eine detaillierte und systematische Beschreibung der psychischen Störung möglich und damit auch eine gemeinsame Vorstellung über die vorherrschende Symptomatik.

¹² Laut Oerter und Montada ist dies z.B. Bindungsentwicklung im ersten Lebensjahr, die Ich-Findung im Alter von ca. achtzehn Monaten, das Erlangen von Selbstkontrolle im Alter von drei bis sechs Jahren sowie die Entwicklung von Moral- und Wertesystemen im sechsten bis zum elften Lebensjahr (vgl. ebd. 2002).

3 Klassifikation posttraumatischer Reaktionen

Bei einem traumatischen Ereignis erlebt der Mensch, dass er der Situation nicht gewachsen ist. Er kann weder mit Kampf noch mit Flucht reagieren. Die Folge ist, dass er in einen Zustand der Erstarrung gerät. Können diese Gefühle nicht verarbeitet oder integriert werden, kommt es zu posttraumatischen Belastungsreaktionen. Die Reaktionen von Kindern auf ein Trauma sind sehr unterschiedlich. Diese können unmittelbar nach einem traumatischen Ereignis auftreten oder erst Tage oder Wochen später. Auch durch eine Retraumatisierung können traumatische Reaktionen ausgelöst werden. Diese ist dadurch gekennzeichnet, dass eine ähnliche Situation wieder erfahren und das Gefühl von Hilflosigkeit und Todesangst erneut durchlebt wird.

In diesem Kapitel werden die grundlegenden Aspekte der für das Kindes- und Jugendalter wichtigsten Diagnosen, die in Folge von Reaktionen auf ein traumatisches Ereignis gestellt werden können, und deren typische Auswirkungen aufgeführt.

In der ICD-10 und in weiterer Fachliteratur werden die akute Belastungsreaktion, die posttraumatische Belastungsstörung, Anpassungsstörungen und andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extremlastung¹³ als Traumafolgestörungen klassifiziert. In aktuellen Fachaufsätzen wird die Bindungsstörung ebenfalls immer häufiger genannt.

3.1 Akute Belastungsreaktion F 43.0

Bei der akuten Belastungsreaktion handelt es sich um eine vorübergehende, meist nach einigen Tagen abklingende, Störung. Die Symptomatik zeigt ein gemischtes und wechselndes Bild. Einem Gefühl der Betäubung, Bewusstseinsminderung, reduzierter Aufmerksamkeit, Unfähigkeit der Reizverarbeitung sowie Desorientiertheit folgt ein weiterer Rückzug oder Unruhe und Überaktivität. Vegetative Paniksymptome wie Herzrasen, Schwitzen oder Erröten treten häufig parallel auf.

Das Auftreten von akuten Belastungssymptomen stellt eine normale Reaktion auf traumatische Ereignisse dar (vgl. ICD-10). Der Schweregrad wird von der individuellen Vulnerabilität und den zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien beeinflusst.

¹³ Auf die Diagnose der andauernden Persönlichkeitsveränderung wird im folgenden Kapitel nicht eingegangen. Bei Kindern und Jugendlichen ist die Persönlichkeitsentwicklung noch nicht abgeschlossen, so dass Diagnosen die eine Persönlichkeitsstörung beinhalten nicht gestellt werden können.

3.2 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) F 43.1

Eine PTBS entwickelt sich als direkte Folge auf ein traumatisches Ereignis. Diagnostische Kriterien sind das Wiedererleben, die Vermeidung sowie die vegetative Übererregung.

Das Wiedererleben kann sich in sich aufdrängenden Erinnerungen, z.B. in Form von Flashbacks, intensiven Gedanken oder Alpträumen darstellen. Aktivitäten oder Situationen, die Erinnerungen an das traumatische Ereignis wachrufen, werden vermieden. Häufig sind Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit sowie Freudlosigkeit zu beobachten. Die betroffenen Menschen leiden oftmals unter dem andauernden Gefühl von Taubheit und emotionaler Stumpfheit. Vegetative Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, übermäßige Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen sind ebenfalls Symptome der PTBS.

Die Mehrheit der Betroffenen erfüllen ebenfalls Kriterien für andere Diagnosen wie z.B. Depressionen, Suchterkrankungen, Panikstörungen, Zwangsstörungen, Essstörungen oder einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.

3.3 Anpassungsstörungen F 43.2

Anpassungsstörungen treten in Folge von entscheidenden Lebensveränderungen oder belastenden Lebensereignissen auf. Dies können z. B. Trauerfälle, Trennungserlebnisse und auch Misserfolg in der Schule sein. Die Belastungen können, aber müssen nicht, den Kriterien eines traumatischen Ereignisses entsprechen. Kennzeichnend sind eine subjektive Bedrängnis und emotionale Beeinträchtigung.

Eine Anpassungsstörung äußert sich in depressiver Stimmung, Angst oder Sorge, in einer Störung des Sozialverhaltens und/ oder in regressiven Symptomen. Die Betroffenen haben häufig das Gefühl mit den alltäglichen Gegebenheiten nicht zurechtzukommen.

Ein Ausschlusskriterium einer Anpassungsstörung ist, wenn die Symptome länger als einen Zeitraum von sechs Monaten bestehen¹⁴.

3.4 Frühkindliche Bindungsstörung F 94.1 und F 94.2

Die frühkindliche Bindungsstörung wird in der ICD-10 nicht unter dem Kapitel F 43 „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ klassifiziert sondern im Kapitel F 94 „Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“. Da das Syndrom wahrscheinlich als direkte Folge schwerer elterlicher Vernachlässigung, Missbrauch oder

¹⁴ Das zeitliche Kriterium von sechs Monaten besteht bei der Diagnose F 43.21 „Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion“ nicht.

Misshandlung auftritt, ist es ebenfalls als eine Reaktion auf traumatische Erlebnisse zu bewerten.

Die reaktive Bindungsstörung des Kindesalters (F 94.1) tritt in den ersten fünf Lebensjahren auf und ist durch anhaltende Auffälligkeiten im sozialen Beziehungsmuster des Kindes, die von einer emotionalen Störung begleitet sind, charakterisiert. Sie ist durch Furchtsamkeit und Übervorsichtigkeit, eingeschränkten sozialen Interaktionen mit Gleichaltrigen, gegen sich selbst oder andere gerichtete Aggressionen sowie unglücklich sein gekennzeichnet.

Bei der Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung (F 94.2) äußert sich das abnorme Funktionsmuster des Kindes z.B. in diffusem, nicht selektivem Bindungsverhalten, in aufmerksamkeitsuchendem und wahllos freundlichem Verhalten und kaum modulierenden Interaktionen mit Gleichaltrigen. Verhaltens- und emotionale Störungen kommen ebenfalls vor. Anders als bei der reaktiven Bindungsstörung bleiben die Symptome auch bestehen, wenn das Umfeld des Kindes dessen Bedürfnissen wieder gerecht wird.

3.5 Exkurs Traumaentwicklungsstörung

In der Forschung wird diskutiert, ob die schweren und lang anhaltenden Folgen von multiplen Traumatisierungen von Kindern und Jugendlichen mit den aktuellen Klassifikationssystemen erfasst werden können. Aufgrund dessen wird in Fachkreisen über die Einführung einer neuen diagnostischen Kategorie, der Traumaentwicklungsstörung, diskutiert (vgl. Rosner 2010, S. 64). Diese Störung soll als Ergänzung zu den existierenden Angststörungen, affektiven Störungen, Verhaltensstörungen und Bindungsstörungen dienen (vgl. Ford 2009, S.47).

Bei Kleinkindern verhindern die eingeschränkten kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten die Erfassung von Symptomen wie z.B. dem Wiedererleben, die nur über ein Gespräch und nicht über die Beobachtung erfasst werden können.

Außerdem äußert sich die Symptomatik bei Kindern häufig in anderer Form als bei Erwachsenen. Dies birgt die Gefahr, dass eine Diagnose nicht gestellt werden kann, da aufgrund der altersspezifischen Erscheinungsform die Kriterien der Klassifikationssysteme nicht erfüllt werden. Aufgrund dessen wird an der Präzisierung der Diagnose PTBS speziell für Kinder gearbeitet (vgl. Rosner 2010, S. 65).

Fraglich ist weiterhin, ob die Klassifikationsgruppen Kindern mit komplexen Traumatisierungen gerecht werden. „Folgen von Entwicklungstraumata werden häufig über allgemeine Entwicklungsstörungen identifiziert und entlang einzelner Symptomatiken spezifiziert (z.B. ADHS, Bindungsstörungen), ohne dass jedoch der Gesamtzusammenhang erkannt wird“

(Scherwath/ Friedrich 2012, S. 30). Dies kann zur Folge haben, dass zwar die sekundär aufgetretenen Symptome behandelt werden, die dahinter liegende Traumatisierung allerdings nicht. Folge ist eine unzureichende Behandlung (vgl. Rosner 2010, S. 66).

Gegner der Einführung einer neuen Diagnose begründen ihre ablehnende Haltung damit, dass bisher zu wenige Befunde in Bezug auf die Kriterien, die für eine wissenschaftlich abgesicherte Diagnose notwendig sind, vorhanden sind. „Eine spezifische Phänomenologie [...] muss ebenso bestätigt werden, wie eine daraus resultierende spezielle Indikation für Therapie und die Bestätigung deren Wirksamkeit“ (Rosner 2010, S.66). Die Kritiker bezweifeln außerdem, dass sich die Versorgung traumatisierter Kinder mit komplexen Symptomen durch die Diagnosekategorie der Traumafolgestörung verbessert. Es bestehen sogar Befürchtungen, dass es durch die Vermischung der Symptome aus verschiedenen Störungen zunächst zu einer verschlechterten Behandlung kommen kann (vgl. Rosner 2010, S.67).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der wissenschaftliche Kenntnisstand zur Traumaentwicklungsstörung noch nicht ausreichend ist. Aufgrund dessen hat diese auch keinen Eingang in die neue, im Frühjahr 2013 erscheinende Ausgabe des DSM gefunden.

Im folgenden Kapitel wird die Häufigkeit von Traumafolgestörungen aufgezeigt. Die Kenntnis der Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung und in einzelnen spezifischen Populationen dient u.a. der Einschätzung des Versorgungsbedarfs und der Handlungsplanung.

4 Prävalenzen von Traumafolgestörungen

Die Folgen von Traumatisierungen stellen sich in den unterschiedlichsten Symptomen dar. Oftmals stehen komorbide Störungen oder Störungen wie Entwicklungsverzögerungen oder Teilleistungsstörungen im Vordergrund, bei denen eine Traumatisierung in der frühen Kindheit nicht als ursächlich wahrgenommen wird. Es ist daher nicht möglich, konkrete Aussagen über die Häufigkeit von Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter zu treffen. Es existieren Schätzungen, nach denen zwischen 30% und 60% der Menschen in ihrem Leben von Traumatisierungen betroffen sind. Ein Drittel dieser Personen entwickelt langfristige und komplexe Folgestörungen. „Dann leiden sie so sehr unter den Folgen, dass sie ohne besondere Anstrengungen bzw. eine Traumatherapie nicht in der Lage sind, dieses Ereignis zu überwinden“ (Huber 2003, S.22).

Ein Zugangsweg für die Schätzung der Häufigkeit von Traumatisierungen ist das Vorkommen von Vernachlässigung und Misshandlung, da diese oftmals Auslöser einer Traumatisierung sind. Es gibt in Deutschland keine gesicherten Angaben darüber, wie groß das Ausmaß von Misshandlung und Vernachlässigung bei Kindern und Jugendlichen ist. Dies hängt unter anderem mit der fehlenden Meldepflicht und der vermuteten hohen Dunkelziffer zusammen. In einer Studie von Häuser et al. aus dem Jahr 2011 benennen 10,8% der Befragten in ihrer Kindheit schwere körperliche Vernachlässigung erlebt zu haben, 6,5% berichten von schwerer emotionaler Vernachlässigung (vgl. Häuser et al 2011, S. 289). Studien von Pillhofer et al. und Wetzels stützen diese Zahlen.

Ein weiterer Zugangsweg ist die Betrachtung der einzelnen Diagnosen, die in Folge einer Traumatisierung klassifiziert werden.

Am besten sind die Untersuchungen in Bezug auf die Entwicklung einer PTBS. Die Studien zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer PTBS im engen Zusammenhang mit der Ursache steht. Obwohl fast ein Viertel aller Menschen ein traumatisches Ereignis im Laufe ihres Lebens erleben, entwickeln nur 1,6% der Gesamtbevölkerung eine PTBS (vgl. Brunner/ Plener/ Resch 2012, S.599). Von Menschen bedingte Traumata, und hier insbesondere der sexuelle Missbrauch, weisen eine besonders hohe Prävalenz zur Entstehung einer PTBS auf. Weiterhin hat das Vorhandensein von Risikofaktoren einen starken Einfluss auf die Entwicklung einer PTBS. „Stichproben aus Hochrisikopopulationen, wie z.B. Jugendliche, die in sozialen Brennpunkten leben (...), weisen Raten von 24-34,5% an posttraumatischen Belastungsstörungen auf“ (Brunner/ Plener/ Resch 2012, S. 599).

Zur Häufigkeit der Anpassungsstörung in der Allgemeinbevölkerung gibt es nur wenige empirische Daten. Auch bei dieser Diagnose wird davon ausgegangen, dass die Prävalenz zur Ent-

wicklung von Symptomen in Risikopopulationen deutlich höher ist als in der Allgemeinbevölkerung. Bei diesen gehen epidemiologische Studien von einer signifikant höheren Krankheitshäufigkeit im Bereich von 5-20% aus (vgl. Brunner/ Plener/ Resch 2012, S.608).

„Bindungsstörungen sind das Störungsbild des Kindes- und Jugendalters, über dessen Auftretenshäufigkeit es nach wie vor so gut wie keine empirischen Daten gibt“ (Ziegenhain/ Fegert 2012, S. 941). Für die Prävalenz in einzelnen Bevölkerungspopulationen bestehen Studien. Diese belegen z.B., dass 10 – 25% der Kinder und Jugendlichen, die in einem Heim oder einer Pflegefamilie leben, die Diagnose Bindungsstörung bekamen (vgl. Fegert 1998; zit.n. Ziegenhain/ Fegert 2012, S. 941).

Im folgenden Kapitel werden biologische und psychosoziale Faktoren dargestellt, die an der Entstehung von Traumafolgestörung beteiligt sind. Erklärungsmodelle sind Voraussetzung, um Handlungsmodelle entwickeln zu können, die die Verringerung und/ oder Vermeidung von Traumafolgen zum Ziel haben.

5 Pathogenese von Traumafolgestörungen

Die Kenntnis von allgemeinen Erklärungsmodellen psychischer Störungen ist grundlegend für die Interventionsplanung bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Der Einblick in das biopsychosoziale Modell erleichtert das Verständnis der spezifischen Entwicklung von Traumafolgestörungen und erfolgt aufgrund dessen im Vorfeld.

Dieses Modell ist für die Anwendung bei psychischen Störungen im Kindesalter besonders geeignet. Dies wird mit der besonderen Abhängigkeit von Kindern von familiären und sozialen Ressourcen bzw. ihre hohen Vulnerabilität gegenüber familiären und sozialen Risikofaktoren erklärt (vgl. Noeker 2009, S. 941).

Bei dem biopsychosozialen Modell wird die Symptombildung nicht in Folge einer einzelnen umschriebenen Ursache, wie z.B. dem traumatischen Ereignis, angesehen. Stattdessen wird davon ausgegangen, dass „der Verlauf und die langfristige Prognose einem komplexen Wechselspiel miteinander interagierender biologischer, psychologischer und familiär- sozialer Risiko- und Schutzfaktoren [folgt]“ (Noeker 2009, S. 941).

Aus dem biopsychosozialen Modell lassen sich für die Interventionsplanung die Leitprinzipien der interdisziplinären Behandlungsplanung, der Bewältigungs- und Ressourcenorientierung sowie der Familienorientierung ableiten.

Wichtig ist, dass in diesem Modell nicht nur der ursprünglich für die Symptomatik verantwortliche Aspekt im Fokus der Behandlung steht, sondern vor allem die positiv beeinflussbaren Faktoren. Das Erlernen von Bewältigungsstrategien und die psychologische Ressourcenoptimierung sollten im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen. Hierdurch kann die Lebensqualität und das Funktionsniveau des betroffenen Kindes optimiert werden. Die Familie oder andere enge Bezugspersonen stellen im günstigsten Fall bei der Krankheitsbewältigung eine entscheidende Unterstützung für das betroffene Kind dar. Bei fehlendem Verständnis und/ oder belastenden Auseinandersetzungen stellt dieser Personenkreis einen Belastungsfaktor für das Kind dar. Familienberatung ist aufgrund dessen Grundlage für eine gelingende Intervention. (vgl. Noeker 2009, S.942).

