

## **Bachelor-Arbeit**

Ausbildungsgang Bachelor of Science in Social Work  
Kurs Sozialpädagogik

**Namen Anick Zollinger & Assja Lienhard**

## **Haupttitel BA Körperorientierte Traumatherapiemethoden als Möglichkeit für die Traumapädagogik**

**Untertitel BA Körperorientierte Methoden für die Traumapädagogik**

Diese Arbeit wurde am **08.08.2025** an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

---

Studierende räumen der Hochschule Luzern Verwendungs- und Verwertungsrechte an ihren im Rahmen des Studiums verfassten Arbeiten ein. Das Verwendungs- und Verwertungsrecht der Studierenden an ihren Arbeiten bleibt gewahrt (Art. 34 der Studienordnung).

---

Studentische Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit werden unter einer Creative Commons Lizenz im Repositorium veröffentlicht und sind frei zugänglich.

---

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive  
der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



**Urheberrechtlicher Hinweis:**

**Dieses Werk ist unter einem Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz (CC BY-NC-ND 3.0 CH) Lizenzvertrag lizenziert.**

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch>

**Sie dürfen:**



**Teilen** — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten.

**Zu den folgenden Bedingungen:**



**Namensnennung** — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



**Nicht kommerziell** — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



**Keine Bearbeitungen** — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

**Keine weiteren Einschränkungen** — Sie dürfen keine zusätzlichen Klauseln oder technische Verfahren einsetzen, die anderen rechtlich irgendetwas untersagen, was die Lizenz erlaubt.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

## **Vorwort der Studiengangleitung Bachelor**

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von mehreren Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme und Entwicklungspotenziale als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Denken und Handeln in Sozialer Arbeit ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es liegt daher nahe, dass die Diplomand\_innen ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Fachleute der Sozialen Arbeit mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachkreisen aufgenommen werden.

Luzern, im August 2025

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit  
Studiengangleitung Bachelor Soziale Arbeit

## Abstract

Die vorliegende Bachelorarbeit von Assja Lienhard und Anick Zollinger untersucht, inwiefern körperorientierte Methoden aus der Traumatherapie, die traumapädagogische Praxis im stationären Kinder- und Jugendbereich ergänzen könnten. Dies wird exemplarisch an den Methoden Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Klopftherapie und Tension and Trauma Release Exercises (TRE) dargestellt. Ausgangspunkt ist die hohe Prävalenz traumatischer Erfahrungen bei Kindern und Jugendlichen in stationären Einrichtungen. Die Traumapädagogik stellt durch Beziehungsarbeit, Sicherheit und Selbstwirksamkeit eine stabilisierende Grundlage dar. Mittels Literaturrecherche wurden wissenschaftliche Erkenntnisse zu Trauma, posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS), körperorientierten Methoden ausgearbeitet. Weiter wurde Wissen zum Professionalitätsdiskurs der Sozialen Arbeit und Sozialpädagogik sowie deren Verhältnis zur Psychotherapie erarbeitet. Die Analyse zeigt, dass körperorientierte Methoden geeignet sein könnten, Herausforderungen im stationären Setting zu begegnen, insbesondere in Kombination mit traumapädagogischen Ansätzen. Vorausgesetzt werden dafür eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und vertiefte Fachkenntnisse. Obschon die Ergebnisse mittels weiterer Forschung überprüft werden sollten, deuten sie darauf hin, dass eine Integration körperorientierter Methoden eine praxisnahe und potenziell wirksame Ergänzung darstellen könnte.

## Dank

An dieser Stelle möchten wir etlichen Menschen danken!

Unserer Begleitung Rita Kessler danken wir für das Klären unserer Fragen und die Begleitung des Prozesses. Monika Zollinger danken wir für die kritische Überprüfung und das Korrigieren, wodurch unsere Arbeit an Klarheit und Präzision gewonnen hat. Und Ricarda Theiler danken wir für die individuelle Unterstützung bezüglich der Legasthenie. Zum Schluss danken wir unserem persönlichen Umfeld, dessen emotionale Unterstützung Gold wert war.

## Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	I
Dank.....	II
Tabellenverzeichnis.....	V
Abbildungsverzeichnis .....	VI
Abkürzungsverzeichnis .....	VII
1 Einleitung (Assja Lienhard & Anick Zollinger).....	1
1.1 Ausgangslage .....	1
1.2 Vorgehen der Bearbeitung .....	2
1.3 Abgrenzung.....	2
1.4 Persönliche Motivation.....	3
2 Traumapädagogik im Kontext der stationären Kinder- und Jugendhilfe in der Schweiz (Assja Lienhard) 4	
2.1 Trauma.....	4
2.1.1 Definition von Trauma .....	4
2.1.2 Entstehung eines Traumas .....	5
2.1.3 Auswirkungen eines Traumas .....	12
2.1.4 Entwicklung trotz widriger Umstände.....	16
2.2 Die stationäre Kinder und-Jugendhilfe .....	18
2.2.1 Strukturen und Rahmenbedingungen der stationären Kinder- und Jugendhilfe .....	19
2.2.2 Beziehungsarbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen im stationären Kontext .....	20
2.3 Traumapädagogik .....	22
2.3.1 Entstehung der Traumapädagogik .....	23
2.3.2 Traumapädagogische Standards .....	23
2.3.3 Traumapädagogik im Alltag.....	27
2.4 Fazit .....	29
3 Körperorientierte Traumatherapie (Anick Zollinger) .....	31
3.1 Körperorientierte Traumatherapie.....	31
3.1.1 Entstehung der körperorientierten Psychotherapie .....	31
3.1.2 Die Polivagaltheorie als Grundlage der körperorientierten Traumatherapie und dem Bottom - up .....	33
3.2 Körperorientierte Methoden zur Therapie von Traumata .....	36

3.2.1 EMDR.....	37
3.2.2 Klopftherapie.....	40
3.2.3 TRE .....	43
3.3 Fazit .....	47
4 Die Fachpersonen der Sozialpädagogik (Assja Lienhard & Anick Zollinger) .....	49
4.1 Die Etablierung der Profession Soziale Arbeit .....	49
4.2 Die theoretischen Zugänge der Sozialen Arbeit und Sozialpädagogik.....	51
4.2.1 Die Soziale Arbeit und ihre Gegenstände.....	51
4.2.2 Die Sozialpädagogik und ihr Gegenstand .....	55
4.3 Das Verhältnis von Psychotherapie und Sozialpädagogik .....	56
4.3.1 Psychotherapie.....	56
4.3.2 Psychotherapie und Sozialpädagogik im Alltag.....	59
4.4 Fazit .....	61
5 Erkenntnisse für die Praxis (Assja Lienhard & Anick Zollinger) .....	62
5.1 Alltagsexpertise der Sozialpädagogik .....	62
5.2 Herausforderungen und Vorteile der körperorientierten Methoden für die Traumapädagogik ....	63
5.3 Anforderungen an Fachpersonen und Praxis .....	65
5.4 Fazit .....	67
6 Schlussteil (Assja Lienhard & Anick Zollinger) .....	69
6.1 Beantwortung der Fragen.....	69
6. 2 Kritische Würdigung und Ausblick .....	70
Literatur- und Quellenverzeichnis .....	72
Anhang.....	1
A Konkretisierung der Anwendung der Körperorientierten Methoden .....	1
B TRE Übungen .....	6

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fragestellungen (eigener Darstellung) .....	2
Tabelle 2: Typisierung traumatischer Erfahrungen (König, 2020, S. 60) .....	8
Tabelle 3: Traumafolgen (inhaltlich leicht angepasst nach Staub und Seidl, 2024, S.7) .....	13
Tabelle 4: (k)PTBS-Symptome (Maercker & Eberle, 2022, Zit in Staub & Seidl, 2024) .....	15



## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Der Aufbau des Gehirns (in Anlehnung an Hantke & Görges, 2023, S. 44) .....	6
Abbildung 2: Die Traumatische Zange nach Better, 2013 (Fischer & Möller, 2022, S. 37) .....	10
Abbildung 3: Window of traumatic StressTolerance in Anlehnung an Edgen & Minton, 2000 (in Fischer & Möller, 2022, S. 36) .....	11
Abbildung 4: Eigene Darstellung des Tripelmandat nach Silvia Staub-Bernasconi (2008) .....	50
Abbildung 5: Ziele von Therapie und Sozialpädagogik (Wendt, 2021, S. 45) .....	59

## Abkürzungsverzeichnis

ANHT .....	allgemeinen normativen Handlungstheorie
BPtK .....	Bundespsychotherapeutenkammer
CBT .....	kognitiv-behavioralen Traumatherapie
EFT .....	Emotional Freedom Techniques
EMDR .....	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
FVTP .....	Fachverband für Traumapädagogik
HPA-Achse.....	Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse
ICD-10 .....	Internationale statistische Klassifikation von Krankheit und verwandter Gesundheitsprobleme, zehnte Ausgabe
KESB .....	Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde
kPTBS .....	komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
NK.....	Negative Kognition
PK.....	Positive Kognition
PTBS .....	Postraumatischen Belastungsstörung
ST .....	Sekundäre Traumatisierung
TRE .....	Tension and Trauma Release Exercises
UN-KRK.....	Uno Kinderrechtskonvention
vmPFC .....	ventromediale präfrontale Cortex
WBP .....	Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie
WHO.....	Weltgesundheitsbehörde

## 1 Einleitung

«We have learned that trauma is not just an event that took place sometime in the past; it is also the imprint left by that experience on mind, brain, and body.» (Van der Kolk, 2014, S. 21)

### 1.1 Ausgangslage

Kinder und Jugendliche, die in stationären Einrichtungen aufwachsen, haben in ihrem Leben zu einem hohen Prozentsatz bereits traumatische Erfahrungen erlitten. Laut einer Schweizer Studie zum Heimkontext, haben 80% der Kinder und Jugendlichen mindesten ein traumatisches Ereignis erlebt und zwei Drittel davon sogar mehr als drei (Schmid et al., 2010). Die Herausforderung des stationären Kontexts, wie Personalmangel- und wechsel, sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen, tragen zusammen mit der psychischen Verfassung der Kinder und Jugendlichen zu einer doppelten Vulnerabilität bei (Wolff & Kampert, 2017, S. 309). Traumatische Erfahrungen führen bei ungenügenden Verarbeitungsmöglichkeiten zu Veränderungen des Gehirns und setzten sich auch im Körper fest (Fischer & Möller, 2022, S. 40; Hantke & Görges, 2023, S.63). Diese Ansicht vertritt auch Van der Kolk, wie im Einstigszitat ersichtlich. Aufgrund der traumabedingten, gestörten kognitiven Verarbeitungsprozesse setzt die körperorientierte Traumatherapie auf der körperlichen Ebene an und plädiert für eine unbedingte Integration solcher Methoden in die Traumabearbeitung (Pfeiffer, 2022, S.74-78).

Das Konzept der Traumapädagogik setzt auf eine adäquate und vernetzte Begleitung der von traumatischen Erfahrungen betroffenen Kinder und Jugendlichen und bezweckt sie in ihrer Entwicklung bestmöglich zu unterstützen und zu befähigen. Dies beinhaltet das Begleiten von traumabedingten Herausforderungen wie auch teilweise die Arbeit am Trauma selbst (vgl. Gahleitner, 2021). Gemäss Bausum et al. (2025) müsste das Fachpersonal über die notwendigen Kenntnisse zu entsprechenden Methoden zur Körperwahrnehmungsunterstützung sowie Regulation verfügen. Sie nennen aber keine expliziten Methoden. Der aktuelle Diskurs weist die Traumapädagogik der Bezugsdisziplin der Psychotherapie zu. Eine Integration der körperorientierten Traumatherapiemethoden in die traumapädagogische Praxis, könnte ein vielversprechender Handlungsansatz in der sozialpädagogischen Begleitung, der von traumatischen Erfahrungen betroffener Jugendlicher, sein. Nicht zuletzt deshalb, da die Klientel von immer komplexer werdenden Problemstellungen betroffen ist, und das herausfordernde Setting des stationären Kontexts von weiteren, ganzheitlichen Methoden, als Antwort darauf, profitieren kann.

## 1.2 Vorgehen der Bearbeitung

Aus dieser Lücke ergibt sich für diese Arbeit nachfolgende Fragestellungen, welche in einer Literaturlarbeit beantwortet werden sollen.

<b>Inwiefern stellen körperorientierte Methoden aus der Traumatherapie für die Traumapädagogik im stationären Kinder- und Jugendbereich eine Möglichkeit dar?</b>
Wie gestaltet sich der traumpädagogische Alltag des stationären Kinder- und Jugendbereiches?
Was leisten EMDR, Klopftherapie und TRE als exemplarische Beispiele und welche Wirkung zeigen sie auf Betroffene?
Wie ist das professionelle Handeln der Sozialpädagogik theoretisch fundiert und wie gestaltet sich die Abgrenzung zur Bezugsdisziplin Therapie?
Welche Erkenntnisse ergeben sich für Fachpersonen der Praxis des stationären Kinder- und Jugendbereiches?

*Tabelle 1: Fragestellungen (eigene Darstellung)*

Die erste Frage ist die Hauptfragestellung, welche zum Schluss explizit beantwortet werden soll. Die untergeordneten Fragen bilden die Grundlage, um die Hauptfragestellung beantworten zu können. Die Arbeit ist in vier Kapitel aufgeteilt, wobei pro Kapitel jeweils eine Unterfrage wissenschaftlich aufgearbeitet wird.

## 1.3 Abgrenzung

Diese Arbeit beschränkt sich auf den sozialpädagogischen Kontext in der Schweiz. Des Weiteren legt sie den Fokus auf Kinder und Jugendliche im stationären Kontext mit traumatischen Erfahrungen. Nicht eingegangen wird auf psychische Erkrankungen und Komorbiditäten. Im Zentrum steht das Konzept der Traumapädagogik.

Weiter wird nicht zwischen verschiedenen «Arten» von Traumata (transgenerationale Traumata, Entwicklungstraumata) unterschieden oder darauf eingegangen. Ausführungen zu den Ausbildungsbedingungen zu Traumatherapie sowie die politischen und finanziellen Strukturen der Schweiz würden den Rahmen dieser Arbeit sprengen und werden nicht miteinbezogen. Aufgrund der Ausrichtung der Arbeit auf die sozialpädagogische Praxis in der Schweiz wurden in dieser Literaturrecherche hauptsächlich deutschsprachige und damit kulturnahe Literatur konsultiert.

## 1.4 Persönliche Motivation

Diese Arbeit ist von viel Interessen und grossem Engagement getragen.

Erfahrungen und Fragen aus dem eigenen Arbeitsalltag zur Thematik Trauma und wie die adäquate Unterstützung von Kindern und Jugendlichen aussehen kann, begleiten und berühren uns unterschiedlich lange. Die grossen Herausforderungen und Dringlichkeiten, die Kinder und Jugendliche mit traumatischen Erfahrungen mitbringen, werfen für uns die Frage auf, inwiefern das Potenzial des eigenen Körpers als Ressource, für eine Linderung und gelingende Begleitung noch nicht ausgeschöpft ist.

## 2 Traumapädagogik im Kontext der stationären Kinder- und Jugendhilfe in der Schweiz

Das erste Kapitel gibt einen breiten Überblick über die wichtigsten Kontextfaktoren zu dieser Arbeit. Zuerst wird die Thematik Trauma ausgeführt, sowie deren Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche, gefolgt von der Entwicklung, trotz widriger Umstände. Weiter wird der stationäre Kontext beleuchtet, dessen Rahmenbedingungen und Herausforderungen sowie die zentrale Beziehungsgestaltung. Im Anschluss wird das Konzept der Traumapädagogik dargestellt und dessen Bezug zur alltäglichen Praxis. Zum Schluss folgt eine Zusammenfassung mit Fazit.

### 2.1 Trauma

Die Forschung und das Verstehen von psychologischen Traumata haben in den letzten Jahrzehnten einen Aufschwung erlebt, wodurch es nun ein differenzierteres Bild über Entstehung, Auswirkung und mögliche Heilung, respektive Integration, eines Traumas gibt. Die folgenden Unterkapitel liefern aus aktueller psychologischer und neuropsychologischer Sicht zuerst eine Definition zu Trauma, gefolgt von der Schilderung der möglichen Auswirkung und Folgen mit Fokus auf Kinder und Jugendliche. Dieses Unterkapitel schliesst mit der Erläuterung von Entwicklung trotz widriger Umstände mit einem Fokus auf Schutz- und Risikofaktoren sowie die Resilienzbildung ab.

#### 2.1.1 Definition von Trauma

Das Wort Trauma leitet sich aus dem Altgriechisch ab und bedeutet so viel wie Wunde oder Verletzung. Bis heute gibt es aber nicht eine allgemeingültige Definition des Begriffes Trauma (vgl. Pausch & Matten, 2018). Unterschiedliche Disziplinen und Perspektiven von Psychologie, Philosophie, Pädagogik und Medizin unterscheiden sich im Verständnis und dem gelegten Fokus auf entweder die Ursache oder den Prozess (König, 2020, S. 55-56). So beschreibt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der zehnten Ausgabe der internationalen statistischen Klassifikation von Krankheit und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) ein Trauma als ein Ereignis mit *«kürzerer oder längerer Dauer, mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass, das nahezu bei jedem eine tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde»* (Zit. in: Pausch & Matten, 2018, S. 4).

Aus der psychotherapeutischen Perspektive beschreiben Fischer und Riedesser ein Trauma als einen initialen Moment, in dem die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten zu gering sind, um mit den bedrohlichen Situationsfaktoren umgehen zu können, was zu einem «vitalen Diskrepanzerlebnis» führt (Fischer & Riedesser, 2009, S. 84).

Es wird ersichtlich, dass bei der Definition von einem Trauma die medizinische und psychologische Perspektive eher von äusseren Gewalteinwirkungen ausgehen, die ein Trauma verursachen. Die pädagogische und sozialarbeiterische Perspektive legt einen interdisziplinären Fokus und versteht das Trauma als einen entwicklungsreichen Prozess, bei welchem auch mögliche Folgeerkrankungen mitbedacht werden (Vgl. König, 2020). Diese Arbeit orientiert sich an dem pädagogischen und prozesshaften Verständnis von Trauma. Dabei wird die begriffliche Unterscheidung von traumatischem Ereignis/Erfahrung für die Ursprungssituation verwendet und Trauma für den prozesshaften Zustand nach einem Ereignis, ohne adäquate Verarbeitung des Geschehenen und mit potenziellen Folgestörungen, benutzt. Die Gemeinsamkeit der unterschiedlichen Perspektiven ist jedoch, dass es sich bei einem Trauma um eine Verletzung handelt, die eine Wunde hinterlässt (Pausch & Matten, 2018, S. 4).

### 2.1.2 Entstehung eines Traumas

Nach einer ersten Definition und Einordnung des Begriffes Trauma wird hier weiter der Frage nachgegangen, was ein potenziell traumatisches Ereignis sein kann. Dazu wird hier zuerst das Gehirn mit seinen physiologischen Funktionsweisen erläutert, um im Anschluss die Auswirkungen eines Traumas einordnen zu können.

Das Gehirn steuert die Reaktionen des Menschen in Form von Anpassungsleistungen auf die Anforderungen der Umwelt (Hantke & Görges, 2023, S.37). Das Gehirn besitzt verschiedene Bereiche mit unterschiedlichen Funktionen, die Erfahrungen speichern und strukturieren (Hantke & Görges, 2023, S.37). Somit spielt es bei traumatischen Erfahrungen und deren möglichen Folgen eine wichtige Rolle. Dazu werden folgend die unterschiedlichen Bereiche des Gehirns beschrieben, nach den Ausführungen der beiden traumatherapieerfahrenen Psycholog:innen Hantke und Görges (2023, S.37-44):

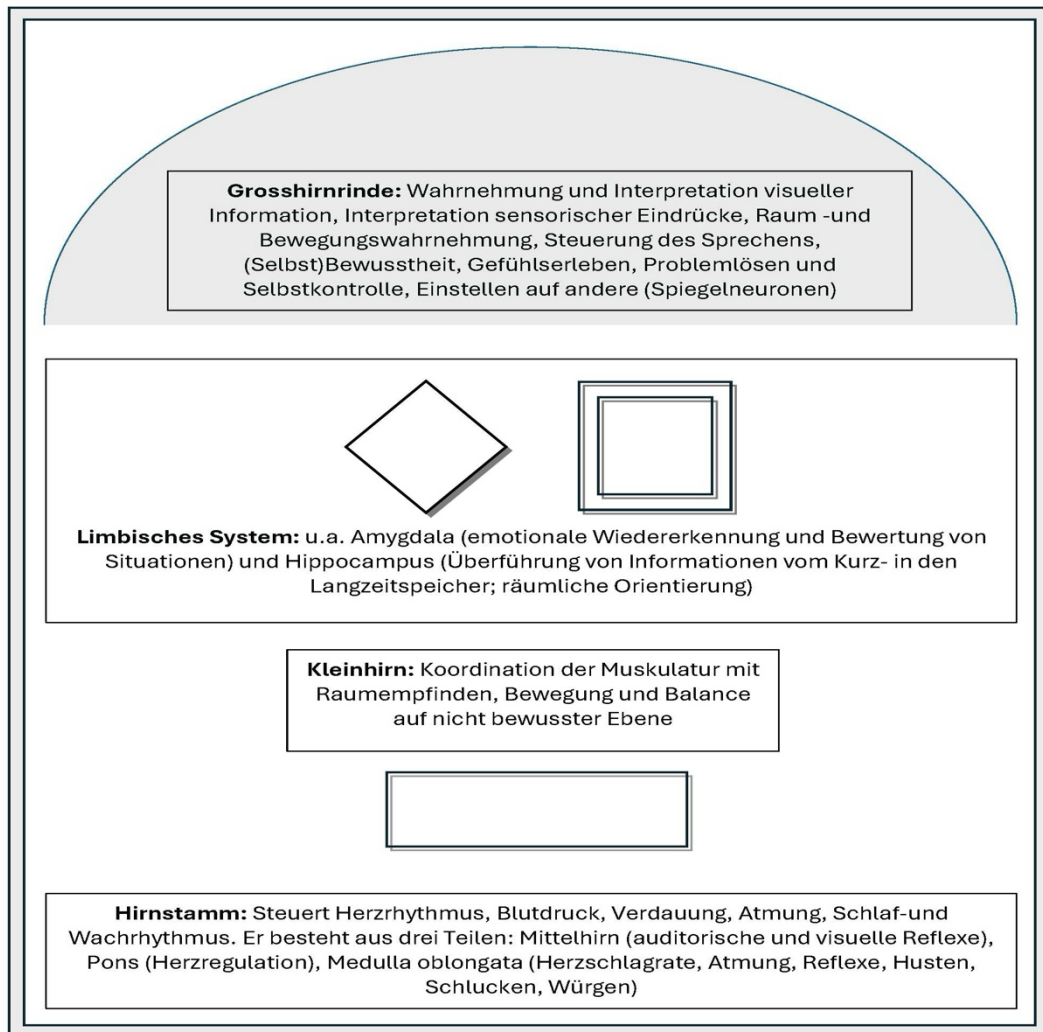


Abbildung 1: Der Aufbau des Gehirns (in Anlehnung an Hantke & Görge, 2023, S. 44)

Der **Hirnstamm** gehört zum ältesten Teil des Gehirns und wird zusammen mit dem Kleinhirn auch Reptilienhirn genannt. Der Hirnstamm ist für das biologische Überleben zuständig und reguliert beispielsweise Atmung, Herzschlag und Verdauung, etc. Deshalb ist dieser Bereich in lebensbedrohlichen Situationen aktiv, wobei er sofort in den Notfallmodus schaltet und die Überlebensfunktionen Kampf, Flucht oder Totstellen aktiviert. Die individuellen Anpassungen dieser Regulation ist von äusseren Gegebenheiten und biologischen Faktoren abhängig (s. Kp. 2.1.4).

Das **Kleinhirn** ist massgeblich für die Koordination der Bewegung zuständig und eng mit dem Gleichgewicht verknüpft. Es bestimmt beispielsweise, wie eine zielgerichtete Koordination ausgeführt werden kann.



Das Grosshirn wird in limbisches System und Grosshirnrinde unterteilt. Das **limbische System** regiert dabei über den Gefühlshaushalt. Es produziert durch zusammenhängende Nervenleitbahnen vor allem Gefühle wie Angst, Wut, Ekel und Lust. Zum limbischen System gehören der Thalamus, die Amygdala und der Hypocampus. Der Thalamus empfängt Informationen und leitet sie an die Amygdala weiter. Diese entscheidet darüber, ob eine Information gefährlich ist oder nicht. Wenn die Information als sicher eingeordnet wird, gelangt sie via Hypocampus an den evolutionär neusten Teil des Gehirns, zur Grosshirnrinde.

Wenn eine Information aber als gefährlich eingestuft wird, schlägt die Amygdala Alarm und der Hirnstamm schaltet in den Notfallmodus. Die Amygdala ist die Schaltzentrale für Gefühle und im Gehirn breit vernetzt. Sie ist einerseits mit den bereits beschriebenen Regulationsmechanismen für Atmung, Herzschlag und Verdauung verbunden, und andererseits mit dem neuronalen Netzwerk, das für die Informationsweitergabe via Botenstoffe (Neurotransmitter) verantwortlich ist und für eine erhöhte Wachsamkeit sorgt. Die Amygdala reagiert äusserst schnell auf Reize. Auf Erfahrung basierend entscheidet sie darüber, ob Information gefährlich oder sicher sind. Bei Menschen mit traumatischen Erfahrungen kann deshalb beispielsweise ein bestimmter Geruch ein mit dem Trauma verbundenen Sinneseindruck darstellen und somit ein Triggerreiz darstellen, der den Hirnstamm sogleich in den Notfallmodus schalten lässt.

Der Hypocampus speichert die erhaltenen Informationen mit dem dazugehörenden Ort und Zeit ab. Dabei ist er plastisch und sehr anfällig für Störungen. Er kann seine Funktion nur in einem entspannten Zustand adäquat ausführen; wenn der Zustand sehr aufregend oder lebensbedrohlich ist, werden die Informationen zusammenhangslos ohne entsprechende Zeit- oder Ortsignatur gespeichert.

Als entwicklungsmässig neuester Teil des Gehirns liegt die **Grosshirnrinde** ganz oben und umschliesst das limbische System. Sie beinhaltet grosse Zentren zur Wahrnehmungssteuerung von Gefühlen, Körper und Sprache sowie das Frontalhirn. Mithilfe des Frontalhirns können sich Menschen selbst sowie andere wahrnehmen, können soziale Beziehungen gestalten, sich reflektieren, komplex denken und Lösungen kreieren. Eine wichtige Aufgabe des Frontalhirns ist das Verstehen von sozialen Systemen mit den daran gebundenen gesellschaftlichen Anforderungen und den eigenen Werten sowie dem eigenen Handeln entsprechend koordinieren zu können. Dazu gehört das Wahrnehmen und Regulieren von Spannung. Dafür ist die Grosshirnrinde wesentlich von den tieferliegenden Bereichen des Hirns abhängig. Grundsätzlich arbeiten alle Hirnregionen zusammen, wobei aber die höher entwickelten Teile von den tieferliegenden abhängig sind.

Diese physiologischen Funktionen des Gehirns werden durch traumatische Ereignisse gestört (Hantke & Görges, 2023, S. 37). Folgend werden diese traumatischen Ereignisse nach der psychotraumatologisch (auf Trauma spezialisierte Psychologie) etablierten Kategorisierung beschrieben.

	Typ I (einmalig, kurzfristig)	Typ II (wiederholend, langfristig)
<b>akzidentielle Ereignisse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwere Verkehrsunfälle</li> <li>• Berufsbedingte Traumata (z.B. Rettungskräfte, Feuerwehr, Polizei)</li> <li>• Kurzandauernde Katastrophe (z.B. Wirbelsturm, Brand)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Langanhaltende Naturkatastrophen (z.B. Erdbeben, Hungersnot)</li> <li>• Technische Katastrophen (z.B. AKW-Unglück)</li> </ul>
<b>Interpersonelle traumatische Erfahrungen (man-made)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kriminelle/körperliche Gewalt</li> <li>• Sexualisierte Gewalt (z.B. Vergewaltigung)</li> <li>• Ziviles Gewalterleben (z.B. Banküberfall)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Misshandlung</li> <li>• Sexualisierte Gewalt</li> <li>• Krieg, Geiselhaf, Folter</li> <li>• Politische Verfolgung</li> <li>• Massenvernichtung</li> </ul>

*Tabelle 2: Typisierung traumatischer Erfahrungen (König, 2020, S. 60)*

Einerseits wird nach Häufigkeit unterschieden, unterteilt in Typ I und Typ II Traumatisierungen (Terr, 1991, S. 19). Das Typ I-Trauma, auch Schocktrauma genannt, bezeichnet ein einmalig erlebtes Ereignis, wie z.B. einen Überfall. Das Typ II-Trauma ist gekennzeichnet durch wiederkehrende, anhaltende Ereignisse wie z.B. sexueller Missbrauch in der Familie oder Krieg. Traumatische Ereignisse des Typ II lösen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) aus, als ein Typ I Ereignis (König, 2020, S. 61). Weiter wird im Hinblick auf die Ursache zwischen interpersonellen, von Menschen herbeigeführten und von akzidentiellen, zufälligen Ereignissen unterschieden (Landolt, 2021, S. 196-197). Laut König (2020) lässt sich dabei der Schluss ziehen, dass die Tabelle diagonal gelesen mit der Kombination von Typ II Ereignissen mit interpersonellen traumatischen Erfahrung die prekärsten Voraussetzungen für Folgeschäden hat (S.61). Dies gilt insbesondere für in Entwicklung stehende Menschen wie Kinder und Jugendliche (Fischer & Möller, 2022, S. 39).

Dabei hebt die fünfte Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) für Kinder folgende traumatischen Erfahrungen als besonders risikohaft für Traumafolgen (s. Kp. 2.1.3) hervor:

- Misshandlung
- Interpersonelle Gewalt miterleben (z.B. bei häuslicher Gewalt)
- Verkehrsunfälle
- Naturkatastrophen miterleben
- Krieg
- Hundebisse
- Invasive medizinische Eingriffe (Sheeringa, 2025).

Pausch und Matten (2018) führen aus, dass das Erleben von traumatischen Ereignissen immer mit Kontrollverlust, Entsetzen und Todesangst verbunden sind (S. 4). Dabei werden unterschiedliche Reaktionen auf der körperlichen, kognitiven wie auch emotionalen Ebene ausgelöst, die laut und sichtbar oder still und unsichtbar sein können (Pausch & Matten, 2018, S. 4). Das Hirn schaltet via Amygdala in den Notfallmodus und die evolutionär bedingten Überlebensstrategien von Kampf und Flucht oder Erstarrung (auch genannt «Fight», «Flight», «Freezing») werden aktiv (s. auch Abbildung 2). Dabei werden alle verfügbaren Ressourcen in die Muskulatur, die Arme und Beine geleitet, um fliehen oder kämpfen zu können (Hantke & Görges, 2023, 69-70). Der Hirnstamm übernimmt dabei das Kommando (Hantke & Görges, 2023, 69-70). Gleichzeitig werden alle anderen nicht überlebenswichtigen Bereiche des Gehirns heruntergefahren, dazu gehört auch das Frontalhirn, das für das Treffen von komplexen Entscheidungen zuständig ist (Hantke & Görges, 2023, S. 70). Wenn aber «Fight» und «Flight» nicht möglich sind, schaltet der Körper in die letzte verfügbare Überlebensstrategie, dem «Freezing» (Fischer & Möller, 2022, S. 35). Dabei kann die oben beschriebene Funktionsweise des Gehirns gestört werden, da das Gehirn plastisch ist und traumatische Erfahrungen hemmende und aktivierende Auswirkungen auf die verschiedenen Hirnareale haben (Hantke & Görges, S. 37).

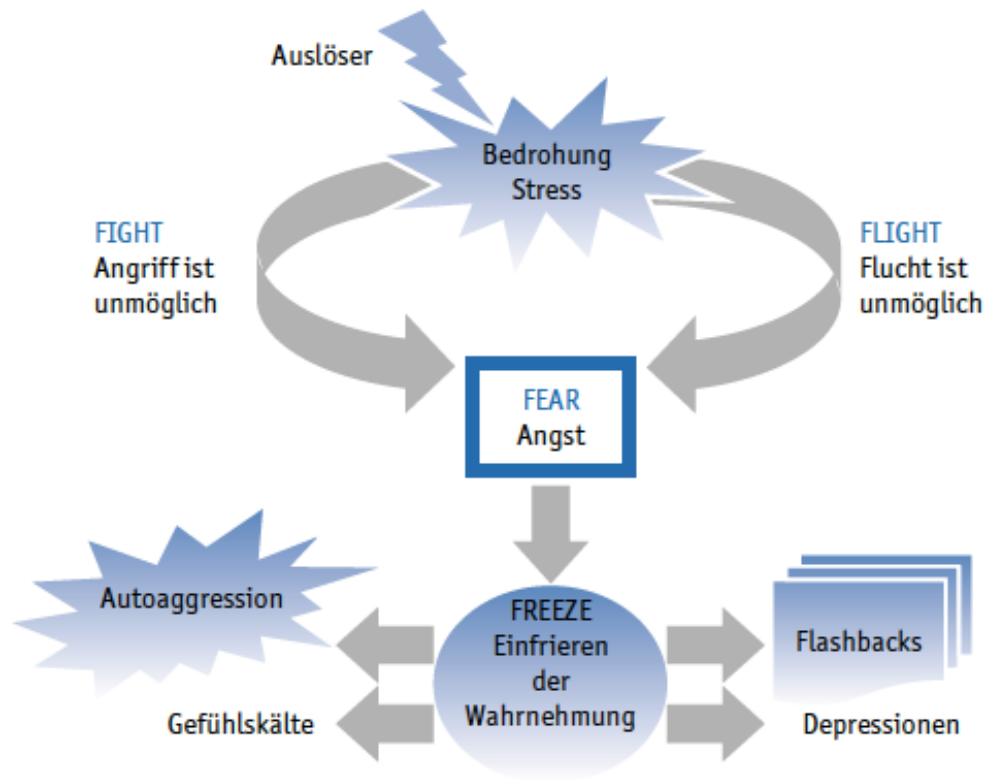


Abbildung 2: Die Traumatische Zange nach Better, 2013 (Fischer & Möller, 2022, S. 37)

Die Traumatische Zange (Abbildung 2), beschreibt die Reaktionsabfolge, wenn der Mensch eine Situation als lebensbedrohlich einstuft und die Möglichkeiten von Kampf oder Flucht unmöglich sind.