Der Entwicklung einer posttraumatischen Reaktion geht immer ein traumatisches Erlebnis voraus. Aber nicht aus jedem traumatischen Ereignis entsteht ein Trauma. „Erst wenn über längere Zeit keine Möglichkeit besteht, die Erfahrungen zu verarbeiten, die während des Ereignisses nicht integriert werden konnten, sprechen wir von einem Trauma“ (Hantke/ Görge 2012, S. 53).

Bei der Pathogenese von Traumata sind zwei Aspekte zu berücksichtigen.

Einerseits stellt sich die Frage, welche Faktoren beeinflussen, ob überhaupt und in welcher Intensität eine klinisch relevante posttraumatische Reaktion ausgebildet wird. Menschen reagieren sehr unterschiedlich auf das Erleben des gleichen traumatischen Ereignisses. Die Entstehung und der Verlauf der Traumafolgestörung kann also nicht allein mit der Ursache und dem Trauma-Typus, mit dem eine Unterscheidung von einmaliger und wiederholter und/ oder lang anhaltender Traumatisierung erfolgt, erklärt werden.

Andererseits steht zur Diskussion, wie die Entstehung der Symptome einer posttraumatischen Reaktion erklärt werden kann. Es bestehen für das Erwachsenenalter eine Vielzahl von Modellen, wie z.B. das psychodynamische, das kognitiv-behaviorale, das Netzwerk- und das neurobiologische Modell, die die Entstehung und den Verlauf von posttraumatischen Störungen zu erklären versuchen. „In Bezug auf das Kindesalter fehlen zum heutigen Zeitpunkt sowohl ein empirischer Überblick über die Determinanten posttraumatischer Reaktionen als auch die Entwicklung von spezifischen Modellen der Traumaadaptation“ (Landolt 2004, S.57).

5.1 Biologische Aspekte

Um die Reaktion eines Kindes während eines traumatischen Ereignisses zu verstehen und adäquat auf die späteren Symptome eingehen zu können, ist das Wissen über das Gehirn und seine vielfältigen Funktionen des Speicherns und Neustrukturierens von Informationen notwendig. „Traumatisierung verhindert manche Entwicklung und begünstigt andere; sie verändert das Gehirn und die Art, wie es arbeitet“ (Hantke/ Görge 2012, S.32).

Aktuelle Untersuchungen weisen psychophysiologische, neurohormonelle, neuroanatomische und immunologische Reaktionen in Folge eines Traumas nach. „Die Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung werden dabei als Folge einer Dysregulation verschiedener neurobiologischer Systeme verstanden“ (Landolt 2004, S. 57).

Im folgenden Abschnitt kann nicht auf die komplexen neurobiologischen Prozesse eingegangen werden. Es folgt eine Beschreibung der Prozesse, die wichtig für das Verständnis der Symptome von traumatisierten Kindern und Jugendlichen sind.

Ein traumatisches Ereignis stellt eine Bedrohungssituation für den Organismus dar und löst eine akute Stressreaktion aus. Über die Sinnesorgane werden Informationen über die Stressoren aufgenommen und in Sekundenbruchteilen in der Amygdala, einem Teil des limbischen

Systems, als Notfallsituation bewertet. Es erfolgt kein Rückgriff auf die bewusste Steuerungsfunktion der Großhirnrinde, da dies zu viel Zeit kosten würde.

Um das Überleben zu sichern wird der Körper in Alarmbereitschaft versetzt, indem vegetative Reaktionen eingeleitet werden. Hierbei werden u.a. Stresshormone wie Cortisol und Adrenalin freigesetzt. Die Ausschüttung von Adrenalin führt zur Erhöhung des Herzschlages, der Atmung und des Muskeltonus. Wenn Flucht oder Kampf als Verhalten auf die als lebensbedrohlich wahrgenommene Situation keinen Erfolg versprechen, reagiert der Körper mit Erstarrung (Freeze-Zustand). „Der sofort eintretende Vorteil dieser Reaktion ist die Schmerzunempfindlichkeit. Die Weiterleitung der Empfindungen aus dem Körper an die wahrnehmenden Zellverbände des Gehirnes wird [...] unterbrochen“ (Handtke/ Görge 2012, S. 62). Der Körper befindet sich in einer extremen Anspannung, die jedoch nicht abgeführt werden kann. Der Mensch kann keinen Einfluss mehr auf sein Handeln nehmen, er kommt in einen dissoziativen Zustand. „Dabei werden die Gefühle abgeschaltet, der betreffende Mensch befindet sich in einem Zustand von Konstriktion (emotionaler Abschaltung) und/ oder Hypervigilanz (emotionaler Übererregung) und ist hochaufmerksam und konzentriert“ (Hanswille/ Kissenbeck 2010, S.34).

Erfahrungen, die mit hoher emotionaler Erregung (insbesondere mit Angst) verbunden sind, werden nicht nur in der Amygdala verarbeitet, sondern auch gespeichert. Dies hat den Vorteil, dass der Organismus bei ähnlichen Gefahrensituationen auf bereits gemachte Erfahrungen zurückgreifen und damit schneller reagieren kann. Da die Erinnerungen der Notfallsituation nicht mit der Großhirnrinde verknüpft werden, erfolgt keine Einordnung des Erlebten in Zeit und Raum und keine Integration ins Selbst. Dies hat zur Folge, dass das Erlebte nicht als etwas in der Vergangenheit liegendes bewertet und abschließend verarbeitet werden kann.

Es findet keine Einordnung der Eindrücke, die während der Notfallsituation aufgenommen worden sind, nach Gefährlichkeit oder Relevanz für die Notsituation statt. Dies kann dazu führen, dass normalerweise ungefährliche Reize, wie z.B. ein bestimmter Geruch, mit der Gefahrensituation assoziiert und als bedrohlich erlebt werden. Solche Schlüsselreize werden Trigger genannt. Durch diese können Flashbacks ausgelöst werden, in denen die Amygdala wieder aktiviert wird und der Körper erneut die Symptome einer Notfallreaktion mit Übererregung, Angst, Aggression oder Dissoziation durchlebt.

Bei der Speicherung vom Erlebten in der Amygdala findet eine Blockade zum Sprachzentrum statt. Dies erklärt, warum es später häufig nicht möglich ist, Aspekte des traumatischen Ereignisses in Worte zu fassen (vgl. Huber 2003, S.46).

Die oben beschriebenen neuroendokrinen Regelkreisläufe haben nicht nur direkt durch die Auslösung der Notfallreaktionen Einfluss auf das Verhalten des Kindes. Bei chronisch traumatisierten Kindern mit der Diagnose PTBS konnten massive Veränderungen biologischer Stressregulationssysteme diagnostiziert werden, die die Hirnreifung bzw. -entwicklung beeinträchtigen. Die gesamte zentrale Stresshormonregulation sowie das Ruhenetzwerk des Gehirns sind verändert (vgl. Brunner/ Plener/ Resch 2012, S.605). Tiefgreifende Folgen sind vor allem bei sehr frühen Traumatisierungen zu erwarten, wenn die Strukturbildung in Gehirn und Körper noch vollständig in Entwicklung ist (vgl. Handtke/ Görge 2012, S.63). Dies würde auch erklären warum bei Kindern nach früher Traumatisierung häufiger komplexe Symptome zu beobachten sind.

Die neurobiologischen Mechanismen erklären zwar, wie es zu den Symptomen und deren Aufrechterhaltung kommt. Allerdings kann mit diesem Modell nicht erklärt werden warum nicht alle Menschen gleich auf ein bestimmtes traumatisches Ereignis reagieren. Im nächsten Kapitel wird auf weitere Faktoren eingegangen, die die Entstehung und den Verlauf von Traumafolgestörungen beeinflussen.

5.2 Transaktionelles Traumabewältigungsmodell

Die Kenntnis der Faktoren, die auf die Entstehung und den Verlauf von Traumafolgestörungen Einfluss nehmen, ist Voraussetzung, um Unterstützungsmaßnahmen in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen optimal auf deren Bedürfnisse abstimmen zu können.

Bei Kindern ist die Wirkung von Einflussfaktoren noch nicht abschließend untersucht. Es kann jedoch vermutet werden, dass die Ergebnisse, die in einer Metaanalyse von Brewin, Andrews und Valentin 2000 identifiziert worden sind (Landolt 2004, S.55), auch auf Kinder übertragen werden können.

In seinem transaktionellen Traumabewältigungsmodell hat Landolt die transaktionelle Stressbewältigungstheorie¹⁵ auf die Kinderpsychotraumatologie angewandt.

Laut Landolt haben sowohl Merkmale des Traumas und des Individuums als auch des Umfeldes Einfluss auf das psychosoziale Befinden des Kindes. Diese drei Komponenten wirken nicht nur für sich, sondern stehen auch in Wechselwirkung miteinander. „Die Bewältigung

¹⁵ Zurückgehend auf das transaktionelle Stressbewältigungsmodell von Lazarus und Folkmann 1984

eines psychischen Traumas wird dabei als aktiv gestaltetes, transaktionales Geschehen im Rahmen der Wechselwirkung von Trauma, Kind und Umwelt verstanden“ (Landolt/ Hensel 2008, S.23).

Merkmale des Traumas

„Unter den Traumamerkmale werden alle objektiven, traumabeschreibenden Variablen wie Art, Dauer und Schweregrad des Traumas zusammengefasst“ (Landolt 2004, S.59).

Traumatisierungen, die durch Menschen verursacht worden sind, vor allem durch Bezugspersonen, weisen ein besonders hohes Risiko auf, dass sich Traumafolgestörungen entwickeln. Des Weiteren hat die Häufigkeit der traumatischen Erfahrung Einfluss auf die Ausprägung der Symptome. „Typ 1-Traumata führen typischerweise zu den klassischen Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung, während Typ 2-Traumata oft komplexere Störungen und eine höhere Komorbidität zur Folge haben (Landolt 2004, S.59).

Merkmale des Individuums

Unter den Merkmalen des Individuums werden sowohl biologische als auch psychologische Merkmale zusammengefasst. Diese nehmen als Risiko- oder Schutzfaktoren Einfluss auf den Verlauf der Traumafolgestörung. „Unter Risikofaktoren werden diejenigen Faktoren verstanden, die belastete oder traumatische Situationen negativ beeinflussen. Durch ihre destabilisierenden Effekte wird die Wahrscheinlichkeit von Folgestörungen erhöht“ (Scherwath/ Friedrich 2012, S. 49).

Risikofaktoren für die Entwicklung von Traumafolgestörungen sind z.B. jüngeres Alter, weibliches Geschlecht, niedrige Intelligenz, Introversion, das Vorhandensein von zusätzlichen Lebensbelastungen und /oder eine bereits bestehende psychische Störung. „Als einer der zentralen negativen Wirkfaktoren wird die Grundposition einer unsicheren Bindungsstruktur betrachtet“ (Scherwath/ Friedrich 2012, S.51).

Überdurchschnittliche Intelligenz, aktives und kontaktfreudiges Temperament, soziale Förderung und Humor werden als schützend bei der Verarbeitung von traumatischen Ereignissen angesehen (vgl. Weiß 2003, S.35).

Anscheinend gibt es Kinder, die eine höhere Vulnerabilität¹⁶ haben als andere Kinder und aufgrund dessen schneller Traumafolgestörungen entwickeln.

Vulnerabilität ist sowohl ein Charaktermerkmal und angeboren, als auch von äußeren Faktoren beeinflusst. Vulnerable Kinder zeichnen sich durch die Tendenz aus aktiv, impulsiv, ag-

¹⁶ Unter Vulnerabilität versteht man die Anfälligkeit, Symptome aufgrund eines Ereignisses auszubilden

gressiv und leicht zu ärgern zu sein. Sie scheinen von Routinen schneller gelangweilt zu sein, zeigen mangelnde Angst vor Konsequenzen der eigenen Handlungen und wenig Einfühlungsvermögen gegenüber anderer Menschen (vgl. Harris 2000, S.23).

Für die präventive Arbeit ist die Kenntnis von Resilienzfaktoren¹⁷ von großer Bedeutung. Risikofaktoren sind oftmals nicht beeinflussbar. Umso wichtiger ist es, die Widerstandsfähigkeit von Kindern, die potentiell traumatisierenden Ereignissen ausgesetzt sind, zu erhöhen. Auf diesem Wege könnte das Ausmaß und die Wahrscheinlichkeit von Traumafolgestörungen verringert werden.

In einer Längsschnittstudie werden resiliente Kinder als anpassungsfähig, belastbar, aufmerksam, tüchtig, gescheit, neugierig und voller Selbstvertrauen beschrieben (vgl. Asendorpf/ van Aken 1999, S.822).

Ungenügende Kenntnis der Faktoren die Kinder vor der Entstehung von Traumafolgestörungen schützen bedingt, dass keine diesbezüglichen spezifischen pädagogischen oder therapeutischen Konzepte existieren. „Die Identifikation von Resilienzfaktoren nach Kindesmisshandlung ist eine zentrale, bislang nicht hinreichend beantwortete entwicklungspsychopathologische Forschungsfrage“ (Canmanage Studienzentrale 2012).

Merkmale der Umwelt

„Zu den Merkmalen des sozialen Umfeldes gehören all jene Variablen, die das Beziehungsnetz des Kindes betreffen“ (Landolt 2004, S.61). Die Bewältigung der Traumafolgen wird stark durch elterliche Bewertungen des traumatischen Ereignisses mitbestimmt. Je jünger ein Kind ist, desto mehr Einfluss hat das soziale Umfeld auf die Entwicklung des Kindes und damit auch auf den Verlauf von Traumafolgestörungen.

Risikofaktoren im Umfeld, wie ein Mangel an sozialer Unterstützung, niedriger sozioökonomischer Standard und psychische Störungen in der Familie wirken sich ungünstig bei der Bewältigung des traumatischen Ereignisses aus.

Ein stabiles emotionales Klima in der Familie sowie Halt gebende und unterstützende Bezugspersonen sind für das Kind die beste Voraussetzung ein sicheres Bindungsverhalten zu entwickeln. Dieses wiederum gilt als protektiver Faktor bei der Verarbeitung von traumatischen Ereignissen (vgl. Weiß 2003, S.35).

Die Bedeutung der Peergroup und der Schule für die Verarbeitung ist noch nicht ausreichend untersucht (vgl. Landolt 2004, S. 61).

¹⁷ „Resilienz wird als Abwesenheit klinisch relevanter psychischer Symptome nach Viktimisierung durch Missbrauch, Misshandlung und/oder Vernachlässigung definiert.“ (Canmanage Studienzentrale 2012).

Wechselwirkung der Merkmale

Die Merkmale des Traumas, des Individuums und des Umfeldes stehen in Wechselwirkung zueinander, wodurch die psychotraumatische Symptomatik stark beeinflusst wird. Sowohl durch das Kind als auch durch das soziale Umfeld erfolgen eine Bewertung des erlebten Traumas und dessen Folgen. Bei Traumafolgestörungen nehmen externe (soziale) Faktoren eine entscheidende Rolle bei der Entstehung ein. Der Verlauf wird jedoch von biologisch und psychologisch beeinflussten Risiko- und Schutzfaktoren stark geprägt (vgl. Wälte, Borg-Laufs, Brückner 2011, S.153).

Die subjektive Bewertung in Bezug auf das traumatische Ereignis, wie z.B. Lebensbedrohlichkeit, Hilflosigkeit und/ oder Schuld- und Schamgefühle, beeinflussen die Wahl der Bewältigungsstrategien des Individuums. Die Merkmale des sozialen Umfeldes nehmen Einfluss auf die zur Verfügung stehenden Strategien. Durch Bewertungen seitens der Familie werden Wahrnehmungen des Individuums beeinflusst und führen zu einer Überprüfung der Bewältigungsstrategie.

Abhängig von den zur Verfügung stehenden Risiko- und Schutzfaktoren kann die Wechselwirkung zwischen den drei Merkmalen einen positiven oder einen negativen Effekt haben. Die Bewertung des Umfeldes, dass ein Kind z.B. einen sexuellen Übergriff selbst provoziert habe, hat negative Auswirkungen auf das Selbstbild dieses Kindes und löst einen anderen Bewertungsprozess aus als bei einem Kind, das von seinem Umfeld Trost und Schutz infolge eines solchen Übergriffes erfährt.

Der Darstellung der traumaspezifischen Grundlagen in den ersten fünf Kapiteln schließt sich in den Nächsten die Darstellung und Analyse der bestehenden Versorgung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen an.

Im Folgenden wird auf die rechtliche Situation eingegangen.

Die Kenntnis von Rechtsansprüchen ist unbedingte Voraussetzung, um traumatisierten Kindern und Jugendlichen in Deutschland die bestmögliche Versorgung in Form von Schutz- und Hilfsmaßnahmen zukommen zu lassen.

6 Gesetzliche Versorgung traumatisierter Kinder und Jugendlicher

Der rechtliche Schutz von Kindern fand in Deutschland erstmals 1896 im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) Beachtung. Das Verbot der „groben Misshandlung“ und „unangemessener Züchtigung“ durch Eltern, Lehrer oder andere Bezugspersonen wurde unter Strafe gestellt. „Lebensbedingungen, Gesundheit und das Wohl der Kinder wurden zunehmend zum Gegenstand des öffentlichen Interesses“ (Maywald 2009, S.5).

Erst im weiteren geschichtlichen Verlauf bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts wurde anerkannt, dass für die positive Entwicklung eines Kindes neben der Sicherstellung der körperlichen Versorgung der Schutz vor erzieherischer und emotionaler Vernachlässigung nötig ist (vgl. Galm/ Hees/ Kindler 2010, S. 11). Seit dem Jahr 2000 ist im BGB das Gewaltverbot in der Erziehung gesetzlich verankert. In § 1631 Abs.2 BGB heißt es: „Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig.“

Die gesetzlichen Regelungen zum Schutz von Kindern befinden sich einerseits in den Kinderrechtskonventionen der Vereinten Nationen und den Grundrechten des Grundgesetzes (GG), andererseits in den Schutznormen des Strafgesetzbuches (StGB), des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) und des Jugendschutzgesetzes (vgl. Herrmann et al. 2010, S.255). In einigen von diesen sind auch, ebenso wie im SGB V

„Gesetzliche Krankenversicherung“, die weiteren rechtlichen Ansprüche von traumatisierten Kindern in Deutschland verankert.

Die aktuellen gesetzlichen Regelungen in Deutschland zur Versorgung von traumatisierten Kindern werden als ausreichend erachtet (vgl. Fegert et al. 2010, S. 25).

Im Folgenden werden in einer allgemeinen Übersicht die wichtigsten Schutz- und Hilfemaßnahmen für traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland dargestellt.

6.1 Zivilrechtliche Schutzmaßnahmen im BGB durch die Familiengerichte

„Im BGB finden sich in den familienrechtlichen Regelungen Vorgaben zur Ausübung der elterlichen Sorge, aber auch zu gerichtlichen Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohles“ (Herrmann et al. 2010, S.259).

In Zusammenhang mit Kindern, die Vernachlässigung, sexuellem Missbrauch, körperlicher und/ oder psychischer Misshandlung ausgesetzt sind, ist es von besonderer Bedeutung, dass

der Staat sein Wächteramt¹⁸ wahrnimmt. In diesem Fall ist vom Familiengericht zu klären, wie es den Schutz und die weitere Entwicklung des Kindes bestmöglich gewähren kann. Die Maßnahmen können von Gewährung von Hilfemaßnahmen, die im Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) definiert sind, über anderweitige Unterbringung bis hin zur Entziehung des Sorgerechtes reichen.

Beim Verdacht auf Kindeswohlgefährdung¹⁹ ist einerseits schnelles Handeln impliziert, andererseits darf die Gefahr der psychischen Belastung durch Herausnahme aus der Familie nicht unterschätzt werden. Die möglichen Hilfemaßnahmen müssen sorgfältig gegeneinander abgewogen werden.

6.2 Regelungen im Kinder- und Jugendschutzgesetz (KJHG) – SGB VIII

Im SGB VIII wird das grundsätzliche Verhältnis zwischen den Minderjährigen, den Sorgeberechtigten und dem Staat geregelt. Für den Kinderschutz sind die Konkretisierung des Schutzauftrages des Staates bei Kindeswohlgefährdung sowie die Formulierung von Interventionsmöglichkeiten des Jugendamtes von besonderer Bedeutung.

Im § 8a SGB VIII ist der Schutzauftrag des Jugendamtes bei Kindeswohlgefährdung konkretisiert. Bei Verdacht auf selbige muss das Jugendamt den Sachverhalt aufklären und die Notwendigkeit von weiteren Maßnahmen abschätzen.

Die Interventionsmöglichkeiten sind im vierten Abschnitt des SGB VIII zusammengefasst und reichen von Hilfen zur Erziehung (§ 27) und Erziehungsberatung (§ 28) bis hin zu Heimerziehung (§ 34) und intensiver sozialpädagogischer Einzelbetreuung von Jugendlichen (§ 35 SGB).

Die Leistungen des KJHG können auch von Familien in Anspruch genommen werden, die Unterstützung in der Erziehung oder bei Fragen zur Klärung des Kindeswohles benötigen. Zielsetzung ist hier, präventiv zu wirken und möglichen Schaden vom Kind abzuwenden. Hierbei sind zusätzlich die im zweiten Abschnitt des KJHG aufgeführten Angebote, wie die Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie (§16) oder die Beratung und Unterstützung in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung (§17), zu benennen.

¹⁸ Art. 6 Abs. 2 S.2 Grundgesetz: „Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.“

¹⁹ „Die Rechtsprechung (...) sieht eine Gefährdung des Kindeswohles nur bei einer gravierenden, gegenwärtigen oder zumindest nahe bevorstehende Gefahr für die Kindesentwicklung. Diese muss so bedeutsam sein, dass sich bei der Fortdauer eine erhebliche Schädigung des körperlichen, geistigen oder seelischen Wohls des Kindes mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt“ (Herrmann et al. 2010, S. 263).

6.3 Leistungen der Krankenversicherung (SGB V)

Im dritten Kapitel des SGB V „Leistungen der Krankenversicherung“ ist rechtlich verankert, dass „Versicherte (...) Anspruch auf Krankenbehandlung [haben], wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern“ (§ 27).

Traumafolgestörungen, wie die PTBS, die Anpassungsstörung oder die Bindungsstörung, sind in der ICD-10 klassifiziert. Hieraus resultiert, dass sie zu den in Deutschland anerkannten Krankheiten gehören. Die Finanzierung der Diagnostik bei dem Verdacht auf eine Traumafolgestörung sowie die Behandlung bei einer bestehenden Erkrankung ist damit rechtlich abgesichert.

Allerdings muss die Wirksamkeit der Leistung nachgewiesen sein, um dem Wirtschaftlichkeitsgebot²⁰ (§ 12 SGB V) gerecht zu werden. Der Versicherte hat Anspruch auf eine zeitnahe Versorgung. Leider gibt es keine klaren Definitionen, was dies im Einzelfall bedeutet. Ein Gerichtsurteil (BSG Az.6 RKA 15/97) hat eine Wartezeit für Erwachsene auf psychotherapeutische Versorgung von sechs Wochen bis zu drei Monate als zumutbar benannt. Für den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Bereich kann von einem kürzeren zumutbaren Zeitraum ausgegangen werden. Dies liegt darin begründet, dass in der Kindheit und Jugend ein Mensch vielfältige Entwicklungsaufgaben zu bewältigen hat. Da die Vulnerabilität von Kindern und Jugendlichen meist höher ist als bei Erwachsenen, hat eine länger andauernde psychische Störung häufig negative Auswirkungen auf die übrigen Lebensbereiche.

6.4 Opferschutz in der Strafprozessordnung (StPO) und in Strafverfahren

Traumatisierte Kinder sind häufig Opfer einer Straftat. Die Tatsache, dass der Täter oft aus dem direkten Bezugssystem stammt, stellt eine besondere emotionale Belastung für das Kind dar.

In einem Ermittlungsverfahren darf das Wohl des Kindes während der Beweiserhebung nicht aus den Augen verloren werden. Kinder zählen zu den besonders schutzbedürftigen Zeugen. Sie haben neben dem Recht auf Zeugnisverweigerung, wenn der Täter ein Familienangehöriger ist (§ 52 StPO), auch ein Recht darauf, die zur Beweissicherung notwendigen Untersuchungen zu verweigern (§ 81 c Abs.3 StPO). Weiterhin hat das Kind Anspruch auf Unterstüt-

²⁰ „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“ (§ 12 Abs.1 SGB V).

zung bei formalen Verfahren: „Das minderjährige Gewaltopfer ist regelmäßig bei schweren Delikten mit schwieriger Sach- und Rechtslage nicht in der Lage, seine Interessen selbst wahrzunehmen. In diesen Fällen ist dem Opfer Prozesskostenhilfe zu gewähren und ein Opferantrag zu stellen (§ 397a StPO)“ (Herrmann et al. 2010, S.271).

Es gelten besondere Richtlinien für die Polizei und die Staatsanwaltschaft. Dem besonderen Schutzbedürfnis von Kindern wird darin Rechnung getragen, dass in der Gerichtsverhandlung Bild-Ton-Aufzeichnungen der Vernehmung des Kindes, die im Vorfeld durchgeführt wurden, zugelassen sind (§ 58a StPO). „Eine mehrmalige Vernehmung von Kindern und Jugendlichen vor der Hauptverhandlung ist wegen der damit verbundenen seelischen Belastung dieser Zeugen nach Möglichkeit zu vermeiden“ (Punkt 19 Abs.1 RiStBV²¹). Bei ungeklärten Fragen der Glaubwürdigkeit des Kindes soll ein Sachverständiger, der über besondere Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Kinderpsychologie verfügt, hinzugezogen werden (vgl. Punkt 19 Abs. 5 RiStBV). Der besonderen Notwendigkeit einer zeitnahen Aufklärung des Tatbestandes wird darin Rechenschaft getragen, dass Verfahren mit kindlichen Opfern beschleunigt verhandelt werden sollen. Nur so kann die Notwendigkeit von weiteren Maßnahmen, wie z.B. Fremdunterbringung, abschließend geplant werden.

6. 5 Hilfen nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG)

Das Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten ist im Mai 1976 in Kraft getreten. § 1 des OEG klärt den Anspruch auf Versorgung: „(1) Wer im Geltungsbereich dieses Gesetzes [...] infolge eines vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriffs gegen seine oder eine andere Person oder durch dessen rechtmäßige Abwehr eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat, erhält wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen auf Antrag Versorgung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes“. In Absatz (2) wird der tätliche Angriff als „ die wenigstens fahrlässige Herbeiführung einer Gefahr für Leib und Leben eines anderen durch ein mit gemeingefährlichen Mitteln begangenes Verbrechen“ definiert. In Absatz (3) werden Schädigungen durch Unfälle unter bestimmten Voraussetzungen gleichgestellt.²²

In diversen Rechtsurteilen ist bestätigt worden, dass Menschen, die durch andere Personen verursachte traumatische Erfahrungen gemacht haben und in deren Folge unter gesundheitlichen Störungen leiden, wie z.B. einer PTBS, zum anspruchsberechtigten Personenkreis gehören (vgl. Heinz 2008, S.48).

²¹ RiStBV steht für Richtlinien für das Strafverfahren und das Bußgeldverfahren

²² Siehe §1 Abs. 2 Buchstabe e oder f des Bundesversorgungsgesetzes.

Für die Inanspruchnahme von Leistungen nach dem OEG ist im Regelfall eine Strafanzeige Voraussetzung. Nur durch ein gerichtliches Verfahren kann die Opferposition festgestellt werden.

Die Kosten für die Versorgung werden anteilig vom Bund und von dem Land getragen, in dem die Schädigung eingetreten ist (vgl. Heinz 2008, S.19).

Das bisher kaum Mittel aus dem OEG beantragt werden weist darauf hin, dass Wissen über diese Finanzierungsmöglichkeit von Hilfemaßnahmen noch zu wenig Eingang in die Versorgungspraxis gefunden hat.

Im Rahmen des Projektes „OEG-Qualitätssicherung“ wurde ein Konzept entwickelt, „um der Intention des Gesetzes, schnelle und wirksame Hilfe zu leisten, noch stärker gerecht zu werden“ (Franke 2011, S. 2). Das Konzept für ein fachärztliches und fachpsychologisches Netzwerk in Niedersachsen- Bereich Soforthilfe- will eine zeitnahe Klärung des Sachverhaltes und Unterstützung in der Antragstellung sowie die Einleitung von therapeutischen Maßnahmen innerhalb von sechs Wochen nach Kenntnis der Behörde erreichen. Die dem Netzwerk angeschlossenen Kliniken sollen die Versorgung sicher stellen. Diese beinhaltet Soforthilfe-Sitzungen und bei Bedarf eine anschließende Akuttherapie in Form von zehn weiteren Sitzungen.

Im nächsten Kapitel erfolgt eine Analyse der Systeme, die für die Versorgung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen zuständig sind. Es wird sowohl beleuchtet welche Interventionsmaßnahmen bestehen und wie sich die derzeitige Versorgungsstruktur darstellt.

7 Versorgungssysteme und -situation traumatisierter Kinder und Jugendlicher

Die Versorgung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen findet in Deutschland hauptsächlich durch das Gesundheitssystem und die Kinder- und Jugendhilfe statt. Die Herangehensweisen, wie mit der Thematik der Traumatisierung und deren Folgen umgegangen wird, unterscheiden sich in diesen beiden Systemen stark.

Im Gesundheitswesen steht der Patient mit einer krankheitswertigen Störung im Fokus der Mitarbeiter. Aus der Diagnose erschließt sich die Notwendigkeit und die Form der Therapie. Ziel ist hierbei die Wiederherstellung der psychischen Gesundheit.

In der Jugendhilfe stehen weniger die spezifischen Störungsbilder und Belastungen im Vordergrund. Stattdessen ist die Arbeit der hauptsächlich (sozial-) pädagogischen Fachkräfte familienzentriert und legt einen Schwerpunkt auf den ressourcenorientierten Ansatz (Fegert et al. 2010, S.10). Zielsetzung ist, neben der Entwicklungsförderung, die Krisenbewältigung und die Kompetenzentwicklung.

Parallel zu diesen beiden Systemen, die der Regelversorgung angehören, hat sich in Deutschland eine zweite Versorgungslandschaft herausgebildet, die aus Modellprojekten und Beratungsstellen besteht. Diese nehmen in ihrer Arbeit häufig Bezug auf einen eingegrenzten Themenbereich wie z.B. häusliche oder sexuelle Gewalt sowie Prävention. Diese Form der Versorgung wird meistens durch freie Träger und insbesondere durch Vereine angeboten. Die Finanzierung ist nicht langfristig gesichert und es besteht kein Rechtsanspruch für die Gewährung dieser Hilfen. „NGO's²³ sind auf finanzielle Unterstützung seitens der Kommune, des Landes, des Bundes oder aber Stiftungen angewiesen. Das bedeutet, um neue Mittel zu generieren, müssen neue Projekte erdacht werden. Da stellt sich dann schon ein ums andere Mal die Frage wie viele neue Projekte zu einem Themengebiet denn wirklich sinnvoll und notwendig sein können“ (Weiler 2010, S. 99).

Für die Regelversorgung besteht in Deutschland ein rechtlich ausreichend abgesichertes, differenziertes System von Versorgungsansprüchen für traumatisierte Kinder und Jugendliche. Allerdings führen Probleme in der Umsetzung zu zahlreichen Mängeln in der Versorgung (Fegert et al 2010, S.25).

²³ Mit NGO (non-governmental organisation, zu Deutsch: nicht staatliche Organisation) wird ein zivilgesellschaftlich zustande gekommener Interessenverband bezeichnet.

Diesbezügliche Defizite liegen im „fehlenden Eingang aktuellen Fachwissens in die Praxis und [in der] nicht stattfinden flächendeckenden Implementierung evidenzbasierter Hilfemaßnahmen [begründet]“ (Fegert et al. 2010, S.25).

Es bestehen vielerorts erfolgreiche Modellprojekte, die leider keine Verbreitung gefunden haben. Hintergrund ist hierbei die oft fehlende Übertragungsmöglichkeit des Finanzierungsmodelles in die Regelversorgung sowie institutionelle Hürden.