Dieser Vorgang geht mit einem überflutenden Gefühl von totaler Ohnmacht einher, wobei das Gehirn in einen dissoziativen, abgespaltenen Zustand kommt. In unterschiedlicher Abstufung dieses Freeze-Zustands und abhängig vom jeweiligen Entwicklungsalter, können Eindrücke noch wahrgenommen werden, wobei die Muskulatur aber erschlafft, bis hin zu totaler Aufgabe der Körperspannungen und bei Kindern sogar Bewusstlosigkeit (Hantke & Görges, 2023, S. 71-72). Dies geht mit einer Trennung, Dissoziation von Wahrnehmung und Körperempfinden einher (Hantke & Görges, 2023, S. 71-72). Diese neurophysiologische Reaktion hat als Folge, dass die Erinnerungen und Sinneseindrücke vom Hippocampus nicht adäquat im Gesamtgedächtnis gespeichert und eingeordnet werden (Fischer & Möller, 2022, S. 36). Grundsätzlich gilt nicht das Ereignis oder die Notfallreaktion als Trauma, sondern die Folgen, wenn über längere Zeit keine verfügbare Möglichkeit vorhanden ist, diese unverarbeiteten Erlebnisse zu integrieren (Hantke & Görges, 2023, S.63). Die bereits beschriebenen menschlichen Reaktionen auf ein traumatisches Ereignis (Notfallreaktionen), werden oft begleitet von zahlreichen Symptomen wie z.B. Panikattacken, Weinen, Schreien oder Verstummen und sind somit als «normale Reaktion auf eine aussergewöhnliche Situation» zu verstehen (Maercker, 2017, S. 17-18). Nach

wenigen Tagen erholen sich bei den meisten Menschen die Bewusstseinsfunktionen wie Aufmerksamkeit, Reaktions- oder Koordinationsvermögen wieder (Maercker, 2017, S. 17-18).

Die längerfristig negativen Auswirkungen eines traumatischen Erlebnisses kann mit dem Modell des "window of traumatic stress tolerance", auf Deutsch "das Toleranzfenster des traumatischen Stresses" veranschaulicht werden. Dabei sind die Impuls- und Regulierungsfähigkeit zentrale Faktoren, die durch traumatische Erfahrungen gestört werden können (NICABM, 2017). Das folgend beschriebene Modell stammt ursprünglich vom Psychiater Dan Siegel und wurde durch die Psychologen Ogden und Minton als Konzept etabliert (vgl. Ogden & Minton, 2000). Grundsätzlich wird damit der Zustand des optimalen Toleranzfensters beschrieben, welches sich innerhalb der schwarzen Linien befindet (s. Abbildung 3). In diesem verfügen die Menschen über genügend Selbstregulierungsfähigkeiten, um sich wohlfühlen und mit den Einflüssen ihrer Umwelt umgehen zu können (NICABM, 2017). Selbstregulation beschreibt dabei die Fähigkeit, das eigene Verhalten zusammen mit den eigenen Zielen und Werten verbinden und steuern zu können (Reinecker, 2022). Dies ist immer abhängig von externen Einflüssen aus der Umwelt und internen Faktoren wie kognitive Prozesse, eigene Erwartungen sowie biologischen Faktoren, beispielsweise Müdigkeit oder Hunger (Reinecker, 2022).

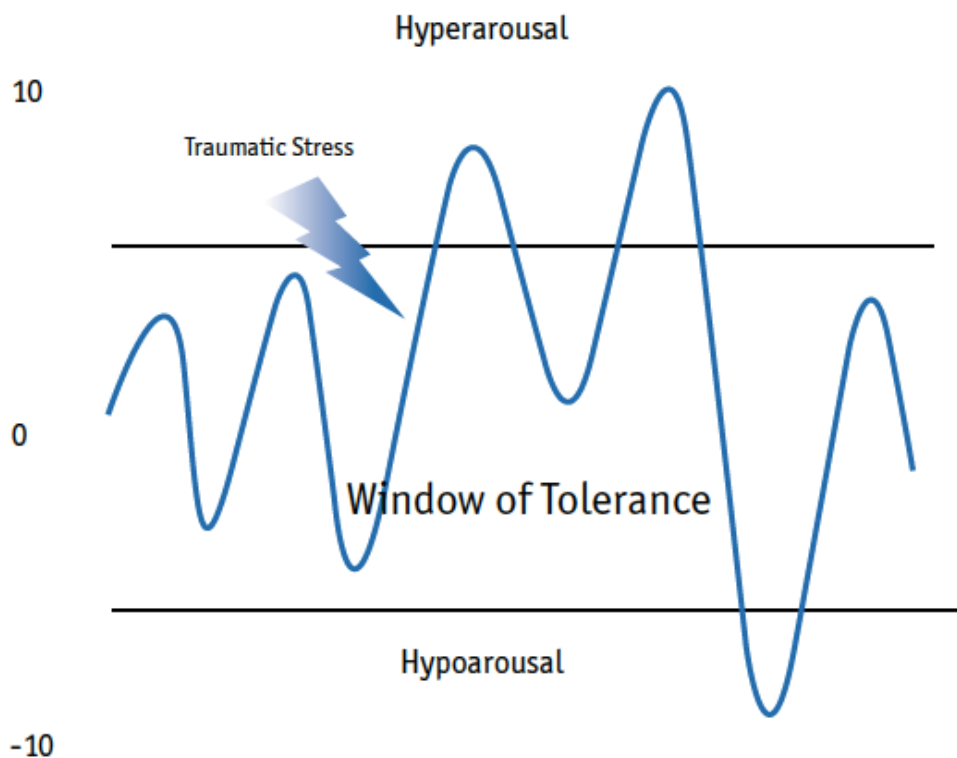


Abbildung 3: Window of traumatic StressTolerance in Anlehnung an Edgen & Minton, 2000 (in Fischer & Möller, 2022, S. 36)

Das Toleranzfenster wird in dieser neuen Version von einem Hyperarousal (Hyperaktivierung) und einem Hypoarousal (Unteraktivierung) umrahmt (Müller et al., 2022, S.36). Der Begriff "Arousal" beschreibt in der Psychologie das Aktivierungsniveau eines Organismus (Stangl, 2025). Bei einem erhöhten Arousal werden vermehrt Stresshormone ausgeschüttet, die auf das Nervensystem einwirken und zu erhöhten Aufmerksamkeit oder Erregung führen. Bei einem niedrigen Arousal wird das Nervensystem tendenziell heruntergefahren, was beispielsweise in einem ruhenden oder schlafenden Zustand der Fall ist. Die Linie des traumatischen Stresses zeigt, wie sich dieser immer wieder ausserhalb des Toleranzrahmens bewegt und so in den Bereich des Hyperarousal, beziehungsweise Hypoarousal kommt. Wenn über die Toleranzgrenze hinaus, durch Stressoren oder Triggerreize herbeigeführt, eine Aktivierung stattfindet, werden also die menschlichen Selbstregulierungsfähigkeiten überschritten und der Körper schaltet in den Notfallmodus (Hantke & Görges, 2023, S. 76). Menschen, insbesondere Kinder, die traumatische Erfahrungen gemacht haben, verfügen meist über ein vergleichbar kleines Toleranzfenster und eine erhöhte Spannungskurve (NICABM, 2017), die durch Zeit und Arbeit aber erweiterbar ist (Hantke & Görges, 2023, S. 74). Ohne diese Ausweitung des Toleranzbereiches kann ein chronisch erhöhter Stress langfristig zu körperlichen Schädigungen der Nervenzellen führen (Fischer & Möller, 2022, S. 40).

### 2.1.3 Auswirkungen eines Traumas

Dieses Kapitel fokussiert auf die möglichen Traumafolgen, die insbesondere die Lernfähigkeit, das Gedächtnis, die Impuls- und Regulationskontrolle sowie das Körpergefühl betreffen (Baierl & Frey, 2016, S.172). Je nach Auswirkungen der Traumata werden diese als unterschiedliche Traumafolgestörungen diagnostiziert. Diese Arbeit konzentriert sich auf diese und die Sekundäre Traumatisierung (ST) wird kurz angeschnitten. Weiter wird als Oberbegriff für mögliche Symptome, Syndrome und Folgestörungen der Begriff «Traumafolgestörung» verwendet (vgl. Pausch & Matten, 2018, S.6).

Die Wahrscheinlichkeit wie auch die Intensität von Folgestörungen sind abhängig von den individuellen Schutz- und Risikofaktoren, wie auch von der Möglichkeit zur Integration des Erlebten (vgl. ICD-10; Kp. 2.1.4). Ein traumatisches Erlebnis muss nicht zwingend zu Traumafolgen- und Störungen führen. Nach Maercker (2017) ist dies eher selten und in unterschiedlich ausgeprägter Form der Fall (S. 18-20). Vor allem frühe traumatische Erfahrungen bedeuten oft chronische Langzeitfolgen für die Gesundheit (Petermann & Brähler, 2019, S. 78), mit einer hohen bis exponentiellen Prävalenz für Folgeerkrankungen (Felitti et al., 2007, S. 25).

Wie und in welcher Prävalenz sich solche traumatische Erfahrungen in der Kindheit auswirken können, wurde in der bekannten und wegweisenden ACE-Studie (Adverse Childhood Experience Study) in den USA untersucht. Darin wurden zehn Kategorien für kindheitsgefährdende Erfahrungen ausgemacht, wozu neben Misshandlung und Vernachlässigung beispielsweise auch das Miterleben von Trennungen sowie mit Menschen in einem Haushalt wohnen, die eine Suchtmittelerkrankung haben, zählten (Felitti et al., 1998, S. 248). Dabei konnte nachgewiesen werden, dass Kinder, die zwei bis vier dieser Erfahrungen gemacht haben, eine vier bis zwölfmal höhere Wahrscheinlichkeit für unterschiedliche Folgeerkrankungen im Erwachsenenalter haben, wie beispielsweise Drogen- und Alkoholabhängigkeit, Depressionen und Suizidalität (Felitti et al., 1998, S. 245).

Wenn Kinder und Jugendliche traumatische Erfahrungen erleben, kann dies also weitreichende Folgen für ihre weitere Persönlichkeitsentwicklung und Lebensqualität haben. Sie befinden sich noch in der Entwicklung, verfügen über weniger Lebenserfahrung und somit auch über weniger Schutzmechanismen als Erwachsene (Staub & Seidl, 2024, S. 5). Als Folge haben frühe und komplexe traumatische Erfahrungen oft prägende Auswirkungen auf die Bindungsentwicklung (s. Kp.2.1.4) und somit auch auf die spätere Persönlichkeitsentwicklung (Vliegen et al., 2021, S. 62).

Symptom	Beschreibung
<b>Symptom des Wiedererlebens: Intrusion</b>	Flashbacks, Albträume, sich wiederholende Erinnerungen an traumatische Ereignisse und ein aktuelles Erleben, begleitet von Angst und Panik (Maercker & Eberle, 2022, S. 3)
<b>Symptom der zwanghaften Wiederholung: Reviktimisierung</b>	Signifikant erhöhtes Risiko, aufgrund traumatischer Erfahrungen in der Kindheit, vor allem Gewalt und sexuelle Gewalt, dies im späteren Leben erneut durchleben zu müssen (Pomberger, 2024)
<b>Symptom der Überregung: Hyperarousal</b>	Anspannung, Schlafstörungen, Reizbarkeit, aggressives Verhalten, Konzentrationsschwierigkeiten, vermehrte Schreckhaftigkeit, überzogene Wachsamkeit und psychosomatische Symptome (ICD 10)
<b>Symptom der Vermeidung: Konstriktion</b>	Vermeidung von (sozialen) Situationen und Tätigkeiten mit dem Wunsch, potenzielle Triggerreizen aus dem Weg zu gehen, verknüpft mit emotionaler Dumpfheit oder Gleichgültigkeit (vgl. ICD 10)
<b>Symptom der Auf-, Abspaltung: Dissoziation</b>	Aufspaltung von Gedanken und Gefühlen, kann Amnesien und Bewusstseinstrübung enthalten (Maercker & Eberle, 2022, S. 4)

*Tabelle 3: Traumafolgen (inhaltlich leicht angepasst nach Staub und Seidl, 2024, S.7)*

Die Tabelle drei zeigt eine Übersicht über mögliche Symptome. Dabei werden im Hinblick auf die sozialpädagogische Praxis, die dafür relevantesten hervorgehoben: Symptome der Intrusion, vor allem «Flashbacks», können plötzlich und durch Triggerreize ausgelöst auftreten und lassen die betroffene Person den traumatischen Zustand in der Gegenwart wiedererleben (Weiß et al., 2016, S. 483). Symptome von Hyperarousal können beispielsweise aggressives Verhalten sein oder generell hohe und plötzliche Reizbarkeit bei minimalen Reizen, beispielsweise wenn die Person aufgrund einer Kleinigkeit aus der Haut fährt (Haines & Standing, 2023, S. 22).

Ausgehend von diesen Symptomen (s. Tabelle 3) ist auch im ICD-10 unter «Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen» PTBS als Diagnose aufgelistet, welche die Mehrheit dieser Symptome abdeckt (Krollner & Krollner, 2025). Die PTBS wird dabei als eine verzögerte Reaktion beschrieben, die nach ca. 6 Monaten auf ein traumatisches Ereignis erfolgen kann (Krollner & Krollner, 2025). Als Diagnosekriterium werden dabei das Erfassen des traumatischen Ereignisses genannt sowie das Vorhandensein obengenannter Symptomatiken (Schäfer et al., 2019, S. 16-22). Im Jahr 2022 wurde das ICD-10 und die Diagnose der PTBS überarbeitet und enger gefasst, wobei die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS) als weitere Diagnose dazukam (vgl. ICD-11). Damit wurden den Erfahrungen der Betroffenen, Experten aus der Praxis sowie Feldstudien Rechnung getragen und weitere Symptome wurden ins Kriterienraster ausgenommen (Eilers et al., 2024, S. 409). Da die überarbeitete Version in der Schweiz noch ausständig ist (Bundesamt für Statistik, 2024), wird dies hier nur zur Verdeutlichung benutzt, dass die Symptombelastung- und Schwere noch differenzierter ist als bisher angenommen. Im Vergleich zum ICD 10 sowie 11 listet das DSM-5 kindsspezifische Symptome auf (Elia, 2023). Diese heben als Besonderheit das Wiedererleben in kindlichem Spielen hervor, sowie die Tatsache, dass ein Kind unter sechs Jahren auch durch blosses Zusehen oder Erfahren, wie ein Familienmitglied eine traumatische Erfahrung macht eine PTBS entwickeln kann (Elia, 2023). Damit wird die Besonderheit des Kindes- und Jugendalters hervorgehoben, insbesondere wenn das traumatische Ereignis an eine Bezugsperson gekoppelt ist (Schäfer et al., 2019, S. 60). Die Tabelle vier zeigt nach Maercker und Eberle (2022) beide Diagnosekriterien, für eine PTBS sowie auch für eine kPTBS. Dabei wird ersichtlich, dass die Auflistung der kPTBS Symptome auch den Bereich der «Störungen der Selbstorganisation» mit einschliessen, die die Beziehungsebene sowie das Sozialleben massiv beeinflussen und beeinträchtigen können.



Posttraumatische Belastungsstörung PTBS			
Symptom- gruppe	Wiedererleben in lebendiger Form		Flashbacks, Albträume, Intensive Erinnerungen
	Vermeidung		Vermeidung von Gedanken, Gefühlen, Vermeidung von Situationen oder Personen
	Anhaltendes Bedrohungsgefühl		Übermässige Wachsamkeit Übermässige Schreckhaftigkeit
komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (k)PTBS			
Symptom- gruppe	Wiedererleben in lebendiger Form		Flashbacks, Albträume, Intensive Erinnerungen
	Vermeidung		Vermeidung von Gedanken, Gefühlen, Vermeidung von Situationen oder Personen
	Anhaltendes Bedrohungsgefühl		Übermässige Wachsamkeit Übermässige Schreckhaftigkeit
	Störung der Selbstorganisation	Affektive Dysregulation	Aufgebracht (Überregulation),  Abgestumpft (Unterregulation)
		Negatives Selbstkonzept	Verkümmert, gescheitert, wertlos, schuldig
		Beziehungs-störung	Weit abgeschnitten von anderen,  Probleme emotionaler Nähe

Tabelle 4: (k)PTBS-Symptome (Maercker & Eberle, 2022, Zit in Staub & Seidl, 2024)

Die Traumafolgen, insbesondere eine PTBS oder eine kPTBS sind mit einer Vielzahl an belastenden Symptomen verbunden, wobei die Betroffenen nur schwer Kontrolle über das von traumatischen Erfahrungen geprägte Gedächtnis erlangen können (Schmahl, 2019, S. 99).

Živanović und Marković führen aus, dass eine ST als weitere, meist berufsbedingte Traumafolge entstehen kann (2022, S. 279). Die Symptome einer ST sind dabei der PTBS sehr ähnlich und entstehen vor allem bei Begleitpersonen, die Menschen mit einer PTBS begleiten und so indirekt davon betroffen sind (Živanović & Marković, 2022, S. 279).

### 2.1.4 Entwicklung trotz widriger Umstände

In diesem Unterkapitel wird der Entwicklung trotz widriger Umstände Beachtung geschenkt. Dazu wird das Wissen aus der Psychotraumatologie, Resilienzforschung sowie dem Schutz- und Risikofaktorenkonzept hinzugezogen.

Zuerst wird an dieser Stelle eine Definition von Kindern und Jugendlichen vorgenommen. Mit Kindern und Jugendlichen oder «in Entwicklung stehenden Menschen» werden in dieser Arbeit Menschen der Altersspanne von Null bis 24 Jahren gemeint. Dies wurde in Anlehnung an die folgend genannten Definitionszugänge definiert «Kindheit» kann als die Phase in der Entwicklung zwischen Geburt und Ende des vierzehnten Lebensjahres beschrieben werden (Garbe, 2015, S. 17). In einem fließenden Übergang schliesst das «Jugendalter» an. Das Jugendalter endet mit dem Erwachsenwerden, was in der heutigen Zeit nicht mehr mit der gesetzlichen Marche erreicht ist, sondern immer später erfolgt und deshalb auf 24 Jahren gesetzt werden kann (Sawyer et al., 2018).

Folgend wird die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen beleuchtet. Ein Schwerpunkt wird dabei auf die frühe Kindheit gesetzt, da dort der Grundbaustein fürs Leben gelegt wird. In verschiedenen Studien und Untersuchungen wurde der Frage nachgegangen, wie sich Kinder entwickeln, und welche Voraussetzungen hinderliche oder förderliche Auswirkungen über die gesamte Lebensspanne haben können (vgl. Kauai-Längsschnittstudie, 1989). Es herrscht mittlerweile Konsens darüber, dass aufgrund der Erfahrungen in den ersten Entwicklungsjahren zentrale Fähigkeiten der Anpassung erlernt werden, sich einen Orientierungssinn für die Welt entwickelt sowie auch eine Erwartung, wie sich Menschen und Dinge verhalten (National Research Council, 2000, S. 386-387). Diese legen den Grundbaustein wie zukünftige und neue Erfahrungen interpretiert werden (National Research Council, 2000, S. 386-387). Eine wichtige Komponente für gesunde Entwicklung, auch trotz widriger Umstände sind verlässliche und liebevolle Beziehungen (vgl. Bowlby, 1961, 1981).

In einer repräsentativen Studie über die ersten fünf Lebensjahre konnte festgehalten werden, dass je früher ein Kind mindestens eine stabile, verlässliche und prompt reagierende Fürsorgeperson hat, die Wahrscheinlichkeit steigt, sich in den kommenden Jahren gesund entwickeln zu können (National Research Council, 2000, S. 7). Somit können auch externe Fachpersonen, die einen Teil der Fürsorge übernehmen, als «active Ingredience» (National Research Council, 2000, S. 7), also als aktiver Wirkfaktor, für die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen fungieren. Neuere Erkenntnisse heben hervor, dass je nach Betreuungssituation des Kindes eine Betreuungsperson auch eine wichtige Bindungsperson werden kann, sofern

diese Stabilität und Feinfühligkeit gewährleisten kann (Lengning & Wiemers, 2025, S.37). Die Bindungsentwicklung, oder vielleicht besser Bindungsqualität, ist erlernbar und bleibt in konstanter Entwicklung bis ans Lebensende (Vliegen et al., 2021, S. 63).

Kinder entwickeln bereits im ersten Jahr nach der Geburt die überlebenswichtigen Verhaltensmuster, zu denen das Bindungsverhalten sowie auch das Explorationsverhalten gehört (König, 2020, S. 18). Das Kind baut von sich zu den nächsten konstanten Beziehungspersonen eine Bindung auf, unabhängig davon, wie diese das Kind behandeln (König, 2020, S. 18). Das Explorationsverhalten hingegen setzt nur in Momenten ein, wenn sich das Kind sicher fühlt und weder durch äussere noch innere Faktoren Stress ausgelöst wird und das Bindungssystem des Kindes deaktiviert bleiben kann (König, 2020, S. 20). Die verfügbaren Beziehung- und Bindungspersonen sind somit von grosser Wichtigkeit für die Entwicklung. Je nach Lebensumständen wie Gesundheit der Eltern oder sozialem Status, können diese Personen allerdings ungenügend auf die Bedürfnisse der Kinder eingehen und beeinflussen somit auch in negativer Weise deren Entwicklung, Gesundheit und späteres Sozialverhalten (National Research Council, 2000, S. 7; vgl., Yoon et al., 2023).

Das Konzept der Schutz- und Risikofaktoren geht ebenfalls der Frage nach, was Entwicklung fördert oder hemmt. Neben den bereits ausgeführten Faktoren von verfügbaren, zugewandten Bindungs- und Beziehungspersonen, unterteilt das Konzept weitere Faktoren. Dabei werden zwischen personenbezogenen (Bsp. Genetik, Gesundheit, Krankheit) und äusseren (Umfeld, vorhandene Bezugspersonen) Faktoren unterschieden (Jenni & Ritter, 2019, S. 16). Ein Schutzfaktor, wie bspw. eine verfügbare Bezugsperson kann dabei aber nicht eins zu eins ein Risikofaktor aufwiegen. Weiter kann ein Risiko durch unterschiedliche Gegebenheiten verstärkt werden, wie beispielsweise Häufigkeit, Geschlecht oder Häufung von unterschiedlichen Risikofaktoren (Jenni & Ritter, 2019, S. 16). Die Schutzfaktoren haben dabei einen hierarchischen Charakter, wobei gewisse als sehr wichtig eingestuft werden wie bspw. Kognitive Fähigkeiten, Selbstregulationsfähigkeiten oder das Erleben von Geborgenheit (Jenni & Ritter, 2019, S. 16). Im Umgang mit Kindern und Jugendlichen hat sich auch gezeigt, dass es sich für deren Entwicklung lohnender erweist, ausgemachte Schutzfaktoren zu fördern und die jeweiligen Ressourcen zu unterstützen, als nur Risikofaktoren eliminieren zu wollen (Jenni & Ritter, 2019, S. 15). Ebenfalls können sich Kinder schneller erholen und drohenden Entwicklungsdefizite entgegenwirken, wenn sie nach prekären Verhältnissen gute Erfahrungen mit einer verlässlichen Bezugsperson machen können (National Research Council, 2000, S. 217). Der Begriff der Resilienz oder auch Widerstandsfähigkeit, umfasst facettenreiche Fähigkeiten (vgl. Yoon et al., 2023), die sich mit der Bewältigung von entwicklungswidrigen Umständen, die in der Lebenswelt wie auch im

Individuum selbst liegen können, entwickeln (vgl. Masten, 2014). Jüngst konnte eine Studie zu Resilienzentwicklung bei zuvor vernachlässigten Kindern in stationären Einrichtungen in den USA aufzeigen, dass 65% dieser Kinder durch das Leben in der stationäre Einrichtung Resilienz in mehreren Bereichen (z.B. soziale Beziehungen, kognitive Fähigkeiten) entwickeln konnten (Yoon et al., 2023, S. 9). Wenn dies nicht gelingen konnte, entstand häufig im Bereich der sozialen Beziehungen ein Defizit. Resilienz also auch als Fähigkeit beschrieben, die erlernbar ist (Pausch & Matten, 2018, S 24).

## 2.2 Die stationäre Kinder und-Jugendhilfe

In diesem Unterkapitel wird zuerst ein kurzer geschichtlicher Exkurs über die stationäre Kinder- und Jugendhilfe vollzogen. Danach folgt eine Ausführung zu den Strukturen und Rahmenbedingungen des stationären Kontexts. Die Schilderung der Beziehungsarbeit und ihren Herausforderungen in diesem Kontext schliesst dieses Unterkapitel.

Die Schweizer Geschichte der stationären Erziehungshilfe ist vor allem von den Begriffen «Heimerziehung» und «administrative Versorgung» sowie «fürsorgerische Zwangsmassnahmen» geprägt. Diese sind verbunden mit massiven, staatlich legitimierten Eingriffen in die Grundrechte von Kindern, Familien und Einzelpersonen in der Gesellschaft (Bundesamt für Justiz, 2025). Mit einer Fremdplatzierung wurde die Zielsetzung verfolgt, ein Kind erfolgreich in die Gesellschaft zu reintegrieren (Leuenberger & Seglias, 2013, S. 20). So zeigt sich die Geschichte der stationären Erziehungshilfe des 20. Jahrhunderts aus heutiger Sicht als ein sehr «schweres Erbe», womit unweigerlich Traumata und Retraumatisierungen miteinhergehen (Kühn, 2023, S. 27).

In den letzten 40 Jahren hat sich die Ausrichtung der Kinder- und Jugendhilfe in der Schweiz geändert. Anstelle der massiven staatlichen Eingriffe fokussiert die Kinder -und Jugendhilfe auf die Rechte der Familien und Einzelpersonen. 1997 hat die Schweiz die UNO-Kinderrechtskonvention (UN-KRK) ratifiziert und sich damit als Staat verpflichtet, für die Rechte des Kindes bis zum 18. Lebensjahr in besonderer Weise einzusetzen (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2025). Die Umsetzung dieser Rechte bringt etliche Herausforderungen mit sich, wie eine aktuelle Motion im Nationalrat für eine bessere Datenerhebung dieser Rechte zeigt (Reynard et al., 2025). Dennoch hat sich, nach Jahren der teils schleppenden Aufarbeitung und gleichzeitigen Neuerung der gesetzlichen Grundlagen, das Bild der stationären Erziehungshilfe geändert, wobei gegenüber den Behörden immer noch etwas Unbehagen seitens der Eltern vertreten sein dürfte (Gautschi & Schnurr, 2024, S. 38). Als behördliches Organ haben dabei die regionalen Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (KESB) die zentrale

Position zur Koordinierung des zivilen Kindesschutzes inne. Heute zählen stationäre Erziehungshilfen zu den wichtigen Mechanismen, um im Sinne der UN-KRK das Wohl von Kindern und Jugendlichen zu schützen, die aus unterschiedlichen Gründen nicht in einem familiären Rahmen aufwachsen können (Eberitzsch, 2023, S. 46).

### 2.2.1 Strukturen und Rahmenbedingungen der stationären Kinder- und Jugendhilfe

Im Jahr 2023 wurde in der schweizerischen nationalen Kinderschutzstatistik über die Kinderschutzfälle an Schweizer Kliniken 2097 Misshandlungen gemeldet, was einen Anstieg insbesondere durch das Miterleben von häuslicher Gewalt bedeutet (Harms Huser, 2024, S. 1-2). Diese, als eine der verschiedenen Ausgangslagen, kann nach genauer Prüfung zu einer Fremdplatzierung führen, um das Kindwohl zu schützen (Wissenslandschaft Fremdplatzierung, o.J.). Eine Fremdplatzierung ist im Artikel 310 des 1907 verabschiedeten Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB) gesetzlich geregelt. Weitere Artikel von Art. 307 bis Art. 317 des ZGB regeln grundsätzlich mögliche Massnahmen, Rechte und Pflichten der Eltern sowie Zuständigkeiten und Zusammenarbeitspflichten der Behörden. Das Bild der stationären Kinder- und Jugendhilfe ist geprägt durch das föderalistisch strukturierte, politische System der Schweiz. In der Schweiz ist eine Vielfalt an Organisationen in der Kinder- und Jugendhilfe mit Ausrichtung auf verschiedene Zielgruppen und mit verschiedenen Finanzierungssystemen entstanden. Gemeinsam ist das Ziel, den Kindern einen Ort zu bieten, an dem sie sich alters- und entwicklungsgerecht entwickeln und aufwachsen können (Eberitzsch, 2023, S. 37). Aktuell verzeichnet das Bundesamt für Justiz 190 stationäre und subventionierte Einrichtungen der Erziehungshilfe für Kinder und Jugendliche (Bundesamt für Sozialversicherungen & Bundesamt für Justiz, 2025). Da eine gesamtschweizerische Datenerhebung der Anzahl fremdplatzierter Kinder und Jugendliche und ihren Lebensverläufen nicht vorhanden ist, kann nur die ungefähre Hochrechnung und Schätzung gemäss Seiterle (2018) benutzt werden. Demnach wurden in den Jahren 2015-2017 ca. 18'000-19'000 Kinder fremdplatziert, wovon ca. 12'000-14'200 in einer stationären Einrichtung lebten (Seiterle, 2018, S. 9).

Seit dem Jahr 2007 (LSMV, SR 341.1) werden in der Schweiz vom Bundesamt für Justiz (BJ) stationäre Kinder -und Jugendeinrichtungen subventioniert. Diese Institutionen müssen bestimmte Anerkennungskriterien erfüllen und das Ziel zu verfolgen, Kindern und Jugendlichen eine alternative Möglichkeit aufzuwachsen zu bieten. Mit den Subventionen sind auch Ansprüche an die Leistung und die Qualität verbunden. Die Institutionen müssen Qualitätssicherungsmassnahmen erfüllen und die Wirksamkeit der angewandten Methoden

regelmässig überprüfen (Schnurr, 2019, S.18). Diese Leistungs- und Qualitätsvorgaben prägen die strukturellen Arbeitsbedingungen in den sozialen Institutionen.

Weiter ist die stationäre Erziehungshilfe in Schichtbetrieben organisiert, um Tag und Nachtzeiten abdecken zu können, was häufig in langen Schichtdiensten organisiert wird. Dabei gelten laut dem Arbeitsgesetz sowie den Verordnungen in den Artikeln 3, 15 und 27 besondere Bedingungen für den staatlich stationären Bereich. Das Fachpersonal ist institutionsabhängig meist interdisziplinär zusammengesetzt und deckt unterschiedliche Fachrichtungen und Ausbildungshintergründe ab (Eberitzsch, 2023, S. 40-41). In einem Team arbeiten Psychiater: innen, Sozialarbeiter: innen und Pädagog: innen, Quereinsteiger: innen bis hin zu Fachpersonal der Justiz (Eberitzsch, 2023, S. 41). Das Arbeitsfeld der Kinder und Jugendhilfe, vor allem in stationären Einrichtungen, ist geprägt von einer hohen Arbeitsbelastung, geringen Löhnen, schlechten Arbeitsbedingungen und Fachkräftemangel (Oezdirek, 2024, S.4-5). Durch die Entwicklung der Gesellschaft ist neben den breiten Kenntnissen der Pädagogik auch Wissen im Umgang mit psychischen Störungsbildern, Medikation und Behinderungen gefordert (Oezdirek, 2024, S.4). Weitere Ansprüche sind die wachsenden bürokratischen Aufgaben, wie die Unterstützung und Beratung der Angehörigen sowie der Austausch und Zusammenarbeit mit Fachpersonen, Therapien und staatlichen Organen (KESB) (Oezdirek, 2024, S.4). Die genannten Herausforderungen unterstützen die Fluktuation, wobei sich diese Instabilität am Ende zulasten der Kinder und Jugendlichen auswirkt (Ferreira, 2024, S.8). Die ausgeführten Arbeitsbedingungen führen immer wieder zu Petitionen und Kundgabe der Überforderung sowie auch Missmut in den Arbeitsverhältnissen (vgl KRISO Zürich, 2022).

### 2.2.2 Beziehungsarbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen im stationären Kontext

Kinder und Jugendliche, die in stationären Einrichtungen aufwachsen, haben zu einem hohen Prozentsatz bereits traumatische Erfahrungen in ihrem Leben gemacht. Der repräsentative Modellversuch zur Abklärung und Zielerreichung staatlicher Massnahmen in der Schweiz hat ergeben, dass 80% der Kinder und Jugendlichen mindesten ein traumatisches Ereignis erlebt haben und zwei Drittel davon sogar mehr als drei (Schmid et al., 2010, S. 130). Weiter konnte festgestellt werden, dass ein ähnlich hoher Anteil (74%) von einer psychischen Erkrankung nach den Diagnosekriterien des ICD-10 oder dem DSM-5 betroffen sind. Mit 44% weisen beinahe die Hälfte aller Kinder und Jugendlichen mehr als eine psychische Erkrankung auf (Schmid et al., 2010, S. 130). Diese Kinder und Jugendliche benötigen einen einerseits sehr unterschiedlichen und andererseits flächendeckend hohen Bedarf an pädagogischer Unterstützung im Alltag (vgl. Schmid et al., 2010; Oezdirek, 2024).

Damit wird ersichtlich, dass diese Kinder und Jugendlichen nicht nur von den Herausforderungen einer Fremdplatzierung, Beziehungsabbrüche oder dem Aufwachsen in einem Heim betroffen sind, sondern aufgrund der individuellen Vergangenheiten sowie dem Zustand der psychischen Gesundheit in doppelter Hinsicht von Vulnerabilität betroffen sind (Wolff & Kampert, 2017, S. 309). Dies unterstreicht das hohe Mass an Belastung der Betroffenen. Vor dem Hintergrund der bereits beschriebenen Entstehung und Auswirkungen von Traumata, soll hier hervorgehoben werden, wie sich dies auf die, für Kinder und Jugendliche grundlegend wichtige, Beziehungsarbeit auswirkt (vgl. Kp. 2.2.2). Dabei werden die Symptombelastungen der PTBS sowie kPTBS (vgl. Tabelle 4) miteinbezogen.

Die in diesem Kontext sich komplex gestaltende Beziehungsarbeit wird oft von den individuell vorherrschenden Symptomen und Gefühlen wie Angst, Wut und Ohnmacht begleitet (Zimmermann, 2017, S. 35). Durch Reinszenierungen der traumatischen Erfahrungen tarnen sich emotional bedürftige Kinder und Jugendliche mit teils hoch aggressivem oder dissozialem Verhalten, mit der Hoffnung, dass die neue Person anders reagiert als bereits bekannt. Bei professionellen Fachkräften kann dies zu Ohnmacht führen (Zimmermann, 2017, S. 39-40). Hohe Reflexions- und Regulationsfähigkeiten werden von den Fachpersonen gefordert, um mit der nahen Beteiligung und dem Miterleben von Übertragung und Gegenübertragung von komplex traumatischen Erfahrungen umgehen zu können (Zimmermann, 2017, S. 40). In dieser herausfordernden Beziehungsarbeit gelten ähnliche Bedingungen und Ansprüche an Beziehung- und Bindungspersonen wie in der frühkindlichen Entwicklung. Dabei bleiben langfristige, verfügbare, stabile, feinfühlig und transparente Beziehungsangebote zentral (Zimmermann, 2017, S. 44). Die Verantwortung für die Beruhigung der Kinder und Jugendlichen mit dem stetigen Anbieten und Herstellen von Sicherheit und Vertrauen, liegt beim Fachpersonal (Scherwath & Friedrich, 2020, S. 96). Deshalb gelten feinfühlig Beziehungsangebote und sichere Bindungserfahrungen für diese Kinder und Jugendliche als Grundstein für sogenannt korrigierende Erfahrungen (Traumapädagogik, 2025).