Die Vermittlung von traumaspezifischen Inhalten ist kein fester Bestandteil in der Ausbildung von Psychotherapeuten und Pädagogen. Dies und die fehlende Etablierung von evidenzbasierten Methoden der Traumatherapie führt dazu, dass traumabezogene Therapiequalifikationen bei Mitarbeitern der klassischen Kassenpsychologie und der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung nicht verbreitet sind. Mitarbeiter in Beratungsstellen und Modellprojekten weisen einen deutlich höheren Grad an Wissen über traumaspezifische Inhalte auf. Allerdings sind manche Methoden aufgrund mangelnder Befunde nicht als etablierte Therapiemethode anerkannt und damit im regulären System nicht erstattungsfähig (vgl. Fegert et al. 2010, S. 13).

Die Mängel in der Versorgung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen stehen auch mit der Versäulung der Hilfesysteme im Zusammenhang. Diese stellt sich in der klaren Trennung der Aufgabenbereiche des Gesundheitswesens und des Jugendhilfesystems sowie deren Finanzierung dar. Dies birgt die Gefahr der zu späten oder unzureichenden Behandlung der Kinder und Jugendlichen und erhöht die Wahrscheinlichkeit der Chronifizierung von Folgestörungen.

Die unterschiedlichen Arbeits- und Herangehensweisen sowie die Unklarheiten bezüglich der Zuständigkeiten der Leistungserbringer bergen sowohl die Gefahr der Entstehung paralleler Lösungswege, als auch der Verschiebung der Kinder zwischen den Systemen, da sich keines von diesen für die Versorgung verantwortlich fühlt. Weiterhin bestehen deutliche Versorgungslücken für traumatisierte Kinder beim Übergang zwischen den Systemen. Dies spiegelt sich z.B. darin wider, dass die Einbeziehung der Mitarbeiter der Jugendhilfemaßnahme, in der das betroffene Kind lebt, während einer stationären kinderpsychiatrischen Behandlung nur in einem geringen Umfang erfolgt.

Die fehlende Vernetzung der Hilfesysteme liegt in strukturellen Aspekten begründet. Die durch Kooperation entstehenden Kosten sind nicht in der Finanzierung der Hilfemaßnahmen berücksichtigt. Es fehlt die Zeit für den fachlichen Austausch über den Klienten. Des Weiteren bestehen Ängste aufgrund juristischer Probleme, die sich z.B. in der Thematik der Schweigepflicht darstellen. Mangelnde Kenntnis der gegenseitigen Arbeitsstrategien und der

jeweiligen Hilfsangebote erschweren die Kooperation ebenfalls. Der Prozessorientierung in der Jugendhilfe steht die Symptomlösungsorientierung im Gesundheitswesen entgegen (vgl. Fischbach 2012). Zusammenarbeit ist dadurch erschwert, dass „es keine gemeinsamen Standards und Leitlinien im Umgang mit traumatisierten Kindern zwischen den Systemen [gibt und] [...] eine interdisziplinäre Verständigung auf wissenschaftlich geprüfte Verfahren und Vorgehensweisen [fehlt]“ (Fegert et al 2010, S.14).

Der Kooperation stehen aber auch psychologische und soziologische Hindernisse im Weg. Es mangelt an gegenseitiger Akzeptanz und Wertschätzung zwischen den Professionen (vgl. Fischbach 2012). Die Qualität der Arbeit im anderen Versorgungssystem wird zu wenig anerkannt. Das gegenseitige Verständnis wird bereits aufgrund unterschiedlicher Sprache und Fachtermini behindert.

Spezifische Modellprojekte, die unter dem Überbegriff der „Frühen Hilfen“ entstanden sind, können als Beispiel für die Realisierbarkeit der Überwindung der Versäulung dienen. „Diesen Modellprojekten gelang es bislang vielleicht am besten, die Systemgrenzen zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe mit zu reflektieren, da von Anfang an klar war, dass Verhinderung von Traumata in diesem frühen Alter nur im Rahmen einer engen Kooperation, über diese beiden Systeme hinweg, gelingen kann“ (Fegert et al 2010, S.12).

Im Folgenden werden die Versorgungsstrukturen und die –lage im Gesundheitswesen und in der Jugendhilfe dargestellt. Diesbezügliche Kenntnis ist von besonderer Bedeutung, da durch diese beiden Systeme die Regelversorgung gewährleistet wird.

7.1 Versorgung im Gesundheitswesen

Im Gesundheitswesen sind verschiedenste Institutionen für die Versorgung von traumatisierten Kindern zuständig. Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung wird im stationären Bereich durch Kliniken geleistet. Im ambulanten Bereich wird die Versorgung durch Praxen, kinder- und jugendpsychiatrische Dienste und die psychiatrischen Institutsambulanzen sichergestellt. Eine spezialisierte Form von letzterer Form stellt die Traumaambulanz dar.

Die Wahl des Behandlungssettings ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Aspekte der bestehenden örtlichen Versorgungsstruktur, wie z.B. schlechte Erreichbarkeit oder zu lange Wege, beeinflussen die Entscheidung. In ländlichen Gebieten bestehen beispielsweise häufig keine ambulanten, traumaspezifischen Angebote. „Grundsätzlich sollte die stationäre oder

teilstationäre Aufnahme nur erwogen werden, wenn ambulante Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind“ (Goldbeck et al. 2012, S. 185). Dies liegt darin begründet, dass ambulante Massnahmen weniger in das Alltagsleben der betroffenen Kinder und Jugendlichen eingreifen und dass die Generalisierung von Therapieeffekten auf den häuslichen und schulischen Alltag so besser gelingt. (Teil-) Stationäre Behandlung kann indiziert sein, wenn diese zum Schutz und zur Sicherheit des Patienten notwendig ist. Weiter bietet die stationäre Behandlung eine Intensivierung der Therapie.

Bei Kindern und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen ist im Regelfall die ambulante Versorgung indiziert. Komorbiditäten wie Depressionen und Angsterkrankungen können eine stationäre Aufnahme erfordern.

Die Behandlung von Kindern mit Traumafolgestörungen erfolgt je nach Ausprägung der Symptome mit einem pädiatrisch, kinder- und jugendpsychiatrisch oder kinder- und jugendpsychotherapeutischen Schwerpunkt. Aufgrund der komplexen Symptomatik ist der Aspekt der interdisziplinären Zusammenarbeit besonders wichtig. „Im stationären Setting findet, meist auf der Basis einer milieutherapeutischen Orientierung, eine multimodale Behandlung mit verschiedenen komplementären Therapieansätzen statt“ (Goldbeck et al. 2012, S.187).

Kinder- und Jugendpsychiater sind Fachärzte. Ihre Aufgaben liegen in der Diagnostik und Therapie von psychischen, psychosomatischen und neurologischen Störungen. In der Behandlung nutzen sie den multimodalen Ansatz, der biologische (v. a. psychopharmakologische), psychotherapeutische und soziale Aspekte enthält.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben ein Studium der Psychologen oder (Sozial-) Pädagogen abgeschlossen und eine mehrjährigen Weiterbildung absolviert. Sie nutzen Theorien und/ oder Konzepte der Verhaltenstherapie, der Psychoanalyse oder der tiefenpsychologisch fundierten Therapie in ihrer Arbeit. Im Regelfall erfolgt psychotherapeutischen Behandlung in wöchentlicher Frequenz. Von dieser Berufsgruppe werden spezifische traumatherapeutische Verfahren durchgeführt.

Krankenpfleger, Pädagogen und Fachkräfte aus der Ergo-, der Sport- und der Musiktherapie regeln und strukturieren die Tagesabläufe, gestalten Freizeitaktivitäten und bieten gezielte Angebote zur Verbesserung von sozialen Fertigkeiten und der Wahrnehmung von eigenen Stärken an.

Die Versorgungssituation von traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der Gesundheitshilfe ist ungenügend. Es stehen „aufgrund der bestehenden gegenwärtigen Mangellage nicht ausreichend ambulante und stationäre Plätze für traumaspezifische Therapien zur Verfügung“ (Scherwath/ Friedrich 2012, S.12).

In mehreren Forschungsprojekten in Deutschland ist deutlich geworden, dass Menschen, die Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch erlebt haben, therapeutisch unterversorgt sind.²⁴ „[Es] mangelt in der Versorgungspraxis an einer frühzeitigen Umsetzung psychiatrisch-psychotherapeutischer Intervention“ (Canmanage Studienzentrale 2012).

Die Wartezeiten in ambulanten Psychotherapiepraxen, in denen regelmäßige Psychotherapie, die bei Traumatherapie indiziert ist, angeboten werden, sind sehr lang. Aktuell liegen die Wartezeiten für ein psychtherapeutisches Erstgespräch in Niedersachsen bei durchschnittlich 12,7 Wochen (vgl. BundesPsychotherapeuten-kammer 2011, S.9). Bis zum Beginn einer Therapie vergeht weitere Zeit.

Die mangelnde traumaspezifische Qualifikation von Ärzten und Therapeuten verstärkt das Problem der ungenügenden Versorgung. „Obwohl zum Beispiel jede Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie im stationären Bereich zwischen 10% und 30% traumatisierte Patientinnen und Patienten behandelt, sind traumabezogene Therapiequalifikationen nicht allgemein verbreitet oder gefordert“ (Fegert et al. 2010, S.13).

7.2 Versorgung in der Kinder- und Jugendhilfe

Eine Versorgung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen durch die Jugendhilfe wird notwendig, wenn deren Sicherheit und/ oder die weitere positive Entwicklung nicht mehr durch die Familie gewährleistet werden kann. Entsprechende Hilfemaßnahmen können sowohl ambulant, als auch teilstationär oder stationär erfolgen.

Bei ambulanten Maßnahmen ist der Lebensmittelpunkt des Kindes weiterhin die Familie. Im Rahmen von sozialpädagogischer Familienhilfe, Erziehungsbeiständen oder Frühen Hilfen werden die Familien in Fragen der Erziehung von pädagogischem Fachpersonal begleitet und unterstützt. Der zeitliche Umfang wird bei dieser Hilfeform bedarfsabhängig vom Jugendamt verfügt.

Bei stationären Maßnahmen lebt das Kind z.B. in einer Pflegefamilie, im Heim oder in einer Wohngruppe. Wenn die Familie das Wohl des Kindes und die Erziehung nicht mehr leisten

²⁴ „Kinder und Jugendliche, die Opfer von Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung geworden sind, haben ein erhöhtes Risiko Traumafolgestörungen und anderen psychischen Störungen zu entwickeln“ (Canmanage Studienzentrale 2012).

kann, wird ein Kind fremdplatziert. Ziel der stationären Maßnahme ist, dem Kind ein verlässliches und sicheres Umfeld anzubieten sowie die Voraussetzungen für eine gesellschaftliche Integration und für ein selbstbestimmtes, eigenverantwortliches und möglichst autarkes Leben zu schaffen. Bei jüngeren Kindern wird die Unterbringung in einer Pflegefamilie bevorzugt, während die Indikation für eine stationäre Hilfemaßnahme oft in oder nach der Pubertät gestellt wird (vgl. Schmid 2010, S.40). Eine teilstationäre Unterbringung beinhaltet, dass das Kind am Wochenende in seine Familie zurückkehrt.

Aktuell werden bei der Wahl der Hilfeform Angebote die möglichst wenig in den Alltag des Kindes eingreifen intensiveren Angeboten vorgezogen. Bei komplex traumatisierten Kindern ist dies sowohl aus dem Aspekt des größtmöglichen Wohles des Kindes, als auch aus finanziellen Aspekten kritisch zu betrachten. Die Gefahr von scheiternden Hilfemaßnahmen und damit eine Verschlechterung der Symptomatik sind bei diesen Kindern und Jugendlichen besonders hoch. Bei weniger starken Ausprägungen der Symptomatik muss abgewogen werden ob die Folgen der Herausnahme aus der Familie einschneidender sind als der Verbleib in dieser.

Mit Hilfe der Reaktionskette in der „Eskalation der Hilfen“²⁵ kann der Ablauf des Scheiterns von hochkomplex emotional und sozial belasteten Kindern und Jugendlichen, die häufig traumatische Erfahrungen gemacht haben, in Jugendhilfeeinrichtungen dargestellt werden. Aufgrund der komplexen Symptomatik und den Defiziten in der Fähigkeit, Beziehungen aufzubauen, stellen diese Kinder und Jugendlichen eine Überlastung und Überforderung für die Bezugspersonen dar. Dieser Effekt nimmt zu, je geringer die fachspezifische Ausbildung, je unspezifischer das Wissen und je höher die Arbeitsbelastung ist. Aus der hieraus entstehenden Hilflosigkeit folgt eine Delegation der Verantwortung nach außen, indem z.B. therapeutische Maßnahmen als einziger Wirkfaktor angesehen werden. Häufig kommt es nicht in absehbarer Zeit zu positiven Veränderungen, so dass die Belastungen innerhalb der Hilfemaßnahme nicht mehr tragbar sind. Die Konsequenz ist ein Abbruch der Jugendhilfemaßnahme und ein Wechsel in eine andere Einrichtung. Aufgrund der negativen Erfahrungen, die der Jugendliche in diesem Prozess gemacht hat und der Beziehungsabbrüche, kommt es zu einer Verschlechterung der Symptomatik. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass sich die Reaktionskette in Folgeeinrichtungen wiederholt. „Die Zahl der Beziehungsabbrüche im Hilfesystem ist vor

²⁵ Die Reaktionskette in der „Eskalation der Hilfen“ wurde von Martin Kühn (Behindertenpädagoge) formuliert.

dem Hintergrund der traumatischen Lebensgeschichten und maladaptiven²⁶ Bindungsvorerfahrungen der Kinder von großer Bedeutung. Die Kinder müssen dringend möglichst früh eine stabilisierende Beziehungserfahrung im Jugendhilfesystem erfahren, jeder weitere vermeidbare Beziehungsabbruch verstärkt die Bindungsstörung der Kinder“ (Schmid 2010, S.39).

Um diesen negativen Kreislauf zu durchbrechen, müssen die Entscheidungskriterien für die Art der Hilfemaßnahme überprüft werden. „Vielleicht sollte man gerade bei besonders schwer traumatisierten Kindern das Modell der gut betreuten Pflegefamilie als langfristige Lösung nach einer traumapädagogischen Wohngruppe nutzen, so dass die Kinder in einer Wohngruppe stabilisiert werden können und dann [...] eine geeignete Pflegefamilie gesucht werden könnte [...]“ (Schmid 2010, S.40).

Um die Qualität der Jugendhilfemaßnahmen zu verbessern, wurden aus dem Fachbereich der Traumatherapie eigene pädagogische Konzepte hervorgebracht. Notwendig ist dies geworden, da oftmals Hilfe- und/ oder Betreuungsprozesse speziell für traumatisierte Kinder und Jugendliche in der pädagogischen Regelversorgung nicht ausreichend erschienen. Bei deren Entwicklung wurde der Frage nachgegangen, wie der „Umgang mit traumatisch belasteten Kindern und Jugendlichen in pädagogischen Arbeitsfeldern methodisch gestaltet werden [kann]“ (Bausum et al 2009, S.8).

Insgesamt wird die Versorgungssituation von traumatisierten Kindern in der Jugendhilfe als unzureichend beschrieben. Es existieren zu wenige Angebote und diese erfolgen häufig zu spät (vgl. Ziegenhain 2010, S.33). Die Lage variiert sehr stark und ist abhängig von der Form der Maßnahme. „Für den Bereich der stationären Jugendhilfeeinrichtungen existieren mittlerweile, wenn auch noch nicht flächendeckend, traumapädagogische Angebote. [...] Weniger scheint sich das Bewusstsein im Bereich des Pflegekinderwesens durchgesetzt zu haben“ (Fegert et al. 2010, S.19).

Die mangelnde Versorgung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen spiegelt sich in den häufigen Abbrüchen in der Jugendhilfe wieder. Aktuellen Studien zufolge erlebt fast die Hälfte der Bewohner mindestens eine Fremdplatzierung in Pflegefamilien oder Heimen vor der aktuellen Platzierung, ein Viertel sogar zwei oder mehr (Jaritz/ Wiesinger/ Schmid 2008, S.270).

²⁶ Maladaptive Strategien stellen eine dysfunktionalen Bewältigungsmechanismus dar. Die Veränderung eines negativen Zustandes zieht hierbei eine andere negative Folge nach sich.

Die mangelnde Versorgung stellt sich auch in Form des fehlenden Schutzes der traumatisierten Kinder und Jugendlichen dar. Diese sind in Pflegefamilien und in Institutionen der Jugendhilfe einem besonderen Risiko der Traumatisierung oder der Retraumatisierung ausgesetzt. „Kinder in Pflege- und Betreuungsverhältnissen oder in Heimen [sind] drei Arten von Missbrauchs, und Misshandlungsrisiken [...] ausgesetzt: Gefährdung durch die pädagogisch Verantwortlichen [...], Gefährdung durch Peers, insbesondere dann, wenn in der gleichen Pflegefamilie oder gleichen Institution andere Kinder mit einer Misshandlungs- oder sexuellen Missbrauchsvorgeschichte betreut werden [...] und [...] während des Umganges und Besuchen bei z.B. den leiblichen Eltern, welche ursprünglich die Kinder traumatisiert haben“ (Fegert/ Kempert 2010, S. 210).

Das folgende Kapitel gibt einen Überblick über die Möglichkeiten der therapeutischen Versorgung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen.

In Anschluss an die Darstellung von Interventionsmaßnahmen, die direkt nach einem traumatischen Ereignis folgen, schließt sich die der Traumatherapie an. Es werden spezifische therapeutische Konzepte benannt und die generelle Strukturierung einer Traumatherapie beschrieben.

8 Therapeutische Intervention nach traumatischen Ereignissen

Es bestehen verschiedenste Möglichkeiten, um Kinder bei der Verarbeitung von traumatischen Erlebnissen zu unterstützen. Die Akutversorgung, die direkt nach dem traumatischen Ereignis oder innerhalb von wenigen Tagen durchgeführt wird, versucht durch den Einsatz von sekundär präventiven Interventionen dem Entstehen von Traumafolgestörungen vorzubeugen. Bei Kindern, deren klinisch relevante posttraumatische Belastungssymptome länger als vier bis sechs Wochen bestehen, ist eine Traumatherapie indiziert. Dieser sollte unbedingt eine sorgfältige Diagnostik vorangehen. Die Kenntnis der individuellen traumaspezifischen Symptome, die Identifizierung von komorbiden Störungen, aber auch der Einblick in individuelle Ressourcen sind für die weitere Therapieplanung notwendig und hilfreich.

Bei komplex traumatisierten Kindern und/ oder bei Kleinstkindern können diese zeitlichen Abläufe und Zusammenhänge nicht so klar dargestellt werden. Nach Kenntnis der traumatischen Ereignisse hat die Herstellung des Gefühls der Sicherheit und Geborgenheit aber ebenfalls oberste Priorität.

8.1 Notfallpsychologische Interventionen

Normalerweise nutzen Kinder eigene Ressourcen zur Verarbeitung von psychischen traumatischen Erfahrungen, indem sie sich ablenken oder ihre Erfahrungen anderen mitteilen. Sie zeigen ihr gesteigertes Bedürfnis nach Sicherheit darin, dass sie vermehrt Nähe zu Bezugspersonen suchen oder nicht mehr alleine schlafen wollen. Dennoch sollten Helfer oder das soziale Netzwerk, ebenso wie bei einem somatischem Trauma, bei der Verarbeitung unterstützend wirken. Es wird davon ausgegangen, dass frühzeitige Interventionen dazu beitragen können, der Entstehung von posttraumatischen Belastungsreaktionen entgegen zu wirken.

Akute Interventionen finden unmittelbar nach dem Trauma statt. Vorrangiges Ziel sollte die Vermittlung von größtmöglicher Sicherheit sein. Die Präsenz einer Ansprechperson, die auf Fragen des Kindes eingehen kann und über das weitere Vorgehen informiert, ist von großer Bedeutung. Es scheint sich positiv auf die Verarbeitung des Traumas auszuwirken, wenn das Kind möglichst schnell Kontakt zu Bezugspersonen aufbauen kann. „Klinische Erfahrungen belegen, dass viele Kinder und Jugendliche nach einem traumatischen Ereignis das Bedürfnis haben, über das Erlebte zu sprechen und dass dies positive Auswirkungen zu haben scheint“ (Salmon & Bryant 2002, zit.n. Landolt 2004, S.74). Wichtig ist, dass das Geschehen nicht bagatellisiert wird und auf Gefühle eingegangen wird.

Sekundär präventive Interventionen werden nach dem Abklingen der akuten Belastungsreaktion durchgeführt. Anders als bei den akuten Interventionen handelt es sich hierbei um eine strukturierte, durch Fachleute durchgeführte Maßnahme. Neben der Rekonstruktion des Ereignisses steht die Entwicklung von Bewältigungsstrategien im Vordergrund. Die Wissensvermittlung der Entstehung der Stresssymptome soll für das Kind und seine Familie entlastend wirken (vgl. Landolt 2004, S.74). In Folge des verbesserten Verständnisses soll das eigene Ohnmachtsgefühl der traumatischen Situation gegenüber verringert und somit der Glaube an die eigene Handlungskompetenz gestärkt werden.

Bisher liegen keine Studien vor, die einen positiven Effekt von sekundär präventiven Interventionen bei Kindern nachweisen. Diese sollten sogar kritisch betrachtet werden, da bei traumatisierten Erwachsenen einige Studien sogar negative Auswirkungen in Form von sekundärer Traumatisierung nachweisen (vgl. Landolt 2004 S.82 f).

8.2 Therapie

Es gibt eine Vielzahl therapeutischer Methoden für die Behandlung von traumatisierten Kindern. Bei der Auswahl muss der Entwicklungsstand des Kindes, der Traumatyp, die Intensität der Symptomatik, die Qualität des sozialen Umfeldes sowie das Vorhandensein komorbider Störungen Berücksichtigung finden. Bei der Auswahl der Therapiemethode sollte darauf geachtet werden, dass diese evidenzbasiert ist. Das bedeutet, dass wissenschaftlich belegt ist, dass die Therapie bei dem entsprechenden Störungsbild wirksam ist und aktuelle Forschungsergebnisse Beachtung finden. Dementsprechend benötigen Therapeuten spezifisches Fachwissen. Grundsätzlich sollten bei Kindern die Bezugspersonen immer mit in die Therapie einbezogen werden.

8.2.1 Traumatherapeutische Verfahren

Es bestehen verschiedenste therapeutische Zugänge in der Behandlung von traumatisierten Kindern. Diese erstrecken sich von tiefenpsychologischer, kognitiv-behavioraler und hypnotherapeutischer Einzeltherapie über EMDR²⁷ und Spieltherapie bis hin zu Gruppen- und Familientherapie (vgl. Landolt 2004, S.86). Bei der Behandlung von Komorbiditäten wird Pharmakotherapie genutzt. Die höchste Wirksamkeit können, aktuellen Forschungsergebnissen zu Folge, kognitiv- behaviorale Therapien nachweisen.

²⁷ EMDR steht für Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Auf Deutsch: Augenbewegungs-Desensibilisierung und Wiederaufarbeitung.

Die Therapieformen unterscheiden sich unter anderem in ihren Ansatzpunkten, kombinieren teilweise bestimmte Aspekte.

Kindzentrierte Interventionen versuchen dessen intrapersonelle, psychologische und biologische Faktoren zu beeinflussen. Das Verständnis der Krankheitssymptomatik kann ebenso dazu gezählt werden wie Selbstwertsteigerung und Verbesserung der Konfliktfähigkeit.

Bei Interventionen, bei denen das soziale Umfeld im Mittelpunkt steht, sollen die Bedingungen des sozialen Umfeldes zur Verarbeitung des Traumas optimiert werden. Dies kann sich z.B. in der Verbesserung der Kommunikation innerhalb der Familie oder der Einführung von festen Zeiten, in der positive Erlebnisse miteinander verbracht werden, widerspiegeln.

Bei Interventionen, bei denen das Coping²⁸ im Vordergrund steht, sollen ungünstige Bewältigungsstrategien vermieden werden. Dies erfolgt durch Einübung von funktionalen Bewältigungsstrategien, wie z.B. dem aktiven Suchen nach Unterstützung in Form eines Gespräches anstelle des Rückzuges in belastenden Situationen.

Traumafokussierte Therapien zielen darauf ab, Bewertungen des Ereignisses zu verändern und dysfunktionelle Kognitionen zu korrigieren. „Im TF-CBT-Modell²⁹ können Kinder und ihre Eltern Fertigkeiten zur Belastungsbewältigung erwerben und werden angeregt, die traumatischen Erfahrungen miteinander zu besprechen und zu verarbeiten“ (Cohen/ Mannarino 2010, S.310). Diese Therapieform beinhaltet die Komponenten der Psychoedukation³⁰, der Verbesserung von Erziehungscompetenz der Eltern, der Vermittlung von Entspannungstechniken und der Veränderung von Gefühlsausdruck und -wahrnehmung des Kindes. An diese Komponenten schließt sich die kognitive Bewältigung in Form von Traumaschilderung und -verarbeitung an. Zu diesem Zweck wird ein Traumanarrativ erstellt, bei dem das Kind oder der Jugendliche das traumatische Ereignis aufschreibt oder in anderer Form, wie z.B. in einem Comic, darstellt.

Pharmakologische Therapie ist bei Kindern mit posttraumatischen Belastungsreaktionen nur zusätzlich indiziert. Gründe können z.B. komorbide Störungen sein oder sehr starke Ausprägung der Symptome, wie bei massiven Schlafstörungen.

²⁸ Mit Coping werden Prozesse beschrieben, die dazu dienen, erwartete oder bereits eingetretene Belastungen kognitiv, emotional und aktiv handelnd zu bewältigen.

²⁹ TF-CBT steht für Trauma- Focused Cognitive Behaviorale Therapie. Zu Deutsch: Trauma-Fokussierte kognitive Verhaltenstherapie.

³⁰ Im Rahmen der Psychoedukation werden Informationen über die aktuellen Symptome und die Entwicklung von Traumafolgestörungen gegeben und die Möglichkeit deren Veränderung in Aussicht gestellt.

Aktuelle Studien belegen, dass die traumafokussierte Therapie bei Grundschulkindern und Jugendlichen die größte Wirksamkeit bei der Behandlung einer PTBS zeigt³¹. Voraussetzung für diese Therapieform ist, dass eine bewusste Erinnerung an das Trauma vorhanden ist und die Intelligenz des Kindes im durchschnittlichen Leistungsbereich liegt. „Dagegen ist bei jüngeren Kindern, solchen mit undifferenzierter Symptomatik oder mit hohem Angstniveau bei traumaspezifischen Reizen eher die Einleitung einer länger dauernden und nicht allein auf das Trauma zentrierten Behandlung angezeigt (z.B. Spieltherapie). Bei Vorliegen komorbider Störungen und multipler Traumata (Typ-2-Trauma) ist häufig die Kombination verschiedener Therapieverfahren (...) zu empfehlen“ (Landolt 2004, S.103).

8.2.2 Phasen der Traumatherapie

Unabhängig von eingesetzten Verfahren sollte eine Traumatherapie immer die drei Phasen Stabilisierung, Traumabearbeitung und Integration beinhalten (vgl. Landolt 2004, S. 87ff). Eine tragfähige therapeutische Beziehung ist unverzichtbar für den Prozess. Hierbei ist die eigene Stabilität des Therapeuten Grundvoraussetzung. „Der Therapeut soll sich durch die Traumaerzählung des Kindes berühren lassen, zugleich jedoch der pathogenen Gewalt des Traumas standhalten und dieser kompensierende und protektive Kräfte entgegenhalten“ (Landolt 2004, S.87). Erlebt das Kind, dass seine Erzählungen Verunsicherung oder Ängste bei seinem Gegenüber auslösen, wird es keine Sicherheit in diesem finden.

Um der Konfrontation mit dem Trauma in der zweiten Phase gewachsen zu sein, muss das Kind stabil genug sein. Dies beinhaltet einerseits, dass keine starken körperlichen Leiden mehr vorhanden sind, die es in der Traumatherapie behindern. Andererseits muss das soziale Umfeld, in dem das Kind lebt, Sicherheit und Schutz bieten. Die Schaffung dieser Voraussetzung ist besonders bei Kindern, die intrafamiliärer Gewalt ausgesetzt waren, oftmals erschwert. Der Abbruch des Kontaktes zum Täter ist manchmal unumgänglich, auch wenn dies eine weitere Traumatisierung aufgrund der Trennung nach sich zieht. Letztendlich muss das Kind psychisch stabil genug sein, um die belastende Auseinandersetzung mit dem Trauma durchzustehen. Die Behandlung von komorbiden Störungen, die Stärkung des Selbstbewusstseins sowie der Ich-Funktion des Kindes können im Vorfeld der Traumabearbeitung notwendig sein. Das soziale Umfeld des Kindes trägt in einem bedeutenden Maß zu seiner Stabilisierung bei. Umso wichtiger ist es, dass die Familie oder die Bezugsperson in der Kinder- und

³¹ Im Rahmen des Projektes TreatChildTrauma, einer Studie unter Leitung der KJPP Ulm, soll u. A. die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT) für Deutschland evaluiert und deren Wirksamkeit nachgewiesen werden.

Jugendhilfe über traumaspezifisches Wissen verfügt und das Verhalten des Kindes einzuordnen weiß.

Der Stabilisierung schließt sich als zweite Phase der Traumatherapie die Traumabearbeitung an. Die direkte Auseinandersetzung kann z.B. in Form der Erstellung eines Traumanarratives erfolgen. „Im Allgemeinen soll die traumabezogene Phase der Behandlung sowohl die Konfrontation mit traumarelevanten Reizen als auch eine Verringerung des Vermeidungsverhaltens und eine Umstrukturierung dysfunktionaler Kognitionen zu Trauma und Symptomatik einschließen. Das Ziel ist die Wiederherstellung des Gefühls der Sicherheit und der Kontrolle“ (Landolt 2004, S.89).

In der abschließenden Phase der Traumatherapie steht die Orientierung auf die Zukunft im Vordergrund. Vor allem wenn das Kind aufgrund der starken Belastung über einen langen Zeitraum nur negative Aspekte im Leben wahrgenommen hat, ist es von besonderer Bedeutung, mit ihm zusammen wieder Perspektiven und Pläne zu erarbeiten. Es ist hierbei besonders wichtig, den Glauben in die Selbstwirksamkeit zu stärken.

Traumatisierung und deren Folgen stellt kein seltenes Phänomen dar. Pädagogen aus den unterschiedlichsten Fachbereichen sind in ihrer alltäglichen Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen konfrontiert. Besonders häufig sind diese in der stationären Jugendhilfe³² anzutreffen. „Im Selbsturteil mit dem Essener Traumainventar³³ geben 81% der Jugendlichen an, ein oder mehrere traumatische Ereignisse erlebt zu haben“ (Schmid 2010, S.37).

Im folgenden Kapitel werden Grundprinzipien der Traumapädagogik vorgestellt. Diese bietet einen guten Zugangsweg, um den Bedürfnissen von traumatisierten Kindern und Jugendlichen im pädagogischen Alltag gerecht zu werden.

³² Die stationäre Jugendhilfe kann in Pflegefamilien, sonderpädagogischen Pflegefamilien, Heimeinrichtungen oder Jugendwohngruppen durchgeführt werden.

³³ Das Essener Trauma-Inventar für Kinder und Jugendliche (ETI-KJ) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung psychotraumatischer Ereignisse und posttraumatischer Störungen.

9 Traumapädagogik

Der Begriff der Traumapädagogik umfasst verschiedene pädagogische Ansätze und Konzepte und stellt keine eindimensionale Betrachtungsweise dar. „Traumapädagogik ist die konsequente Anwendung des aktuellen Kenntnisstandes der Psychotraumatologie auf das pädagogische Verständnis der betreuten Menschen“ (Schmid 2010, S. 46).

Die Anwendung traumapädagogischer Konzepte ist notwendig in „Hilfe- und/ oder Betreuungsprozesse[n], in denen bewährtes pädagogisches Handwerkszeug nicht auszureichen erscheint, um zur Verbesserung prekärer Ausgangslagen beizutragen: Hilfepläne scheitern, Menschen werden im Hilfesystem hin- und hergereicht, häufige Beziehungsabbrüche und zunehmende Verschlechterung von Symptomatiken können Hinweise darauf sein“ (Schwerwath/ Friedrich 2012, S. 13).

Die individuelle Indikationsstellung, welche Konzepte bei der Unterstützung oder Betreuung notwendig sein werden, sollte bereits im Vorfeld der Einrichtung einer Jugendhilfemaßnahme stattfinden. Die Kenntnis über die bestehende Symptomatik und deren Ursachen, die bei dem Kind oder dem Jugendlichen beobachtet werden, ermöglicht die konkrete Planung von notwendigen Maßnahmen wie z.B. traumapädagogischen Konzepten.