Erst in den letzten Jahren erfolgt die Betrachtung der damit einhergehenden hohen Herausforderungen an die Fachpersonen in der Begleitung dieser Kinder und Jugendlichen. Es besteht ein Risiko zur Überlastung oder auch Sekundärtraumatisierung (Eulitz, 2017, S. 208). In einer qualitativen Studie zum Belastungserleben von Fachpersonal in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen konnte herausgearbeitet werden, dass dieses eng mit der Reflexionsfähigkeit und der eigenen sensiblen Wahrnehmung der Fachpersonen gekoppelt ist (Eulitz, 2017, S. 215-217). Weiter können den Belastungen aus dieser komplexen Beziehungsgestaltung mit Fähigkeiten wie klarem und bewusstem Grenzen setzen, begegnet

werden. Auszeiten und Erholungszeiten, sowie die Möglichkeit in Weiterbildungen und Supervisionen den eigenen Handlungsspielraum in der Arbeit zu reflektieren und zu erweitern, sind essenziell (Eulitz, 2017, S. 215-217). Dabei ist wichtig, sich der immer vorhandenen eigenen blinden Flecken gewahr zu sein (Eulitz, 2017, S. 217).

## 2.3 Traumapädagogik

Aufbauend auf dem Wissen über Trauma und den damit verbundenen Belastungen für Kinder und Jugendliche im stationären Kontext, fokussiert dieses Kapitel die Traumapädagogik, die als eine mögliche pädagogische Antwort auf die beschriebenen Herausforderungen angesehen werden kann.

Die junge Fachrichtung Traumapädagogik entstand Ende der 90er-Jahre in der stationären und teilstationären Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Seit Entstehung der Traumapädagogik bildeten sich im deutschsprachigen Raum verschiedene Konzepte in den Arbeitsfeldern der pädagogischen Praxis heraus. In den letzten Jahren wurden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern die Chancen und Möglichkeiten der Traumapädagogik erprobt und bearbeitet (Weiß et al., 2016). Auch in der Schweiz fand ab 2011 langsam eine stärkere Verbreitung des traumapädagogischen Wissens statt und ein schweizerisches Äquivalent des Fachverbandes für Traumapädagogik entstand (Schweizer Fachverband Traumapädagogik, 2025). Dabei ist die Grundhaltung die Gemeinsamkeit aller traumapädagogischen Konzepte, auf welche weiter eingegangen wird. Diese Grundhaltung basiert auf verschiedenen Standards, welche zusammengefasst den betroffenen Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit geben sollen, Sicherheit zu erfahren und günstige Voraussetzungen für die Zukunft zu schaffen (vgl. Bausum, et al., 2025). Die soziale und emotionale Stabilisierung der Kinder und Jugendlichen sowie das Erschaffen von Vertrauen zu sich selbst und zu anderen, ist die grundlegende Zielsetzung der Traumapädagogik. Gemäss dem heutigen Diskurs über Traumata und Traumapädagogik, entsteht ein Trauma immer im Kontext von Macht und Machtmissbrauch (Scherwath & Friedrich, 2020, S.10). Aufgrund dieses Wissens nimmt sich das traumapädagogische Verständnis selbst mit in die Verantwortung dafür zu sorgen, dass der Erfahrung von Kontrollverlust und Ohnmacht entgegengewirkt wird, indem ein sicherer Ort auf allen Ebenen besteht (Gahleitner et al., 2015, S. 102; Scherwath & Friedrich, 2020, S. 9-11). Dafür wurde für die stationäre Kinder- und Jugendhilfe ein Zertifizierungsverfahren aufgebaut, das die Qualität der Institutionen und das Etablieren traumapädagogischer Konzepte sowie Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten sichert (Bausum et al., 2025, S. 10).



### 2.3.1 Entstehung der Traumapädagogik

Die Traumapädagogik entstand in den 90er Jahren in den stationären Kinder- und Jugendeinrichtungen. Die alltäglichen Bedürfnisse der traumatisierten Kinder und Jugendlichen enthalten etliche Herausforderungen und führen zu Überforderungssituationen beim Fachpersonal (Gahleitner et al. 2021, S. 131). Gleichzeitig unterstützten neue Erkenntnisse in der Neurologie und Psychotraumatologie zu der Thematik Trauma und dessen Auswirkungen die Entwicklung. Basierend auf diesem Wissen entstanden konkrete Methoden und Anwendungen, die die weitere Entwicklung der Kinder und Jugendlichen unterstützen. Im Rahmen dieser Entwicklung kam es 2008 zur Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik, dem heutigen Fachverband für Traumapädagogik (FVTP) .

Die Traumapädagogik ist ein pädagogischer Zugang, welcher das Grundlagenwissen der Psychotraumatologie, der Bindungs -und Netzwerktheorie, sowie der Psychotherapie und Beratungswissenschaften mit dem Wissen der Pädagogik verbindet und verbreitet (Gahleitner et al. 2021, Wübker, 2020). Der FVTP fungiert dabei als Verknüpfungsstelle des Wissens und hat sich zum Ziel gesetzt, mittels organisierten Fachdiskussionen und Fortbildungen Fachpersonen zu schulen und das Wissen auf diesem Weg in den pädagogischen Alltag zu bringen (Bausum, et al., 2025, S. 10; Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik, 2011, S. 2).

Es besteht weiterhin ein angeregter Diskurs, welche Unterstützungsangebote Fachpersonen im herausfordernden Alltag der stationären, teilstationären und auch ambulanten Kinder- und Jugendhilfe erhalten. Welcher Bedarf ist vonnöten und welche brachliegenden Ressourcen und Möglichkeiten können genutzt werden (Gahleitner et al., 2021, S.129). Hier birgt der interdisziplinäre sowie alltagsnahe Zugang der Traumapädagogik ein grosses Potenzial in der heutigen, stark pluralisierten Welt hilfreiche Angebote zu schaffen. Die Besonderheit des traumapädagogischen Konzepts zeichnet sich durch den holistischen Blickwinkel aus, der die institutionellen Strukturen sowie das pädagogische Handeln der Mitarbeitende miteinbezieht (Eichhorst & Schirmer, 2019, S. 207).

### 2.3.2 Traumapädagogische Standards

Wenn Kinder und Jugendliche besonders früh in eine Umwelt eingebunden sind, die problematische und ungünstige Auswirkungen auf die Entwicklung haben, sind sie in besonderem Masse auf alternative und sogenannte korrigierende Beziehungsressourcen angewiesen (Gahleitner et al., 2021, S. 133; vgl. Wübker, 2020). Durch Traumatherapeut: innen- pädagog: innen -und berater: innen kann ein solches Netz, oder nach Gahleitner «Mikrokosmos», gestaltet werden (Gahleitner et al., 2021, S. 133). Die Fachpersonen und

Strukturen der Institution gehören zu diesem wichtigen und heilenden «Mikrokosmos» (Wübker, 2020, S. 49). Somit ist in der neuen Auflage der Standards jeweils ein Bereich für «junge Menschen», einer für das «Fachpersonal» und einer für die «Leitung» aufgeführt (Bausum et al., 2025). Das Fachpersonal soll sich am Arbeitsort sicher fühlen, gut reflektieren und das notwendige Wissen über Traumata, Resilienz sowie Bindung- und Beziehung in den Alltag einfließen lassen (Gahleitner et al., 2021).

Grundsätzlich orientiert sich die Traumapädagogik im Umgang mit Betroffenen an einem ähnlichen «Drei-phasen-Modell» (s. Kp. 4.3.1) wie auch die Psychotherapie (Gahleitner, 2021, S.133-136). Diese Phasen werden wie folgt unterteilt: Stabilisierung & Ressourcenerschliessung, Auseinandersetzung mit dem Trauma sowie Integration (Gahleitner, 2021, S.133-136). Dabei bildet die Phase der Stabilisierung in der Traumapädagogik auch die Grundlage für die weiteren Phasen und schliesst die soziale, psychische wie auch körperliche Ebene mit ein (Wübker, 2020, S. 49.- 50). Die Stabilisierung im Alltag der von Traumatisierungen betroffenen Menschen ist oft auch eines der formulierten Ziele der Traumapädagogik (Wübker, 2020, S. 51). Ein weiteres Ziel ist die Vernetzung mit Fachwissen aus Nachbarschaftsdisziplinen, was Unsicherheiten der Fachpersonen verhindern oder mildern kann (Wübker, 2020, S. 50). Somit ist in den «Standards für traumapädagogische Konzepte» die Interdisziplinarität eingebunden, wie beispielsweise das Hinzuziehen von therapeutischen Angeboten (Bausum et al., 2025, S. 65).

Nach der ersten Veröffentlichung der Standards im Jahr 2011 (Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik, 2011), wurden in der neuesten Auflage aufgrund neuer Erkenntnissen bestimmte Unterkategorie der Grundhaltung neu formuliert (Bausum et al., 2025, 11-12).

Die Bereiche «Förderung der Körper- und Sinneswahrnehmungen», «Förderung der Selbst- und Emotionsregulation» sowie «Förderung der physischen und psychischen Widerstandsfähigkeit (Resilienz)» sind dabei nach den neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen der letzten Jahre ausformuliert (Bausum et al., 2025, S. 41-44). Als für diese Arbeit relevant scheint die explizite Formulierung, dass die pädagogischen Fachpersonen verschiedene Methoden (früher Möglichkeiten) der Körper- und Sinnesarbeit kennen sollen (Bausum et al., 2025, S. 41). Als Beispiele werden Bewegungs- und Entspannungseinheiten genannt, die der «Versorgung nach belastenden Erlebnissen» oder der «Emotionsregulation» dienen sollen (Bausum et al., 2025, S. 41.). Um im Sinne der Traumapädagogik einen Alltag schaffen zu können, welcher den Kindern und Jugendlichen einen «Mikrokosmos an Veränderungspotenzial» bieten kann (Gahleitner, 2021, S. 133), soll die Grundhaltung nicht nur von einzelnen Fachpersonen in einer Institution gelebt werden, sondern institutionell erkennbar sein (Bausum et al., 2025, S. 15).

Die traumapädagogische Grundhaltung ist aus fünf Bausteinen zusammengesetzt, die ein psychotraumatologisches Wissen um Entstehung und Auswirkung von Trauma integriert und den Fokus auf die Ressourcen und Resilienz des Klientels legt (Bausum et al., 2025, S. 15). Im Weiteren werden die fünf Bestandteile dieser Grundhaltung näher erläutert.

#### *Die Annahme des Guten Grundes*

Grundsätzlich wird in der traumapädagogischen Arbeit angenommen, dass das Verhalten der Kinder und Jugendlichen einen, für sie, guten Grund hat. Das Verhalten kann durchaus sehr herausfordernd oder auf den ersten Blick auch irritierend sein. Im Hinblick auf die Entstehung von Traumata und die dadurch erworbenen Überlebensstrategien, die ein Kind sich angeeignet hat, hatten diese in der Vergangenheit immer einen Sinn und somit hat das gezeigte Verhalten einen guten Grund (vgl. Bausum, 2025; Weiß et al. 2016). Diese Haltung versetzt das Fachpersonal in eine verständnisvolle Position, in welcher sie die Kinder und Jugendlichen eher in deren Grundbedürfnissen verstehen können. Zeitgleich können sie so für die Kinder und Jugendlichen auch eine Unterstützung sein, damit auch diese lernen, sich und ihr Verhalten besser zu verstehen. Mit der traumapädagogischen Perspektive wird eine ressourcenorientierte Haltung eingenommen und daraus gehandelt. Deshalb wird beispielsweise im Alltag auch nicht direkt nach dem Grund des Verhaltens gefragt. Stattdessen wird folgende Aussage als hilfreich vorgeschlagen «Ich könnte mir vorstellen, du machst das weil...» (Bausum et al., 2025, S. 17).

#### *Wertschätzung*

Als weiterer Grundbaustein wird unter Wertschätzung grundlegende Anerkennung und Wertschätzung des Gegenübers verstanden. Diese bezieht die bisherigen Strategien und Umgangsformen mit ein. Denn durch traumatische Erlebnisse und die wiederholt angewendeten Lebensstrategien verlieren die betroffenen Personen häufig die eigene Wertschätzung und Selbstachtung über sich als Person und über das eigene Handeln. Eine traumapädagogische Grundhaltung soll also das Wiedererlangen der Selbstachtung und Selbstwertschätzung unterstützen. Durch das Anknüpfen an bestehenden Ressourcen und Fähigkeiten kann eine eigene Wertschätzung erlernt werden (vgl. Bausum, 2025; König, 2020). Die pädagogische Haltung kann im Alltag somit durch folgende hilfreiche Botschaften geleitet sein: »Ich schaue auf das, was Du kannst. Ich achte Deine Grenzen. Ich respektiere Deine bisherigen Lösungsversuche« (Bausum et al., 2025, 18).

*Partizipation*

Ausgehend vom Wissen, dass traumatische Erfahrungen die kindliche Entwicklung in ihren Grundfesten erschüttern können sowie auch das Erleben vom Bestimmen über die eigenen Lebensumstände, beinhaltet das Wiedererlangen der eigenen Selbstwirksamkeit einen grossen Stellenwert. Kinder und Jugendliche sollen daher unbedingt Möglichkeiten geboten werden, an ihrer eigenen Lebensgestaltung mitwirken zu können und so Partizipation und Teilhabe wieder zu erfahren (König, 2020, S.164). Dies immer unter Berücksichtigung ihrer eigenen Fähigkeiten und Kapazitäten sowie Belastungsgrenzen. Das Gefühl einen Einfluss und Entscheidungsraum im eigenen Leben und für das eigene Tun zu haben, wird als wichtiger Faktor für psychische Gesundheit und Wohlergehen beschrieben (König, 2020, S.164). Durch folgende Leitsätze können strukturelle Räume und Möglichkeiten geschaffen werden, in denen die Kinder und Jugendliche unterstützt werden können, ihre Eigenmacht zurückzuerlangen: »Ich will wissen, was Du Dir wünschst. Du darfst mitbestimmen und dich einmischen. Deine Meinung ist uns wichtig« (Bausum et al., 2025, S. 21).

*Expert:innenschaft*

Das Prinzip der Expert:innenschaft besagt, dass die Ansichten, Meinungen und Lösungsvorschläge der Kinder und Jugendliche zu ihrem eigenen Leben ernst genommen und bestärkt werden sollen. Dazu gehört ihr subjektives Meinungsbild zu beispielsweise auch Therapiemöglichkeiten. Sie werden als Expert: innen für Trauma und dessen Auswirkungen auf ihr Leben behandelt. Die Fachpersonen und Institutionen sind in der Verantwortung, das nötige psychotraumatologische Wissen zugänglich zu machen, sodass das Selbstverständnis für Verhalten, Gefühle und Reaktionen gefördert werden kann. Ebenso in der Verantwortung der Fachpersonen liegt das Fördern des Bewusstseins der Kinder und Jugendlichen über ihre Expert:innenschaft. Dazu soll nicht nur verbale Sprache benutzt werden, sondern auch Mimik und Körpersprache- und reaktionen. Dabei hilfreiche Vermittlungssätze sind: «Du bist (...) Expert: in für dein Leben. Ich begleite dich dabei, dass du dich besser verstehen kannst. Gemeinsam können wir gute Lösungen aushandeln» (Bausum et al., 2025, S. 22).

*Transparenz*

Unter dem Prinzip der Transparenz wird das Herunterbrechen von Informationen und Abläufen, das zur Verfügung stehen, das Erklären und Klarheit schaffen in Strukturen und Abläufen verstanden (König, 2020, S.162). Kinder benötigen viel Klarheit in Tagesabläufen und Strukturen sowie Vorhersehbarkeit, um sich im Alltag zurechtfinden zu können. Regeln können Klarheit,

Ruhe, Ordnung und Orientierung verschaffen. Dabei sollen sie aber immer auch Raum und Möglichkeit für Ausnahmen bereithalten, um nicht zu starr zu werden und das Machtgefälle von Erwachsenen und Fachpersonen zu den Kindern und Jugendlichen nicht ungünstig zu verfestigen.

Transparenz soll dabei aber auch beim Verhalten des Kindes einen Platz haben. Durch positiv formulierte Deutungen des Verhaltens sollen dem Kind Klarheit und Transparenz über das eigene Verhalten ermöglicht werden, welches meist selbst negativ erlebt und geprägt ist (König, 2020, S.163). Die Leitsätze für den traumapädagogischen Alltag sind: «Du darfst mich immer fragen und ich gebe dir eine ehrliche Antwort. Ich erkläre Dir, was, wann, wo und vor allem weshalb etwas passiert. Auch ich sage Dir, was ich denke und wie ich mich fühle» (Bausum et al., 2025, S. 24).

### *Spass & Freude*

Als letzter Grundbaustein der traumapädagogischen Grundhaltung wird das Erleben von Spass und Freude beschrieben. Das Erleben von Spass und Freude kann ein wichtiger Gegenspieler zu extremen Gefühlen sein, wobei erfolgreich hohe innere Erregungszustände abgebaut werden können (König, 2020, S. 163). Auch hier wird eine ressourcenorientierte Perspektive eingenommen. Die enorme Überlebenskunst der Kinder und Jugendlichen rückt in den Fokus, denn häufig gelingt es ihnen trotz traumatischen und dysfunktionalen Bedingungen eine beachtliche Entwicklung zu durchleben (König, 2020, S 163). Fähigkeiten im sogenannten Flow zu spielen und Freude zu empfinden, sollen aufgegriffen und gestärkt werden. »Wir schaffen gemeinsame Erlebnisse, die uns Freude bringen. Gemeinsam erlebte Freude vervielfacht sich und macht uns stark. Wir lachen auch über uns selbst! Das bringt uns Spass und Gelassenheit« (Bausum et al., 2025, S. 26). Im Alltag sollen dabei aber vor allem auch die Kinder nicht vergessen werden, die durch ein überangepasstes Verhalten stets gut mitmachen, aber oft stark gefährdet sind. Überangepasstheit ist oft eine angeeignete Schutzstrategie, die durch massive Vernachlässigung und/oder Misshandlung erlernt wurde, wobei Anspannung und hohe Alarmbereitschaft die Grundlage bilden (König, 2020, S. 163).

### 2.3.3 Traumapädagogik im Alltag

Traumapädagogik ist aus der stationären Kinder- und Jugendhilfe heraus entstanden und ist unter anderem für den Alltag mit traumabetroffenen Menschen ausgelegt (zit. in Wübker, 2020, S.50 aus Beckrath-Wilking, 2011, S. 285). Dabei steht die bereits beschriebene ressourcenorientierte Grundhaltung im Zentrum mit dem vorrangigen Ziel der Stabilisierung der

Kinder und Jugendlichen (König, 2020). Obwohl Zielsetzung und weitgehendst auch die Grundhaltung mit der stationären Kinder- und Jugendhilfe übereinstimmen, geben in der Schweiz von den 190 stationären Institutionen lediglich 40 Institutionen an, traumapädagogisch zu arbeiten. Dies lässt weiteres Entwicklungspotenzial offen.

Wie die Traumapädagogik im stationären Alltag umgesetzt werden kann, kann anhand der hierarchisch zu verstehenden drei Schritten erfolgreich erläutert werden (Gahleitner, 2021, S. 133-136): Als erster Schritt gilt das Herstellen von umfassender Sicherheit durch Beziehungs- und Bindungsangebote sowie der Aufbau von verlässlichen Beziehungen in einem interdisziplinären Netz (Gahleitner, 2021, S. 102).

In einem zweiten Schritt findet eine Auseinandersetzung mit dem Trauma statt. Dies eignet sich vor allem, wenn die Betroffenen aufgrund individueller Herausforderungen oder äusserem Mangel nicht traumatherapeutisch arbeiten können (Gahleitner, 2021, S. 110). Mit individuellen und ihrem Bedarf entsprechenden Angeboten, soll die Arbeit mit dem Trauma unterstützt werden (Gahleitner, 2021, S. 110). Die Kinder und Jugendlichen lernen dadurch, sich selbst besser zu verstehen, wodurch mit der Zeit und durch die erlebten Extremsituationen im Alltag (vgl. Kp. 2.2.2) sowie den damit verbundenen Übertragungen und Gegenübertragungen tragfähige Beziehungen entstehen (S.112).

In einem dritten Schritt erfolgt eine Integration und Annahme des Traumas, wodurch für die Betroffenen einen bewussten Handlungsspielraum mit Möglichkeiten und Grenzen entsteht. Die Institutionen übernehmen dabei die Rolle des Unterstützers der Kinder und Jugendlichen beim Aufbau von klaren Strukturen, bei der Übernahme an Verantwortung für neue Sichtweisen für die eigene Zukunft und im Gestalten von Interaktionen mit anderen Menschen. Ebenso kann die Institution genügend Sicherheit und Struktur bieten, um aktuelle Krisen und Herausforderungen zu bewältigen, sowie den gemeinsamen Übergang zu rahmen (S.119).

In der Schweiz hat eine langsame Verbreitung des traumapädagogischen Wissens stattgefunden und Fachpersonen mussten bis ins Jahr 2010 ins Ausland (meist Deutschland) reisen für eine entsprechende Weiterbildung (Schmid et al., 2017, S.6). Deshalb wurde 2016 innerhalb der Schweiz eine Einführung und Evaluation der Traumapädagogischen Konzepte in mehreren stationären Einrichtungen lanciert. Die Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik Basel führte dieses Projekt mit dem Ziel durch, das Konzept nicht nur einzelnen Fachpersonen zu vermitteln, sondern strukturell in Teams, Wohngruppen und Leitungsebenen zu verankern (Schmid et al., 2017, S. 29). Der Umsetzungsprozess war in vielerlei Hinsicht herausfordernd. Dabei wurden die Fachpersonen mit neuen Haltungen und veränderten Selbstverständnissen konfrontiert, was

ihnen viel abverlangte. Mit der Zeit zeigte sich jedoch eine stärkere Beziehungsorientierung, höhere Traumasensibilität sowie eine höhere Präsenz der Leitungen im Alltag (Schmid et al., 2017, S. 166). In der abschliessenden Evaluation konnten positive Auswirkungen auf das Arbeitsklima und die Qualität der Beziehungen vorgelegt werden, sowie eine Reduktion des neurobiologischen Stresses bei den betreuten Kindern. Auch die Anzahl an Beziehungsabbrüchen ging deutlich zurück, was auf stabilere Bindungsprozesse hinweist (Schmid et al., 2017, S. 227-228). Die Ergebnisse bestätigen somit die Wirksamkeit traumapädagogischer Konzepte, sowohl in Bezug auf die emotionale Stabilisierung der Kinder und Jugendlichen als auch auf die eigene Handlungssicherheit der Fachkräfte. Zentrale Wirkung zeigt dabei die Beziehungsarbeit als Kern traumapädagogischen Handelns, denn sie schafft Raum für korrigierende Erfahrungen, emotionale Sicherheit und langfristige Entwicklungsimpulse (Brisch, 2015; Perry & Szalavitz, 2021; van der Kolk, 2014).

Somit kann die Traumapädagogik als wichtiger Teil der professionellen und traumasensiblen Betreuung von Kindern und Jugendlichen angesehen werden, die traumatische Erfahrungen gemacht haben (vgl. Schmid et al., 2017). Mit einer professionellen traumapädagogischen Unterstützung können Kinder und Jugendliche erreicht werden, die mit einer Therapie nicht zu erreichen sind (Gahleitner, 2021, S. 101), denn die Folgen von Traumata sind ein fester Bestandteil des pädagogischen Alltags. Diese Herangehensweise, wird von unterschiedlichen Autor: innen betont, gehört zu einer umfassenden Betreuung dieses Klientels. Für ein Gelingen braucht es enge Kooperation zwischen spezifischer Wissensvermittlung in Form von Weiterbildungen, Supervisionen und implementierten Konzepten (Gahleitner et al., 2015, S.102). Anzumerken ist, dass seit dieser Erhebung keine neue Evaluation in der Schweiz vorgenommen wurde, womit die Grundlagen fehlen, um eine aktuellere Einschätzung vornehmen zu können.

## 2.4 Fazit

In diesem ersten Kapitel konnte zuerst ein vertiefter Überblick über das prozesshafte Verständnis von Trauma erarbeitet werden. Es zeigt sich, dass besonders Typ-II-Traumatisierungen mit menschengemachtem Charakter erhebliche und langfristige Auswirkungen auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen haben können. Gleichzeitig zeigt sich, dass nicht jedes traumatische Erlebnis zwangsläufig in eine posttraumatische Belastungsstörung münden muss. Ein Trauma entsteht erst dann, wenn nach den physiologischen Notfallreaktionen keine Integration des Erlebten stattfinden kann. Dadurch können Menschen anfällig für Stressreaktionen werden, langfristig neurobiologischen Veränderungen und Schäden an den Nervenzellen erleiden, sowie Folgestörungen entwickeln.

Dabei haben die Betroffenen nur schwer Kontrolle über das von traumatischen Erfahrungen geprägte Gedächtnis, was sich auf die körperliche Wahrnehmung auswirken kann.

Ein zentrales Schutzmoment liegt in stabilen Beziehungen und verlässlichen Bindungspersonen, welche massgeblich zur emotionalen und sozialen Stabilisierung beitragen. Dies ist besonders in der stationären Kinder- und Jugendhilfe relevant, wo Fachpersonenmangel, hohe Anforderungen und Fluktuation, die ohnehin verletzliche Situation traumabelasteter junger Menschen zusätzlich verschärfen. An dieser Stelle kann die Traumapädagogik anknüpfen und Wissen aus Psychotraumatologie, Pädagogik, Bindungs- und Netzwerktheorie sowie Beratungspraxis zu einem alltagsnahen, interdisziplinären Handlungskonzept verbinden. Die dazu geltenden und neu formulierten Standards fordern von Fachkräften ein Kennen von Methoden zur Stärkung der Körperwahrnehmung sowie Regulationstechniken.

Eine erste Evaluation traumapädagogischer Ansätze in Institutionen in der Schweiz zeigt positive Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung und das Arbeitsklima. Weiter kann sich neurobiologischer Stress senken und die Handlungssicherheit von Fachkräften dadurch gestärkt werden. Dabei ist eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit wichtig sowie kontinuierliche Weiterbildungen und Supervisionen für die Fachkräfte.



## 3 Körperorientierte Traumatherapie

Das folgende Kapitel erläutert die körperorientierte Traumapsychotherapie. Im Zentrum steht die Beschreibung der körperorientierten Psychotherapie und ihre Entwicklungsgeschichte. Die Wirkung der Methoden wird insbesondere auf der körperlichen Ebenen beleuchtet, die Vorteile und Unterschiede zur Psychotherapie, welche mit «Top down» Strategien arbeitet, wird herausgearbeitet. Ein Fokus liegt auf den drei, körperorientierten Methoden Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Klopftherapie und Tension and Trauma Release Exercises (TRE).

### 3.1 Körperorientierte Traumatherapie

Im ersten Abschnitt wird aufgezeigt, was körperorientierte Psychotherapie ist und ihre Entwicklungsgeschichte dargestellt. Die Polyvagaltheorie wird beschrieben, da deren Erkenntnisse zentral sind für die meisten körperorientierten Methoden.

#### 3.1.1 Entstehung der körperorientierten Psychotherapie

Es gibt verschiedene Begriffe für die Therapieansätze, welche sich mit dem Körper befassen. Die drei verbreitesten sind die körperorientierte Therapie, die körperzentrierte Therapie und die Körperpsychotherapie. Diese Begriffe werden zum Teil als Synonyme verwendet (Geuter, 2013; Lienhard & Künzli, 2021, S. 41). Klare Definitionen und Abgrenzungen sind schwer zu finden. Laut Lienhard und Künzli (2021) beinhalten jedoch sämtliche in der Literatur vorhandene Definitionsansätze folgende vier Komponenten:

- (1) der Körper und die Psyche bilden eine Einheit. Die Psyche, bzw. Das Organ der Psyche, das Gehirn, interagieren mit dem Rest des Körpers. Der Körper und das Gehirn wiederum stellen eine Einheit dar und stehen in einem Austausch mit der Umwelt (vgl. Ryba 2019; Storch et al. 2017; Pullen 2016)
- (2) die körperorientierte Arbeit verfolgt die Zielsetzung, das Selbst zu erleben und Zugang zum Unterbewussten zu erlangen. (vgl. Ryba und Roth 2019; Geuter 2019)
- (3) Körperorientierte Arbeit unterscheidet sich von der rein manuellen Arbeit am Körper. (vgl. Geuter 2019; Schley 2015)
- (4) Körperorientierte Arbeit kann durch verschiedene Zugänge gestaltet werden. (vgl. Geuter 2019; Schatz 2002) (S. 41).

In dieser Arbeit wird der Begriff körperorientierte Psychotherapie verwendet und orientiert sich an den zuvor herausgearbeiteten vier Komponenten. Die Entstehungsgeschichte der körperorientierten Psychotherapie hat nicht linear stattgefunden. Die körperorientierte

Psychotherapie kann in drei Strömungen unterteilt werden: die humanistische- und die moderne Körperpsychotherapie sowie die kritische Psychoanalyse (Henn-Mertens & Zimmek, 2021, S. 36-39).

Die Entwicklung der humanistischen Körpertherapie fand abseits der Universitäten statt. Dies führte zu einem Nischendasein, da die humanistischen Strömungen zuerst wenig Anerkennung in der Fachwelt fanden. Ein Grund war die Tatsache, dass viele Erfinder einer Methode etwas Neues und Eigenes unter ihrem Namen schaffen wollten. Diese Verfahrensvielfalt führte zum Bedeutungsverlust der Körperpsychotherapie und teilweise zu einer mangelnden theoretischen Untermauerung. Diese vielen einzelnen Verfahren und Techniken mit den teils mangelnden wissenschaftlichen Evaluationen und eine verteilte Landschaft an körperorientierten Psychotherapien hatten der akademischen Fachwelt wenig entgegenzusetzen (Henn-Mertens & Zimmek, 2021, S. 38–39). Dies zeigt sich auch in der wissenschaftlichen Fachliteratur zur körperorientierten Traumatherapie. Geuter (2023), ein Experte für die geschichtliche Entwicklung der Körperpsychotherapie, beschreibt das Gleiche wie die Autor: innen Henn-Mertens und Zimmek. Unterschiede bestehen darin, dass er neben der Zerstückelung bei der Entstehung der körperorientierten Psychotherapie auch psychoanalytische körperorientierte Strömung und ihre Folgen für die Entwicklung und die Anerkennung benennt. Wie beispielsweise die einschneidenden Auswirkungen, der Verrückterklärung von Freud und die Ächtung von Ferenczi, zwei Therapeuten der Psychoanalytik, welche sich mit der Körperorientierten Psychotherapie und Methoden auseinandersetzten (S. 71, 74).

Gemäss Geuter (2023) ist in der neueren Zeit eine zunehmende Professionalisierung der Körperpsychotherapie zu erkennen. Diese zielt darauf hin, dass die Körperpsychotherapie eine anerkannte Richtung der klinischen Praxis werden soll. Die Nachweise der Wirksamkeit körperorientierter Methoden bei der Behandlung von spezifischen Störungsbildern wie der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ist ein Weg dorthin. Zudem ermöglicht das Fortschreiten der Forschung, insbesondere der Neurowissenschaft, immer mehr Belege für die Wirksamkeit der Körperpsychotherapie (S. 74). Geuter (2023) geht noch einen Schritt weiter: Er stellt die Vermutung auf, dass körperorientierte/Körperpsychotherapie irgendwann ein Teil der «Allgemeinpsychotherapie» sein wird (S.74).

Wird die Forschung betrachtet, gibt es verschiedene Studien, welche sich mit der Wirksamkeit der einzelnen Methoden der körperorientierten Psychotherapie beschäftigen und Anhaltspunkte für die Wirksamkeit geben (s Studien, Kapitel 3.2). Ein weiterer Hinweis für die Etablierung der körperorientierten Psychotherapie ist die Anerkennung einzelner Methoden wie

EMDR durch den Bund, wie auch die Bildung von Fachverbänden und Schulen auf der ganzen Welt.

In dieser Arbeit werden Argumente geliefert, für die Anerkennung körperorientierter Psychotherapie und ihrer Methoden. Nicht negiert werden soll hier, dass es körperorientierte Methoden gibt, welche nicht genügend oder gar nicht wissenschaftlich belegt wurden (Mertens & Zimmek, 2021, S. 39). Zu den in dieser Arbeit ausgewählten Methoden existieren erste wissenschaftliche Studien der Evidenzstufe IV. Die bisherigen Studienergebnisse sind vielversprechend. Um die Akzeptanz der körperorientierten Methoden weiter zu erhöhen, sind weitere Studien mit höheren Evidenzstufen notwendig. Gut wissenschaftlich fundiert sind hingegen die neurowissenschaftlichen Grundlagen, auf denen die Theorien der körperorientierten Traumatherapien aufbauen.

Aus den hier dargelegten Gründen ist in der Fachwelt, und besonders unter Fachpersonen, welche sich nicht mit der körperorientierten Psychotherapie auseinandersetzen, immer noch ein grosses Vorurteil und ein Stigma gegenüber den Praktiker:innen der körperorientierten Therapie vorherrschend. Wird in die Geschichte der Psychotherapie zurückgeschaut, kann dieses Phänomen auch bei der humanistischen Therapie beobachtet werden. Auch bei dieser Strömung dauerte es seine Zeit, bis sie von den Praktiker:innen der Psychoanalyse und der damaligen Fachgesellschaft der Psychotherapie anerkannt wurde (Henn-Mertens & Zimmek, 2021, S. 38-39). Dies könnte eine Ursache sein, weshalb sich körperorientierte Therapiemethoden überhaupt erst im sozialpädagogischen Kontext mit Orientierung Traumapädagogik etablieren.

### 3.1.2 Die Polivagaltheorie als Grundlage der körperorientierten Traumatherapie und dem Bottom -up

Begonnen werden soll mit einem Zitat von Porges (2022), welches den Kernpunkt der Polivagal Theorie für Sozialpädagoginnen hervorhebt: «Wenn sich ein Mensch sicher fühlt, unterstützt sein Nervensystem die homöostatischen Funktionen der Gesundheit, des Wachstums und der Regeneration, während er gleichzeitig für andere zugänglich wird, ohne Bedrohung und Verletzlichkeit zu spüren oder auszudrücken.» (S. 2)

Verschiedene Expert:innen, welche sich mit dem Thema Trauma beschäftigen, erkennen an, dass traumatische Erfahrungen im Körper abgelegt werden und nicht nur auf psychischer und emotionaler Ebene einen Einfluss auf den menschlichen Organismus haben (vgl. Van der Kolk &

van der Hart, 1991; Van der Kolk, 1994; Van der Kolk, McFarlane & Weisaeth, 1996; Zautra, 2002).

Die Einflüsse eines Traumas auf den Körper können über die neurobiologischen Funktionsweise des menschlichen Organismus erklärt werden. Evolutionär gesehen sind drei neuronale Steuerungen für den Prozess des Traumas relevant. Wenn der Mensch Stress erlebt bzw. gestresst ist, wird auf primitivere, evolutionäre Funktionsebenen umgeschaltet. Das älteste und primitivste System stammt aus der Zeit der kieferlosen Fische/Knorpelfische. Genannt wird es das dorsale vagale System, welches dafür sorgt, dass der Organismus herunterfährt bzw. in eine Immobilität gerät. In der Sprache des Traumas wird der Zustand der Immobilität «Freezing» genannt. Das zweite System nennt sich das sympathische Nervensystem, in welchem das Individuum, wenn es Gefahr erlebt, in den «Fight or Flight»-Modus kommt. Das Neueste und am höchsten entwickelte System wird ventrale Vagus genannt (Levine, 2011, S. 134-135). Dazu gehört das System für soziales Engagement (Social Engagement System, SES), welches die Interaktionen mit Mitmenschen und das Empfinden von Sicherheit beeinflusst. Dies ergibt sich durch die Fähigkeit des Systems, die Herzfrequenz zu verringern, den Blutdruck zu senken und die Aktivität des Arousals zu mindern (Porges, 2010, S. 200-201).

Diese drei Systeme sind hierarchisch gegliedert. Wird der menschliche Organismus in Stress versetzt, aktiviert sich zuerst das am höchsten entwickelte System für soziales Engagement. Reicht dieser Notfallmechanismus nicht aus, um Sicherheit zu erlangen, schaltet sich das sympathische Nervensystem (Fight or Flight) ein. Bei weiter bestehender Überforderung kommt das letzte Notfallsystem, das dorsale vagale System («Freezing»), zum Einsatz (Levine, 2011, S. 134-135).

Je primitiver das aktive System ist, desto grösseren Einfluss hat es auf den Organismus bzw. dominiert diesen, wodurch die jüngeren, differenzierteren neurobiologischen Systeme blockiert werden. Ist die Gefahr vorüber, wird wieder das nächsthöhere System aktiviert, die Funktionen sind wieder differenzierter. Ist eine Person im «Freeze», ist sie nicht wirklich imstande, von ihrem Gegenüber Sicherheit zu bekommen, da das «Social-Engagement-System» lahmgelegt ist (Levine, 2011, S. 134-135).

Liem & Neuhuber (2021) stellen die phylogenetische Basis der Polivagaltheorie aufgrund von anatomischen und funktionellen Studien in Frage. Ihr Hauptfokus liegt auf dem irreführenden Begriff polyvagal und die damit verbundene Begründung eines neueren ventralen und eines älteren dorsalen Vagalkomplexes. Sie erkennen an, dass der Nervus Vagus ein wichtiger Faktor

im System des sozialen Engagements darstellt. Aus ihrer Sicht sind aber andere Teile des Gehirns für die Koordination der Reaktionen bei Stresszuständen verantwortlich. Diesbezüglich verweisen sie auf das limbische System, mesenzephele periaquäduktale Grau und die neuronalen Hirnstammnetzwerke. Diese koordinieren die Verhaltenszustände wie Fight, Flight oder Freezing. Aus diesem Grunde empfehlen sie eine Umbenennung der Theorie. Die Auswirkungen von Traumata auf körperlicher Ebene und die damit verbundenen hierarchischen Verhaltensweisen stellen sie indes nicht in Frage und erkennen wie Porges und Liem eine hohe Relevanz diesbezüglich bei der osteopathischen Behandlung von Traumata (vgl. Porges & Liem, 2016, S.14-20). Die Kritik an der Polyvagal Theorie bezieht sich hauptsächlich auf die neurowissenschaftlichen Zusammenhänge. Gemäss Stephen Porges, dem Begründer der Theorie, wird seine zentrale Aussage, die Wichtigkeit des Gefühls von Sicherheit, welches elementar ist für das emotional-körperliche Wohlbefinden, nicht in Frage gestellt (Pfeiffer, 2024). Wird die Kritik von Liem angeschaut und die Haltung von Porges selber, kann der Schluss gezogen werden, dass die Polyvagaltheorie ihren Platz in der Wissenschaft hat und besonders die Erkenntnisse zum System des sozialen Engagements, welches für therapeutische- wie auch sozialpädagogische Berufe zentral ist, verwendet werden können.

Der Einfluss dieser Systeme sollte auch in der Psychotherapie, der Beratung und im Wohngruppenkontext mitbedacht werden. Sind die Notfallsysteme bei Kindern und Jugendlichen durch ihre traumatischen Erlebnisse immer noch aktiv, befinden sie sich gemäss der obigen Theorie im «Freeze»- oder «Fight or Flight»-Modus. Dadurch sind sie über sozio-emotionale Interaktionen nur bedingt erreichbar. Denn nur wenn sich die Kinder und Jugendliche im hierarchisch höchsten ventralen Vagus System befinden, sind sie fähig, soziale Interaktionen wahrzunehmen, und adäquat und differenziert zu reagieren.

Körperorientierte Methoden sind derzeit wenig evidenzbasiert und ungenügend erforscht für eine breite Anerkennung. Von den derzeit evidenzbasierten und anerkannten Behandlungen erholen sich rund einen Drittel der Menschen mit einer PTBS vollständig. 30% bis 40% des Klientels können keinen Nutzen aus den traditionellen Behandlungsansätzen ziehen. Aus diesem Grund sollten noch nicht im gleichen Masse anerkannte und evidenzbasierte, jedoch innovative und vielversprechende, Methoden der Körperorientierung genutzt, und deren Wirkungsweise evaluiert werden (Heath & Beattie, 2019).

Folgend werden die Vorteile und Argumente für die körperorientierten Methoden mit ihrer «Bottom up» Vorgehensweise vorgestellt. Gemäss Levine (2011) ist diese Vorgehensweise zentral bei körperorientierten Psychotherapien (S.135), da diese bei den körperlichen Systemen

ansetzen und dem Mechanismus helfen, auf das nächsthöhere System zurückzugreifen (S.146–147). Die herkömmlichen Psychotherapien verfolgen einen «Top-Down» Ansatz und basieren auf Austausch und Interaktionen (Pfeiffer, 2022, S. 74-75). Bei den «Top-down»-Strategien wird mit Gedanken, Bewertungen etc. gearbeitet. Auf neurobiologischer Ebene werden bei der Arbeit mit Kognition der präfrontale Cortex aktiv. In der Folge sollen die therapeutischen Erkenntnisse via den präfrontalen Cortex einen Einfluss auf die Amygdala haben. Diese gehört zum entwicklungsbedingt, hierarchisch tieferliegenden limbischen System, das für die Emotionen zuständig ist. Mit einer Metapher dargestellt könnte gesagt werden, dass an der Spitze des Eisbergs gearbeitet wird, und diese Bearbeitung schliesslich einen Einfluss auf den ganzen Eisberg hat, auch auf den Teil unter Wasser (Pfeiffer, 2022, S. 74-75).

Studien belegen, dass der Erfolg von Beratung bzw. Psychotherapie unter anderem von der Beziehung zwischen dem Klientel und der Fachperson abhängig ist, bzw. von deren Arbeitsallianz (Flückiger et al., 2015). Was bedeutet es also für die Psychotherapie, wenn das soziale System der Betroffenen gehemmt oder gar lahmgelegt ist? Die Problematik der «Top-down»-Strategie ist, dass die gespeicherten Erinnerungen in der Amygdala unverändert bleiben und auf der kognitiven Ebene lediglich eine andere Strategie erlernt wird. Bei zukünftigen Reizen erfolgen auf der neurobiologischen Ebene somit zwei Reaktionen, eine erlernte Reaktion auf der kognitiven Ebene, sowie die verinnerlichte Reaktion der Amygdala auf der emotionalen Ebene. Die hierarchisch tiefergelegene Amygdala setzt bei hohem Stress Cortisol und Noradrenalin frei. In der Folge wird der ventromediale präfrontale Cortex (vmPFC) inaktiv. Der vmPFC müsste jedoch bei Stressreaktionen die Aktivitäten der Amygdala hemmen. Die Expositionstherapie setzt beim vmPFC an. Werden bei der Expositionstherapie tieferliegende traumatische Erlebnisse aktiviert, hemmen oder blockieren diese den vmPFC (Pfeiffer, 2022, S. 74-78). Dies führt zur Schlussfolgerung, dass bei manchen Menschen mit traumatischen Erlebnissen zuerst mit körperorientierten Methoden eine Traumabearbeitung notwendig ist, bevor kognitiv basierte «Top-down» Strategien eine Wirkung erzielen können, (vgl. Pfeiffer, 2022, S. 74–78).

### 3.2 Körperorientierte Methoden zur Therapie von Traumata

Im folgenden Kapitel werden die körperorientierten Methoden EMDR, Klopftherapie und TRE genauer beleuchtet. Alle drei Methoden stammen aus der körperorientierten Psychotraumatherapie. Die Auswahl wurde aufgrund folgender Kriterien getroffen. Alle drei Techniken können von den Betroffenen selbst angewendet werden. Die Techniken werden als wenig konfrontativ bis gar nicht konfrontativ eingeordnet. Zudem existieren Fachbücher und

wissenschaftliche Studien zu deren Wirksamkeit. Die Methoden werden beschrieben, Studien zur Wirksamkeit präsentiert und die Funktionsmechanismen erläutert.

### 3.2.1 EMDR

EMDR ist eine hoch effektive und gleichzeitig schonend wirkende Methode (Böhm, 2016, S. 4). Sie ist inzwischen in der Psychotherapie anerkannt. Entdeckt wurde EMDR von Francine Shapiro, die während eines Spaziergangs zufällig bemerkte, dass eine bestimmte Abfolge von Augenbewegungen ihr eigenes traumatisches Erleben als weniger belastend erscheinen liess. Diese überraschende Beobachtung veranlasste sie dazu, das Phänomen wissenschaftlich zu erforschen (Böhm, 2016, S. 4). In der Folge entwickelte Shapiro eine Theorie zur Wirkweise von EMDR.

#### *Wirkmechanismen: Wie funktioniert EMDR?*

Als Erklärungsansatz für die Wirksamkeit der EMDR, Bezieht sich Richter (2023) auf Shapiro, welche das Adaptive-Informationsverarbeitungsmodell entwickelte (S.38). Dieses stützt sich auf Forschungen zur Speicherung und Veränderung von Erinnerungen im Gehirn. Wenn eine belastende Erinnerung im Langzeitgedächtnis abgespeichert wurde und ins Arbeitsgedächtnis geholt wird, ist sie formbar. Nach erfolgreicher Bearbeitung kann sie in einer veränderten, weniger belastenden Form wieder im Langzeitgedächtnis gespeichert werden. Dieser Vorgang wird als Neukonsolidierung bezeichnet. Dieses Vorgehen wird auch bei EMDR genutzt: Die Erinnerung wird durch eine gezielte Aktivierung ins Arbeitsgedächtnis geholt. Durch die Augenbewegungen erfolgt eine Veränderung bzw. Neukonsolidierung der Erinnerung (Richter, 2023, S. 38).

Durch EMDR können verschiedene Wirkmechanismen ausgelöst werden, welche zur Neukonsolidierung beitragen. Diese sind Entspannung, die Dekodierung der Erinnerung, ein ähnlicher Prozess wie im REM-Schlaf, eine bilaterale Stimulation, die Aktivierung schwacher Assoziationen, sowie eine gezielte Ansteuerung des Arbeitsgedächtnisses, all dies führt zu zusammenhängenden Verarbeitungsprozessen (Richter, 2023, S. 40).

Shapiros theoretischer Ansatz geht davon aus, dass belastende Lebenserfahrungen pathogenetische Erinnerungen erzeugen. Werden diese durch Selbstheilungskräfte nicht integriert, können psychische Störungen wie Traumata entstehen. Integrierte pathogenetische Erinnerungen können in bestehende neuronale Netzwerke assoziiert werden. Isolierte Erinnerungsnetzwerke hingegen führen dazu, dass Betroffene diese schwer kontrollieren

können, was z. B. zu Flashbacks führen kann. EMDR kann dabei helfen, diese isolierten Erinnerungs-"Knoten" zu lösen und in verarbeitete, interpretierte Erinnerungen umzuwandeln, wodurch die Belastung reduziert wird (Böhm, 2024, S. 11–13).

Böhm (2024) betont, dass das Aufmerksamsein bei EMDR ein Katalysator für die Verarbeitungsprozesse negativ konnotierter Erinnerungen sei (S. 9). Messungen zeigen, dass während EMDR die Herzfrequenz sinkt und der parasympathische Tonus steigt, was auf eine reziproke Hemmung anstelle einer Habituation hindeutet (Böhm, 2024, S. 10). Ein möglicher zusätzlicher Wirkmechanismus ist epigenetischer Natur: Die Methylierung (d.h. das "Abschalten" bestimmter Genabschnitte) kann sich verändern, was Angstreaktionen und die Schreckhaftigkeit beeinflussen kann (Böhm, 2024, S. 11).

Experimente von Spitzer beschäftigten sich mit klassisch konditionierten Mäusen. Bei einem Teil der genetisch identischen Tieren wurde zusätzlich EMDR eingesetzt. Die Mäuse wurden konditioniert, indem auf einen Ton ein leichter Stromschlag folgte. Nach der Konditionierung zeigten die Tiere eine Schockstarre beim Ton. Wurde jedoch direkt nach dem Ton eine horizontale Augenbewegung durch LED-Licht induziert, blieb die Schockstarre aus (Spitzer, 2019, S.233-234). Spitzer (2019) schloss daraus, dass EMDR zu einer Hemmung der Amygdala führte, wodurch die Erregung und damit die Angstreaktion verringert wurde. Die Colliculi superiores, Teil der Vierhügelplatte im Zwischenhirn, spielen dabei eine zentrale Rolle. Sie sind verantwortlich für Augenbewegung und Aufmerksamkeitsprozesse. Das Experiment liefert Argumente, dass EMDR einen direkten hemmenden Einfluss auf die Amygdala und somit auf traumaassoziierte Angstprozesse hat (S. 235-238). Dieses Experiment war auch für die Bewertung durch den wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) zur Anerkennung von EMDR relevant.

#### *Aufbau und Ablauf einer Therapieeinheit*

Die EMDR wird in folgende 8 Phasen unterteilt:

1. Die Anamnese und Behandlungsplanung
2. Vorbereitung und Stabilisierung
3. Bewertung des Traumas
4. Desensibilisierung und Prozessierung
5. Verankerung der positiven Kognition
6. Körpertest
7. Abschluss



## 8. Nachevaluation (Böhm, 2016, S. 142).

Therapeutische Sitzungen folgen einem vorgegebenen Ablauf. Zur Vorbereitung wird im Raum ein Platz mit zwei bequemen Sitzgelegenheiten bestimmt und in den richtigen Abstand zueinander platziert. Ein nonverbales Stoppsignal wird vereinbart. Vor Beginn wird mit den Klienten der sichere Ort aktiviert. Danach wird das Erlebnis benannt, welches bearbeitet werden soll, und der sogenannte "Hotspot" mit der höchsten Affektladung bestimmt. Zudem wird die negative Kognition (NK) identifiziert, z.B. Der Satz: «Ich bin schuld». Danach wird eine positive Kognition (PK) oder Affirmation herausgearbeitet und deren Stärke eingeschätzt. Die empfundenen Gefühle, der NK werden kurz benannt und die aktuelle Belastung eingestuft. Danach erfolgt ein kurzer Fokus auf die Körperempfindungen (Böhm, 2016, S. 142). Es folgt die eigentliche Übung: Die Klient:in richtet ihre Aufmerksamkeit auf die Körperempfindungen, Bilder und negativen Kognitionen, nicht auf die Therapeut:innen. Wenn die Klient:in das Zeichen gibt (z.B. Nicken), leitet die Therapeut:in die bilaterale Stimulation durch Augenbewegungen ein. In der Regel benötigt es zwischen 25–30 Wiederholungen. Danach werden die Augen geschlossen, tief durchgeatmet und die aktuelle innere Erfahrung in wenigen Worten mitgeteilt. Die Stimulation wird wiederholt, bis der Patient zweimal nacheinander Positives oder Neutrales berichtet. Abschliessend wird die PK mit der Ausgangssituation durch langsamere Augenbewegungen verknüpft und ein Körpertest durchgeführt. Danach erfolgt gegebenenfalls eine Nachbesprechung, da während des Prozesses ein minimaler Austausch an verbaler Kommunikation stattfinden sollte (Böhm, 2016, S. 142). EMDR kann auch zur Selbstanwendung genutzt werden, jedoch erst nach fundierter Einführung und in Zusammenarbeit mit einer Therapeut:in (Böhm, 2016, S. 239–240). Der Beschriebene Ablauf entspricht nicht nur der Literatur von Böhm (2016) und Richter (2023) sondern ist auch in dem WBP-Bericht (Bundesärztekammer, 2006) aufgeführt.

*Wirksamkeitsnachweise*

In der Anfangszeit vor rund 25 Jahren, wurde die Wirkweise von EMDR stark kritisiert, unter anderem von Forschern wie McNally (1999) und Herbert et al. (2000). Den EMDR-Anwender:innen wurde vorgeworfen, keine ausreichenden Beweise für die Wirksamkeit der Methode zu liefern. In den darauffolgenden Jahren konnten jedoch zahlreiche wissenschaftliche Studien die Effektivität von EMDR belegen. Folgend werden relevante Studien genannt und die Forschungserkenntnisse beschrieben. Nach Richter (2023) konnte in einem Experiment von Baek et al. (2019) empirisch nachgewiesen werden, dass Augenbewegungen einen Einfluss auf

die Amygdala haben, ein relevanter Befund zur Erklärung des Wirkmechanismus der EMDR (S. 38-42).

Eine wichtige Studie zur Wirksamkeit von EMDR stammt von Seidler und Wagner (2006). Sie führten eine Metaanalyse durch, in der bestehende Studien zu EMDR und zur kognitiv-behavioralen Traumatherapie (CBT) untersucht wurden. Die Autoren kamen zum Schluss, dass EMDR etwa gleich wirksam wie CBT ist. Weitere Studien, die die Wirksamkeit von EMDR belegen und vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) als evidenzbasiert anerkannt wurden, stammen u.a. von Wilson et al. (1995), Boudewyns und Hyer (1996), Marcus et al. (1997, 2004), Rothbaum (1997), Carlson et al. (1998), Scheck et al. (1998), Lee et al. (2002), Power et al. (2002) und Jaberghaderi et al. (2004) (*Übersicht der Studien zur EMDR-Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung, o. J.*).

Der Berufsverband EMDR regelt die Anerkennung des Titels EMDR Therapeutin und setzt die dazu notwendigen Voraussetzungen fest (EMDR Schweiz, 2025). In Deutschland ist EMDR von der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) anerkannt, und auch die WHO erkennt EMDR als wirksame Psychotherapiemethode an (Bundesärztekammer, 2006). Es gilt zu erwähnen, dass die Anerkennung von EMDR als Traumatherapie für Kinder und Jugendliche derzeit noch im Prüfverfahren ist. Die bisherigen anerkannten Studien erfüllten den Wirksamkeitsnachweis nach sechs Monaten, gemäss den Standards des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie, nicht (WBP, 2025).

### 3.2.2 Klopftherapie

Die Klopftechnik ist ein therapeutisches Verfahren zur Behandlung von Traumata. Während der Konfrontation mit unangenehmen Gedanken und Gefühlen wird auf bestimmte Akupunkturpunkte des Körpers geklopft. Die Technik kann und wird häufig auch selbstständig ohne therapeutische Begleitung durch Betroffene angewendet (Pfeiffer, 2022, S. 15).

*Wirkmechanismen: Wie funktioniert Klopfen?*

Zur Erklärung der Wirkweise existieren verschiedene Hypothesen und Forschungsergebnisse. Eine verbreitete Annahme ist, dass durch das Klopfen, ähnlich wie bei der Akupunktur, bestimmte Punkte des Meridiansystems stimuliert werden, was eine beruhigende Wirkung auf das Stresssystem haben könnte. Antonia Pfeiffer (2022) vertritt in ihrem Buch eine alternative Hypothese: Neuere Studien identifizieren sogenannte CT-Afferenzen, Rezeptoren in der Haut, die dem Gehirn helfen, Berührungsreize als angenehm oder unangenehm zu bewerten. Diese

Rezeptoren spielen vermutlich eine wichtige Rolle bei der Emotionsregulation. Das Klopfen könnte über die Aktivierung dieser Rezeptoren regulierend auf emotionale Prozesse wirken (S. 90-93). Eine weitere Hypothese besagt, dass Klopfen ein Erinnerungs-Update ermöglicht. Eine kleine Pilotstudie, in der sich die Belastung durch eine konkrete Situation signifikant verringerte, deutet auf diese Wirkung hin. Die Effektstärke lag bei  $d = 8,07$  (Pfeiffer, 2022, S. 118). Aufgrund der geringen Teilnehmerzahl ist die Aussagekraft jedoch begrenzt. Die Ergebnisse liefern dennoch relevante Ansatzpunkte für weiterführende Forschung.

Welche neurobiologischen Mechanismen könnten zu einem solchen Erinnerungs-Update führen? Pfeiffer (2022) fasst es wie folgt zusammen: «Das Klopfen verbindet somit das Erleben von Regulation, Gemeinschaft und Gegenwart, die in ihrem Dreiklang ein emotionales Gegenerlebnis zu Trauma darstellen» (S. 138). Mit Regulation ist gemeint, dass Emotionen nicht ausschliesslich durch kognitive Prozesse entstehen. Gemäss moderner Emotionstheorien spielen unterschiedliche Komponenten eine Rolle, darunter die Situation, die Aufmerksamkeit, die Aktivierung unbewusster Erinnerungen, körperliche Reaktionen und kognitive Bewertungen. Der Neurowissenschaftler LeDoux betont, dass all diese Faktoren in die Entstehung von Emotionen involviert sind. Daraus ergibt sich, dass auch körperliche Mechanismen, wie etwa Darmflora, Körperhaltung oder vegetative Prozesse, erheblichen Einfluss auf das emotionale Erleben haben (Pfeiffer, 2022, S. 71–73). Selbstberührung spielt hier ebenfalls eine Rolle: Untersuchungen von Dr. M. Grunwald zeigen, dass Selbstberührungen die Emotionsregulation positiv beeinflussen können. Dabei ist eine veränderte Gehirnaktivität messbar; insbesondere werden Areale aktiviert, die mit Regulationsprozessen assoziiert sind (Pfeiffer, 2022, S. 93).

Schliesslich ist die Verankerung in der Gegenwart ein weiterer zentraler Wirkfaktor. In körperorientierten Methoden spielt Bewegung fast immer eine Rolle, auch im Tierreich ist Bewegung essenziell, um aus einem Zustand der Immobilität auszubrechen (z. B. durch neurogenes Zittern). Bewegung unterstützt dabei, im Hier und Jetzt verankert zu bleiben, ein Zustand, der traumatisierten Menschen häufig fehlt (Pfeiffer, 2022, S. 110–111).

#### *Aufbau und Ablauf einer Therapieeinheit*

Der Ablauf einer Klopf Sitzung beziehungsweise eines Klopfprotokolls folgt in der Regel einem einheitlichen Schema: Zunächst wird ein unangenehm konnotiertes Thema fokussiert, aktiviert und durch die betroffene Person subjektiv auf einer Skala von 1 bis 10 eingeschätzt (Reaktivierung). Im Anschluss erfolgt die sogenannte Selbststärkungs- bzw. Selbstakzeptanzaffirmationsphase. In dieser Phase wird auf bestimmte Punkte an der Handkante oder im Bereich des Schlüsselbeins geklopft, während laut Sätze ausgesprochen

werden, die Selbstakzeptanz und Selbstliebe in Bezug auf das Thema ausdrücken (Pfeiffer, 2022, S. 23-24).

Im nächsten Schritt wird 7–16-mal auf spezifische Hautpunkte geklopft, während sich die Person gleichzeitig mental mit dem Thema konfrontiert. Zusatzelemente wie Zwischenentspannung (nur Klopfen ohne thematischen Fokus) oder ein positiver Ausklang (eine abschliessende positive Verknüpfung mit dem Thema) können ergänzend eingesetzt werden. Es existieren unterschiedliche Richtungen und Ausprägungen innerhalb der Klopftherapie, die sich im Ablauf teilweise unterscheiden. Die genannten Grundbausteine sind jedoch allen Ansätzen gemein (Pfeiffer, 2022, S. 23–24). Besonders verbreitet sind die Klopfmethoden Emotional Freedom Techniques (EFT) und Prozess- und Embodimentfokussierte Psychologie (Pfeiffer, 2022, S. 27–30).

Da es sich bei der Klopftechnik um ein relativ neues Verfahren handelt, befindet sich die Forschung dazu noch im Aufbau (Pfeiffer, 2022, S. 36). Nichtsdestotrotz liegen bereits wissenschaftliche Untersuchungen zur Wirksamkeit vor. Im Folgenden werden zentrale Studien zur Anwendung von Klopftechniken bei posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) vorgestellt. Eine vertiefte Übersicht über die aktuelle Forschung bietet Antonia Pfeiffer in ihrem Buch «Emotionale Erinnerungen, Klopfen als Schlüssel für Lösungen».

#### *Wirksamkeitsnachweise*

Zu den bislang relevantesten Studien zählen drei Untersuchungen von Church et al., welche folgend nach 2013, 2016 und 2018 erläutert werden: Die erste Studie untersuchte die Wirksamkeit von EFT bei 30 US-Veteranen, von denen einige an chronischer PTBS litten. Nach sechs EFT-Sitzungen zeigte die EFT-Gruppe signifikant geringere psychische Belastungs- und PTBS-Symptome. 90 % der Teilnehmenden erfüllten nach Abschluss der Intervention nicht mehr die klinischen Kriterien für eine PTBS. Sechs Monate später lag die Rate immer noch bei 80 %, was die Nachhaltigkeit der Wirkung der Klopftherapie unterstreicht (Church et al., 2013).

In einer weiteren Studie untersuchten Church et al. (2016) den Einfluss von sechs EFT Sitzungen bei Veteranen, welche bereits klinische Symptome einer PTBS anzeigten. Bei den Veteranen wurden der Posttraumatic Checklist-Military erhoben. Ab einem Wert von 35 oder höher besteht ein erhöhtes Risiko, eine PTBS zu entwickeln. Vor der Behandlung betrug die Durchschnittlich erreichte Punktzahl 39. Nach den Sitzungen sanken die Werte auf einen Mittelwert von 25. Bei Nachuntersuchungen nach drei Monaten betrug der Mittelwert 27. Die Effektstärke von Cohen's  $d = 1,99$ , weist auf einen bedeutsamen Behandlungseffekt hin.

Zusätzlich wurden in der Studie der Einfluss von EFT auf Symptome traumatischer Hirnverletzungen ( $p = .045$ ) und Schlaflosigkeit ( $p = .004$ ) festgestellt. Diese Symptome stehen häufig in Zusammenhang mit einem erhöhten Hyperarousal und liefern damit erste Hinweise auf mögliche Wirkmechanismen der Methode.

Die dritte Studie Church et al., (2018) bestätigte die vorherigen Ergebnisse und untersuchte zusätzlich mögliche epigenetische Veränderungen durch EFT. In der EFT-Gruppe sanken die PTBS-Symptome signifikant um 53 % ( $p < .0001$ ), und die Fortschritte blieben in der Nachuntersuchung stabil (6mt.). Zudem wurde eine veränderte Genexpression in sechs Genen festgestellt ( $p < .05$ ), was erste Hinweise auf epigenetische Wirkmechanismen liefert. Die Autoren folgern, dass diese Veränderungen potenzielle Biomarker für die Wirksamkeit von EFT darstellen und Grundlage für zukünftige Studien sein könnten.

### 3.2.3 TRE

TRE, wurde von dem Psychologen und Sozialarbeiter Dr. David Berceli entwickelt (Berceli, 2010, S. 156). TRE ist eine Methode, bei der ein sogenanntes «neuronales Zittern» ausgelöst wird. Dieses Zittern führt zur Lösung von Anspannungen und zur Reduktion von Stress, der im Körper gespeichert ist, was wiederum zu einer Linderung von PTBS-Symptomen beitragen kann (Gauger, 2023).

#### *Wirkmechanismen: Wie funktioniert TRE?*

Dr. Berceli entdeckte die Methode durch die Beobachtung seiner eigenen Reaktionen, sowie der seiner Mitmenschen, in kriegsbedingten Situationen. Ausgangspunkt seiner Recherchen war eine Situation, in der er bemerkte, dass er und sieben weitere Personen unterschiedlicher Nationalitäten bei einem Granateneinschlag dieselbe Reaktion zeigten: Alle acht kauerten sich auf dem Boden zusammen und nahmen eine fötale Position ein (Berceli, 2010, S. 149).

Befinden sich Menschen in Gefahrensituationen, wie beispielsweise beim Ausharren im Keller während eines Bombenangriffs, scheint ein evolutionär verankerter Ablauf aktiviert zu werden, der instinktiv abläuft. Menschen zucken bei Gefahr zusammen und begeben sich anschliessend in eine embryonale Schutzposition. Dr. Berceli untersuchte daraufhin, welche Muskeln in dieser Haltung aktiviert werden und ob die wiederholte Bewegung eine Muskelspannung erzeugt, die Teil der PTBS-Reaktion sein könnte. Es zeigte sich, dass eine spezifische Muskelgruppe, beginnend bei den Adduktoren und über den Psoas-Muskel verlaufend, für die Kontraktionen verantwortlich sind. Der Psoas-Muskel verläuft von der Basis der Wirbelsäule über den Rumpf bis zum Hals und zu den Kaumuskeln. Wenn der Mensch als Teil des Tierreichs betrachtet wird

und nach den gleichen evolutionären Prozessen handelt, ist die Reaktion nachvollziehbar (Berceli, 2010, S. 149- 150).

Die zuvor beschriebene «Fight or Flight»-Reaktion wird durch das sensomotorische System gesteuert und geschieht instinktiv. Bei Gefahr wird die Streckmuskulatur gehemmt, während die Beugemuskulatur kontrahiert, die Extremitäten werden geschützt, die Embryonalhaltung wird eingenommen. Der Trauma-Stimulus, der die Beugung des Psoas-Muskels auslöst, hemmt das Zusammenspiel der Streckmuskulatur, insbesondere des «Erector Spinae» (Muskeln entlang der Wirbelsäule), zugunsten der Kontraktion. Der Psoas gilt als zentraler Muskel der «Fight or Flight»-Reaktion, da er Becken, Rumpf und Beine miteinander verbindet. In ihm wird infolge traumatischer Erlebnisse ein chronischer Stress gespeichert (Berceli, 2010, 149-150).

Zentral für das Verständnis der Wirkung von TRE ist auch die Rolle der neurogenen Prozesse im Zusammenspiel mit muskulären Kontraktionsmustern. Die sogenannte Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA-Achse), auch als «Stressachse» bezeichnet, ist massgeblich an der Stressreaktion des Körpers beteiligt (Mauritz, 2024). Psychische Faktoren können auf diese Achse einwirken. Die neurologische Verschaltung der HPA-Achse reagiert auf Bedrohungen des physischen wie auch sozialen Selbst. Sie ermöglicht oder zwingt den Organismus, in gefährlichen Situationen instinktiv zu handeln (Berceli, 2010, S. 150). Bei einer Aktivierung der HPA-Achse werden corticotropin-releasing Hormone, sowie die Katecholamine Epinephrin (Adrenalin) und Norepinephrin (Noradrenalin) ausgeschüttet, was das sympathische Nervensystem aktiviert («Fight or Flight», «Freeze»). Diese Prozesse laufen schneller ab als die kognitiven Vorgänge im Grosshirn, da sie mit dem Kleinhirn vernetzt sind (s. Kp. 2.1.2). Kann die Aktivierung der HPA-Achse nach dem Ende der Gefahrensituation nicht beendet werden, bleiben die PTBS-Symptome bestehen, auch wenn das Erlebte bereits vorbei ist (Berceli, 2010, S. 150).

Vor diesem Hintergrund und mit dem Ziel, herauszufinden, wie eine Deaktivierung der HPA-Achse nach einer Bedrohung möglich ist, begann Berceli, (2020) sich selbst und andere Menschen nach traumatischen Erlebnissen zu beobachten. Dabei stellte er fest, dass viele Menschen nach einem überstandenen Trauma unwillkürlich zu zittern beginnen. In verschiedenen psychischen Krankheitsbildern wird Zittern als Symptom beschrieben (vgl. American Psychological Association). Jedoch wurde das Zittern selbst bisher wenig untersucht, trotz wachsender Erkenntnisse in der Pathophysiologie Zitterns (S. 150-151). Bei seinen Recherchen stiess Berceli (2020) auf mehrere Veröffentlichungen, die unwillkürliches Zittern im Tierreich thematisieren und beschrieb diese wie folgend: «Tiere in der Wildnis nutzen nach

einem traumatischen Erlebnis einen angeborenen Mechanismus neurogenen Zitterns, der die hohe biochemische und neuromuskuläre Ladung aus dem Körper abführt und damit eine spontane Erholung fördert.» (S.151)

Das Zittern scheint also einen evolutionären Überlebensvorteil zu bieten, sowohl bei Tieren als auch beim Menschen. Dieses spezifische Zittern wird als «neurogenes Zittern» bezeichnet. Es handelt sich dabei um einen natürlichen Prozess des prozeduralen Gedächtnisses, der zur genetischen Grundausstattung des Menschen gehört und als Mechanismus zur Entladung des Organismus dient, zur physiologischen Selbstregulation. Der Ursprung ist eher physiologisch als psychologisch (Berceli, 2010, S. 151). Tierversuche zeigen, dass bei traumatischen Ereignissen ein physiologischer Schock auftritt, der eine biochemische Reaktion auslöst. Der menschliche Körper reagiert analog zur Tierwelt. Der wesentliche Unterschied besteht jedoch darin, dass Menschen das Zittern häufig unterdrücken. Wird der angeborene Mechanismus des neurogenen Zitterns jedoch zugelassen, kann die hohe Ladung an biochemischer und neuromuskulärer Energie abgebaut werden, was zu einer raschen Erholung von der traumatischen Erfahrung führt. Anders gesagt: Der Stress wird buchstäblich «abgeschüttelt», und das Leben kann weitergehen. Das Zittern erfordert so viel Energie, dass davon auszugehen ist, dass es einen selektiven Vorteil bietet (Berceli, 2010, S. 152).