Die Traumapädagogik versteht sich als „wirkungsvolle Option zur Stabilisierung und Förderung traumatisierter Kinder und Jugendlicher mit dem Ziel der sozialen und gesellschaftlichen Teilhabeermächtigung [...]“ (Bausum et al. 2009, S. 8). Um diese Ziele zu erreichen, müssen Interventionen auf verschiedenen Ebenen ansetzen: die pädagogische Begegnung zwischen Kind und Pädagogen steht ebenso im Fokus wie die Handlungssicherheit der pädagogischen Fachkräfte. Die institutionelle Struktur muss die Umsetzung von traumapädagogischen Konzepten ermöglichen (vgl. Schmid 2010, S. 49).

Im Folgenden wird einerseits beispielhaft auf verschiedene Aufgabenbereiche der Pädagogik eingegangen in denen das Wissen über den Verlauf und die Auswirkungen von Traumafolgestörungen unabdingbar ist, um dem pädagogischen Auftrag gerecht werden zu können. Andererseits werden strukturelle Voraussetzungen benannt die notwendig sind, um eine Pädagogik, die den Bedürfnissen von traumatisierten Kindern und Jugendlichen gerecht werden kann, zu etablieren.

Die aufgeführten Grundlagen und Prinzipien traumapädagogischen Handelns, wie Traumawissen und -sensibilität, der „sichere Ort“, die Bindungsorientierung, die Stabilisierung und die traumazentrierte pädagogische Arbeit, sind eng miteinander verflochten. Sie dürfen nicht als lineare Abfolge betrachtet werden, sondern stehen in Wechselwirkung miteinander.

9.1 Traumawissen

Grundlegend für die Anwendung von traumapädagogischen Konzepten ist das Wissen für die pädagogische Fachkraft. Die Kenntnis über die Folgen von traumatischen Ereignissen ermöglicht einen verstehensorientierten Zugang zu der Symptomatik, die Kinder und Jugendliche zeigen. Die Annahme, dass diese Auffälligkeiten nicht destruktiv motiviert sind, sondern Ausdruck eines unerfüllten Bedürfnisses oder einer Verletzung, hat Einfluss auf die darauf folgenden Konsequenzen und die Formulierung von Handlungszielen (vgl. Moor 2012, S. 63). Traumawissen hilft dabei, die positiven Absichten hinter traumabasierten Symptomatiken „bzgl. des Wiedererlangens von Macht und Kontrolle, des Schutzes vor neuerlichen Gefahren, des Vermeidens von Schmerz [und] des Sicherns von Überleben [zu finden]“ (Moor 2012, S. 65). Das Verständnis dieser Abläufe setzt z.B. die Kenntnis der neurobiologischen Regelkreisläufe voraus.

In der herkömmlichen pädagogischen Arbeit mit traumatisierten Kindern kann oft eine Wirkungslosigkeit der unternommenen Hilfeleistungen beobachtet werden. Dies kann bei Mitarbeitern in der Jugendhilfe zu Störungen der Selbstwirksamkeit führen. Es kann der Eindruck entstehen, dass nicht genügend Leistung erbracht wird oder die Qualität der eigenen Arbeit schlecht ist. „Das Erleben von Selbstwirksamkeit, also das Empfinden, mit den eigenen Entscheidungen und Handlungen Einfluss auf die Gestaltung der Umwelt [...] nehmen zu können, ist in hohem Maße mit Lebenszufriedenheit und psychischen Wohlbefinden verbunden“ (Schwerwart/ Friedrich 2012, S.192). Um Burnouts oder andere Überlastungsformen zu vermeiden, ist Traumawissen und die damit verbundene Stärkung der Selbstwirksamkeit unerlässlich.

Die enge und intensive Zusammenarbeit mit schwer traumatisierten Kindern erfordert, dass sich Mitarbeiter „in einem besonderen Maße einbringen müssen und dadurch besonders heftigen Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühlen ausgesetzt sind“ (Schmid, 2012, S. 50). Schutz vor sekundärer Traumatisierung kann nur durch eine Kombination von Traumawissen und besonderer Achtsamkeit für Emotions- und Sinneswahrnehmungen gewährleistet werden.

Traumawissen stellt eine Voraussetzung für die Entwicklung von Traumasensibilität dar, auf die im folgenden Abschnitt eingegangen wird.

9.2 Traumasensibilität

Die Verantwortung von pädagogischen Fachkräften besteht darin, Kindern eine sichere Basis zu schaffen, von der aus diese ihr Leben und die jeweils anstehenden Entwicklungsaufgaben

möglichst eigenaktiv bewältigen können. Bei Bedarf müssen hierfür die bestehenden Rahmenbedingungen angepasst und individuelle Ziele formuliert und umgesetzt werden.

Um dieser Verantwortung und daraus resultierenden Aufgaben gerecht zu werden, müssen pädagogische Fachkräfte in der Lage sein, Erklärungsansätze für auffälliges Verhalten von Kindern und Jugendlichen zu finden. Hierzu gehört auch bestehende Symptomatiken als Traumafolgen einordnen und Hinweise auf akut erfolgende traumatische Ereignisse deuten zu können.

Konkret bedeutet dies, dass Fachwissen bei Pädagogen über Auswirkungen von traumatischen Ereignissen bei Kindern, wie z.B. Kindesmisshandlung, zu einer frühzeitigen Identifizierung von betroffenen Kindern führen würde. Die Thematisierung in Elterngesprächen würde eine Tabuisierung vermeiden und die Installation eines Unterstützungsangebotes ermöglichen. Durch die Etablierung von niedrigschwelligen Hilfesystemen in den Familien könnte die Entstehung von negativen Kreisläufen verhindert werden. Die Stärkung der Erziehungskompetenz und Selbstwirksamkeit von Eltern und die Reflexionsfähigkeit des eigenen Handelns würden ein adäquateres Verhalten dem Kind gegenüber ermöglichen. Damit könnte Misshandlung in Folge von Überforderung und eine Verstärkung der Symptomatik vermieden werden.

Traumasesensibilität ist ebenfalls eine wichtige Grundvoraussetzung in der Hilfeplanung. Im pädagogischen Alltag, wie z.B. in Kindergärten oder Schulen, müssen Aspekte möglicher Traumatisierung Berücksichtigung finden. Auf Fehlverhalten, wie z.B. Aggressionen, das in Folge von Flashbacks auftritt, müssen andere Konsequenzen folgen als bei vom Kind bewusst eingesetztem provokativem Verhalten. Bei der Formulierung von Entwicklungsaufgaben und -zielen, welche das Kind als nächstes erreichen sollte, muss die Tatsache Berücksichtigung finden, dass häufig die Grundlage für höhere Entwicklungsaufgaben fehlt und nachgeholt werden muss. Die Übertragung von Eigenverantwortlichkeit für das eigene Handeln kann bei Jugendlichen nur erfolgreich sein, wenn diese eine positive Selbstwirksamkeit entwickeln konnten. Fehlt diese, tritt ein Gefühl der Ohnmacht den Ansprüchen des Umfeldes gerecht zu werden auf. Damit verbunden kann bei Bezugspersonen der Eindruck entstehen, dass ein Desinteresse bezüglich der eigenen Zukunft besteht.

Fast immer ist die Etablierung von Kinder- und Jugendhilfemaßnahmen in Folge von Vernachlässigung oder Misshandlung in der Familie erforderlich. Diese reichen von ambulanten Maßnahmen über teilstationäre bis hin zu stationären Hilfeformen. Bei der Wahl der Maßnahme ist Traumasesensibilität bei der fallverantwortlichen Fachkraft von besonderer Wichtigkeit, um die Voraussetzungen für einen optimalen Entwicklungsverlauf des Kindes zu schaf-

fen. Um ein Kind bei Kindeswohlgefährdung zu schützen, ist eine Herausnahme aus der Familie oftmals indiziert. Entscheidungen diesbezüglich müssen kritisch überprüft werden, da die Trennung von der Bezugsperson ebenfalls ein traumatisierendes Ereignis sein kann. „Die Trennung von den engsten Bezugspersonen, von den Menschen, zu denen das Kind – wie die Umstände auch immer waren – eine einzigartige Gefühlsbindung hatte, ist in der Regel traumatisch. Dies gilt auch dann, wenn Kinder [...] extrem misshandelt wurden“ (Weiß 2003, S.32).

Bei der Wahl der Hilfeform müssen klare Kriterien angelegt werden. „Für die Indikationsstellung sollten sämtliche verfügbaren Informationen herangezogen werden. Neben sozialpädagogischer Diagnostik könnten auch kinder- und jugendpsychiatrische und psychologische Einschätzungen [...] mit einbezogen werden“ (Schmid 2010, S. 55).

Für Kinder und Jugendliche mit traumatischen Erfahrungen ist das Vorhandensein von bestimmten Faktoren in ihrem Umfeld von besonderer Notwendigkeit. Von zentraler Bedeutung ist hierbei die Bindungskontinuität. Diese ermöglicht die Steigerung des Maßes an Bindungssicherheit, die als Schutzfaktor in der weiteren Entwicklung angesehen wird (vgl. Ziegenhain/Fegert 2012, S.939). Bei zu niedrig angesetzten Hilfeformen besteht die Gefahr, dass diese bei Verstärkung der Symptomatik in Frage gestellt und neue Hilfemaßnahmen eingerichtet werden müssen. Dies hat meistens auch einen Orts- und Bezugspersonenwechsel und damit auch Beziehungsabbrüche zur Folge. Bei der Unterbringung eines komplex traumatisierten Kindes in einer Pflegefamilie ist z.B. im besonderen Maße darauf zu achten, dass Traumawissen bei den Pflegeeltern vorhanden ist. Ansonsten besteht durch die Symptomatik des Kindes eine sehr große Gefahr der Gegenübertragung und Überforderung der Bezugspersonen. Hieraus würden die Beendigung der Hilfemaßnahme und die Suche nach einer Neuen resultieren. „Die Zahl der Beziehungsabbrüche [geht] mit einer höheren Delinquenz auf dem weiteren Lebensweg (vgl. Ryan/ Testa 2004) sowie einer geringeren Lebensqualität und reduzierten gesellschaftlichen Teilhabe (Aarons et al. 2010) einher“ (Schmid 2010, S.41).

Des Weiteren ist Traumasensibilität in der Heimerziehung bei der Planung von Besuchen im häuslichen Umfeld oder von Treffen mit Bezugspersonen notwendig. Es muss eine Abwägung der Konsequenzen erfolgen, inwieweit ein Kontakt die Stabilität des Kindes fördert oder gefährdet, da es sich wieder mit Aspekten der bedrohlichen Situation konfrontiert sieht.

Auch bei den Mitarbeitern des Jugendamtes ist Traumasensibilität bei der Planung der Beendigung einer Jugendhilfemaßnahme und der Rückführung in die Familie notwendig, um die für das Kind bestmögliche Entscheidung treffen zu können. „So verlief etwa der Metaevaluation von Biehal (2006) zu Folge die emotionale und verhaltensbezogene Entwicklung von Kin-

dern, die in Fällen von Vernachlässigung und/oder Missbrauch zurück in die Familien kamen, deutlich, teilweise dramatisch schlechter als die von Kindern in Einrichtungen“ (Schrödter/Ziegler, 2007, S.10).

9.3 Pädagogische Institutionen als „sichere Orte“

Im Zentrum traumapädagogischer Konzepte steht der Gedanke des „sicheren Ortes“.

Für traumatisierte Kinder und Jugendliche hat sich ihre Umwelt als bedrohlich und unsicher erwiesen. Sie leben mit der Erwartung, dass jederzeit Gefahren auftreten können und haben aufgrund dessen Strategien zur Sicherung ihres eigenen Überlebens entwickelt. Eine Strategie ist z.B. die Dissoziation, die zur Reduktion von Schmerzwahrnehmung dient und vor unerträglichen Emotionen schützt. Während diese in der akuten Belastungssituation einen sinnvollen Effekt hat, führt sie im normalen Alltag zu verminderter Beteiligung in allen Lebensbereichen.

Die negative „Erwartungshaltung führt zu einer permanenten Aktivierung des neuronalen Alarm- und Stresssystems des Organismus“ (Schwerwath/ Friedrich 2012, S. 70). Diese blockiert die Verarbeitung von neuen Erfahrungen und verhindert neue Entwicklungen. Nur durch die Schaffung von „sicheren Orten“ können weitere pädagogische Maßnahmen oder Förderungen greifen.

Zu Beginn des Prozesses steht die Schaffung eines äußeren „sicheren Ortes“. Dies bedingt meistens die Herausnahme aus der Familie, in der die Traumatisierung stattgefunden hat. Die Jugendhilfemaßnahme muss auf struktureller Ebene über ausreichende Ressourcen verfügen, damit diese einen sicheren Ort darstellen kann. Von immenser Bedeutung sind z.B. die Kontinuität in der Betreuung, stabile und sichere Mitarbeiter, die Haltung der Einrichtungsleitung sowie genügend Zeit für die pädagogische Arbeit (vgl. Schmid 2010, S. 49). Weiterhin sollte die Atmosphäre von Wertschätzung, Fehlerfreundlichkeit und offener Kommunikation geprägt sein (vgl. Schwerwath/ Friedrich 2012, S. 71). Die Beschaffenheit der Räume trägt in einem nicht unerheblichen Maße zu dem Empfinden, sich an einem sicheren Ort zu befinden, bei. In der praktischen Konsequenz bedeutet dies, dass z.B. Reparaturen von beschädigten und/ oder zerstörten Materialien, Türen oder Möbelstücke schnellstmöglich durchgeführt werden müssen.

Ein sicheres äußeres Umfeld, „d.h. verlässliche, einschätzbare und zunehmend zu bewältigende Lebensraum- und Alltagsbedingungen“ (Kühn 2009, S. 32), ermöglicht das Wiedererlangen eines sicheren inneren Ortes. Aufbauend auf dieser Sicherheit können Angebote zur Ver-

ringerung der Traumafolgestörungen wirksam werden. Entwicklung von sicheren Bindungen zu Bezugspersonen, die Erlangung von Selbstwirksamkeit oder die Verbesserung der Emotionsregulation sind beispielsweise Ziele.

9.4 Bindungsorientierung in der Traumapädagogik

Eine Folge von interpersonaler Traumatisierung bei Kindern ist, dass sie häufig keine oder nur unzureichende Bindungssicherheit entwickeln. Dies zeigt sich insbesondere, wenn die traumatischen Erfahrungen von Bezugspersonen ausgehen. „Dieser Verlust von Sicherheit auf den Bindungsebenen bedeutet, dass das Fundament einer stabilen Persönlichkeitsentwicklung kaum gefestigt ist und wenig solide Grundlage für den Weiterbau bietet“ (Scherwath/ Friedrich 2012, S. 81).

Aufgrund dieser zentralen Bedeutung von Bindungssicherheit für die weitere Entwicklung sollte die Entwicklung und Stabilisierung einer sichereren Bindung im Fokus traumapädagogischer Interventionen liegen. Hierbei nimmt die pädagogische Beziehung einen hohen Stellenwert ein. Es darf im Alltag nicht außer Acht gelassen werden, dass für den Aufbau von Beziehung Zeit und Raum benötigt wird und nicht hinter anderen Aufgaben, wie z.B. hinter Zielvereinbarungen der Verselbstständigung oder Kontrollfunktion der Pädagogen, zurückstecken dürfen. „Während in therapeutischen Zusammenhängen die Relevanz der Klienten-Therapeuten-Beziehung für den Therapieerfolg als zentrales Kriterium beschrieben wird, wird diesem Merkmal in pädagogischen Feldern oft zu wenig Aufmerksamkeit gegeben“ (Scherwath/ Friedrich 2012, S. 81).

Um bindungspädagogische Arbeit leisten zu können, ist Feinfühligkeit³⁴ bei den Bezugspersonen unbedingte Voraussetzung. Die Signale, die das Kind aussendet, müssen wahrgenommen und vor allem richtig interpretiert werden. Die Vermeidung von Kontakt oder die mangelnde Beteiligung in Gesprächen darf also z.B. nicht als Desinteresse ausgelegt werden, sondern muss als Schutzreaktion des Kindes gewertet werden. Durch feinfühlig Interaktion gewinnt einerseits das Kind an Sicherheit, andererseits steigert diese auch die Selbstwirksamkeit von pädagogischen Fachkräften.