Experimente zeigen, dass Tiere, die nach einer Gefahr nicht zittern können, in zukünftigen Gefahrensituationen inadäquater reagieren und in der Folge ihre Resilienz verringert ist. Forschende gehen davon aus, dass dieses Zittern eine angeborene Immunität gegen Traumafolgen darstellt und Tieren (und potenziell auch Menschen) ermöglicht, nach dem Erlebten ohne PTBS in ihr normales Leben zurückzukehren. Dr. Berceli geht davon aus, dass das neurogene Zittern beim Menschen ein eingebauter Mechanismus ist, um mit Trauma assoziierten Stress abzubauen, indem die HPA-Achse deaktiviert wird. Dadurch können PTBS-Symptome reduziert oder vollständig aufgelöst werden, da der Körper wieder in ein physiologisches Gleichgewicht gelangt (Berceli, 2010, S. 152). Durch die Entwicklung des Neokortex, der dem Menschen ermöglicht, Erlebnisse zu bewerten, wird das neurogene Zittern jedoch häufig willentlich unterdrückt, was langfristig zur Entstehung von PTBS beitragen kann.

Die Methode eignet sich sowohl für Einzelpersonen als auch für grosse Gruppen. Sie wurde mit dem Ziel entwickelt, Menschen ohne Zugang zu therapeutischer Versorgung, z. B. in Entwicklungsländern oder Kriegsgebieten, Hilfe zur Selbsthilfe zu ermöglichen. Dabei ist es unerheblich, ob es sich um ein Kriegstrauma oder ein in der Kindheit erlittenes

Entwicklungstrauma handelt, da sich Traumata auf körperlich-biologischer Ebene sehr ähnlich bzw. gleich äussern (Berceli, 2010).

### *Aufbau und Ablauf einer Therapieeinheit*

Berceli (2020) entwickelte eine Reihe spezifischer Übungen, bei denen bestimmte Muskelgruppen durch Dehnung und Anspannung in Stress versetzt werden, um so das neurogene Zittern auszulösen und gespeicherte Energie bzw. chronische Anspannung im Körper zu lösen (S. 153).

Wie bereits beschrieben, besteht TRE aus sieben Bewegungsabläufen, die das neurogene Zittern aktivieren. Anstelle einer ausführlichen schriftlichen Anleitung wird an dieser Stelle auf den Anhang verwiesen, in welchem sich eine Beschreibung mit Bildern befindet. Dieses wurde als Ergänzung zum Buch «Neurogenes Zittern» erstellt und erläutert die Übungen anschaulich.

### *Wirksamkeitsnachweise*

TRE wurde bislang in 17 Ländern angewendet und bei über 40.000 Menschen eingesetzt. Es existieren mehrere Studien, welche die Wirksamkeit der Methode belegen (Berceli, 2010, S. 153).

Eine Studie des US-Militärs von Moore et al. (2011) berichtet, dass TRE aufgrund der einfachen Anwendung und der unmittelbaren Vorteile bei der Verringerung von Hyperarousal und Muskelanspannung vielversprechend erscheint. Weitere Studien deuten darauf hin, dass TRE als potenzielle Methode zur Verbesserung der Lebensqualität geeignet ist, wobei das US Department of Veterans Affairs (Ministerium für Veteranenangelegenheiten) derzeit eine kontrollierte Studie über TRE zur Genesung von PTBS unter Veteranen durchführt (Heath & Beattie, 2019). Die Studie von Almeida und Rodrigues (2021) deutet darauf hin, dass die Anwendung von TRE und tiefes Atmen zur Regulierung des autonomen Nervensystems (ANS) beiträgt und sich positiv auf die Gesundheit der Teilnehmer auswirkt. Die Studie von (Almeida & Rodrigues, 2021) ergab, dass die Schlafqualität anstieg und das Stressniveau sich verringerte. Die Studie von Lynning et al. (2021) weist eine geringe Kontrollgruppe ( $x < 10$ ) auf. Parker et al., (2024) führte eine weitere Studie mit ostafrikanischen Flüchtlingen durch. Die Gruppe wurde mit dem Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) vor und nach der 8-wöchigen Behandlung mit TRE befragt. Es konnte bei 36 von 40 HTQ-Items eine Symptomverringering beobachtet werden. Zudem wurde eine signifikante Verringerung des durchschnittlichen Symptomschweregrads festgestellt. Es wurde der Schluss gezogen, dass TRE ein wirksames Mittel für die Verbesserung traumabedingter Symptome ist. Trotz dieser vielversprechenden Ergebnisse bedarf es, aufgrund



der kleinen Studiengruppen, weiterer Forschung und grösser angelegte Studien. Besonders die Wirkweise der TRE sollte erforscht und mit Daten belegt werden.

### 3.3 Fazit

Zum Abschluss von Kapitel drei wollen wir die Vorteile körperorientierter Traumatherapie bzw. der Methoden herausarbeiten sowie ein Fazit aus dem Kapitel ziehen.

Die Methode EMDR hat einen hohen Fokus auf die Verarbeitung von Erinnerungen. Vorteile bestehen somit darin, dass durch EMDR die starke negative Verknüpfung bei belastenden Erinnerungen «relativ» schnell und mit wenig Konfrontation abgeschwächt wird (Richter, 2023, S. 38; Böhm, 2016, S. 4). Ein weiterer Vorteil ist, dass EMDR selbst angewendet werden kann (Böhm, 2016, S. 239–240). EMDR ist eine der wissenschaftlich fundiertesten körperorientierten Methoden, sie gilt als evidenzbasiert (vgl. Entscheid Bundesärztekammer, 2006).

Die Vorteile des Klopfens liegen in der sanften Verarbeitung des Traumas und der Reduktion der PTBS-Symptome (Pfeiffer, 2022, S. 15). Zudem ermöglicht die Methode die Regulation des Nervensystems, indem sie auf verschiedenen Ebenen, körperlich und psychisch, ansetzt. Die Methode ist wissenschaftlich untersucht und ihre Wirksamkeit durch Studien belegt, auch wenn viele davon Pilotstudien sind (Pfeiffer, 2022, S. 36; vgl. 3.2.2). Der wohl wichtigste Vorteil ist, dass auch diese Methode selbst angewendet werden kann (Pfeiffer, 2022, S. 15).

Die Technik TRE verfolgt das Ziel, Spannungen im Körper zu reduzieren. Dies ist zugleich der Hauptvorteil der Methode: die Regulation des Nervensystems und die Spannungsreduktion auf körperlicher Ebene (Gauger, 2023). Ebenso wie die beiden anderen Methoden EMDR und Klopfen kann TRE selbst angewendet werden und zur Erfahrung von Selbstwirksamkeit beitragen (Nibel & Fischer, 2024, S. 55). Bei TRE haben die Klient:innen eine hohe Kontrolle über das Geschehen bzw. das neurogene Zittern (Nibel & Fischer, 2024, S. 142). Ein besonderes Merkmal und eine Stärke der Methode ist, dass sie auch in Gruppen angewendet werden kann, bzw. sogar explizit für die Behandlung traumatisierter Gruppen entwickelt wurde (Berceli, 2010, S. 153).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die einzelnen Methoden unterschiedliche Vorteile mit sich bringen. Gemeinsam haben alle Methoden die Möglichkeit der Selbstanwendung, was den Schluss ziehen lässt, dass sie bei der Anwendung ein Empfinden der Selbstwirksamkeit, evtl. sogar des Selbstwerts (vgl. Böhnisch) fördern. Bei der Methode von TRE ist dieser Schluss in der Literatur zu finden (vgl. Nibel & Fischer, 2024, S. 55). Weiter kann auf Grund der beschriebenen Abläufe zum Fazit gezogen werden, dass die Methoden

niederschwellig angewendet werden können und eine hohe Alltagstauglichkeit aufweisen (besonders das Klopfen). Diesbezüglich besteht eine Übereinstimmung mit den Theorien von Thirsch (vgl. Kapitel 4.2.1). Laut Baierl und Frey (2016) wird durch ein Trauma der eigene Körper oft als Gefahr erlebt (S. 86), durch die Integration des Körpers in den Heilungsprozess besteht das Potenzial eines gesunden Zugangs zu diesem und einer Verbesserung der Körperwahrnehmung. Zu guter Letzt wird ein Vorteil in der körperorientierten Therapie gesehen, dass sie weniger sprachorientiert ist (vgl. Beschreibungen der Abläufe; Van der Kolk, 2023).

Abschliessend kann festgehalten werden, dass die körperorientierten Methoden gemäss den bestehenden Studienlage eine gezielte positive Wirkung auf Trauma bedingte Stressreaktionen im Körper, insbesondere auch bei einer PTBS aufweisen. Gerade für Klient:innen welche nicht auf eine konventionelle Traumatherapie ansprechen, könnte eine körperorientierte Traumatherapie eine Alternative anbieten. Es besteht Bedarf nach weiterer Forschung, um die evidenzbasierte Wirksamkeit der Methoden weiter darzulegen. Des Weiteren gibt es Hinweise, dass die körperorientierten Methoden gerade wegen ihrer Niederschwelligkeit mit leichten Anpassungen im stationären Kinder- und Jugendkontext mit traumapädagogischer Orientierung geeignet sein könnten. Sie könnten Kindern und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen die notwendigen Handlungsansätze bieten um über ihren Körpern mit den Traumafolgen selbstbestimmter und selbstwirksamer umzugehen. Damit tragen sie einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der psychischen Gesundheit und ihrer Lebensqualität bei.

## 4 Die Fachpersonen der Sozialpädagogik

Dieses Kapitel behandelt zentrale Theorien des professionellen Handelns in der Sozialpädagogik. Mit dem Ziel der Bestimmung der Aufgaben und Kompetenzen der Sozialpädagogik auf die mögliche Anwedung der körperorientierten Methoden für den traumapädagogischen Kontext. Dafür wird die Entwicklung der Professionalisierung der Sozialen Arbeit als Oberbegriff sowie die Unterschiede und disziplinären Verortungen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik dargelegt. Im Anschluss folgt eine Darstellung des Verhältnisses von Sozialpädagogik zur Psychotherapie. Dieser Vergleich soll aufzeigen, wie der Aufgaben- und Kompetenzbereich der Sozialpädagogik gestaltet ist. Zum Schluss folgt eine Zusammenfassung im Fazit.

### 4.1 Die Etablierung der Profession Soziale Arbeit

Der folgende Abschnitt befasst sich mit der Entwicklung der Profession Soziale Arbeit, sowie dem aktuellen Diskurs der Professionalisierung der Sozialen Arbeit. Im Mittelpunkt stehen dabei die Positionierung von Silvia Staub-Bernasconi und ihr Modell des Tripelmandat. Das Tripelmandat kann als grundlegender Schritt für die Autonomie der Profession Soziale Arbeit gesehen werden. Darauf aufbauend wird die Relevanz der Autonomie sowie der Anerkennung für das professionelle Handeln beschrieben.

Die Soziale Arbeit schaut auf eine lange Professionalisierungsdebatte um ihre eigene Anerkennung zurück. Nach Köttig (2023) konnte sie sich jedoch in den letzten Jahren als Profession und Disziplin etablieren (S. 12). In der Definition der internationalen Föderation Sozialer Arbeit wird die Soziale Arbeit als Profession und wissenschaftliche Disziplin definiert (Schmocker, 2014). Die Soziale Arbeit wirkt auf Sozialstrukturen ein und setzt sich für die Befreiung von Menschen ein, indem sie anhand fundiertem Wissens deren Befähigung fördert (Schmocker, 2014).

Silvia Staub-Bernasconi hat in Bezug auf die Anerkennung der Sozialen Arbeit als Profession bedeutende Arbeit geleistet. Sie hat mehrfach thematisiert, begründet und hergeleitet, wie die Soziale Arbeit als eine Menschenrechtsprofession zu verstehen ist, welche eine professionelle Eigenständigkeit besitzt (vgl. Staub-Bernasconi, 2018b). Staub-Bernasconi modifizierte das bereits bestehende Doppelmandat von Hilfe und Kontrolle zu einem Tripelmandat, was hier näher beschrieben werden soll.



*Abbildung 4: Eigene Darstellung des Tripelmandat nach Silvia Staub-Bernasconi (2008)*

Das Tripelmandat stellt ein bedeutender Schritt für die Professionalisierung der Sozialen Arbeit dar, sowie für die Autonomiezuschreibung der Profession der Sozialen Arbeit (Staub-Bernasconi, 2018b S. 116). Wie in der Abbildung ersichtlich vereint das Tripelmandat die drei unterschiedlichen Mandate von Staat, Klientel, und der Profession der Sozialen Arbeit. Dies dient dazu, das Machtgefälle zwischen Staat, Organisation und des Klientels zu verringern und für die Klientel, bei illegitimem Machtgebrauch des Staates, einzustehen (Staub-Bernasconi, 2018b, S. 121). Das Tripelmandat wird von unterschiedlichen Akteur: innen bespielt, was unterschiedliche Machtpositionen, Interessen und Forderungen mit sich bringt. Dadurch sind Konflikte im Rollenverständnis, Handlungsspielraum und Identitätsverständnis vorprogrammiert, wobei der Umgang damit zu den Merkmalen der Disziplin und Profession Soziale Arbeit gehört.

Mittlerweile hat sich die Soziale Arbeit als Profession etabliert und das Tripelmandat ist im Professionsverständnis und im Berufskodex integriert (AvenirSocial, 2010, S. 8). Trotzdem werden Fachpersonen der Sozialen Arbeit von anderen Professionen und Organisationen nicht gleich anerkannt, bzw. die professionelle Autonomie und die Kompetenzen, Entscheidungen zu treffen, sind eingeschränkt (Völter et al., 2020, S.12). Ebenso besteht weiterhin Uneinigkeit bezüglich der theoretischen Grundlagen sowie des wissenschaftlichen Gegenstands der Sozialen Arbeit (Spatscheck, 2023, S. 42).

Im Verlauf der Entwicklung zur Profession wurde auch die Frage behandelt, wie die Begrifflichkeiten Soziale Arbeit, Sozialarbeit, Sozialpädagogik zueinander im Verhältnis stehen. Dabei entstand Einigkeit darüber, dass Soziale Arbeit als Oberbegriff dient (Wunsch, 2025, S. 17). Somit sind Sozialarbeit und Sozialpädagogik Unterkategorien davon und weisen Unterschiede auf (Wunsch, 2025, S.18). Welche Unterscheide diese Begrifflichkeiten und ihre dazugehörenden Felder aufweisen, wird in den folgenden Unterkapiteln ausgeführt.

## 4.2 Die theoretischen Zugänge der Sozialen Arbeit und Sozialpädagogik

Im vorliegenden Abschnitt werden, vom begrifflichen Verständnis Soziale Arbeit als Oberbegriff ausgehend, zentrale theoretische Zugänge erläutert, welche die Profession und das professionelle Handeln im Allgemeinen prägen. Im letzten Abschnitt wird der Fokus auf die Sozialpädagogik gelegt und eine Abgrenzung zur Sozialen Arbeit und der Sozialarbeit gezogen.

### 4.2.1 Die Soziale Arbeit und ihre Gegenstände

Folgend werden die Theoretiker:innen Staub-Bernasconi, Thiersch und Böhnisch und ihre theoretischen Zugänge dargelegt.

#### *Die sozialen Probleme nach Staub-Bernasconi*

Um den Gegenstand und die davon abgeleiteten Aufgaben und Zuständigkeiten der Sozialen Arbeit nach Staub-Bernasconi definieren zu können, ist das ihnen zugrundeliegende Menschen- und Gesellschaftsbild zentral. Staub-Bernasconi geht davon aus, dass Menschen bio-psycho-soziale und kulturelle Wesen sind, und somit Bedürfnisse auf all diesen Ebenen haben, die befriedigt werden müssen (Staub-Bernasconi, 2018a, S. 371). Zur Befriedigung dieser Bedürfnisse werden andere Menschen, beziehungsweise die Gemeinschaft benötigt (Staub-Bernasconi, 2018a, S. 374). Die Gemeinschaft oder Gesellschaft wird dabei als zusammenhängendes System gedacht, von welchem das Individuum Teil ist (Staub-Bernasconi, 2018a, S. 370-371). Nur gemeinsam kann es ein «wir» geben. Weiter entstehen Systeme durch die Menschen darin, welche ihre Normen, Werte, etc. hineinbringen (Staub-Bernasconi, 2018a, S. 371). Davon ausgehend können soziale Probleme entstehen, wenn Menschen ihre universellen Bedürfnisse, abgeleitet von den universell geltenden Menschenrechten, nicht hinreichend befriedigen können (Staub-Bernasconi, 2018a, S. 669-371). Die entstehenden sozialen Probleme sind nach Staub-Bernasconi's Konzeption der Gegenstand der Sozialen Arbeit, was sich heute im zentralen Professionsverständnis etabliert hat (Kubisch, 2023, S. 139; Spensberger et al., 2023, S. 153). Sowohl im Berufskodex wie auch in der Definition der Sozialen Arbeit stehen die sozialen Probleme im Zentrum (AvenirSocial, 2010).

Die Ansicht des Menschen als bio-psycho-soziales und kulturelles Wesen, harmonisiert mit dem Menschenbild anderer Professionen (Staub-Bernasconi, 2018a, S. 372) und schafft somit Möglichkeiten zur interdisziplinären Zusammenarbeit. Es gilt zu betonen, dass Staub-Bernasconi davon ausgeht, dass in der heutigen Gesellschaft kaum ein Problem «hausgemacht» bzw. auf das Individuum begrenzt ist, sondern immer auch Strukturen und Dynamiken der Gesellschaft eine Rolle spielen (Staub-Bernasconi, 2018b, S. 182-185).

Anhand der Methode der allgemeinen normativen Handlungstheorie (ANHT) ist das Eingreifen der Sozialen Arbeit durch einen strukturierten Ablauf definiert, was ein wesentlicher Teil des professionellen Handelns ausmacht (Staub-Bernasconi, 2018a, S. 210). Durch das Tripelmandat, die Menschenrechte und die ANHT ergeben sich ein klarer Expertenstatus für die Soziale Arbeit nach Staub-Bernasconi (Lambers, 2023 S. 170–172). Mithilfe eines strukturierten und methodischen Handelns agiert die Soziale Arbeit professionell und ist durch ihr holistisch und systemisch geprägtes Menschenbild für interdisziplinäre Zusammenarbeit ausgelegt.

#### *Lebensweltorientierung und gelingender Alltag nach Thiersch*

Im Anschluss an die Erläuterung der Sozialen Arbeit als handelnde Profession soll mit der Lebensweltorientierung nach Thiersch die zweite zentrale Theorie der Sozialen Arbeit benannt werden. Auch dieser Theoretiker ist zentral für die Professionalisierung der sozialen Arbeit (Lambers, 2023, S. 170).

Thiersch's Theorie baut auf dem Grundsatz auf, dass die Klientel die Expert:innen ihres Lebens sind (Lambers, 2023, S. 104). Zuerst ein revolutionärer Grundsatz, welcher sich inzwischen in eine strukturelle Maxime in verschiedenen Bereichen gewandelt hat, die als selbstverständlich betrachtet wird (Lambers, 2023, S. 105). Diese Sicht sei auch bedeutend für die Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit (Lambers, 2023, S.105).

In der Lebensweltorientierung nach Thiersch geht es darum, die Lebensumstände und das daraus entstehende Verhalten des Individuums zu betrachten und gemeinsam mit dem Gegenüber in einen Diskurs zu treten, wie eine gelingende Alltagsgestaltung aussehen könnte (Grunwald & Thiersch, 2018, S. 304–305). Nur in gemeinsamer Kooperation kann ein gelingender Alltag entstehen (Marti, 2022, S. 10). Dabei wird davon ausgegangen, dass die Klientel einen Wunsch nach Lösungen in sich trägt und immer einen guten Grund für ihr Handeln hat (Grunwald & Thiersch, 2018, S. 306).

Weiter sind zwei Begriffe, beziehungsweise Ebenen wichtig. Einerseits die Ebene des Alltags, auch Lebenswelten genannt, und andererseits die der Alltäglichkeit (Marti, 2022). Unter Alltag

werden die Orte verstanden, an denen sich der Mensch bewegt (Marti, 2022, S. 2). Für Jugendliche in einem stationären Kontext könnten dies beispielsweise die Schule, die Herkunftsfamilie, der Gruppenalltag, die Institution oder der Verein sein. Unter Alltäglichkeit werden die vorhandenen Verhaltensmuster sowie die Bewältigungsstrategien des Menschen im Alltag, beziehungsweise sein konkretes Handeln, verstanden (Grunwald & Thiersch, 2018, S. 304). Dies könnten im selben Beispiel ein gewählter Rückzug aus sozialen Beziehungen oder aggressive Verhaltensweisen bei auftretenden Schwierigkeiten sein. Die zwei Komponenten sind untrennbar miteinander verwoben (Grunwald & Thiersch, 2018, S. 304). Die Lebenslagen sind anthropologische und gesellschaftliche Strukturen, welche die alltäglichen Lebenswelten prägen (Grunwald & Thiersch, 2018, S. 304). Dabei geht Thiersch jedoch davon aus, dass durch die zweite Moderne bzw. die Pluralisierung und Individualisierung der Gesellschaft die Herausforderungen für das Individuum steigen (Lambers, 2023, S. 124).

#### *Die Lebensbewältigung nach Böhnisch*

Genau wie Thiersch kommt auch Böhnisch aus der Sozialpädagogik. In seinem theoretischen Ansatz, der Lebensbewältigungstheorie, müssen Menschen im Verlauf des Lebens Aufgaben bewältigen, die sich im Kontext von Individuum und Gesellschaft ergeben (Böhnisch & Schröder, 2018, S. 318). Dabei gibt es normale und abweichende Lebensaufgaben. Ist das Individuum nach psychosozialen Umständen nicht mehr handlungsfähig, ist die Soziale Arbeit legitimiert einzugreifen und zu unterstützen. An diesem Punkt wird nach Böhnisch von «kritischen Lebensereignissen oder -konstellationen» gesprochen (Keller, 2022, S. 2), was als Ausdifferenzierung der sozialen Probleme verstanden werden kann.

Zentral für das Meistern von Aufgaben ist die subjektiv empfundene Handlungsfähigkeit. Diese entsteht durch ein psychosoziales Gleichgewicht von Selbstwert, Selbstwirksamkeit und sozialer Anerkennung (Böhnisch, 2019, S.20-21). Das Konzept der Lebensbewältigung beinhaltet nicht nur die individuelle Ebene, sondern auch die soziale Ebene (z. B. Familie, Räume) und die sozialpolitische Ebene (z. B. ungleiche Lebenschancen) (Böhnisch & Schröder, 2018, S. 321). Der Theorie wird trotzdem vorgeworfen, sich zu stark auf der individuellen Ebene zu bewegen. Zudem ist die Theorie in einen zeitlichen Kontext eingebettet. Nichtsdestotrotz eignet sie sich besonders um Zusammenhänge zwischen Problembewältigung und Bildung zu beschreiben, insbesondere im Jugendbereich (Böhnisch & Schröder, 2018, S. 324), was für diese Arbeit relevant ist.

*Zusammenführung der Theorien*

In einem kurzen Zusammenführen der Theorien scheint wichtig zu sein, dass die Theorielandschaft der Sozialen Arbeit sehr vielfältig ist, wobei Theorien häufig nebeneinanderstehen und nicht miteinander in Verbindung gebracht werden (Lambers, 2023, S. 13). Dies wird hier versucht.

Den Drei Theorien ist trotz der unterschiedlichen Herkunft von Sozialarbeit (Staub-Bernasconi) und Sozialpädagogik (Thiersch, Böhnisch) gemein (Lambers, 2023, S. 5-6), dass sie nicht nur die individuellen Ebenen mitein beziehen, sondern auch die Gesellschaftsebenen, wenn auch in unterschiedlichem Ausmass und Gewichtung (Lambers, 2023, 104; Lambers, 2023, 124; Lambers, 2023, 171). Obschon von unterschiedlichen Gegenständen gesprochen wird, können in allen Theorien die sozialen Probleme erkannt werden, auch wenn die Entstehung unterschiedlich erklärt wird. Besonders Böhnisch ist mit der Lebensbewältigung nahe an den «sozialen» Problemen von Staub-Bernasconi. Die Theorien sind alle zentral für die Soziale Arbeit, wobei Staub-Bernasconi allumfänglicher und in sich geschlossenener in der Theorie ist (Lambers, 2023, S. 171). Wohingegen die Lebenswelttheorie von Thiersch von Gewissen eher als Handlungskonzept als als klassische Theorie eingeordnet wird (Lambers, 2023, S. 102). Sowohl bei Thiersch, wie auch bei Böhnisch, ist die zweite zentral für Entstehung der «Sozialen» Probleme (Lambers, 2023, S. 124; 170). Folgendes sind Kritikpunkte an den Theorien. Bei Staub-Bernasconi wird beispielsweise die Vorstellung der universellen Bedürfnisse kritisiert (Lambers, 2023, S. 172). Winkler kritisiert bei Thiersch, dass der Alltag nicht definiert ist (Lambers, 2023, S. 103-104). Bei Böhnisch besteht der Vorwurf, dass sich die Theorie zu fest auf der individuellen Ebene bewegt (Lambers, 2023, 124).

Trotz dieser Kritikpunkte bieten die verschiedenen Zugänge für die Soziale Arbeit, aber auch für diese Arbeit, wichtige Überlegungen. Für das weitere verknüpfen und das Beschreiben des professionellen Handelns, sollen besonders folgende Punkte der Theorien berücksichtigt werden. Von Staub-Bernasconi wird das Triplemandat, sowie die ANHT geschätzt. Das Triplemandat, ist zentral für die Autonomie sowie die Zuschreibung der Aufgaben der Sozialpädagogik (vgl. Kp. 4.1). Die ANHT bietet die Möglichkeit fundiert und wissenschaftsbasiert zu handeln, was zentral für die Professionalität ist (vgl. Kp. 4.2). Von Thiersch wird die Ansicht der Expert:innenschaft der Klientel und die sogenannte «Alltagswende» geschätzt (Lambers, 2023, S. 98). Von Böhnisch soll seine Erklärung zur Entstehung der psychosozialen Handlungsfähigkeit mitgenommen werden. Besonders die zwei Komponenten Selbstwirksamkeit und Selbstwert scheinen im Zusammenhang mit den körperorientierten Methoden, aber auch mit traumatisierten Menschen zentral (Böhnisch, 2019, S. 20).



#### 4.2.2 Die Sozialpädagogik und ihr Gegenstand

Im folgenden Abschnitt wird eine Ausdifferenzierung der Sozialen Arbeit und der Sozialpädagogik vorgenommen. Der Fokus wird dabei auf der Sozialpädagogik und ihrem Schwerpunkt liegen. Zum Schluss werden die Handlungsfelder der Sozialpädagogik aufgegriffen.

Die Sozialpädagogik entstand aus der Kinder- und Jugendhilfe (Niemeyer, 2011, S. 146). Der Versuch einer Definition wurde von Gertrud Bäumer geliefert: Sozialpädagogik ist «Alles, was Erziehung, aber nicht Schule und nicht Bildung ist» (Bäumer, 1929, S. 3, zit. in: Bock, 2012, S. 444). Sie beschrieb damit Sozialpädagogik als den Ausschnitt der Pädagogik, der sich in erster Linie der Fürsorge von Kindern und Jugendlichen widmet. Allerdings bleibt bis heute unklar, ob Bäumer in der Kerndefinition die Kinder- und Jugendhilfe, sowie die Fürsorge derselben, meint (Bock, 2012, S. 444). Grundsätzlich ist Sozialpädagogik eng mit den Begriffen der Bildung und Erziehung verknüpft (Lambers, 2023, S. 253). Wobei unter Erziehung, das beibringen von Werten, Einstellungen etc. gemeint ist. Erziehung ist ein gezieltes Eingreifen in die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen um diese günstig zu beeinflussen. Bildung meint Empowerment, bzw. die Kinder und Jugendlichen zu eigenem Handeln und Entscheiden zu befähigen (Holodynski, o.J.). In dieser Arbeit wird davon ausgegangen, dass die Kernkompetenz der Sozialpädagogik in der Unterstützung und im Begleiten von stabilen Entwicklungen trotz schwieriger Lebensumstände oder in deren Verbesserung liegt. Sie findet nahe am Menschen und im Alltag statt. Die Sozialpädagogik, respektive die Pädagogik gehen dabei Hand in Hand mit einer Alltagsverwobenheit (Göppel, 2019, S. 177).

Wird der Blick auf die Arbeits- und Tätigkeitsfelder der Sozialpädagogik gerichtet, ist zu erkennen, dass diese mehrheitlich in Heimen und Bildungseinrichtungen angesiedelt sind (Thiersch & Füssenhäuser, 2018, S. 1726). Die rasant wachsenden Handlungsfelder und Zuständigkeitsbereiche der Sozialen Arbeit und somit auch der Sozialpädagogik erschweren dabei eine Kategorisierung und Einordnung. Nichtsdestotrotz findet die Sozialpädagogik immer ihren Platz in der Kinder- und Jugendhilfe im stationären Bereich. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Kategorien nach Alter (Kinder und Jugendliche), Art der Hilfe (stationär etc.) oder nach Problemstellungen (Traumata bzw. psychische Störungen) gegliedert werden (Siewert & Sievers, 2024).

### 4.3 Das Verhältnis von Psychotherapie und Sozialpädagogik

Nach der theoretischen Fundierung des professionellen Handelns in der Sozialen Arbeit und der Auseinandersetzung, was dies für die Sozialpädagogik bedeutet, erfolgt nun auf der erarbeiteten Basis eine Gegenüberstellung von Sozialpädagogik und Psychotherapie. Hierbei werden sowohl Schnittmengen wie auch Unterschiede thematisiert.

Zuerst wird die Psychotherapie erläutert sowie die Traumaverarbeitung in der Psychotherapie beschrieben. Im Mittelpunkt steht dabei die Gegenüberstellung beider Professionen hinsichtlich der Ziele der Intervention, ihrer Methoden und des Settings, in dem gearbeitet wird. Anhand von Galuske (2013) und Wendt (2021) werden Unterscheidungen und Übereinstimmungen aufgezeigt, woraus zum Schluss Konsequenzen für den stationären, traumapädagogischen Kontext der Kinder- und Jugendhilfe gezogen werden können. Zum Schluss folgt eine Zusammenfassung im Fazit.

Die Begrifflichkeiten von Therapie und Pädagogik werden in der Theorie in ihrem Gegenstand unterschiedlich voneinander getrennt. Zimmermann (2017), führt dabei aus, dass diese Unterscheidung in der Praxis allerdings wenig Sinn ergibt, da sich die Grenzen nicht so einfach ziehen lassen und immer öfter verschwimmen (S. 67).

#### 4.3.1 Psychotherapie

Psychotherapie wird aus dem Altgriechischen als Heilung oder Therapie von seelisch bedingtem Leiden verstanden (Pfeifer, 2025) und hat sich aus den Disziplinen der Medizin und Psychologie herausentwickelt. Sie wird in der Schweizer Charta für Psychotherapie als eigenständige Profession kategorisiert, mit mehreren Dimensionen in Praxis, Wissenschaft und auf Strukturebene (Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, 2016, S.11). Sie beschäftigt sich mit der Diagnostik, Therapie und Prävention von psychischen Erkrankungen und richtet sich dabei nach den geltenden Diagnosekriterien für psychische Erkrankungen (Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, 2016).

Im Bundesgesetz über die Psychologieberufe werden die geltenden Bedingungen zu Aus- und Weiterbildungen sowie zur Berufsausübung gesamtschweizerisch geregelt (PsyG, 2011). Somit orientiert sich die Profession der Psychotherapie an rechtlich bindenden Erlassen und wendet innerhalb der gesetzten Rahmenbedingungen in einer Therapie, meist in Einzelsitzungen, ihr wissenschaftlich und methodisch abgestütztes Können an. So kann also nach erfolgter Diagnose, Abklärung und Findung eines geeigneten Therapiekonzeptes eine Therapie begonnen werden.

Exemplarisch dazu wird hier ein traumatherapeutischer Prozess erläutert. Denn auch spezifisch in der Behandlung von Traumata wurde lange Zeit die spezialisierte Traumatherapie als einzig anerkannte Behandlungsform angesehen (Hantke & Görge, 2023, S. 218). Für eine hinreichend gelingende Verarbeitung eines Traumas hat sich das «Drei-Phasen-Modell» international durchgesetzt (Gahleitner, 2021, S. 60). Ausgehend von einer ressourcenorientierten Grundhaltung, erfolgen folgende drei Phasen der Verarbeitung:

1. Stabilisierung und Ressourcenorientierung
2. Auseinandersetzung mit dem Trauma
3. Neuorientierung (vgl. Antonovsky, 1979).

Die einzelnen Phasen sind dabei nicht als getrennt und aufeinander aufbauend zu verstehen, sondern als sich gegenseitig bedingend, beeinflussend und überschneidend (Gahleitner, 2021, S. 60).

Für einen erfolgreichen Verarbeitungsprozess muss unbedingt ein Mindestmass an Sicherheit in der ersten Phase vorhanden sein, wobei dies vor allem die sozialen Ressourcen betrifft (Gahleitner, 2021, S. 60-61). Erst durch das Wiedererlangen von Vertrauen in tragfähige Beziehungen werden die weiteren Phasen möglich (Gahleitner, 2021, S. 60-61). Eine solche Beziehung kann auch durch die therapeutische Fachkraft entstehen. Fischer und Riedesser (2023) unterteilen diese erste Phase nochmals in «Arbeitsbündnis» und «Übertragung». Mit dem Arbeitsbündnis betonen sie damit die Wichtigkeit eines therapeutischen Arbeitsbündnisses, das durch eine helfende und kooperative Beziehungsform gekennzeichnet ist und beim Klientel ein Gefühl von Sicherheit, Schutz und Vertrauen auslöst (S. 238). Dieses sichere, tragfähige Arbeitsbündnis oder Sicherheit ist Voraussetzung für alle weiteren Schritte (Fischer & Riedesser, 2023, S. 238). Die Phase der «Übertragung» nimmt zwangsläufig Einfluss auf die professionelle Beziehungsgestaltung. Da bei Traumata ein Zwang zur Wiederholung besteht, insbesondere in der Beziehungsgestaltung, bietet dies auch eine Chance zur Bearbeitung des Traumas. Durch eine Veränderung des Beziehungserlebens (z. B. anstelle von Beschämung wird Verständnis erlebt) können neue Erfahrungswerte entstehen (Fischer & Riedesser, 2023, S. 237). Durch eine neue Situation bzw. ein neues Erleben geschieht somit auch eine Assimilation durch Adaption (vgl. Kp. 2.2.2; Fischer & Riedesser, 2023, S. 239).

Die weitere Auseinandersetzung mit dem Trauma ist geprägt von einem dosierten Zulassen der traumatischen Erinnerungen und Gefühle, ohne davon überflutet zu werden (Gahleitner, 2021). Sowie das Wiedererlangen der eigenen Wirkmacht, der Fähigkeit sich im Hier und Jetzt zu

orientieren und das Erlebte einzuordnen (Gahleitner, 2021; vgl. Levine, 2011; van der Kolk, 2017).

In der Phase der Neuorientierung liegt der Fokus auf einem neuen Abgleichen von sich und der Umwelt. Neue Perspektiven und Möglichkeiten können zugelassen werden und es wird möglich, Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen (Gahleitner, 2021, S. 61). Sofern eine Traumaverarbeitung diese Phasen durchlaufen kann, wird entweder von Traumaintegration oder von Traumaheilung gesprochen. Laut Beushausen und Schäfer (2021) liegt das Ziel der Traumatherapie darin, traumatische Erinnerungen zuzulassen, konzentriert durchzuarbeiten und zu integrieren (S. 75-77). Der Körpertherapeut Steve Haines beschreibt dies folgendermassen: «Bei der Traumaheilung geht es nicht ums Erinnern, es geht um Selbstregulierung, damit starke Reaktionen des Körpers heruntergeregelt werden können» (Haines & Standing, 2023, S. 32).

Dennoch ist die Traumaheilung oder Integration nicht ein Garant, da der Weg zu Erleichterung im Verlauf des Lebens oftmals nur unter der Voraussetzung von genügend vorhandenen Ressourcen gelingen kann (Gahleitner, 2021, S. 59).

### 4.3.2 Psychotherapie und Sozialpädagogik im Alltag

Ausgehend von der Herausarbeitung der Gegenstände der Sozialen Arbeit, spezifisch der Sozialpädagogik, wird in diesem Teil das Verhältnis mit den jeweiligen Unterschieden von Psychotherapie und Sozialpädagogik beleuchtet.

	<b>Soziale Arbeit (methodisches Handeln)</b>	<b>Therapie (Krankheit)</b>
Gegenstand	Alltag, Alltagsbewältigung	psychisches Leiden
potenzielle Zielgruppe	das Subjekt: potenziell jeder Mensch mit Schwierigkeiten in der Lebensführung oder -bewältigung und/oder (sozialen) Versorgungsansprüchen	der/die Klient/in, der/die Patient/in: Menschen mit psychischen Problemen („Störungen“)
generelle Form	lebensweltbezogene Unterstützung zur gelingende(re)n Lebensbewältigung	Hilfe zu einer gelingenderen Lebensbewältigung durch Klientorientierung bzw. -zentrierung
Rahmen	generalistisch: bezogen auf die Vielfalt und Komplexität von Alltagsproblemen	spezialistisch: Reduktion auf Schlüsselprobleme
primäre Orientierung	sachfunktional und personenintentional	personenintentional
Setting	unspezifisch, offen	spezielle Settings erforderlich
Diagnose	anamnestische Verfahren, Kompetenzfeststellung, Ansätze von Biografiearbeit	v. a. medizinisch-psychologische (Test-)Verfahren, Biografiearbeit
Alltagsorientierung	alltagsnah: Einlassen auf den Alltag	alltagsdistanziert: Verfremdung von Alltag im Kontext des konstruierten Settings
Medium des Handelns	z. B. soziale Beratung, lösungsorientierte Beratung, soziales Coaching ([zusatz-]qualifikationsgestützte Beratung, z. B. Schuldnerberatung)	therapeutische Verfahren
Varianz des Handelns	variante, situationsangemessen-flexible Passung der Interaktion und Problembearbeitung	Engführung durch jeweilige Spezifik des therapeutischen Konzeptes bzw. Ansatzes
Netzwerk	netzwerkbezogen (systematisch netzwerkend)	i. d. R. ohne Bezug zu Netzwerken
Gemeinwesen	gemeinwesenorientiert	ohne Bezug zum Gemeinwesen
Ressourcenansatz	Ressourcen der Lebenswelt, des Nahraumes berücksichtigend	ressourcenunspezifisch
Zugang	niedrigschwellig, offen	selektiv
faktische Zielgruppe	tendenziell eher sozial deklariert	eher mittelschichtorientiert
Methodik, Verfahren	methodisch-gestütztes Handeln: z. B. (soziale) Beratung gekoppelt mit Verfahren der Einzelfall-, Gruppen- bzw. Gemeinwesenarbeit	i. d. R. gesprächsgestützte und/oder verhaltensorientierte Ansätze
primäre Profession	Soziale	Psychologinnen, Ärzte

Abbildung 5: Ziele von Therapie und Sozialpädagogik (Wendt, 2021, S. 45)

Aus der Tabelle kann herausgelesen werden, dass es wesentliche Unterschiede zwischen den zwei Professionen gibt. Folgende Punkte sollen aus der Tabelle betont werden: Der Hauptgegenstand der Psychotherapie ist das psychische Leiden, im Gegenzug dazu ist es bei der

Sozialpädagogik die Alltagsbewältigung bzw. der gelingende Alltag (vgl. Kp. 4.2; Wendt, 2021, S. 45). Bei der Therapie geht es um eine Reduktion der Situation auf ein Schlüsselproblem (Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, 2016). Der Fokus auf eine ganzheitliche bio-, psycho-, soziale Ebene wird meist ausgelassen oder nur begrenzt integriert.

Des Weiteren findet die Therapie in einem geschlossenen Setting (meist 1:1, in einem Therapiezimmer, einmal die Woche) statt. Dabei wird das Schlüsselproblem, z. B. Trauma, bearbeitet, beispielsweise durch Exposition in der Kognitiven Verhaltenstherapie (Fischer & Riedesser, 2023, S. 252). Bei der Übertragung in den Alltag sind die Klienten auf sich alleine gestellt. Ob und wie eine neue Sichtweise wie «nicht alle anderen Menschen wollen dir etwas Böses», in einem sozialen Kontakt umgesetzt wird, kann in der Psychotherapie, auf Grund des Settings, meist nicht niederschwellig begleitet werden. (Galuske, 2013, S. 142–143). Die Sozialpädagogik hingegen bearbeitet Probleme in ihrer Ganzheitlichkeit (vgl. Bio-Psycho-Soziales Modell oder auch Mikro-, Meso- und Makroebene). Die Probleme werden in ihrer Komplexität nicht reduziert, sondern bewusst in ihrer Komplexität aufgegriffen und die Klientel in der Erweiterung ihrer Handlungsfähigkeit begleitet (Galuske, 2013, S. 139). Das Setting in der Sozialpädagogik, z. B. im stationären Kontext ist der Alltag und das Leben selbst. Die Begleitung der Klient:innen findet in der Wohngruppe statt. Das Setting ist nicht auf ein 1:1 Setting, einen bestimmten Ort oder eine bestimmte Zeit begrenzt, sondern findet an verschiedenen Orten (Küche, Garten, Laden), zu verschiedenen Zeiten (morgens beim Frühstück, Abendessen etc.) und in verschiedenen Konstellationen (1:1, Gruppe der Wohngemeinschaft, Gesellschaft) statt. Die Bearbeitung der vielschichtigen Herausforderungen finden individuell nach Bedarf im Alltag statt (vgl. Kp. 2.2.2).

Grundsätzlich geht es keinesfalls darum, dass sich die Soziale Arbeit nicht an der Methodik der Psychotherapie bedienen soll (Wendt, 2021, S. 46). In der Sozialen Arbeit wird dies beispielsweise explizit im Bereich der Sozialtherapie gemacht (Ohling, 2020). Es geht vielmehr darum, die Methoden nicht einfach unreflektiert zu übernehmen, sondern dass sie gezielt und mit dem Ziel und Zweck der Sozialen Arbeit angewendet und bei Bedarf an das Setting angepasst werden sollen. Explizit wird dabei von Wendt (2021) das Beispiel der traumatisierten Kinder und Jugendlichen genannt (S. 46). Eine reflektierte Verwendung bedeutet die Probleme des Alltags weiterhin in ihrer Komplexität und Ganzheitlichkeit zu betrachten und lösen zu wollen (Wendt, 2021, S. 44). Denn trotz der Unterschiede und auch streitig geführten Diskussionen der beiden Disziplinen gibt es «nicht nur Gräben zwischen den Disziplinen (...), sondern auch viele Brücken» (Gahleitner, 2021, S. 27).

Aufgrund des hohen pädagogischen Bedarfs der Kinder und Jugendlichen hat sich, ähnlich wie bei der Traumapädagogik, das Konzept des pädagogisch-therapeutischen Milieus entwickelt (Göppel, 2019, S. 174). Dieses Konzept basiert auf der Zusammenarbeit zwischen Pädagogik, Psychologie und Medizin. Das entstehende pädagogisch-therapeutische Milieu soll eine Vielfalt an Beziehungen zwischen Klientel und Professionellen ermöglichen, in denen die zwischenmenschlichen Beziehungen entscheidend sind. Die Bedeutung von Bindung als fachliche Kompetenz wird betont, die das Gefühl von Aufgehobensein schafft und die Möglichkeit für eine Nachsozialisation bietet. Schliesslich wird die Bedeutung des Alltags für die Erfolge der therapeutischen und pädagogischen Massnahmen betont, da der Alltag entscheidend und fundamental ist, weil sich äussere Anforderungen mit innerpsychischen Entwicklungsaufgaben verbinden können (Gahleitner, 2021, S. 22-36).

#### 4.4 Fazit

Für die Professionalisierung der Sozialen Arbeit ist die Anerkennung als eigenständige Disziplin zentral, wobei das Tripelmandat eine zentrale Rolle spielt (Staub-Bernasconi, 2018b, S. 116; vgl. Kp. 4.1). Dennoch kämpft die Soziale Arbeit in der Konkurrenz zu anderen Disziplinen immer noch um ihren Platz (Völter et al., 2020, S.12). Daraus kann geschlossen werden, dass sich dies auch auf die Klientel auswirkt. Im Diskurs zur Professionalisierung wurde die Begrifflichkeit Soziale Arbeit als Überbegriff etabliert (Wunsch, 2025, S. 17). Der Gegenstand der Disziplin und Profession Soziale Arbeit sind soziale Probleme. Dies ist breit anerkannt. Diese entstehen, wenn die Bedürfnisse des Individuums innerhalb der dafür notwendigen Gemeinschaft nicht befriedigt werden können (Staub-Bernasconi, 2018a, S. 371-374). Die Sozialpädagogik ist näher am Alltag und ist mehr in Bildungsprozesse involviert als die Sozialarbeit (Lambers, 2023, S. 253). Zur Alltagsbewältigung und Lebensweltorientierung liefern beide relevante Zugänge für den Kinder- und Jugendkontext (Böhnisch & Schröder, 2018, S. 324). Sie betonen, dass Klient:innen Expert:in ihres Lebens sind (Böhnisch & Schröder, 2018, S.104; vgl. Kp. 2.3.2), wobei die Soziale Arbeit bei kritischen Lebensereignissen unterstützt (Keller, 2022, S. 2). Diese Orientierung bietet Potenzial für eine zukünftige Weiterentwicklung der Theorie und Praxis. Die Abgrenzung von Sozialpädagogik zur Psychotherapie erfolgt durch unterschiedliche Aufgaben, wobei dennoch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit auf Augenhöhe zentral ist (vgl. Gahleitner, 2021). Soziale Arbeit nutzt therapeutische Methoden mit dem Fokus auf die Alltagsbewältigung und der interdisziplinären Zusammenarbeit (Wendt, 2021, S.45). Als zeitgemäss wird die Verschmelzung von Psychotherapie und Sozialpädagogik beschrieben, um den komplexen Bedürfnissen gerecht zu werden (vgl. Gahleitner, 2021).

## 5 Erkenntnisse für die Praxis

Im fünften Kapitel sollen die Anforderungen und Erkenntnisse dieser Arbeit für die Fachpersonen der Sozialpädagogik aus den bisherigen Kapiteln beschrieben und verknüpft werden. Dafür wird zuerst die Expertise der Fachpersonen der Traumapädagogik benannt und welche Voraussetzungen diese bereits mitbringen. Diese Erkenntnisse werden mit der Funktion und den Wirkweisen der körperorientierten Methoden der Traumatherapie verknüpft. Zum Schluss wird explizit beleuchtet, inwiefern die exemplarisch benannten körperorientierten Methoden der Traumatherapie von Sozialpädagog:innen im traumapädagogischen stationären Setting angewendet werden könnten.

### 5.1 Alltagsexpertise der Sozialpädagogik

In folgendem Unterkapitel wird der Fokus auf die Verknüpfung der Sozialpädagogik als Profession und der Traumapädagogik gesetzt. Behandelt werden die besonderen Chancen und Stärken dieser Verknüpfung für Kinder und Jugendliche im stationären Kontext mit traumatischen Erfahrungen. Aber auch Herausforderungen, welche mit dieser Arbeit einhergehen.

Die Soziale Arbeit befähigt anhand von fundiertem Wissen Menschen und unterstützt sie so in deren Befreiung (vgl. Kp. 4.1). Ebenso verfolgt die Sozialpädagogik als Teil der Sozialen Arbeit die Unterstützung und Begleitung stabiler Entwicklungen trotz schwieriger Lebensumstände (vgl. 4.2). Damit findet Sozialpädagogik, vor allem im stationären Kontext, nahe am Alltag des Menschen und mit dessen Bewältigungsversuche, statt. Die Sozialpädagogik geht damit eng mit einer Alltagsverwobenheit einher (Göppel, 2019, S. 177).

Der Alltag der Sozialpädagog:innen ist geprägt von unterschiedlichen Ebenen und somit komplexen Herausforderungen, insbesondere der Komplexität der Beziehungsgestaltung (vgl. 2.2.2). Darin enthalten ist die viel diskutierte Thematik von Nähe und Distanz. Dabei gehe es nicht um eine konträre Ansicht zweier Pole sondern um ein als richtig empfundenes Mass an Nähe und Distanz (Dörr & Müller, 2019, S. 14). Dieses Mass spielt sich im realen Beziehungsgeflecht zwischen Menschen ab, sowie auf weiteren strukturellen Ebenen oder an virtuellen Orten (Thiersch, 2019, S. 45). Nähe und Distanz bedingen sich dabei immer gegenseitig und erfordern ein stetiges Ausgleichen. So gilt das adäquate Vermitteln und beständige Reflektieren von Nähe und Distanz als unvermeidbare Aufgabe der Fachpersonen (Dörr & Müller, 2019, S. 16). Von diesem Ausbalancieren von Nähe und Distanz ausgehend, ist die professionelle Beziehungsgestaltung ein zentrales Merkmal des professionellen Handelns der Sozialen Arbeit, resp. der Sozialpädagogik. Die Soziale Arbeit wird dabei als



Beziehungsprofession beschrieben (Gahleitner, 2017), die diesbezüglich die Deutungsmacht für Forschung, Theorie und Lehre innehat und zukunftsweisend ist (Gahleitner, 2025, S. 79). Dafür ist diese professionelle Beziehungsgestaltung ein zentrales Arbeitsinstrument (Thiersch, 2019, S. 42).

Folgend wird die Soziale Arbeit als Beziehungsprofession mit der Traumapädagogik verknüpft und die daraus entstehenden Vorteile herausgearbeitet. Aus der Evaluation der traumapädagogischen Praxis in der Schweiz ging hervor, dass traumapädagogische Strukturen eine stärkere Beziehungsorientierung ermöglichen (Schmid, et al., 2017, S. 166). Weiter kann das Arbeitsklima verbessert, sowie der neurobiologische Stress bei den Kindern und Jugendlichen verringert werden (Schmid, et al., 2017, S. 227–228). In Kombination dazu gehen die Beziehungsabbrüche zurück, was nochmals für stabilere Beziehungen spricht (Schmid, et al., 2017, S. 227-228). Durch die Traumapädagogik konnte unter anderem die Wirksamkeit von Beziehungsarbeit als zentrale Grundlage traumapädagogischen Handelns belegt werden. Sie schafft den Raum für korrigierende Erfahrungen, emotionale Sicherheit und langfristige Entwicklungsimpulse (Brisch, 2015; Perry & Szalavitz, 2021; van der Kolk, 2014). Dieser Erfolg auf Beziehungsebene kann als Fundament der ersten Phase der Stabilisierung interpretiert werden. Darauf aufbauend, mit dem Wissen um Erfolge von körperorientierten, traumatherapeutischen Methoden zur Linderung von traumaspezifischen Symptomatiken verknüpft, wird in den folgenden Unterkapiteln ein Abgleich der exemplarisch vorgestellten körperorientierten Therapiemethoden für traumapädagogische Standards und den Erkenntnissen der Methoden zur «Förderung der Körper- und Sinneswahrnehmungen» (vgl. Kp. 2.3.2) vorgenommen.

## 5.2 Herausforderungen und Vorteile der körperorientierten Methoden für die Traumapädagogik

Folgend werden die Vorteile und Herausforderungen der körperorientierten Methoden für die Traumapädagogik aufgezeigt. Weiter werden die Erkenntnisse der exemplarisch vorgestellten Methoden mit dem professionellen Handeln der Fachpersonen der Sozialen Arbeit verknüpft. Zum Schluss erfolgt ein Fazit.

Die Forschungslage zu körperorientierten Traumatherapiemethoden bildet die Grundlage für die weiteren Ausführungen, auch wenn deren wissenschaftliche Evidenz noch nicht vollständig gesichert ist (vgl. Kapitel 3.1). Geuter (2023) stellt die Hypothese auf, dass Körperpsychotherapie irgendwann ein Teil der «Allgemeinpsychotherapie» sein wird (S. 74). Nichtsdestotrotz sind die meisten Forschungen zu körperorientierten Methoden klein angelegt und nur bedingt

repräsentativ; auch wenn die Ergebnisse vielversprechend sind (vgl. Kapitel 3.2). Dies bedeutet jedoch nur, dass weitere Forschung notwendig ist und nicht, dass die körperorientierten Methoden nicht wirkungsvoll sind. Dies belegt auch die Anerkennung von Studien durch die WBP.

Aufgrund dieser Ausgangslage und der theoretischen Herleitung werden hier konkrete Schlüsse für die Sozialpädagogik gezogen. Die in dieser Arbeit explizit benannten körperorientierte Methoden sind im sozialpädagogischen, resp. traumapädagogischen Alltag noch nicht etabliert. Dennoch ist eine Entwicklung der sozialen Arbeit in diese Richtung zu erkennen. In Richtung einer stärkeren Betonung des Körper- und Sinneserleben, verbunden mit der Erkenntnis um deren Wichtigkeit in der Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit Traumaerfahrungen. Dies widerspiegelt sich in der neuesten Auflage der traumapädagogischen Standards in der Schweiz (Bausum et al., 2025). In den Bereichen über Körper- und Sinneswahrnehmungen sowie Selbst- und Emotionsregulation wird ein besonderes Merkmal auf Psychoedukation für Stressregulation und eigenes Körpervverstehen gelegt (Bausum et al., 2025, S. 40). Daraus kann geschlossen werden, dass das psychotraumatologische Wissen um die körperliche Komponente eines Traumas eine stärkere Gewichtung bekommt.

So bieten die körperorientierten Therapiemethoden etliche Vorteile, dem Körper, sowie den gespeicherten Erfahrungen durch eine Bottom-up-Vorgehensweise, eine Arbeit am Trauma zu ermöglichen und alternative, wie auch nachholende Erfahrungen zu machen. Dies ist sowohl auf der Ebene des Klientels, sowie auf der Ebene der Fachpersonen, möglich. Die Forschungsdaten deuten darauf hin, dass die Methoden die Klientel dabei unterstützen können, das Toleranzfenster zu vergrössern und somit die Bereiche des Hyperarousal sowie Hypoarousal verringert werden können (vgl. Kp. 2.1.3). So könnten auch weiteren Traumafolgesymptomen entgegengewirkt werden. Diese Bottom-up-Strategie bietet dazu den Vorteil, wenig konfrontativ in der Anwendung zu sein und wenig Sprache zu benötigen. Auch könnte das Erlernen der Selbstregulation den Selbstwert und besonders das Selbstwirksamkeitserleben fördern. Dies könnte mit einer sozialpädagogisch professionellen und methodischen Vorgehensweise, beispielsweise mittels Interventionsplan für den Alltag, die Alltagsgestaltung sowie Beziehungsgestaltung erleichtern und zu einem gelingenderen Alltag für die Klientel führen. Wichtig ist zu beachten, dass mit einer möglichen Integration der körperorientierten Methoden die Kernaufgabe der Sozialpädagogik, der Alltag und die Beziehungsgestaltung, nicht in den Hintergrund geraten.

Die Fachpersonen, die im Alltag und in der Beziehungsgestaltung von der Komplexität traumatischer Erfahrungen sowie Rahmenbedingungen mitbetroffen sind, könnten ebenso von

den Methoden profitieren. Die Methoden könnten ebenfalls selbstständig angewendet werden, was zu Reduktion von erlebbarem Stress sowie einer hilfreichen Selbstregulierung führen könnte. Dies könnte das professionelle Handeln im Sinne einer hilfreichen Nähe-Distanz-Balance unterstützen und mögliche Sekundärtraumatisierungen oder Überlastungssymptomatiken vorbeugen (vgl. Kp.2.2.2).

Weiter erfüllt das Konzept der Traumapädagogik sämtliche Grundlagen: vom Menschenbild, psychotraumatologischem Wissen, Wissen über den stationären Kontext, Beziehungsgestaltung, Alltag, professionellen Eigenverständnis mit Weiterbildungs- und Supervisionsanforderungen bis hin zu einem interdisziplinär vernetzten Anspruch. Das notwendige Fachwissen und die Kompetenzen zur Anwendung von körperorientierten Methoden könnte in die traumapädagogische Ausbildung integriert werden.

### 5.3 Anforderungen an Fachpersonen und Praxis

Nach der Erarbeitung der Herausforderungen sowie Vorteile der Methoden für die Traumapädagogik, werden folgend die einzelnen Methoden in einem Abgleich zur Traumapädagogik aufgeführt. Abschliessend werden die damit verbundenen Anforderungen an Fachpersonen und die Praxis dargestellt.

Einleitend für die vorgestellten Methoden sind folgende Anmerkungen grundsätzlich. Die Fachperson übernimmt bei der Anwendung der körperorientierten Methoden eine begleitende, verantwortungstragende Rolle, ohne dabei die Partizipation der Betroffenen zu vernachlässigen. Die Methoden bieten wie bereits beschrieben unterschiedliche Vor- und Nachteile, wobei auch eine Durchmischung denkbar ist. Dabei steht das Wohlempfinden der betroffenen Person im Zentrum und dass sie die Methode als hilfreich und unterstützend für einen gelingenden Alltag wahrnimmt.

*EMDR* ist anerkannter und bekannter als TRE und Klopfen (vgl. Böhm, 2016, S. 4). EMDR ist eine Technik, welche die Erinnerungen von den (belastenden) Emotionen entkoppelt und weniger zur Reduktion von Stress dient. Gesamthaft kann gesagt werden, dass EMDR wohl im Gegensatz zu den anderen zwei Methoden am wenigsten geeignet ist. Das Potenzial von EMDR wird besonders in der Anwendung nach herausfordernden Situationen gesehen, die nachbesprochen werden sollen. Oder vor Situationen, die Angst machen, aufgrund negativer Erfahrungen. Das Ziel soll dabei ein gelingender Austausch sein, wobei die Entkopplung der emotionalen Verbindung für eine bessere Kommunikation sorgen sollte. Auf einen traumapädagogischen Kontext adaptiert, mit einem sicheren Ort und einem entwicklungsgerechten Setting sowie mit sozialpädagogischem Fachwissen, scheint diese eher ungeeignet zu sein.

Die *Klopftechnik* bietet ein «sowohl als auch» an. Einerseits kann damit bewusst konfrontiert werden, wie beim EMDR, auf der anderen Seite kann das Klopfen jedoch auch angewendet werden, um sich selbst zu regulieren und zu beruhigen. Besonders dieser zweite Anwendungsbereich kann aufgrund der Datenlage als besonders interessant für die Sozialpädagogik betrachtet werden. Die Betroffenen können die Methode, wie beschrieben, nutzen, um sich handlungsfähig zu fühlen und sich selbst, in herausfordernd erlebten Situationen, zu regulieren (Pfeiffer, 2022, S. 15). Das Klopfen kann zudem immer und überall ohne Zusatzmaterial einfach selbst und ohne Begleitung angewendet werden (Pfeiffer, 2022, S. 15). Auch können damit die positiven Glaubenssätze (wie Selbstwert) durch den Affirmationspunkt verstärkt werden. Was besonders hilfreich ist, wenn die Lebensbewältigungstheorie von Böhnisch betrachtet wird. Oder die Erkenntnis, dass besonders auch die Schutzfaktoren vergrössert werden sollten. Aufgrund des gesammelten Wissens wird die Klopftechnik (EFT oder auch eine andere) als vielversprechend und geeignet für den sozialpädagogischen Kontext angesehen. Diese könnte niederschwellig von Fachpersonen während des Arbeitsalltags eingesetzt werden.

Mit der Methode *TRE* wird besonders die Anspannung auf körperlicher Ebene behandelt (Berceli, 2010, S. 153). Was im Anschluss eine Kettenreaktion auf weitere Bereiche, wie der Psyche, auslöst (Gauger, 2023). Sie ist nicht konfrontativ und benötigt daher nach genügend Einführung keine verbale Anleitung. Die Übungen benötigen jedoch ihre Zeit, wobei ein ruhiger Raum mit genügend Platz vorteilhaft wäre. Bei den ersten Anwendungen benötigt es noch Begleitung, da die unkontrollierten Zitteranfälle verunsichern oder Angst machen können. Dadurch, dass sie jedoch selbst gestoppt werden können, beispielsweise durch das Strecken der Beine, bieten sie auch eine Chance, mit dem Körper in Verbindung zu treten und Selbstwirksamkeit zu erfahren (Gauger, 2023, S. 5-6). Die Übungen scheinen besonders geeignet, wenn die Möglichkeit besteht, sich zurückzuziehen bevor es zu viel wird, um sich zu regenerieren, oder auch nach einer Eskalation. Des Weiteren scheinen sie geeignet für die regelmässige Einbindung in den Alltag, zur Schaffung eines Platzes der Selbstfürsorge und Erholung von den vielen Eindrücken und dem Alltag. Auch diese Methode kann als geeignet betrachtet werden, aufgrund der hier gesammelten Daten. Vielversprechend könnte sie auch als Unterstützung für Fachpersonen in einem herausfordernden Arbeitsfeld sein, sofern die Möglichkeit besteht, sich zurückzuziehen.

Um einen differenzierten und praxisnahen Einblick in die Anwendung körperorientierter Methoden zu ermöglichen, erfolgt ein Verweis auf die entsprechende Darstellung 1 im Anhang.

Weiter sollen hier Bedingungen für eine mögliche Anwendung formuliert werden. Diese bauen auf den erarbeiteten Grundlagen, dem Wissen über die Traumapädagogik, den stationären Kontext (Kp. 2), den körperorientierten Traumatherapiemethoden (Kp.3) sowie der unterschiedlichen Zieldefinition von Sozialpädagogik und Therapie (Kp. 4) auf. Folgende Bedingungen sollten gemäss aktueller wissenschaftlichen Evidenzbasierung beachtet werden. Die Sozialpädagog:in sollte über eine Weiterbildung und Supervision zur Traumapädagogik verfügen. Weiter sollte eine Weiterbildung zu der gewünschten körperorientierten Methode besucht sein. Zentral scheint die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit einer psycho -und/oder traumatherapeutischen Fachperson. So scheint grundsätzlich eine genügend professionelle und reflektierende Haltung sowie Wissensabsicherung verfügbar zu sein, um präventiv Grenzüberschreitungen und Überforderungen auf beiden Seiten sowie Retraumatisierungen entgegenzuwirken.

Da grundsätzlich davon ausgegangen werden kann, dass Fachpersonen in einem traumapädagogisch orientierten Setting dementsprechend traumaspezifisch informiert sind und durch die Organisation im Idealfall auch genügend Weiterbildungen oder Supervisionen erhalten sind, wird hier nur kurz auf die Punkte der Weiterbildung für körperorientierte Methoden sowie die Interdisziplinarität eingegangen. Die körperorientierte Weiterbildung sorgt dafür, dass die Methode korrekt angewendet wird und das Wissen um Nebenwirkungen vorhanden ist. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die Ausbildung anerkannt und wissenschaftlich fundiert ist. Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit, als eine der Grundkompetenzen der Sozialen Arbeit, kann bei Bedarf Fachwissen der Traumatherapie, zu Verlauf oder Anwendung der Methoden, eingeholt werden.

Aus der Recherche und der Literatur, wie auch aus den vorherigen Kapiteln kann grundsätzlich der Schluss gezogen werden, dass die Stabilisierung und das Bieten von Sicherheit das Fundament für die Arbeit mit dem Trauma sowie die Verarbeitung des Traumas sind (Gahleitner, 2021, S. 60-61).

## 5.4 Fazit

Die Sozialpädagogik ist in der Kombination mit der Traumapädagogik Expertin der Beziehungsgestaltung. Dies bietet eine günstige Ausgangslage, um den Kindern und Jugendlichen Stabilität im Alltag, Ressourcenerschliessung und korrigierende Erfahrungen zu ermöglichen. Die Sozialpädagogik kann mit den nötigen Erfahrungen, Zusatzausbildungen in Traumapädagogik und körperorientierten Methoden aufgrund ihres professionellen und systematischen Handelns, insbesondere mit einer guten Vernetzung, Methoden aus der

Psychotherapie reflektiert und situativ anwenden. Dabei bleibt die sozialpädagogische Perspektive der Ganzheitlichkeit, der sozialen Dimension sowie Alltag und Beziehungsexpertise zentral bei der Anwendung der therapeutischen Methoden. Die Stabilisierung ist zentral für das Arbeiten an den Traumata in der Traumapädagogik und ist eine weitere Bedingung für das Anwenden der körperorientierten Methoden, insbesondere derjenigen mit konfrontativen Anteilen. Aufgrund der aktuellen Evidenzbasierung der Methoden, auch für das Kinder- und Jugendalter, sind traumapädagogische Rahmenbedingungen und fachliche Anbindung an eine psychotraumatologische Fachperson empfehlenswert.

## 6 Schlussteil

In diesem letzten Kapitel wird zuerst die übergeordnete Forschungsfrage beantwortet, gefolgt von einer kritischen Würdigung und einem Ausblick zu dieser Arbeit selbst, wie auch zu Forschungsstand und Praxis.

### 6.1 Beantwortung der Fragen

Von den zu Beginn eingeführten Fragestellungen, die diese Arbeit durchgehend strukturiert haben, wird hier die folgende übergeordnete Frage beantwortet:

**Inwiefern stellen körperorientierte Methoden aus der Traumatherapie für die Traumapädagogik im stationären Kinder- und Jugendbereich eine Möglichkeit dar?**

Traumapädagogik im stationären Kontext der Kinder- und Jugendhilfe der Schweiz ist geprägt von den traumapädagogischen Standards und einer hohen Fachlichkeit sowie interdisziplinären Zusammenarbeit. Die Traumapädagogik richtet sich dabei nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen aus relevanten Bezugsdisziplinen, insbesondere nach der Psychotraumatologie, und integriert diese so, dass sie der Anwendung und den Aufgaben der Sozialpädagogik gerecht werden. Die Sozialpädagogik als Grundlage der Traumapädagogik bietet eine perfekte Ausgangslage für korrigierende Beziehungserfahrungen, Stabilisierung und Hilfe zu einer gelingenden Entwicklung. Das Ziel der Traumapädagogik ist es sowohl den verschiedenen Herausforderungen, mit welchen der stationäre Kontext einhergeht, als auch den komplexer werdenden Problemstellungen des Klientels begegnen zu können. In der Erneuerung der Standards wird ein Fokus auf den Körper und die Arbeit am Trauma gelegt. Wie in der Traumapädagogik eine Antwort auf die Herausforderungen des stationären Kontexts gesehen wird, kann dasselbe Potenzial in den körperorientierten Methoden erkannt werden, besonders im traumapädagogischen Kontext. Diese setzen sowohl auf der Ebene der Klientel als auch auf der Ebene der Mitarbeitenden an. Alle drei Methoden bieten die Vorteile der «Bottom-up»-Strategie, sie sind wenig bis gar nicht sprachfokussiert und konfrontativ. Durch EMDR können Situationen des Alltags, welche stark negativ mit Emotionen verknüpft sind, neutralisiert werden. EFT bietet dieselbe Möglichkeit, wobei die Möglichkeit der positiven Selbstaffirmation sowie Stressabbau durch Klopfen in Alltagssituationen dazukommen. TRE ist für den Abbau von Stress und Anspannung geeignet. Aufgrund der Datenlage ist dabei der Schluss naheliegend, dass durch die Selbstanwendung, welche mit allen drei Methoden einhergeht, die Selbstwirksamkeitsempfindung der Kinder und Jugendlichen gestärkt wird. Diese stellen somit eine Ergänzung zu den bereits verwendeten Methoden der Traumapädagogik dar. Dadurch wird

den individuellen Bedürfnissen und Unterschiedlichkeiten der Klientel Rechnung getragen und neuere wissenschaftliche Tendenzen werden beachtet.

In der Auseinandersetzung mit dem Thema «Anwendungsbereiche der körperorientierten Methoden» stellte sich die Frage, inwiefern diese in den Aufgaben- und Kompetenzbereich der Sozialpädagogik fällt. Die körperorientierten Methoden passen hervorragend zum Aufbau des traumapädagogischen Kontexts, insbesondere wenn dies nach aktuellem Stand nicht nur die Phase der Stabilisierung betrifft, sondern auch die Phase der Arbeit am und mit dem Trauma. Ein Hindernis stellt jedoch die teilweise geringe Anerkennung dar, welche der Profession der Sozialen Arbeit entgegengebracht wird, sowie die damit einhergehende eingeschränkte Autonomie und Entscheidungskompetenz.

Um konkretere Schlüsse ziehen zu können, braucht es definitiv mehr Forschung. Sowohl für eine breitere Evidenzbasierung der Wirksamkeit, insbesondere für das Kinder- und Jugendalter, als auch deren mögliche Anwendung in der Sozial- bzw. Traumapädagogik. Aufgrund der Forschungslage plädiert die Autorinnen dafür diese Methoden vor allem in der Phase der Stabilisierung in der Traumapädagogik zu beachten. Die Stabilisierung ist ein zentraler Schritt der Verarbeitung des Traumas sowohl in der Psychotherapie wie auch in der Traumapädagogik. Dabei soll nach den Kriterien und Anforderungen der Traumapädagogik eine Weiterbildung als Zugangskriterium beachtet werden, sowie von der Interdisziplinarität zu Fachpersonen der Psychotherapie Gebrauch gemacht werden. Im Hinblick auf die Fragestellung können körperorientierte Methoden somit eine vielschichtige Ergänzung für die Traumapädagogik darstellen.

## 6. 2 Kritische Würdigung und Ausblick

In der kritischen Würdigung wird festgehalten, was aus Sicht der Autorinnen die Stärken und Schwächen dieser Arbeit sind und wo allenfalls noch Lücken in Forschung und Praxis bestehen.

Mit einer engagierten Literaturrecherche wurde in dieser Arbeit einer für die Sozialpädagogik mit Potenzial verbundenen und noch nicht ergründeten Fragestellung nachgegangen. Bei der Literaturrecherche zeigte sich, dass die Evidenzlage zu körperorientierten Methoden noch ungenügend erforscht ist. Aufgrund der begrenzten wissenschaftlichen Evidenzlage hätte sich entgegen der anfänglichen Einschätzung eine Forschungsarbeit wohl als passender erwiesen.