Die Effektivität von bindungspädagogischen Angeboten wird stark von dem Bindungshintergrund des Pädagogen beeinflusst. „Unsichere Bindungshintergründe [sind] bei MitarbeiterInnen der Jugendhilfe sehr verbreitet und [stellen] eine signifikante Beeinträchtigung des Inter-

³⁴ Das Konzept der Feinfühligkeit wurde von Mary Ainsworth, einer Entwicklungspsychologin, entwickelt. Es dient ursprünglich der Beobachtung und Entwicklung frühkindlicher Eltern- Kind- Interaktionen. Feinfühligkeit spiegelt sich in der Wahrnehmung von Signalen des Kindes und angemessener Reaktion auf diese durch die Bindungsperson wieder.

ventionserfolges dar“ (Suess 2010, S. 274). Aufgrund dessen sind Selbsterfahrung, Supervision und die Reflexion der eigenen Biographie und Bindungsstrategien von besonderer Bedeutung für erfolgreiche bindungsbasierte Traumapädagogik.

Ebenso von großer Bedeutung sind die personalen Kompetenzen von Pädagogen, die auch vom eigenen Bindungshintergrund beeinflusst sind. Diese stellen sich in emotionaler Verfügbarkeit dar, unter der die Fähigkeit verstanden wird, dem Anderen Raum und Aufmerksamkeit zu geben und in Herzlichkeit, durch die Feinfühligkeit und Empathie bereit gestellt werden kann. Des Weiteren sind Selbst- und Stressregulation notwendig, um eigne Impulse und Affekte in der Arbeit wahrzunehmen, zu steuern und sinnvoll einzusetzen. Die Fähigkeit der Selbstreflexion dient dazu, eigene Anteile an Konflikten zu erkennen und damit Burnout zu vermeiden und auf das Kind oder den Jugendlichen „symptomfrei“³⁵ zu reagieren (vgl. Schwerwath/ Friedrich 2012, S. 92).

9.5 Stabilisierung

Wenn das Kind über ausreichende äußere und innere Sicherheit verfügt, können weitere Fähigkeiten, die aufgrund der Traumafolgestörungen unterentwickelt sind, ausgebaut werden. Hierzu zählen die Verbesserung der Emotionsregulation, die Überwindung der Selbstunwirksamkeitserwartung, der Aufbau von sozialen Fähigkeiten und positiven Schemata sowie die Verbesserung von Selbst-, Fremd- und Körperwahrnehmung (vgl. Schmid 2010, S. 47).

Die Weiterentwicklung der eigenen Kompetenzen trägt zur Stabilisierung des Kindes bei. Diese dienen sowohl als Schutzfaktoren, um besser mit akutem traumatischem Belastungserleben umgehen zu können als auch als protektive Faktoren gegenüber Risikofaktoren.

In der traumapädagogischen Arbeit ist die Orientierung an Ressourcen des Kindes oder Jugendlichen zur Erreichung oben genannter Ziele, neben bindungsorientierten Ansätzen, ein wichtiges Handlungsprinzip. Die Fokussierung der Stärken und Fähigkeiten eines Kindes anstelle der Misserfolge und negativer Verhaltensweisen, kann hierbei als grundlegender Wirkfaktor angesehen werden. Dieses Vorgehen reduziert den äußeren Stress, so dass sich das bei traumatisierten Kindern sowieso in Alarmbereitschaft stehende Nervensystem beruhigen kann und Lernprozesse möglich werden.

Aufgrund des negativen Selbstkonzeptes vieler Kinder und Jugendlicher mit traumatischen Erfahrungen, sind diesen ihre Ressourcen oftmals nicht bewusst. Im ersten Schritt müssten die

³⁵ „Eigene traumatische Erfahrungen und bindungsgeschichtliche Aspekte aus der eigenen Biographie“ können in der pädagogischen Arbeit zu inadäquaten Reaktionen und Gegenübertragungen führen (vgl. Schwerwath/ Friedrich 2012, S.92).

Stärken und Kapazitäten also gemeinsam entdeckt werden. Hierbei nimmt die Feinfühligkeit der Bezugsperson eine zentrale Stellung ein.

Eine wichtige Methode beim Finden von Ressourcen stellt das Reframing³⁶ von subjektiv erlebten Schwächen dar. Wenn vom Kind oder vom Jugendlichen der Sinn von Handlungen verstanden und als Schutzmechanismus anerkannt wird, wie z.B. ängstliches Verhalten, um Konflikten mit dem misshandelnden Elternteil aus dem Weg zu gehen, dann ist eine Veränderung des Selbstkonzeptes und die Akzeptanz der eigenen Persönlichkeit erleichtert.

Freizeitangebote, bei denen das Erleben von Spaß im Vordergrund steht, ermöglichen positive Erfahrungen für das Kind, in denen eigene Stärken bewusst werden können. Vor allem fest eingeplante, positive Zeit mit dem Bezugsbetreuer dient der Beziehungspflege und der Förderung von Resilienzfaktoren (vgl. Schmid 2012, S.53).

Die Entwicklung von Stabilität wird auch über ganzheitliches Wohlbefinden gefördert. Hierzu dienen genügend Schlaf, Bewegung und gesunde Ernährung. Ebenso dienen die Verbesserung der Sinneswahrnehmung, z.B. mittels Achtsamkeitsübungen und Wahrnehmungsspielen, und kreative Angebote, z.B. in Form von musizieren oder malen, dem Wohlbefinden. Durch Angebote aus diesen Bereichen können die Häufigkeit von dissoziativen Zuständen verringert und körperliche Missempfindungen reduziert werden. Die Körperwahrnehmung wird verbessert, so dass weniger Entfremdungsgefühle vom eigenen Körper vorhanden sind und damit auch weniger maladaptive Bewältigungsstrategien wie selbstverletzendes Verhalten oder Drogenkonsum.

Traumatisierte Kinder standen äußeren Faktoren, wie z.B. Gewalt, ohnmächtig und hilflos gegenüber. Sie haben den Glauben, selber etwas an der aktuellen Situation ändern zu können verloren. „Die [...] entstandenen kognitiven Überzeugungen „Ich schaff' das nicht“, Egal was ich tue, es ist wirkungslos/ interessiert niemanden!“, „Ich bin zu schwach!“, „Ich bin unfähig!“ oder „Es ist besser aufzugeben!“[...] beherrschen die Handlungspotentiale“ (Schwerwath/ Friedrich 2012, S.107). Durch die Übernahme von Eigenverantwortung und Partizipation bei allen Entscheidungen wird die Selbstwirksamkeit der Kinder und Jugendlichen gefördert (vgl. Schmid 2010, S.52), ein Gefühl der Kontrolle wiedererlangt und damit das Handlungsrepertoire erweitert und stabilisiert. Die Teilhabe reicht von der Mitbestimmung von Regeln, z.B. wann und wie häufig das Zimmer aufgeräumt werden muss, über die gemeinsame Entwicklung von Konsequenzen, wenn sich nicht an die Regeln gehalten wird, bis hin zu Entscheidungen, die den weiteren Lebensweg betreffen, wie z.B. die Wahl der Schulform.

³⁶ Das Reframing ist eine Technik, die ursprünglich aus der Systemischen Familientherapie stammt. Es wird versucht, einer Situation einen anderen Sinn zuzuweisen, indem man diese in einen anderen Kontext einbettet.

Partizipation beinhaltet immer auch die Übertragung von Verantwortung. Aufgrund dessen muss von Seiten der Pädagogen sehr sensibel überprüft werden, ob das Kind schon stabil genug ist und diesen Anforderungen gerecht werden kann. Andererseits würde ein negativer Kreislauf durch Aktivierung des neuronalen Stresssystemes und durch Wiedererleben der eigenen Machtlosigkeit ausgelöst.

Die ausreichende Stabilität eines traumatisierten Kindes oder Jugendlichen ist Voraussetzung, um sich mit dem Trauma auseinander zu setzen und dieses zu bearbeiten. Die Stabilität trägt dazu bei, „dass Menschen sich [den Traumaresten] gegenüber nicht mehr hilflos fühlen müssen, sondern in einen Bewältigungsprozess einsteigen können“ (Schwerwath/ Friedrich 2012, S.93).

9.6 Traumazentrierte Arbeit

Der Schwerpunkt pädagogischer Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen liegt, wie oben beschrieben, in der Stabilisierung. Bei Bedarf erfolgt die Aufarbeitung des Traumas meistens im Rahmen einer Traumatherapie. Dennoch ist es nicht möglich und sinnvoll das Trauma aus dem pädagogischen Alltag auszuschließen, da es „fester Bestandteil der Lebensgeschichte vieler Adressaten sozialpädagogischer Arbeit [ist]. Es beeinflusst Identität und Verhalten und reinszeniert sich in alltäglichen Kontexten, so dass eine Begegnung unvermeidlich ist“ (Schwerwath/ Friedrich 2012, S. 117f).

Einen wichtigen Aspekt in der Arbeit mit dem Trauma stellt die Psychoedukation dar. Informationen über die Hintergründe von Erlebens- und Verhaltenssymptomatiken schaffen bei Kindern und Jugendlichen die Voraussetzung für eine Neubewertung der eigenen Verhaltensweisen und damit verbunden auch eine verbesserte Selbstakzeptanz und eine emotionale Entlastung. Negative Selbstbilder, die aufgrund von nicht nachvollziehbarem, eigenem Verhalten entstanden sind, können z.B. durch Erklärung der neurobiologischen und hirnpfysiologischen Vorgänge aufgelöst werden. Traumawissen ermöglicht bei Kindern und Jugendlichen, ebenso wie im Vorfeld in Bezug auf die pädagogischen Fachkräfte beschrieben, traumaspezifisches Symptomverstehen, die Wahrnehmung eines Sinnes hinter dem eigenen Handeln und die Entschlüsselung von nicht erfüllten Bedürfnissen, wie z.B. Bindungssicherheit (vgl. Schwerwath/ Friedrich 2012, S.121). Damit ist Psychoedukation sehr eng mit der Verbesserung der Selbstwirksamkeit verknüpft.

Ein weiterer zentraler Punkt in der pädagogischen Arbeit ist die Enttabuisierung des Traumas oder des traumatischen Ereignisses. Wissensvermittlung darüber, dass Kindeswohlgefährdung

und Gewalt gesellschaftliche Probleme sind, von dem viele Menschen betroffen sind und unter dem viele leiden, „verfolgt das Ziel, Kinder und Jugendliche von der persönlichen Scham und Schuld zu entlasten, dass nur ihnen so etwas Furchtbares passiert und dass sie entsprechend in ihrer Person dafür verantwortlich sein müssen“ (Scherwath/ Friedrich 2012, S.122). Die Enttabuisierung trägt dazu bei, Geheimhaltungssysteme, wie sie in Familien häufig entwickelt worden sind, aufzubrechen, eine Sprache für die Geschehnisse zu finden und die Selbstzweifel beim Kind zu reduzieren, ob es diese Thematik überhaupt ansprechen darf.

Enttabuisierung des Themas muss nicht nur bei Kindern und Jugendlichen, sondern auch bei pädagogischen Fachkräften stattfinden. Die Angst, durch Thematisierung eine Retraumatisierung bei Kind zu initiieren oder andere negative, nicht beeinflussbare Reaktionen auszulösen, besteht nach wie vor. Sicherlich muss sensibel mit diesem Themenbereich umgegangen werden, aber dennoch birgt dessen Vermeidung mehr Gefahren und verhindert das Entstehen von Entwicklungsräumen.

Schlussbetrachtung

Die vorliegende Ausarbeitung zeigt auf, dass Wissen über Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter in allen Professionen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, notwendig ist. Dieses schließt sowohl grundlegende Aspekte in Bezug auf psychische Traumata (s. Kapitel eins) als auch die klinische Symptomatik von Traumafolgen (s. Kapitel zwei) ein. Nur durch die Kenntnis der Entstehung und des Verlaufes von Traumafolgestörungen (s. Kapitel fünf) und der daraus resultierenden Handlungsmodelle (s. Kapitel acht und neun) können Fachkräfte ihre Arbeit adäquat gestalten. Insgesamt werden so die besten Voraussetzungen für gute Entwicklungschancen für betroffene Kinder und Jugendliche geschaffen und die Gesundheitsförderung kann gelingen.

Die Relevanz des Themas wird in der sehr großen Häufigkeit von Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter und der damit oftmals verbundenen Entwicklung von Traumafolgestörungen deutlich, die sich z.B. in Verhaltensauffälligkeiten, psychischen Störungen und letztendlich auch scheiternden Lebensläufen darstellen. Wie in Kapitel vier erwähnt liegt die Wahrscheinlichkeit im Laufe des Lebens eine Traumafolgestörung zu entwickeln zwischen 10% und 20%.

In der Auseinandersetzung mit der Thematik, die sowohl im Rahmen biologischer und klinischer Erklärungsmodelle stattgefunden hat (s. Kapitel fünf), als auch in der Analyse der aktuellen Versorgungssituation (s. Kapitel sechs und sieben), ist deutlich geworden, dass ausreichend Expertenwissen vorhanden ist. Die Gesetzeslage ist, auch bedingt durch neue Entwürfe wie dem Bundeskinderschutzgesetz, ausreichend. Für die Versorgung im Gesundheitssystem (s. Kapitel acht) und in der Jugendhilfe (s. Kapitel neun) bestehen erfolgsversprechende Interventionskonzepte.

Trotz dieser guten Voraussetzungen ist die Versorgung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen nicht ausreichend gegeben. Dies stellt sich u.a. in scheiternden Hilfeprozessen in der Jugendhilfe und in einer Chronifizierung und Verschlechterung der psychischen Symptomatik der Betroffenen dar (s. Kapitel sieben).

Eine Ursache der Mängel liegt in der bestehenden Versorgungsstruktur (s. Kapitel sieben). Die Versäulung der Hilfesysteme führt zu Problemen in der Planung und Durchführung von Interventionsmaßnahmen. Der Beginn kann sich aufgrund von Unklarheiten in den Zuständigkeiten verzögern und die mangelnde Vernetzung der Systeme sowie die getrennten Finanzierungsmodelle verhindern Kooperation zwischen den Systemen.

Eine weitere Ursache liegt in der nur punktuell stattfindenden Einführung traumaspezifischer Konzepte in die Institutionen des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe (s. Kapitel sieben).

Traumawissen hat bisher kaum Eingang in die Versorgungspraxis gefunden. Dies wird sowohl auf personeller als auch auf struktureller Ebene deutlich. Die Mitarbeiter des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe sind nicht traumaspezifisch geschult und können aufgrund dessen auch keine entsprechenden Angebote durchführen. Die Finanzierung der Maßnahmen ist nicht auf traumaspezifische Konzepte ausgelegt, die insbesondere in der Jugendhilfe zuerst zu höheren Kosten führen würden. Resultat sind sehr lange Wartezeiten für betroffene Kinder und Jugendliche oder die Durchführung von unspezifischen und damit weniger wirksamen Interventionen. Fehlende Kenntnis über Auswirkung von Traumatisierung führt bei der Planung von Interventionen z.B. dazu, dass Hilfemaßnahmen gewählt werden, die den Bedürfnissen der betroffenen Kinder und Jugendlichen nicht gerecht werden können (s. Kapitel 7.2). Dies zieht einen Abbruch der Hilfemaßnahme und damit auch Beziehungsabbrüche sowie den Verlust von Stabilität nach sich, die für erfolgreiche Entwicklungsverläufe grundlegend sind (s. Kapitel neun).

Aus der Analyse der Versorgungssituation von traumatisierten Kindern und Jugendliche ergibt sich die Frage, welche Maßnahmen erfolgen müssten, damit dem rechtlichen Versorgungsanspruch Rechnung getragen werden kann und damit die negativen Kreisläufe nach Traumatisierung durchbrochen werden können.

Auf personeller Ebene sind die Verbesserung von Traumawissen und damit auch die Steigerung von Traumasensibilität bei allen Mitarbeitern in allen Professionen notwendig. Diese ist Voraussetzung, um frühzeitig Traumatisierung bei Kindern wahrzunehmen und adäquat auf diese zu reagieren. Vor allem in der Ausbildung von Professionen, die mit Säuglingen und (Klein-) Kindern arbeiten, wie z.B. Erzieher und Hebammen, sollte die Thematik des Traumas und der Traumafolgen zum regulären Ausbildungsinhalt gehören. Für andere Berufsgruppen, die mit Kindern oder Jugendlichen arbeiten, müsste die Aneignung von diesbezüglichem Wissen spätestens im Rahmen von Aus- und Weiterbildung erfolgen.

Der Alltag von (vor allem komplex) traumatisierten Kindern und Jugendlichen findet zum größten Teil in den Einrichtungen der Jugendhilfe statt. Therapeutische Maßnahmen können parallel erfolgen, bewirken aber nur prozesshaft eine Verringerung der Symptomatik. Aufgrund dessen ist es notwendig, dass Pädagogen ihre Kompetenz im Umgang mit betroffenen Klienten erweitern, um deren Bedürfnissen gerecht zu werden. Die Abgabe der Verantwortung an Therapeuten ist nicht zielführend, da Pädagogen durch traumaspezifische Arbeit maßgeblich zur Stabilisierung der betroffenen Kinder und Jugendlichen beitragen können. Diese ist Grundlage und Voraussetzung für eine Traumatherapie (s. Kapitel acht).