Aus Sicht der Autorinnen besteht weiterer Bedarf an Forschung zur Wirksamkeit der körperorientierten Methoden, insbesondere für Kinder und Jugendliche, sowie zu deren möglichen Anwendung im traumapädagogischen Kontext. Weiter würde eine aktuelle Evaluation der Traumapädagogik in der Schweiz und ihrer angewandten Methoden ein



adäquates Bild sowie neue Erkenntnisse ermöglichen. Ebenso relevant, aber von dieser Arbeit ausgeschlossen, sind die politischen und finanziellen Bedingungen, die auf die stationäre Praxis grosse Auswirkungen haben und oft ungenügend miteinbezogen werden.

Weiter könnte ein expliziter Vergleich der Aus- und Weiterbildungen mit den geforderten Wissensinhalten, Überschneidungen und Abweichungen zwischen Psychotraumatherapie und Traumapädagogik zielführend sein. Die Erkenntnisse könnten als Ausgangslage für mögliche Anpassungen im Traumapädagogischen Kontext genutzt werden. Dadurch wären weitere Schlüsse für die Praxis möglich, wie körperorientierte Methoden angewendet werden könnten.

Aufgrund der Recherche zu dieser Arbeit schliessen die Autorinnen, dass eine genügend selbstsichere professionelle Haltung der Sozialen Arbeit und ihrer Fachpersonen sich positiv auf die Interaktion mit der Klientel wie auch der Praxis auswirkt.

Abschliessend kann gesagt werden, dass diese Arbeit eine mögliche Grundlage für weiterführende Forschung zur Anwendung körperorientierter Methoden im traumapädagogischen Kontext darstellt. Die Autorinnen erachten dies als wünschenswert und relevant, da die Ergebnisse darauf hindeuten, dass solche Methoden nicht nur Kindern und Jugendlichen die Chance bieten, ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten, sondern auch Sozialpädagog:innen eine professionelle Möglichkeit eröffnen, junge Menschen ganzheitlich sowie professionell zu begleiten.

## Literatur- und Quellenverzeichnis

- Almeida, J., & Rodrigues. (2021). *Tension Trauma Releasing Exercises (TRE) regulates the Autonomous Nervous System (ANS), increases Heart Rate Variability (HRV), and Improves Psychophysiological Stress in University Students*. [https://treglobal.org/wp-content/uploads/2021/09/2021-Almeida\\_Rodrigues\\_Effecs-of-TRE-on-HRV\\_Psychophysiological-Stress.pdf](https://treglobal.org/wp-content/uploads/2021/09/2021-Almeida_Rodrigues_Effecs-of-TRE-on-HRV_Psychophysiological-Stress.pdf)
- AvenirSocial (Hrsg.). (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz: Ein Argumentarium für die Praxis*. [https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/Web\\_SCR\\_Berufskodex\\_De\\_A5\\_db\\_221020.pdf](https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/Web_SCR_Berufskodex_De_A5_db_221020.pdf)
- Baierl, M., & Frey, K. (Hrsg.). (2016). *Praxishandbuch Traumapädagogik: Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche* (3., unveränderte Auflage). Vandenhoeck & Ruprecht. <https://doi.org/10.13109/9783666402456>
- Bausum, J., Eichhorst, S., Freude, H., Maissen, L., & Schirmer, C. (2025). *Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder-und Jugendhilfe* [Bericht]. [https://chtp.ch/download/106/Standards\\_fr\\_traumapdagogische\\_Konzepte\\_in\\_der\\_stationren\\_Kinder-\\_und\\_Jugendhilfe](https://chtp.ch/download/106/Standards_fr_traumapdagogische_Konzepte_in_der_stationren_Kinder-_und_Jugendhilfe)
- Berceli, DR. D. (2010). Neurogenes Zittern: Eine körperorientierte Behandlungsmethode für Traumata in grossen Bevölkerungsgruppen. *Trauma & Gewalt*, 4, (2), 148-157. <https://traumaprevention.com/wp-content/uploads/2013/10/German-Article-2.pdf>
- Beushausen, J., & Schäfer, A. (2021). *Traumaberatung in psychosozialen Arbeitsfeldern: Eine Einführung für Studium und Praxis*. Verlag Barbara Budrich.
- Bock, K. (2012). Die Kinder -und Jugendhilfe. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit: ein einführendes Handbuch* (4. Auflage, S. 439–459). VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-94311-4>
- Böhm, K. (2016). *EMDR in der Psychotherapie der PTBS: Traumatherapie praktisch umsetzen* (1. Aufl. 2016). Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-47893-6>
- Böhm, K. (2024). *EMDR* (1. Auflage). Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/03173-000>

Böhnisch, L. (2019). *Lebensbewältigung: Ein Konzept für die Soziale Arbeit* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Beltz Juventa.

Böhnisch, L., & Schröder, W. (2018). *Lebensbewältigung. In Soziale Arbeit: Eine elementare Einführung*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-15666-4>

Bundesamt für Justiz. (2025). *Opfer von fürsorglichen Zwangsmassnahmen und Fremdplatzierungen*. <https://www.bj.admin.ch/bj/de/home/gesellschaft/fszm.html>

Bundesamt für Sozialversicherungen & Bundesamt für Justiz. (2025). *Casadata: Die Plattform für Heimerziehung des BJ*. <https://www.casadata.ch/index.html>

Bundesamt für Sozialversicherungen. (2025). *Kinderrechte*. <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialpolitische-themen/kinder-und-jugendfragen/kinderrechte.html>

Bundesamt für Statistik. (2024). *ICD-11: Grundlagenbericht bezüglich der Einführung der 11. Revision der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-11) und deren Auswirkung auf die nationalen Anwendungszwecke*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitsnomenklaturen/medk/ikd-11.html>

Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik. (2011). *Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Ein Positionspaper der BAG Traumapädagogik*. [https://chtp.ch/download/21/Standards\\_2011\\_](https://chtp.ch/download/21/Standards_2011_)

Bundesärztekammer. (2006). *Bekanntmachungen: Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG – Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung*. Bundesärztekammer.

Church, D., Hawk, C., Brooks, A. J., Toukolehto, O., Wren, M., Dinter, I., & Stein, P. (2013). *Psychological Trauma Symptom Improvement in Veterans Using Emotional Freedom*

- Techniques: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 201(2), 153–160. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31827f6351>
- Church, D., Sparks, T., & Clond, M. (2016). EFT (Emotional Freedom Techniques) and Resiliency in Veterans at Risk for PTSD: A Randomized Controlled Trial. *EXPLORE*, 12(5), 355–365. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2016.06.012>
- Church, D., Yount, G., Rachlin, K., Fox, L., & Nelms, J. (2018). Epigenetic Effects of PTSD Remediation in Veterans Using Clinical Emotional Freedom Techniques: A Randomized Controlled Pilot Study. *American Journal of Health Promotion*, 32(1), 112–122. <https://doi.org/10.1177/0890117116661154>
- Dörr, M., & Müller, B. (2019). Einleitung: Nähe und Distanz als Strukturen der Professionalität pädagogischer Arbeitsfelder. In M. Dörr & B. Müller (Hrsg.), *Nähe und Distanz: Ein Spannungsfeld pädagogischer Professionalität* (4., aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 14–39). Beltz Juventa.
- Eberitzsch, S. (2023). Stationäre Erziehungshilfen in der Schweiz: Eine Einführung in Strukturen, Konzepte, Forschung sowie rechtliche Rahmungen von Partizipation. In S. Eberitzsch, S. Keller, & J. Rohrbach (Hrsg.), *Partizipation in stationären Erziehungshilfen: Perspektiven, Bedarfe und Konzepte in der Schweiz* (S. 37–48). Beltz Juventa. <https://doi.org/10.21256/ZHAW-28077>
- Eichhorst, S., & Schirmer, C. (2019). Fachverband Traumapädagogik e.V. *Jugendhilfe*, 57, 207–210.
- Eilers, R., Ertl, V., Kasparik, B., Kost, A., & Rosner, R. (2024). Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse einer Querschnittsstudie zu Auswirkungen der neu formulierten Diagnosen PTBS und kPTBS in der ICD-11. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 67(4), 409–418. <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03860-2>
- Elia, J. (2023). *Akute und posttraumatische Belastungsstörungen (ABS und PTBS) bei Kindern und Jugendlichen*. MSD Manual Ausgabe für medizinische Fachkreise.

<https://www.msdmanuals.com/de/profi/pädiatrie/psychiatrische-erkrankungen-bei-kindern-und-jugendlichen/akute-und-posttraumatische-belastungsstörungen-abs-und-ptbs-bei-kindern-und-jugendlichen>

EMDR Schweiz. (2025). Zertifikat EMDR TherapeutIn (EMDR Practitioner). *EMDR Schweiz, EMDR Europa*. <https://emdr-ch.org/terapeuta-emdr/>

Eulitz, E. (2017). Das Leid am Leid. In D. Zimmermann, H. Rosenbrock, & L. Dabbert (Hrsg.), *Praxis Traumapädagogik: Perspektiven einer Fachdisziplin und ihrer Herausforderungen in verschiedenen Praxisfeldern* (1. Auflage, S. 206–219). Beltz Juventa.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)

Felitti, V., J., Fink, P. J., Fishkin, R., E., & Anda, R., F. (2007). Ergebnisse der Adverse Childhood Experiences (ACE) – Studie zu Kindheitstrauma und Gewalt. Epidemiologische Validierung psychoanalytischer Konzepte. *Trauma & Gewalt*, 2, 18–32.

Ferreira, R. (2024). Wenn Fachkräfte fehlen, leiden auch Kinder und Jugendliche. *Integras*, 1, 6–9.

Fischer, F. M., & Möller, C. (2022). *Sucht, Trauma und Bindung Bei Kindern und Jugendlichen* (2. Auflage). Kohlhammer Verlag.

Fischer, G., & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (4., aktualisierte und erweiterte Auflage). Ernst Reinhardt Verlag.

Fischer, G., & Riedesser, P. (2023). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (6. Auflage). Ernst Reinhardt Verlag.

Flückiger, C., Horvath, A. O., Del Re, A. C., Symonds, D., & Holzer, C. (2015). Bedeutung der Arbeitsallianz in der Psychotherapie: Übersicht aktueller Metaanalysen. *Psychotherapeut*, 60 (3), 187–192. <https://doi.org/10.1007/s00278-015-0020-0>

- Gahleitner, S. B. (2017). *Soziale Arbeit als Beziehungsprofession: Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen*. Beltz.
- Gahleitner, S. B. (2021). Das pädagogisch-therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen: Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen (3. aktualisierte Auflage). *Psychiatrie Verlag*. <https://doi.org/10.5771/9783966051163>
- Gahleitner, S. B. (2025). Beziehungsarbeit als Professionscharakteristik Sozialer Arbeit. In J. Pohl, W. Klug, & D. Niebauer (Hrsg.), *Sozialarbeiterische Beziehungsgestaltung: Einblicke in Theorie, Praxis und Forschung* (1. Auflage, S. 71–80). Nomos Verlagsgesellschaft GmbH & Co. KG. <https://doi.org/10.5771/9783748941194>
- Gahleitner, S. B., Frank, C., & Leitner, A. (2015). *Ein Trauma ist mehr als ein Trauma: Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik*. Beltz Juventa.
- Gahleitner, S. B., Glatka, A., Rohdeutsch-Granzer, C., & Kronberger, H. (2021). Traumapädagogik. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie* (20), 129–142. <https://doi.org/10.1007/s11620-021-00610-3>
- Galuske, M. (with Bock, K., & Fernandez Martinez, J.). (2013). *Methoden der Sozialen Arbeit: Eine Einführung* (10. Auflage). Beltz Juventa.
- Garbe, E. (2015). *Das kindliche Entwicklungstrauma: Verstehen und bewältigen*. Klett-Cotta.
- Gauger, M. (15. 11. 2023). *TRE - Übungen zum Lösen von Verspannungen und Traumatisierungen*. <https://www.arztpraxis-muotathal.ch/wp-content/uploads/2023/09/neurogenes-Zittern.pdf>
- Gautschi, J., & Schnurr, S. (2024). Kinderschutz in der Schweiz: Ein Überblick. *Sozial Extra*, 48(1), 35–39. <https://doi.org/10.1007/s12054-023-00651-y>
- Geuter, U. (Januar 2013). Körperpsychotherapie und Körpertherapie. Versuch einer Definition (2013). *körper - tanz - bewegung*, 1, 161-168.
- Geuter, U. (2023). In G. Marlock, H. Weiss, L. Grell-Kamutzki, D. Rellensmann (Hrsg.), *Handbuch Körperpsychotherapie* (2. Aufl.). Schattauer Verlag (Klett).

Göppel, R. (2019). Das Verhältnis von Pädagogik und Therapie. *Jugendhilfe*, 57, 170–180.

Grunwald, K., & Thiersch, H. (2018). Lebensweltorientierung. In G. Graßhoff, A. Renker, & W. Schröer (Hrsg.), *Soziale Arbeit: Eine elementare Einführung*. Springer VS.  
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-15666-4>

Haines, S., & Standing, S. (2023). *Trauma ist ziemlich strange* (Dritte Auflage). Carl-Auer.

Hantke, L., & Görge, H.-J. (2023). *Handbuch Traumakompetenz: Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik*. Junfermann Verlag.

Harms Huser, D. (2024). *Kinderschutzfälle an Schweizer Kinderkliniken: Markanter Anstieg bei psychischen Misshandlungen durch das Miterleben von Häuslicher Gewalt*. Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie Fachgruppe Kinderschutz der Schweizer Kinderkliniken. [file:///Users/assja/Downloads/Nationale-Kinderschutzstatistik-2023\\_D-Korrektur.pdf](file:///Users/assja/Downloads/Nationale-Kinderschutzstatistik-2023_D-Korrektur.pdf)

Heath, R., & Beattie, J. (2019). Case Report of a Former Soldier Using TRE (Tension/Trauma Releasing Exercises) For Post- Traumatic Stress Disorder Self-Care. *Journal of Military and Veterans' Health (JMVH)*, 27(3). <https://jmvh.org/article/case-report-of-a-former-soldier-using-tre-tension-trauma-releasing-exercises-for-posttraumatic-stress-disorder-self-care/>

Henn-Mertens, G., & Zimmek, G. (2021). *Körperorientierte Techniken in der Schematherapie*. Beltz.

Holodynski, M. (o. J.). Erziehung. In *Dorsch Lexikon der Psychologie*.  
<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/erziehung>

Jenni, O., & Ritter, S. (2019). Verletzlich und trotzdem stark: Über Risiko- und Schutzfaktoren der kindlichen Entwicklung. *Paediatrica*, 30(1), 15–19.

Keller, S. (22.10.2022). Lebensbewältigung als Streben nach Handlungsfähigkeit. *Theorielinien*. Berner Fachhochschule. <https://virtuelleakademie.ch/good-practice-beispiele/theorielinien/lebensbewaeltigung-als-streben-nach-handlungsfahigkeit/>

- König, L. (2020). *Trauma und Bindung in der Kindheit: Grundwissen für Fachkräfte der frühen Bildung*. W. Kohlhammer Verlag. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-033532-5>
- Köttig, M., Kubisch, S., & Spatscheck, C. (Hrsg.). (2023). *Geteiltes Wissen: Zum aktuellen Stand der Wissensentwicklung in Disziplin und Profession Sozialer Arbeit*. In M. Köttig, S. Kubisch, C. Spatscheck (Hrsg.) *Geteiltes Wissen: Wissensentwicklung in Disziplin und Profession Sozialer Arbeit* (1. Auflage, S. 11-18). Verlag Barbara Budrich.
- KRISO Zürich. (2022). Arbeitsbedingungen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. *KRISO*. <https://www.kriso.ch/2022/10/arbeitsbedingungen-in-der-stationaeren-kinder-und-jugendhilfe-information-rechtslage-kritik/>
- Krollner, B., & Krollner, D., M. (2025). *F43.- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. ICD-Code*. <https://www.icd-code.de/suche/icd/code/F43.-.html?sp=Sptbs>
- Kubisch, S. (2023). Kollektive Praxis – geteiltes Wissen – Fachlichkeit. Professionalität und Professionalisierung Sozialer Arbeit in praxeologisch-wissenssoziologischer Perspektive. In M. Köttig, S. Kubisch, C. Spatscheck (Hrsg.), *Geteiltes Wissen—Wissensentwicklung in Disziplin und Profession Sozialer Arbeit* (1. Auflage, S. 137-152). Verlag Barbara Budrich.
- Kühn, M. (2023). Macht eure Welt endlich wieder mit zu meiner!: Anmerkung zum Begriff der Traumapädagogik. In J. Bausum, L.-U. Besser, M. Kühn, & W. Weiß (Hrsg.), *Traumapädagogik: Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (4. Auflage). Juventa Verlag.
- Lambers, H. (2023). *Theorien der Sozialen Arbeit: Ein Kompendium und Vergleich* (6., überarbeitete Auflage). Verlag Barbara Budrich.
- Lengning, A., & Wiemers, C. A. (2025). *Bindung* (3., überarbeitete Auflage). UTB GmbH. <https://doi.org/10.36198/9783838564586>
- Leuenberger, M., & Seglias, L. (2013). *Versorgt und vergessen: Ehemalige Verdingkinder erzählen*. Rotpunktverlag.



- Levine, P. A. (2011). *Sprache ohne Worte: Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt* (11. Auflage). Kösel.
- Liem, T., & Neuhuber, W. (2021). Kritik an der Polyvagaltheorie. *Deutsche Zeitschrift für Osteopathie*, 19(02), 34–37. <https://doi.org/10.1055/a-1345-6051>
- Lienhard, N., & Künzli, H. (2021). Körperorientierte Intervention im Coaching. *Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, 28(1), 39–58. <https://doi.org/10.1007/s11613-021-00696-6>
- Lynning, M., Svane, C., Westergaard, K., Bergien, S. O., Gunnarsen, S. R., & Skovgaard, L. (2021). Tension and trauma releasing exercises for people with multiple sclerosis – An exploratory pilot study. *Journal of Traditional and Complementary Medicine*, 11(5), 383–389. <https://doi.org/10.1016/j.jtcme.2021.02.003>
- Maercker, A. (2017). *Trauma und Traumafolgestörungen* (1. Auflage). C.H. Beck.
- Maercker, A., & Eberle, D. J. (2022). Was bringt die ICD-11 im Bereich der trauma- und belastungsbezogenen Diagnosen? *Verhaltenstherapie*, 32(3), 62–71. <https://doi.org/10.1159/000524958>
- Marti, B. (22.10.2022). *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit*. <https://virtuelleakademie.ch/good-practice-beispiele/theorielinien/lebensweltorientierte-soziale-arbeit/>
- Masten, A. S. (2014). Global Perspectives on Resilience in Children and Youth. *Child Development*, 85(1), 6–20. <https://doi.org/10.1111/cdev.12205>
- Mauritz, S. (4.11.2024). Die Stressachse (HPA-Achse). *Resilienz Akademie*. <https://www.resilienz-akademie.com/abc-der-resilienz/die-stressachse/>
- Moore, M., Brown, D., Money, N., & Bates, M. (2011). Mind-Body Skills for Regulating the Autonomic Nervous System. *Defense Centers of Excellence for Psychological Health and Traumatic Brain Injury*. <https://treglobal.org/wp-content/uploads/2015/06/DCoE.2011.pdf>

Müller, J., Ruf-Leuschner, M., Grimmer, B., Knaevelsrud, C., & Dammann, G. (Hrsg.). (2022).

*Traumafolgen: Forschung und therapeutische Praxis* (1. Auflage). Verlag W. Kohlhammer.

National Research Council (with Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A.). (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. National Academies Press.

<https://doi.org/10.17226/9824>

NICABM. (2017). How to Help Your Clients Understand Their Window of Tolerance. *NICABM*

*National Institut for the clinical application of behavioral medicine*.

<https://www.nicabm.com/trauma-how-to-help-your-clients-understand-their-window-of-tolerance/>

Niemeyer, C. (2011). Sozialpädagogik, Sozialarbeit, Soziale Arbeit: „klassische“ Aspekte der Theoriegeschichte. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit: Ein einführendes Handbuch* (4. Aufl., S. 135-150). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Oezdirek, M. (2024). Herausforderungen und Lösungsansätze im Umgang mit dem Fachkräftemangel in der Kinder-und Jugendbetreuung. *Integras*, 1, S. 4–5.

Ohling, M. (2020). Sozialtherapie (Klinische Sozialarbeit). *socialnet Lexikon*.

<https://www.socialnet.de/lexikon/Sozialtherapie-Klinische-Sozialarbeit>

Parker, J., Shook, B., Washington, D., English, B., & Tatum, C. (2024). The Effect of Tension and Trauma Releasing Exercises (TRE) on Trauma Symptoms in East African Refugees.

*Psychology*, 15(01), 77–91. <https://doi.org/10.4236/psych.2024.151006>

Pausch, M. J., & Matten, S. J. (2018). *Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS): Definition, Einteilung, Epidemiologie und Geschichte*. Springer Fachmedien Wiesbaden.

[https://doi.org/10.1007/978-3-658-17886-4\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-658-17886-4_2)

Petermann, F., & Brähler, E. (2019). Spätfolgen von Kindheitstraumata. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 67(2), 77–80.

<https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000375>

- Modul 382                      Körperorientierte Methoden für die Traumapädagogik                      Anick Zollinger  
Assja Lienhard
- Pfeifer, W. (2025). Psychotherapie: Etymologie. In DWDS.  
<https://www.dwds.de/wb/Psychotherapie>
- Pfeiffer, A. (2022). *Emotionale Erinnerung - Klopfen als Schlüssel für Lösungen: Neurowissenschaftliche Wirkhypothesen der Klopftechniken* (2. Auflage). Carl-Auer Verlag GmbH.
- Pfeiffer, A. (20.11.2024). Was ist dran an der Polyvagal-Kritik? *Polyvagal Akademie*.  
<https://polyvagal-akademie.com/kritik-an-der-polyvagal-theorie>
- Pomberger, G. (2024). Warum wir uns mit dem Phänomen Reviktimisierung beschäftigen sollten. *Dachverband der Steirischen Frauen & Mädchenberatungsstellen*.  
<https://frauenberatung-steiermark.at/blog/warum-wir-uns-mit-dem-phaenomen-reviktimisierung-beschaeftigen-sollten/>
- Porges, S. W. (with Van der Kolk, B. A.). (2010). *Die Polyvagal-Theorie: Neurophysiologische Grundlagen der Therapie; Emotionen, Bindung, Kommunikation und ihre Entstehung* (T. Kierdorf & H. Höhr, Übers.). Junfermann Verlag.
- Porges, S. W. (2022). Polyvagal Theory: A Science of Safety. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 16. <https://doi.org/10.3389/fnint.2022.871227>
- Porges, S. W., & Liem, T. (2016). Die Polyvagaltheorie in der Osteopathie. *Osteopathische Medizin*, 17(2), 14–20. [https://doi.org/10.1016/s1615-9071\(16\)30012-0](https://doi.org/10.1016/s1615-9071(16)30012-0)
- Reinecker, H. (2022). Selbstregulation. In *Dorsch Lexikon der Psychologie*.  
<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/selbstregulation>
- Reynard, M., Szöllösky, G., Schweitzer, K., & Wider, D. (2025). Die Vorstände von SODK und KOKES unterstützen die Verbesserung der Datenlage zur Umsetzung der Kinderrechte (Motion Müller-Altermatt 22.4505). *Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren & Konferenz der Kindes- und Erwachsenenschutz*. [https://ch-sodk.s3.amazonaws.com/media/files/59feb297/6fcb/4ecd/bed7/cbee2c9a3e3b/2025.04.02\\_Brief\\_Vorstaende\\_SODK\\_und\\_KOKES\\_Ve\\_tpSgDPk.pdf](https://ch-sodk.s3.amazonaws.com/media/files/59feb297/6fcb/4ecd/bed7/cbee2c9a3e3b/2025.04.02_Brief_Vorstaende_SODK_und_KOKES_Ve_tpSgDPk.pdf)

- Richter, A.-K. (Hrsg.). (2023). *EMDR: Ein Lehrbuch für Psychotherapie-Studium und Weiterbildung*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-64662-5>
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223–228. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)
- Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Lotzin, A., Maercker, A., Rosner, R., & Wöller, W. (2019). *S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung*. Springer Berlin / Heidelberg.
- Scherwath, C., & Friedrich, S. (2020). *Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung* (4., aktualisierte Auflage, revidierte Ausgabe). Ernst Reinhardt Verlag.
- Schmahl, C. (2019). Neurobiologie. In A. Maercker (Hrsg.), *Traumafolgestörungen* (S. 95–112). Springer Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-58470-5\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-662-58470-5_6)
- Schmid, M., Erb, J., Fischer, S., Kind, N., & Fegert, J. M. (2017). *Abschlussbericht für den Fachausschuss für die Modellversuche und das Bundesamt für Justiz: Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse des Modellversuchs „Implementierung, Evaluation und Verstetigung von traumapädagogischen Konzepten in sozialpädagogischen Institutionen des stationären Massnahmenvollzuges“*. <https://www.traumapaedagogik.ch/files/modellversuch-traumapaedagogik/abschlussbericht-modellversuch-traumapaedagogik.pdf>
- Schmid, M., Kölch, M., Fegert, J. M., & Schmeck, K. (2010). *Abschlussbericht für den Fachausschuss für die Modellversuche und das Bundesamt für Justiz: Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse des Modellversuchs Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen (MAZ.)* [Bericht]. <https://www.equals.ch/files/modellversuch-maz/maz-schlussbericht.pdf>
- Schmocker, B. (2014). Die IFSW/IASSW Definition der Sozialen Arbeit von 2014. *AvenirSocial Berufsverband Soziale Arbeit Schweiz*. <https://www.ifsw.org/wp->

content/uploads/2019/07/definitive-deutschsprachige-Fassung-IFSW-Definition-mit-Kommentar-1.pdf

Schnurr, S. (2019). Kinder- und Jugendhilfe in der Schweiz. 57, *Jugendhilfe* (1), 13–18.

Schweizer Fachverband Traumapädagogik. (2025). *Was ist eigentlich der Fachverband?*  
<https://chtp.ch/de/fachverband#35id>

Seiterle, N. (2018). *Schlussbericht Bestandesaufnahme Pflegekinder und Heimkinder Schweiz 2015-2017*. file:///Users/assja/Downloads/Seiterle2018\_Bestandesaufnahme2015-2017\_d.pdf

Sheeringa, M. (2025). PTSD for Children 6 Years and Younger. *US Department of Veteran Affairs*.  
[https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/specific/ptsd\\_child\\_under6.asp](https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/specific/ptsd_child_under6.asp)

Spatscheck, C. (2023). Soziale Arbeit als Profession und Disziplin: Aktuelle Herausforderungen und Anfragen an die Wissenschaft Soziale Arbeit. In M. Köttig, S. Kubisch, C. Spatscheck (Hrsg.) *Geteiltes Wissen: Wissensentwicklung in Disziplin und Profession Sozialer Arbeit* (1. Auflage, S, 39-54). Verlag Barbara Budrich.

Spensberger, F., Harrer-Amersdorffer, J., Taube, V., Auer, C., & Ghanem, C. (2023). Wissenschaftliches Wissen und professionelles Handeln: Forschungsergebnisse zu Studium und Praxis der Sozialen Arbeit. In M. Köttig, S. Kubisch, C. Spatscheck (Hrsg.) *Geteiltes Wissen: Wissensentwicklung in Disziplin und Profession Sozialer Arbeit* (1. Auflage, S. 153-164). Verlag Barbara Budrich.

Spitzer, M. (2019). Psychotherapie im Mausmodell. *Nervenheilkunde*, 38(05), 231–239.  
<https://doi.org/10.1055/a-0847-8494>

Stangl, W. (2025). Arousal. In *OnlineLexikon für Psychologie & Pädagogik*.  
<https://lexikon.stangl.eu/5891/arousal>

Staub, T., & Seidl, S. (2024). *Traumapädagogik Grundlagen und Praxiswissen zu (Kindheits) und Trauma und traumapädagogischen Standards*. Springer.

- Staub-Bernasconi, S. (2018a). Soziale Probleme: Themen einer systemtheoretisch begründeten Handlungswissenschaft. In G. Graßhoff, A. Renker, & W. Schröer (Hrsg.), *Soziale Arbeit: Eine elementare Einführung*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-15666-4>
- Staub-Bernasconi, S. (2018b). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft: Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität* (2., vollständig überarbeitete u. aktualisierte Ausgabe). UTB. <https://doi.org/10.36198/9783838547930>
- Terr, L., C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148 (1), 10–20. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.1.10>
- Thiersch, H., & Füssenhäuser, C. (2018). Theorie und Theoriegeschichte Sozialer Arbeit. In H. Otto, H. Thiersch, R. Treptow, H. Ziegler (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit: Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik* (6., überarbeitete Auflage, S. 1720-1734). Ernst Reinhardt Verlag.
- Thiersch, H. (2019). Nähe und Distanz in der Sozialen Arbeit. In M. Dörr (Hrsg.), *Nähe und Distanz: Ein Spannungsfeld pädagogischer Professionalität* (4., aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 42–59). Beltz Juventa.
- Übersicht der Studien zur EMDR-Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. (o. J.).  
Abgerufen 4. April 2025, von  
[https://www.wbpsychotherapie.de/fileadmin/user\\_upload/\\_old-files/downloads/pdf-Ordner/WBP/EMDRUebersichtposttr.pdf](https://www.wbpsychotherapie.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/WBP/EMDRUebersichtposttr.pdf)
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
- Vliegen, N., Tang, E., & Meurs, P. (2021). *Bindungstraumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen: Ein Leitfaden für Betreuungspersonen* (C. Poholski, C. Rickmeyer, & J. Lebiger-Vogel, Übers.; 1. Auflage). Verlag W. Kohlhammer.
- Völter, B., Cornel, H., Gahleitner, S. B., & Voß, S. (2020). Professionsverständnisse in der Sozialen Arbeit: eine Einführung. In *Professionsverständnisse in der Sozialen Arbeit*. (S. 7-26) Beltz.

- WBP. (2025). *Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 8 PsychThG: Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Kindern und Jugendlichen.*  
[https://www.wbpsychotherapie.de/fileadmin/user\\_upload/wbpsychotherapie/Gutachtenverfahren/WBP-Gutachten-EMDR\\_KJ.pdf](https://www.wbpsychotherapie.de/fileadmin/user_upload/wbpsychotherapie/Gutachtenverfahren/WBP-Gutachten-EMDR_KJ.pdf)
- Weiß, W., Kessler, T., & Gahleitner, S. B. (Hrsg.). (2016). *Handbuch Traumapädagogik*. Beltz.
- Wendt, P., U. (2021). *Lehrbuch Methoden der Sozialen Arbeit* (3., überarbeitete Auflage). Beltz.
- Wissenslandschaft Fremdplatzierung. (o.J.). *Platzierungsprozess.*  
<https://www.wif.swiss/prozesse/platzierungsprozess/>
- Wolff, M., & Kampert, M. (2017). Wer entscheidet darüber, wann nah zu nah ist?: Körperkontakt und Macht in professionellen Beziehungen im Kontext stationärer Settings. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*, 12(3), 293–312.  
<https://doi.org/10.3224/diskurs.v12i3.03>
- Wübker, E. J. (2020). *Die Relevanz der Traumapädagogik für die stationäre Erziehungshilfe* (1. Auflage). Beltz Juventa; HS Luzern.
- Wunsch, R. (2025). Einleitende Überlegungen zur Weiterentwicklung von Sozialer Arbeit und Sozialpädagogik. In R. Wunsch & D. Bennert (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sozialpädagogik weiterentwickeln* (1. Auflage, S. 14-34). Juventa Verlag.
- Yoon, S., Pei, F., Logan, J., Helsabeck, N., Hamby, S., & Slesnick, N. (2023). Early childhood maltreatment and profiles of resilience among child welfare-involved children. *Development and Psychopathology*, 35(2), 711–723.  
<https://doi.org/10.1017/S0954579421001851>
- Zimmermann, D. (2017). Können wir uns aushalten? In D. Zimmermann, H. Rosenbrock, & L. Dabbert (Hrsg.), *Praxis Traumapädagogik: Perspektiven einer Fachdisziplin und ihrer Herausforderungen in verschiedenen Praxisfeldern* (1. Auflage, S. 35–46). Beltz Juventa.

Živanović, M., & Marković, M. V. (2022). Sekundäre Traumatisierung. In A. Hamburger, C. Hancheva, & V. D. Volkan (Hrsg.), *Soziales Trauma: Ein interdisziplinäres Lehrbuch* (1. Aufl. 2022, S. 279–286). Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-64997-8>



## Anhang

### A. Konkretisierung der Anwendung der Körperorientierten Methoden

Die folgenden Darstellungen sollen eine anschaulichere Vorstellung davon vermitteln, wie die Anwendung körperorientierter Methoden in der Praxis der Traumapädagogik aussehen könnte. Der Verfasserin, Anick Zollinger, ist bewusst, dass diese Ausführungen nicht vollständig den Anforderungen einer klassischen Literaturarbeit entsprechen. Aus diesem Grund wurden sie in den Anhang verlagert. Da es jedoch das Anliegen der Verfasserin ist, körperorientierte Ansätze langfristig im traumapädagogischen Alltag zu verankern, betrachtet sie diese Darstellungen als mögliche Ausgangslage, insbesondere als Ausgangspunkt für zukünftige Forschungsarbeiten. Es sei an dieser Stelle deutlich darauf hingewiesen, dass die Inhalte auf der vorliegenden theoretischen Auseinandersetzung basieren, weiterer empirischer Überprüfung bedürfen und keine Gewähr für ihre inhaltliche Richtigkeit übernommen wird.

**Darstellung 1****Eine mögliche Anwendung der körperorientierten Methoden eingeordnet in die ANHT****Situationsbeschreibung und -erklärung  
(Beschreibung, Erklärung und Prognose)**

Das Kind ist in einer traumapädagogischen stationären Einrichtung platziert. Es zeigt Symptome einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. Die Beobachtungen werden durch das Fachteam dokumentiert (z. B. E-Case) und ausgetauscht (z.B. Teamsitzung). Die institutionellen Rahmenbedingungen beinhalten ein traumapädagogisches Konzept und traumapädagogisch qualifiziertes Fachpersonal. Das Kind lebt seit mindestens sechs Monaten in der Wohngruppe und zeigt erste Zeichen von Stabilität.

Die Symptome des Kindes werden auf traumatische Erfahrungen zurückgeführt. Während der pädagogischen Arbeit zeigt sich durch sichtbare Symptome (vgl. Kap. 2.1.3), dass das Kind in Übererregungssituationen verbal schwer erreichbar ist. Bisher eingesetzte Methoden wie das Ampelsystem oder das Malen von Emotionen erweisen sich als unzureichend. Der Einsatz körperorientierter Methoden erscheint vielversprechend, da sie nonverbal und körperbasiert wirken und an der physiologischen Stressregulation ansetzen.

Es wird vom Team davon ausgegangen, dass mit den derzeit vorhandenen Symptomen ein selbständiger und gelingender Alltag erschwert bis gar nicht möglich ist. Desweiteren wird davon ausgegangen, dass die körperorientierten Methoden dies verändern könnten.

**Problemdefinition  
(Bewertung und Problem, wird hier leicht anders verstanden als bei Staub-Bernasconi)**

Die körperorientierten Methoden werden im Team als geeignet bewertet, da sie eine hohe Passung die Situation betreffend aufweisen. Die Methoden unterstützen partizipativ die Selbstregulation und stärken die Autonomie. Die Werte der Traumapädagogik – Transparenz, Beziehungsorientierung und Partizipation – bleiben dabei gewahrt.

Die Verhaltensprobleme behindern ein gelingender Alltag und zwischenmenschliche Interaktionen/ konstruktive Beziehungserfahrungen

**Zielsetzung und Planung  
(Ziele und Plan)**

Ziel ist dem Kind zu einem gelingenden Alltag zu verhelfen, sowie die Beziehungsgestaltung und soziale Interaktionen zu vereinfachen. Der Selbstwert und die empfundene Selbstwirksamkeit soll durch das Anwenden der Methoden gestärkt werden.

Bei der Planung sind folgende Punkte zu beachten:

Schritt 1: Das Kind wird von der Sozialpädagogin mit der Zusatzausbildung für die Körperorientierten Methoden gefragt, ob es an der Methode interessiert sei. Die Verantwortung das Ganze entwicklungsgerecht zu vermitteln und ein nein zu akzeptieren liegt bei der Fachperson.

- Der Entwicklungsstand des Kindes wird beachtet und Erklärungen entsprechend angepasst
- Besteht beim Kind kein Interesse an der Methode ist dies zu respektieren!
- Bedarf der Absprache mit der involvierten Fachperson der Psychotherapie soll erwähnt werden
- Die Fachperson/SP soll eine gute Beziehung zum Kind besitzen
- Gespräch wird dokumentiert (z.B. Auf E-Case)

Schritt 2: Ein Austausch mit der Zuständigen internen oder externen Fachperson der Psychotherapie findet statt (bezüglich Einschätzung der Stabilität) und eine Zusammenarbeit bezüglich der Anwendung der körperorientierten Methoden angefragt. Das Kind muss einverstanden sein mit dem Austausch.

- Das Kind hat, das Okey für den Austausch gegeben, besteht der Wunsch informiert über das Gespräch zu werden, ist dies zu machen.
- Im Austausch mit der Fachperson Psychotherapie soll geklärt werden, wie sie die Stabilität des Kindes einschätzt
- Team wird informiert
- Austausch wird dokumentiert in entsprechendem Instrument (z.B. Auf E-Case)
- Nur wenn die Fachperson Psychotherapie und SP bestätigen, dass die Stabilität des Kindes gegeben ist, wird weitergefahren, ansonsten muss zuerst die Stabilität aufgebaut werden
- Es soll geklärt werden, ob die Fachperson Einwände hat aus ihrer Fachperspektive bezüglich der Anwendung der Methode
- Austausch findet auf Augenhöhe statt, SP holt eine zweite Meinung ein, nicht ein Auftrag. Die SP bringt die Expertise der SP ein!

Schritt 3: Die zuständige Sozialpädagog:in sitzt mit dem Kind zusammen und bespricht die Methode, den Ablauf, erstellt einen Notfallplan etc. (Bei diesem Schritt ist eine Zusammenarbeit bzw. gemeinsame Sequenzen mit der Psychotherapie von Vorteil)

- Die Methode soll von dem Kind selber angewendet werden können
- Die Anwendung soll für das Kind vertraut sein und es soll ihm bekannt sein, was passiert bzw. passieren kann.
- Die Begleitung der Sozialpädagog:in wird mit dem Kind genau abgesprochen (z.B. wo und wann Berührungen erlaubt sind)
- Der Ablauf und die Anwendung werden besprochen (Notfallplan erarbeitet)
- In dieser Phase ist es sinnvoll in einem engen Austausch mit der Fachperson Psychotherapie im Austausch zu sein, evtl. Gespräche zusammen zu führen.

#### **Handlung (Handeln)**

Die Methode wird gemeinsam mit dem Kind in einem passenden Setting geübt (z. B. TRE in einer ruhigen Umgebung). Das Kind beginnt die Methode im Alltag anzuwenden, (z. B. vor oder nach belastenden Situationen). Die Fachperson begleitet unterstützend, achtet auf Signale und passt den Prozess gemeinsam mit dem Kind an. Dokumentation und kollegiale Reflexion begleiten die Handlungsschritte. Ziel ist, dass Kind die Methode mit der Zeit selbständig anwendet und als hilfreich bewertet.

#### **Evaluation (Evaluieren)**

Die Wirkung der Methode wird gemeinsam mit dem Kind, dem Team und in der Psychotherapie reflektiert. Das Kind gibt Rückmeldung zur Nützlichkeit und Alltagstauglichkeit. Bei Bedarf werden Notfallplan, Methode und Abmachungen angepasst. Ziel ist, die nachhaltige Integration der Methode in den Alltag des Kindes zu sichern und dabei sowohl subjektive Erlebnisse als auch objektive Beobachtungen zu berücksichtigen.

\*Wenn vom Kind gesprochen wird sind auch Jugendliche mit gemeint.

**Darstellung 2**

Metode:	Geeignet für:	Anwendungsbeispiel im Alltag:
<b>EMDR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erinnerungen und Situationen, welche mit negativen Emotionen verknüpft sind zu entkoppeln</li> </ul>	Bsp.: Ein Jugendlicher hat Angst vor neuen Situationen, wie schnuppern. Mit der Anwendung von EMDR könnten diese Ängste abgebaut werden.
<b>Klopfen (EFT)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erinnerungen und Situationen, welche mit negativen Emotionen verknüpft sind, entkoppeln</li> <li>- Es können positive Glaubenssätze/Affirmationen verankert werden</li> <li>- Es kann zur Reduktion von Stress benutzt werden</li> </ul>	Bsp.: Ein Jugendlicher ist angespannt vor dem Schnuppern, das Klopfen kann vor (Entkoppelung) dem aber auch während (Stress Reduktion) der Situation genutzt werden. Desweiteren kann nach dem Entkoppeln der negativen Emotionen auch eine positive Affirmation erarbeitet werden, z. bsp. «ich schaffe das».
<b>TRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dient der Reduktion von Stress auf körperlichen wie psychischer Ebene</li> </ul>	Bsp.: Ein Jugendlicher kommt nach der Schule aufgeregt auf die Gruppe und die Mittagsituation scheint zu eskalieren. Daher wird der Jugendliche an einen ruhigen Ort begleitet und er kann die Übungen machen. (Dies könnte auch zur Routine werden).

## B. TRE Übungen

Folgende Abbildungen sind aus dem Buch «Neurogenes Zittern» von Nibel und Fischer (2024, S. 116-137), welche die Sieben Übungen beschreiben und erklären. Zudem befindet sich hier ein Link zu einem Video (<https://neurogenes-zittern.info/video/>), das ebenfalls von Nibel und Fischer stammt und frei im Internet zugänglich ist.

### Übung 1: Füße und Fußgelenke

Unser TRE-Video (Link im Service-Teil, Seite 148) zeigt einen beispielhaften Ablauf der Übungen – allerdings ohne die detaillierte Anleitung und ohne die wichtigen Tipps und Empfehlungen hier im Buch.

1. Stellen Sie sich aufrecht hin, die Füße etwa schulterbreit auseinander. Achten Sie darauf, dass Ihre Knie leicht gebeugt sind. Ihre Knie sollten sich weich anfühlen und nicht durchgestreckt (➡ 1).
2. Spüren Sie einen Moment, wie sich das Stehen anfühlt (➡ 1).
3. Kippen Sie dann Ihre Füße – beim einen Bein auf die Außenkante des Fußes, beim anderen Bein auf die Innenkante. Wenn sich Ihre Zehen dabei vom Boden abheben, drücken Sie diese bewusst in Richtung Boden. Wenn sich die Zehen in den Boden krallen – perfekt (➡ 2 und 3).
4. Bleiben Sie in dieser Position, bis Sie eine leichte Spannung in den Beinen, den Fußgelenken oder den Füßen spüren (➡ 2 und 3).
5. Die Spannung wird steigen; wenn sie unangenehm wird, kippen Sie Ihre Füße in die andere Richtung.

6. Halten Sie auch diese Position wieder nur so lange, wie es sich noch einigermaßen angenehm anfühlt, und wechseln Sie erneut, indem Sie die Füße in die andere Richtung kippen.
7. Wenn Sie jedes Fußgelenk je nach Lust und Laune 4–8-mal gedehnt haben, beenden Sie die Übung, indem Sie Ihre Beine und den gesamten Körper leicht ausschütteln.
8. Stehen Sie anschließend auf beiden Füßen fest auf dem Boden und spüren Sie ein Moment den Bewegungen nach. Vielleicht bemerken Sie einen Unterschied. Möglicherweise fühlen die Füße sich jetzt leichter oder schwerer an, vielleicht etwas wärmer oder lebendiger, vielleicht spüren Sie den Boden deutlicher.

**Varianten** Wenn es Ihnen schwerfällt, längere Zeit frei zu stehen, stellen Sie sich in einem Abstand an eine Wand oder ein stabiles Möbelstück. Stützen Sie sich mit beiden Händen nach vorn hin an der Wand oder dem Möbelstück ab. Ist auch dies zu anstrengend, führen Sie diese Übung im Sitzen auf einem Stuhl durch. Beenden Sie die Übung wie oben beschrieben.



➡ Bleiben Sie beim Üben im angezeigten Bereich Ihrer persönlichen Wohlfühl-Skala.



**Tipp** Tiefes und regelmäßiges Atmen hilft Ihnen dabei, besser in Ihren Körper hineinzuspüren. Nutzen Sie auch die Schwerkraft, da das Wahrnehmen des Eigengewichts beim Üben bereits ein Loslassen von Anspannung anzeigt.

### Übung 2: Waden

1. Stellen Sie sich aufrecht neben eine Wand. Stehen Sie auf einem Bein und stützen Sie sich mit einer Hand an der Wand ab. Sie können die Übung auch durchführen, ohne sich abzustützen. Aber Sie müssen nicht. Achten Sie darauf, dass das Knie Ihres Standbeins leicht gebeugt ist (➡ 1).
2. Heben Sie die Ferse des Standbeins langsam 4–5 cm vom Boden ab (nicht weiter!) und senken Sie die Ferse ebenso langsam wieder auf den Boden. Bewegen Sie sich dabei so, dass Ihr restlicher Körper bei dieser Bewegung entspannt bleibt. Senken Sie Ihren Blick oder schließen Sie die Augen (➡ 2 und 3).
3. Wiederholen Sie dies so lange, bis Sie Ihre Wade deutlich spüren. Ist Ihre Wadenmuskulatur sehr gut trainiert, bleiben Sie beim Absenken mit der Ferse ca. 1 cm in der Luft und heben Sie sie dann wieder an.

4. Schütteln Sie das Bein aus, mit dem Sie gearbeitet haben, und wechseln Sie zum anderen Bein.
5. Beenden Sie die Übung, indem Sie Ihre beiden Beine und den gesamten Körper leicht ausschütteln.
6. Stehen Sie anschließend auf beiden Füßen. Lenken Sie Ihre gesamte Aufmerksamkeit in den Körper hinein und spüren Sie ein Moment den Bewegungen nach. Vielleicht bemerken Sie einen Unterschied. Möglicherweise spüren Sie Ihre Unterschenkel etwas leichter oder schwerer, etwas wärmer oder lebendiger als vor der Übung.

**Variante** Wenn Sie sehr müde oder geschwächt sind, können Sie diese Übung auch auf einem Stuhl machen. Setzen Sie sich auf die vordere Kante, und heben und senken Sie eine Ferse, während Sie mit dem anderen Fuß das Gleichgewicht halten. Wechseln Sie auf das andere Bein. Beenden Sie die Übung wie oben beschrieben.



**Tipp** Achten Sie darauf, dass Ihr Atem nicht stockt. Atmen Sie regelmäßig und tief. Wenn es sich angenehm anfühlt, richten Sie Ihre Aufmerksamkeit auf die verlängerte Ausatmung.



### Übung 3: Knie, Oberschenkel außen und Gesäß

1. Stellen Sie sich aufrecht hin, die Füße etwa schulterbreit auseinander.
2. Beugen Sie sich nach vorne und stützen Sie sich mit beiden Händen auf dem Boden ab, Ihre Hände platzieren Sie neben Ihren Füßen. Wenn Sie mit dieser Beugung Mühe haben, unterstützen Sie beide Hände mit Kissen oder stellen Sie je einen Stuhl links und rechts neben sich hin, an deren Sitzflächen Sie sich auf halber Höhe halten dürfen.
3. Kopf und Nacken bleiben während der gesamten Übung entspannt hängen. Ihre Nase befindet sich vor Ihren gebeugten Knien. Ist Ihnen dies unangenehm oder können Sie Kopf und Nacken nicht entspannt hängen lassen, wählen Sie bitte eine der Varianten.
4. Heben Sie ein Bein nach hinten in die Luft. Strecken Sie so gut wie möglich das Knie des Standbeins und bewegen Sie Ihr Gesäß nach oben. (→ 1) Dann machen Sie mit Ihrem Gesäß eine Bewegung nach hinten und unten, so als wollten Sie sich auf einen Stuhl hinter Ihnen setzen. Ihr Gewicht verlagern Sie dabei auf die Ferse des Standbeins. (→ 2) Dann bewegen Sie Ihr Gesäß wieder nach oben, so als ob Sie vom Stuhl wieder aufstehen wollten, und strecken Sie dabei Ihr Knie.



5. Führen Sie dies so lange durch, bis Spannung in Knie, Oberschenkel und Gesäß spürbar wird.
6. Schütteln Sie das bearbeitete Bein leicht aus und wechseln auf das andere Bein.
7. Beenden Sie die Übung, indem Sie Ihre beiden Beine und den gesamten Körper sanft ausschütteln.
8. Stehen Sie anschließend auf beiden Füßen, lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit in den Körper hinein und spüren Sie einen Moment den Bewegungen nach. Vielleicht spüren Sie Ihre Beine bis zu den Hüften etwas leichter oder schwerer, etwas wärmer oder aktiver oder lebendiger als vor der Übung.



**Tipp** Achten Sie beim »Hinsetzen« darauf, dass Sie das Knie Ihres Standbeins nicht nach vorne drücken. Damit das Knie nicht überlastet wird, sollte es nicht über die Zehen Ihres Standbeins hinausragen. Verlagern Sie Ihr Gesäß stattdessen nach hinten und unten.

## Übung 4: Innenseite Oberschenkel, Rücken, Seiten und Arme

1. Stellen Sie sich mit gegrätschten Beinen aufrecht hin. Achten Sie darauf, dass Ihre Knie leicht gebeugt sind, und drücken Sie sie etwas nach außen, sodass Sie ein wenig Spannung in der Innenseite Ihrer Oberschenkel und in den Kniekehlen spüren.
2. Beugen Ihren Oberkörper nach vorne und lassen Sie Arme und den Kopf entspannt hängen. Gehen Sie langsam nur so weit hinten, wie sich angenehm anfühlt (→ 1).  
3. Ist Ihnen dies unangenehm, z. B. weil Ihnen schwindelig wird oder sich irgend- wie schummrig anfühlt, wählen Sie bitte die Variante auf der nächsten Seite.
4. Locken vornübergebeugt Ihren Sie Ihre Aufmerksamkeit auf Ihren Atem. Atmen Sie durch die Nase ein und lassen Sie die Luft lange durch den Mund ausströmen. Wiederholen Sie dies noch zweimal.
5. Bewegen Sie Ihren Oberkörper langsam entweder zu Ihrem rechten oder zu Ihrem linken Bein hinüber, ohne dass Sie Ihren Unterkörper bewegen oder das Gewicht verlagern. Spüren Sie die Dehnung in den Rippen. Atmen Sie durch die Nase ein und lassen Sie die Luft lange durch den Mund ausströmen. Wiederholen Sie dies noch zweimal (→ 2).



6. Dann bewegen Sie Ihren Oberkörper langsam auf die andere Seite zu Ihrem anderen Bein, spüren die Dehnung und atmen wieder drei Atemzüge lang in dieser Position wie oben beschrieben.
7. Bringen Sie Ihren Oberkörper wieder zurück in die Mitte und strecken Sie Ihre Arme zwischen den Beinen hindurch nach hinten, Ihre Handflächen zeigen zum Boden und die Innenseite der Arme zeigen nach vorne. Verstärken Sie den Zug in den Armen und Händen so weit, dass es sich noch angenehm anfühlt. Atmen Sie wie oben beschrieben drei Atemzüge lang (► 3).
8. Beenden Sie die Übung, indem Sie langsam in die aufrechte Position zurückkehren und dabei darauf achten, dass Sie den Atem nicht anhalten, sondern regelmäßig weiter atmen.
9. Schütteln Sie dann Ihren Körper leicht aus.
10. Stehen Sie anschließend feet auf beiden Füßen, lenken Sie Ihre gesamte Aufmerksamkeit in den Körper hinein und spüren Sie einen Moment den Bewegungen nach. Vielleicht spüren Sie Ihren Körper anders als zu Beginn der Übung: leichter oder schwerer, wärmer, aktivierter oder lebendiger.



**Tipp** Bei dieser Übung kann durch die sanfte Dehnung der inneren Oberschenkelmuskeln schon ein neurogenes Zittern einsetzen. Achten Sie auf Ihren sicheren Stand und lassen Sie es einfach beobachtend zu. Wenn es bei Ihnen nicht zittert, haben Sie trotzdem alles richtig gemacht.

**Variante**

Diese Übung können Sie auch im Sitzen durchführen. Wählen Sie dafür einen Hocker oder einen fest gepolsterten Stuhl. Stellen Sie Ihre Füße im Schulterabstand auf den Boden, und strecken Sie Ihre Arme locker zwischen Ihren Beinen durch nach hinten, mit den Handflächen nach unten. (► 1)

1. Dann atmen Sie dreimal tief ein und aus wie oben beschrieben.
2. Danach drehen Sie sich mit Ihrem Oberkörper zu einem Fuß, halten mit Ihren

Händen Ihr Fußgelenk und atmen Sie wieder dreimal tief ein und aus. (► 2)

3. Drehen Sie Ihren Oberkörper zu Ihrem anderen Fuß, atmen Sie wieder dreimal tief ein und aus.
4. Bewegen Sie Ihren Oberkörper dann wieder vor Ihre Körpermitte, zwischen Ihre Füße, atmen Sie dreimal tief ein und aus und kehren Sie langsam wieder in eine normale Sitzposition zurück. Beenden Sie die Übung wie oben beschrieben.



### Übung 5: Psoas- und Iliacus-Muskel, Vorderseite, Wirbelsäule und Kopf

1. Stellen Sie sich aufrecht hin, die Beine etwas mehr als schulterbreit auseinander. Gehen Sie deutlich in die Knie und schieben Sie Ihr Becken nach vorn. Sie sollten eine leichte Spannung an der Vorderseite Ihrer Oberschenkel und in der Leiste spüren. Ihre Hände legen Sie mit der Handfläche oder Faust auf Ihr Gesäß. Drücken Sie mit Ihren Händen Ihr Becken noch ein wenig weiter nach vorne. Experimentieren Sie, wie viel Druck mit den Händen Sie sich gut und stabil anfühlt. Ihre Schultern bleiben locker, ebenso Nacken und Kiefer. Ihr Kopf ruht entspannt auf den Schultern. Schauen Sie geradeaus (► 1).
2. Halten Sie diese Position (sie darf etwas anstrengend sein) und lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit auf Ihre Atmung. Atmen Sie durch die Nase ein und lassen Sie die Luft anschließend lange durch den Mund ausströmen. Wiederholen Sie dies noch zweimal.
3. Achten Sie auf einen sicheren Stand und nehmen Sie die Mittellinie (Lot) Ihres Körpers wahr. Drehen Sie Ihren Oberkörper um diese gefühlte Mittellinie herum, entweder nach rechts oder links nach hinten:

Ihre Schultern, Ihren Brustkorb und Ihren Kopf, ein wenig dreht auch Ihr Becken mit. Die Knie bleiben nach vorne gerichtet. Den Kopf legen Sie etwas nach hinten, sodass die Nase nach oben zeigt. Mit geöffneten Augen fokussieren Sie einen Punkt auf Augenhöhe hinter sich. Öffnen Sie Ihren Mund leicht und lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit auf Ihre Atmung. Atmen Sie durch die Nase (oder Mund) ein und lassen Sie die Luft langsam durch den Mund ausströmen. Wiederholen Sie dies noch zweimal (► 2 und 3).

4. Lassen Sie beim Zurückdrehen nach vorne Ihre Augen geöffnet und drehen Sie zuerst Ihren Kopf. Lassen Sie dann den Körper der Augenbewegung folgen.
5. Spüren Sie erneut Ihre Mittellinie (Lot) und drehen Sie Ihren Oberkörper in die andere Richtung, wie unter den Punkten 3 und 4 beschrieben.
6. Beenden Sie die Übung, indem Sie Ihre Beine und den gesamten Körper leicht ausschütteln.
7. Stehen Sie anschließend fest auf beiden Füßen, lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit in den Körper hinein und spüren Sie ein Moment den Bewegungen nach.

**Variante** Führen Sie diese Übung im Sitzen auf einem Hocker durch. Beenden Sie die Übung wie oben beschrieben.



**Tipp** Auch bei dieser Übung kann bereits ein neurogenes Zittern auftreten, auch beim ersten Mal schon. Achten Sie dann besonders auf einen sicheren Stand. Wenn es bei Ihnen nicht zittert, haben Sie trotzdem alles richtig gemacht.





## Übung 6: neurogen zittern im Stehen

Sie brauchen dafür eine sichtbare Uhr und eine Wand. Schauen Sie auf die Uhr, bevor Sie starten, oder stellen Sie sich einen Wecker und beenden Sie Teil 1 dieser Übung nach 3–5 Minuten.

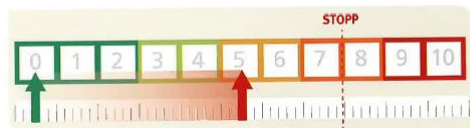
### Teil 1

1. Setzen Sie sich mit dem Rücken gegen eine Wand in eine leichte Hocke, die Füße schulterbreit auseinander, die Fersen fest auf dem Boden. Ihre Arme hängen locker an der Seite des Körpers herunter. Wenn Sie eine leichte (!) Spannung in den Oberschenkeln spüren – perfekt. Ist die Spannung stärker, bewegen Sie den Rücken einige Zentimeter nach oben (➡ 1).
2. Kontrollieren Sie den Winkel Ihrer Knie: Sie sehen Ihren ganzen Fuß – perfekt. Falls nicht, verändern Sie Ihre Stellung, bis Sie den ganzen Fuß sehen.
3. Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit auf die Spannung in Ihren Oberschenkeln und auf Ihr verlängertes Ausatmen. Senken Sie Ihren Blick oder schließen Sie die Augen.
4. Lassen Sie Ihren Körper nun einfach machen. Lassen Sie Zittern und Körperbewegungen nach Möglichkeit zu. Nur wenn die Spannung in den Oberschenkeln ansteigt und unangenehm wird, bewegen Sie den

Rücken möglichst ohne Muskelanspannung einige Zentimeter nach oben und ziehen Ihre Füße ein wenig in Richtung Wand. Das reduziert die Spannung und eventuell zeigt sich das neurogene Zittern dadurch deutlicher. Sie können dies so lange wiederholen, bis Sie aufrecht stehen. Beenden Sie diesen ersten Teil der Übung nach 3–5 Minuten (➡ 2).

### Teil 2

1. Beugen Sie sich mit hängenden Armen langsam nach vorne, gehen Sie nur so weit, wie es sich angenehm anfühlt und Sie Kopf und Nacken locker hängen lassen können (➡ 3).
2. Bleiben Sie in dieser Position ca. 1 Minute. Zählen Sie dabei Ihre Atemzüge, ca. 10, oder machen Sie dies nach Gutdünken. Achten Sie auf einen sicheren Stand und darauf, lange auszuatmen. Lassen Sie Zittern und Körperbewegungen nach Möglichkeit zu.
3. Kommen Sie langsam in die aufrechte Position zurück und atmen Sie dabei tief und regelmäßig.
4. Beenden Sie die Übung, indem Sie Ihre Beine und den gesamten Körper leicht ausschütteln.
5. Stehen Sie anschließend fest auf beiden Füßen, lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit in den Körper hinein und spüren Sie einen



**Tipp:** Beim neurogenen Zittern im Stehen ist es besonders wichtig, dass Sie in Ihrem Wohlfühlbereich bleiben. Es ist möglich, dass Ihr Gehirn und Ihr Körper aus Gewohnheit die steigende Spannung und unangenehme Empfindungen ausblenden. Wenn Sie in diesem »Durchhalte-Modus« sind, versuchen Sie bitte nicht, die Spannung einfach »wegzuatmen«. Versuchen Sie stattdessen immer mehr, Ihre Wohlfühlzone kennenzulernen und zu hüten. Verändern Sie dafür Ihre Position so oft wie nötig.

Moment den Bewegungen nach. Es ist normal, wenn Sie jetzt immer noch leicht zittern oder sich aktiviert fühlen, ein innerliches Vibrieren oder Fließen, ein wackliges Gefühl oder eine ungewohnte Leichtigkeit spüren.

6. Das Zittern beenden Sie, indem Sie Ihre Knie durchstrecken, sich bewusst bewegen und Ihre Muskeln bewusst anspannen und entspannen. Wenn es sich gut anfühlt, lehnen Sie sich einen Moment an die Wand. Machen Sie ein paar Dehn- und Streckbewegungen mit Armen und Beinen, gähnen Sie ausgiebig, gehen Sie ein paar Meter. Vielleicht haben Sie auch Lust, feste, stampfende Schritte zu machen. Und machen Sie eine Pause.

Es ist möglich, dass die Muskulatur in Ihren Oberschenkeln oder in Ihrem Beckenbereich schon beim ersten Mal zu zittern oder zu zucken beginnt. Sollte dies der Fall sein, sind Sie ein Naturtalent. Ihr Körper hat nur darauf gewartet, zittern zu können. Bleiben Sie weiterhin mit Ihrer Aufmerksamkeit beim Spüren der Spannung in Ihren Oberschenkeln und bei Ihrem Atem und entlasten Sie Ihre Oberschenkel wie oben beschrieben. Es kann sogar sein, dass das Zittern beim Entlasten stärker wird.

Es ist ebenfalls möglich, dass Sie selbst kein Zittern, aber vielleicht ein Wärme- oder Kältegefühl spüren, ein Kribbeln, Fließen oder Strömen. Sie sind ein Naturtalent. Denn dies sind ebenfalls Zeichen neurogenen Zitterns. Es ist nicht wichtig, dass es von aussen sichtbar ist. Bleiben Sie einfach mit der Aufmerksamkeit beim Spüren der Spannung in Ihren Oberschenkeln und bei Ihrem Atem und entlasten Sie Ihre Oberschenkel weiter wie oben beschrieben.

Und manchmal geschieht im Körper bei dieser Übung einfach gar nichts: Kein Zittern und auch keine anderen Körperreaktionen. Sie sind drauf und dran, ein Naturtalent zu werden. Sie sind auf dem Weg, Ihrem Gehirn und Ihrem Körper den Weg aus dem »Durchhalte-Modus« zu zeigen. Das einzige, was es hier braucht, ist etwas Geduld, bis Ihr Nervensystem gelernt hat, das neurogene Zittern zuzulassen. Genießen Sie die Vorfreude beim Zögern! Bleiben Sie einfach mit Ihrer Aufmerksamkeit beim Spüren der Spannung in Ihren Oberschenkeln und bei Ihrem Atem und entlasten Sie Ihre Oberschenkel wie oben beschrieben.

### Varianten

1. Falls sich Ihr unterer Rücken bei dieser Übung an der Wand nicht wohlfühlt, können Sie ein flaches Kissen oder eine Decke zwischen die Wand und Ihren Rücken bringen.
2. Um den unteren Rücken noch mehr zu entlasten, pressen Sie Ihre Schultern stärker an die Wand und entfernen sich mit Ihrem Becken wenige Zentimeter von der Wand, sodass sich die Spannung im unteren Rücken löst (➡ 1).
3. Ist die Übung zu wenig anstrengend für Sie und kommen Sie auch nach einiger Zeit des Angewöhntseins nicht ins Zittern, können Sie sie auch auf den Zehenspitzen oder auf den Fersen durchführen. Dies ist vor allem dann empfehlenswert, wenn Sie sehr gut trainierte Oberschenkelmuskeln haben (➡ 2).
4. Diese Übung können Sie auch im Sitzen durchführen. Wählen Sie dafür einen Hocker oder einen fest gepolsterten Stuhl. Stellen Sie Ihre Füße im Schulterabstand auf Ihre Fersen und warten Sie geduldig, was sich als Erstes bewegt (➡ 3).



**Zittern beenden**

6. Strecken Sie Ihre Beine lang aus. Das Zittern hört auf? Perfekt (➔ 1).
7. Falls nicht: Ziehen Sie die Zehen bei gestreckten Beinen in Richtung der Knie. Bleiben Sie einige Sekunden lang in dieser Anspannung, bis das Zittern aufhört. Falls Ihre Arme oder Schultern noch zittern, dehnen Sie Ihre Arme und Hände. Anspannen beendet das neurogene Zittern.

**Integrieren**

8. Ruhen Sie sich eine Weile aus, in Rücken- oder Seitenlage, mit angezogenen Beinen (Fötusstellung). Machen Sie es sich gemütlich. Bleiben Sie dabei im Hier und Jetzt. Beobachten Sie Ihren Atem und Ihr Körpergefühl – und die Entspannungsreaktionen. Sie müssen sonst nichts tun. Beenden Sie das Nachruhen, wenn Ihnen danach ist, jedoch frühestens nach 5, besser nach 10 Minuten.

**Variante 1: neurogen zittern mit aufgestellten Beinen**

Wählen Sie diese Variante, wenn die Schmetterlingsposition schmerzhaft ist.

**Ausgangsposition/Pausenposition**

1. Legen Sie sich auf die Matte, Ihre Arme locker neben dem Körper. Ziehen Sie die Beine an, stellen Sie die Füße eng nebeneinander und lassen Sie die Knie ein wenig nach außen fallen. Bleiben Sie ca. 1 Minute in dieser Position und spüren Sie in sich hinein.
2. Heben Sie das Becken für ca. 1 Minute vom Boden ab. Drücken Sie dabei Ihre Knie etwas nach außen. Legen Sie Ihr Becken nach 1 Minute wieder ab. Lassen Sie alle Anspannung für einen Moment los und atmen Sie tief durch.

3. Um das Zittern zu suchen, beginnen Sie mit geschlossenen Knien. Bewegen Sie diese ca. 5 cm auseinander und bleiben Sie in dieser Position, bis Ihre Beine zu zittern beginnen (➔ 2). Geschieht nach einer Weile nichts, bewegen Sie Ihre Knie in 5-cm-Schritten weiter nach außen – bis irgendwann das Zittern einsetzt oder bis Sie Ihre Knie nicht weiter öffnen können. Hat noch immer kein Zittern eingesetzt, fahren Sie fort, indem Sie die Knie wieder schrittweise zusammenführen und immer in jeder Position geduldig eine Weile warten und dem Körper Zeit geben, seine Bewegungen zu zeigen.
4. Um eine Pause zu machen, strecken Sie die Beine.
5. Fahren Sie fort wie oben unter Punkt 5 beschrieben.

**Variante 2: neurogen zittern im Sitzen (➔ 3)**

Wählen Sie diese Variante, wenn Ihnen die liegende Position unangenehm ist.

1. Sie benötigen einen Sessel oder einen bequemen, stabilen Stuhl mit Rückenlehne und einen weiteren Stuhl oder Hocker für die Beine. Lehnen Sie sich zurück und gehen Sie so gut wie möglich in die oben beschriebene Ausgangsposition.
2. Beugen Sie sich nach vorne und verweilen Sie 2 Minuten in dieser Position, um den Psoas-Muskel leicht anzuspannen.
3. Lehnen Sie sich dann bequem zurück und führen Sie den Ablauf wie oben ab Punkt 3 beschrieben durch. Passen Sie Ihre Bewegungen Ihren gegenwärtigen Möglichkeiten an. Sollten Sie nicht ins Zittern kommen, wiederholen Sie Punkt 2.

**Übung 7: neurogen zittern im Liegen**

Beachten Sie bitte die wichtigen Hinweise auf Seite 107. Stellen Sie den Wecker, bevor Sie starten. Wir empfehlen unbedingt eine langsame Eingewöhnung in das neurogene Zittern wie folgt:

- AnfängerInnen: 1–5 Minuten
- Nach 1–2 Wochen: 5–7 Minuten
- Nach 2 Wochen: 7–10 Minuten
- Nach 3 Wochen: 10–15 Minuten
- Nach 4 Wochen: ohne Wecker,

Es gilt immer noch: Höchstens jeden zweiten Tag zittern! Reduzieren Sie Ihren Einsatz, um das Maximum an Wirkung zu erreichen. Machen Sie immer Pausen beim Zittern (siehe auch Seite 138).

**Ausgangsposition/Pausenposition (➔ 1)**

1. Legen Sie sich auf eine Matte oder Decke, Ihre Arme locker neben dem Körper. Ziehen Sie die Beine an, legen Sie die Fußsohlen gegeneinander und lassen Sie die Knie nach außen fallen. Bleiben Sie ca. 1 Minute in dieser Schmetterlingsposition und spüren Sie in sich hinein.

**Becken anheben (➔ 2)**

2. Drücken Sie die Fersen zusammen und heben Sie mit der aufgebauten Spannung

Ihr Becken für ca. 1 Minute vom Boden ab. Achten Sie darauf, dass Ihre Knie entspannt bleiben und so weit geöffnet, wie es Ihnen ohne Schmerzen möglich ist. Es kann sein, dass Ihr Becken sich sofort zu bewegen beginnt und ein Zittern einsetzt. Legen Sie Ihr Becken nach 1 Minute wieder ab. Lassen Sie alle Anspannung los und atmen Sie tief durch.

**Zittern bewusst herbeiführen (➔ 3)**

3. Heben Sie Ihre Knie leicht an, ca. 5 cm, und bleiben Sie in dieser Position, bis Ihre Beine zu zittern beginnen. Wird die Position unangenehm, schließen Sie die Beine um weitere 5 Zentimeter und bleiben Sie wiederum eine Weile in dieser Position, bis sich das Zittern wieder zeigt. Immer wenn es sich nicht mehr angenehm anfühlt, verändern Sie Ihre Position leicht ins Angenehme.
4. Wenn Sie mit beiden Knien wieder zusammen gekommen sind und sich immer noch kein Zittern eingestellt hat, dann führen Sie die Übung in umgekehrter Richtung weiter und öffnen Ihre Knie im 5-cm-Abstand nach außen.
5. Beenden Sie die Übung, wenn der Wecker klingelt oder Sie sich müde fühlen oder keine Lust mehr haben.