Ferner wirkt Traumawissen bei allen Mitarbeitern des Helfersystems als Schutzfaktor gegen die Entstehung von Hilflosigkeit und Ohnmachtsgefühlen und führt somit zu einer Steigerung der Selbstwirksamkeit. Traumawissen dient der Verbesserung der Selbstfürsorge und wirkt damit Erschöpfungszuständen und sekundärer Traumatisierung vor.

Auf struktureller Ebene muss ein Paradigmenwechsel³⁷ in der Sozial- und Gesundheitspolitik stattfinden. Für gelingende traumaspezifische Arbeit müsste eine Änderung in der Finanzierung und in den Arbeitsbedingungen von Therapeuten und Pädagogen erfolgen. Insbesondere Sparmaßnahmen und sehr hohe Fallzahlen erschweren die Entwicklung einer Beziehung zwischen der Fachkraft und dem Kind/ Jugendlichen sowie der Familie. Die Vermittlung von Sicherheit und Schutz, die für eine vertrauensvolle und damit langfristig erfolgreiche Arbeit sowie für ein stabiles und tragendes professionelles Verhältnis notwendig ist, gelingt in einem kurzen Zeitrahmen, wie er bisher zur Verfügung steht, kaum.

Überdies müsste mehr Zeit für Fallbesprechungen im Team und für den interdisziplinären Austausch vorhanden sein sowie regelmäßige Supervision stattfinden. Durch die verbesserte Fürsorge für die Fachkräfte könnten Mängel in der Versorgung traumatisierter Kinder und Jugendlicher reduziert werden. Somit könnte durch höhere Zufriedenheit die Zahl der Arbeitsplatzwechsel und die damit verbundene Häufigkeit der Beziehungsabbrüche vermindert werden. Zudem würde die Gefahr der (Re-) Traumatisierung von Kindern und Jugendlichen innerhalb von Jugendhilfemaßnahmen reduziert werden.

Die flächendeckende Verbreitung der bereits bestehenden traumaspezifischen pädagogischen und therapeutischen Konzepte muss, auch auf politischer Ebene, weiter forciert werden.

Des Weiteren muss, z.B. durch Netzwerkbildung und durch Einführung von Mischfinanzierungsmodelle, die Überwindung der durch die Versäulung bestehenden Barrieren in der Versorgung stattfinden. Die Entwicklung von multimodalen und interdisziplinären Therapie- und Förderprogrammen an der Schnittstelle von Jugendhilfe und Psychotherapie wären wünschenswert. Dies ist wegen der Auswirkung von Traumata auf verschiedenste Lebensbereiche der Betroffenen von besonderer Bedeutung.

Gemeinsame Fortbildungen und die Entwicklung einer gemeinsamen Fachsprache für psychologische und pädagogische Fachkräfte würden einen Schritt zum Abbau von Hürden in der Zusammenarbeit darstellen. Das Verständnis der Handlungsprinzipien und des Vorgehens der jeweils anderen Disziplin könnte eine Reduktion von Vorurteilen und eine Steigerung der gegenseitigen Wertschätzung zur Folge haben.

³⁷ Der Begriff des Paradigmenwechsels bezeichnet den Wandel grundlegender Rahmenbedingungen, z.B. für einzelne Arbeitsfelder.

Letztendlich müsste auf sozialpolitischer Ebene dazu beigetragen werden, dass sich z.B. durch Verringerung der Arbeitslosigkeit, der Armut sowie der Steigerung des Bildungsniveaus die Lebensbedingungen in Deutschland verbessern. Diese Risikofaktoren stellen eine erhebliche Einflussgröße für die Entstehung und den Verlauf von Traumafolgestörungen dar.

In der vorliegenden Arbeit werden die weitreichenden Folgen von Traumatisierung im Kindesalter deutlich. Aufgrund dessen ist die Relevanz von präventiven Maßnahmen zur Verhinderung von Traumatisierung und damit auch der Entstehung von Traumafolgestörungen besonders hoch einzuschätzen.

Festzustellen ist, dass hinsichtlich der Versorgung traumatisierter Kinder und Jugendlicher noch viele Defizite bestehen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sich diese in der Zukunft verbessern wird.

In den letzten Jahren ist es durch neue Forschungsmethoden gelungen Erklärungs- und damit auch wirkungsvolle Handlungsmodelle zum Thema Traumatisierung zu entwickeln. Traumaspesifische Konzepte haben bereits punktuell in pädagogische und psychologische Arbeitsfelder Eingang gefunden.

Auch auf sozial- und berufspolitischer Ebene ist die Relevanz dieser Thematik anerkannt. Diesem wird u.a. durch neue Gesetzesentwürfe Rechnung getragen, bedarf aber der Initiierung weiterer Handlungsmaßnahmen, damit die praktische Umsetzung von traumaspezifischen Hilfeleistungen erfolgen kann.

Literaturverzeichnis

Asendorp, J./ van Aken, M. (1999): Resilient, overcontrolled, and undercontrolled personality prototypes in childhood: Replicability, predictive power, and the trait-type issue. *Journal of Personality and Social Psychology*. 77(4): 815-832

Bausum, J./ Besser, L./ Kühn, M./ Weiß, W. (2009): *Traumapädagogik: Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis*. Weinheim/ München: Juventa Verlag

Biehal, N. (2006): *Reuniting looked-after children with their families: A research review*. York: National Children's Bureau

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2012): *Bundeskinderschutzgesetz. Der Inhalt in Kürze*. Online unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung5/Pdf-Anlagen/bundeskinderschutzgesetz-in-kuerze,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (Zugriff: 22.02.2013)

Briere, J./ Spinazzola, J. (2011): *Einschätzung der Folgen komplexer Traumata*. In: Courtois, C./ Ford, J. (Hrsg.): *Komplexe traumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlung. Eine evidenzbasierte Anleitung*. Paderborn: Junfermann Verlag

Briesch, K. (2008): *Bindung und Umgang*. In: *Siebzehnter Deutscher Familiengerichtstag vom 12. bis 15. Februar 2007 in Brühl*. Brühler Schriften zum Familienrecht. Band 15. 89-135. Bielefeld: Giesecking Verlag

Brunner, R./ Plener, P./ Resch, F. (2012): *Posttraumatische Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen und Selbstbeschädigungserkrankungen*. In: Fegert, J./ Eggers, C./ Resch, F. (Hrsg.): *Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters*, 3. Auflage. Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag

BundesPsychotherapeutenKammer (2011): *BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung*. Online unter: http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Studien/belastung_moderne_arbeitswelt/Wartezeiten_in_der_Psychotherapie/20110622_BPtK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf (Zugriff: 17.01.2013).

Canmanage Studienzentrale (2012): *Implementierung und Evaluation einer bedarfsgerechten, gemeindenahen Hilfeprozess-Koordination für Kinder und Jugendliche nach Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung*. Uniklinik Ulm. Online unter: <http://www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatriepsychotherapie/home/forschung/forschungsprojekte/canmanage.html> (Zugriff: 17.01.2013)

Cohen, J./ Mannarino, A. (2010): *Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie für traumatisierte Kinder und Jugendliche*. *Psychotherapie* 15. Jahrg., Bd. 15, Heft 2: 310-316. München: CIP-Medien

- Egle, U./ Hoffmann, S./ Joraschky, P. (1996): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen. Stuttgart/ New York: Schattauer
- Fegert, J./ Dieluweit, U./ Thurn, L./ Ziegenhain, U./ Goldbeck, L. (2010): Einleitung: Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Aktuelle Situation, Problembereiche, Versorgung. In: Fegert, J./ Ziegenhain, U./ Goldbeck, L. (Hrsg): Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. Weinheim: Juventa Verlag
- Fegert, J./ Kemper, A. (2010): Verhinderung bzw. Reduktion des Risikos der (Re-) Traumatisierung von Kindern und Jugendlichen in Institutionen und Pflegefamilien. In: Fegert, J./ Ziegenhain, U./ Goldbeck, L. (Hrsg): Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. Weinheim: Juventa Verlag
- Fegert, J./ Spröber, N. (2012): Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch. In: Fegert, J./ Eggers, C./ Resch, F. (Hrsg.): Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, 3. Auflage. Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag
- Fischbach, T. (2012): Qualitätsentwicklung im Kinderschutz. Kooperation von Gesundheitswesen und Jugendhilfe. Fachkongress „Qualitätsentwicklung im Kinderschutz in Nordrhein-Westfalen- Herausforderungen des Bundeskinderschutzgesetzes“. Online unter: <http://www.isa-muenster.de/cms/upload/pdf/tagungsdokumentation/qk2012/Forum6-2-Kooperation-Gesundheitswesen-und-Jugendhilfe.pdf> (Zugriff: 20.02.2013)
- Ford, J./ Courtois, C. (2009): Definition und Verständnis komplexer Traumata und der komplexen traumatischen Belastungsstörung. In: Courtois, C./ Ford, J. (Hrsg.): Komplexe traumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlung. Eine evidenzbasierte Anleitung. Paderborn: Junfermann Verlag
- Galm, B./ Hees, K./ Kindler, H. (2010): Kindesvernachlässigung – verstehen, erkennen und helfen. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Garnezy, N./ Rutter, M. (1985): Acute reactions to stress. In: Rutter, M./ Hersov, L. (Eds.): Child and adolescent psychiatry: Modern approaches. Oxford: Blackwell
- Goldbeck, L./ Plener, P./ Resch, F./ Fegert, J. (2012): Therapie. In: Fegert, J./ Eggers, C./ Resch, F. (Hrsg.): Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, 3. Auflage. Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag
- Häuser, W./ Schmutzer, G./ Brähler, E./ Glaesmer, H. (2011): Misshandlungen in Kindheit und Jugend: Ergebnisse einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung. Deutsches Ärzteblatt Int; 108 (17), 287-294
- Hantke, L./ Görge, H. (2012): Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik. Paderborn: Junfermann Verlag
- Hanswille, R./ Kissenbeck, A. (2010): Systemische Traumatherapie. Konzepte und Methoden für die Praxis, 2. ergänzte Auflage. Heidelberg: Carl-Auer-System Verlag
- Harris, J. (2000): Ist Erziehung sinnlos? Die Ohnmacht der Eltern. Reinbek: Rowohlt Verlag

Heinz, D. (2008): Das Opferentschädigungsgesetz im Spiegel der Rechtsprechung, 2. Auflage. Sankt Augustin: Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe

Herrmann, B./ Dettmann, R./ Banaschak, S./ Thyen, U. (2010): Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen, 2. Auflage. Berlin/ Heidelberg: Springer Verlag

Huber, M. (2003): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung Teil 1. Paderborn: Junfermann Verlag

ICD 10: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. Online unter:
<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm> (Zugriff: 18.01.2013)

Jaritz, C./ Wiesinger, D./ Schmid, M. (2008): Traumatische Lebensereignisse bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe. Trauma und Gewalt, 2(4): 266-277

Koritko, A./ Player, K. (2010): Traumatischer Stress in der Familie. Systemtherapeutische Lösungswege. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht

Kühn, M. (2009): „Macht Eure Welt endlich wieder zu meiner!“ Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In: Bausum, J./ Besser, L./ Kühn, M./ Weiß, W. (2009): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim/ München: Juventa Verlag

Landolt, M. (2004): Psychotraumatologie des Kindesalters. Göttingen: Hogrefe Verlag

Landolt, M./ Hensel, T. (2008): Grundlagen der Traumatherapie. In: Landolt, M./ Hensel, T. (Hrsg.): Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe Verlag

Maywald, J. (2009): Kindergarten heute spezial. Kindeswohlgefährdung – erkennen, einschätzen, handeln. Freiburg: Herder Verlag

Moor, P. (2012): „Erst verstehen – dann handeln“. In: Scherwath, C./ Friedrich, S. (2012): Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung. München/ Basel: Ernst Reinhardt Verlag

Nationales Zentrum Frühe Hilfen: Frühe Hilfen. Online unter:
<http://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/> (Zugriff: 22.02.2013)

Noeker, M. (2009): Verhaltenstherapie in der Pädiatrie. In: Schneider, S./ Margraf, J. (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3. Störungen im Kindes- und Jugendalter. Heidelberg: Springer Verlag

Oerter, R./ Montada, L. (2002): Entwicklungspsychologie, 5. Auflage. Weinheim/ Basel/ Berlin: Beltz Verlag

Ogata, S./ Silk, K./ Goodrich, S./ Lohr, N./ Westen, D./ Hill, E. (1990): Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. American Journal of Psychiatrie, 147: 1008-1013

- Peichl, J. (2008): Die inneren Trauma-Landschaften. Stuttgart: Schattauer Verlag
- Rosner, R. (2010): Sind unsere diagnostischen Konzepte adäquat? Posttraumatische Entwicklungsstörung vs. Traumaentwicklungsstörung. In: Fegert, J./ Ziegenhain, U./ Goldbeck, L. (Hrsg.): Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. Weinheim: Juventa Verlag
- Salmon, K./ Bryant, R. (2002): Posttraumatic stress disorder in children. The influence of development factors. *Clinical Psychology Review*: 163-188
- Scheeringa, M./ Gaensbauer, T. (2000): Posttraumatic stress disorder. In Zeanah, C. (Ed.): *Handbook of Infant Mental Health* (pp. 339-381). New York: Guilford Press
- Scherwath, C./ Friedrich, S., (2012): Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung. München/ Basel: Ernst Reinhardt Verlag
- Schmid, M. (2010): Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe: „Traumasensibilität“ und „Traumapädagogik“. In: Fegert, J./ Ziegenhain, U./ Goldbeck, L. (Hrsg.): Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. Weinheim: Juventa Verlag
- Schone, R./ Gintzel, U./ Jordan, E./ Kalscheuer, M./ Münder, J. (1997): Kinder in Not. Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit. Münster: Beltz Juventa Verlag
- Schrödter, M./ Ziegler, H. (2007): Was wirkt in der Kinder- und Jugendhilfe? Internationaler Überblick und Entwurf eines Indikatorensystems von Verwirklichungschancen. In: *Wirkungsortorientierte Jugendhilfe*. Band 02
- Schulze, P. (2012): Hilfe für traumatisierte Kinder und Jugendliche. Online unter: <http://www.uniklinik-ulm.de/news/article/1119/hilfe-fuer-t.html> (Zugriff: 09.02.2013)
- Suess, G. (2010): Belastung durch die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Die Bedeutung eigener Bindungserfahrungen der HelferInnen. In: Fegert, J./ Ziegenhain, U./ Goldbeck, L. (Hrsg.): Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. Weinheim: Juventa Verlag
- Steil, R./ Rosner, R. (2009): Posttraumatische Belastungsstörungen. Göttingen: Hogrefe Verlag
- TRAVESI Forschungsprojekt(2012): Verbesserter Zugang zu Traumaambulanzen durch aktiven Einbezug der Versorgungsämter sowie primärer Anlaufstellen und Evaluation der Effektivität von Sofortinterventionen. Universitätsklinikum Ulm. Online unter: <http://www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatriepsychotherapie/home/forschung/forschungsprojekte/travesi.html> (Zugriff: 22.02.2013)
- Weinberg, D. (2005): Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Trauma-Intervention und traumabezogene Spieltherapie. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta

Weiler, von J. (2010): Die Herausforderungen in Beratung und Therapie bei Traumatisierung durch sexuellen Missbrauch. Das Beispiel des Umgangs mit Opfern kinderpornografischer Ausbeutung. In: In: Fegert, J./ Ziegenhain, U./ Goldbeck, L. (Hrsg.): Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. Weinheim: Juventa Verlag

Weiß, W. (2003): Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. Weinheim: Verlagsgruppe Beltz

Ziegenhain, U. (2010): Traumabezogene Aspekte in Kinder- und Jugendgesundheit aus Sicht der Jugendberichtskommission zum 13. Kinder- und Jugendbericht. In: Fegert, J./ Ziegenhain, U./ Goldbeck, L. (Hrsg.): Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. Weinheim: Juventa Verlag

Ziegenhain, U./ Fegert, J. (2012): Frühkindliche Bindungsstörungen. In: Fegert, J./ Eggers, C./ Resch, F. (Hrsg.): Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, 3. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag

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.

Lüneburg den 28.02.2013

(Frauke Brusch)