

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW
Hochschule für Soziale Arbeit HSA
Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit
Olten

Soziale Arbeit mit traumatisierten Kindern
Unterstützungsmöglichkeiten im Alltag in stationären
Einrichtungen

Bachelor Thesis
Lora-Lina Colangelo
Matrikelnummer: 18-495-044

Eingereicht bei:
Dr. Regula Berger
Olten 30.Juni 2022

Abstract

Der stationäre Alltag ist geprägt von der Vielseitigkeit der Kinder und den damit einhergehenden unterschiedlichen Problemlagen. Traumatisierte Kinder sind in stationären Kontexten keine Seltenheit. Die Auswirkungen davon sind vielseitig und können sehr belastend für die Betroffenen und deren Umfeld sein. Professionelle der Sozialen Arbeit sind gefordert, einen Umgang mit den teils herausfordernden Verhaltensweisen der Kinder zu finden und sie so umfassend wie möglich im Alltag zu begleiten und zu unterstützen. Hierzu braucht es ein breites Wissen zu der Thematik und eine reflektierte Auseinandersetzung damit.

Die vorliegende Bachelor-Thesis geht deshalb der Frage nach, wie traumatisierte Kinder im stationären Kontext in der Alltagsbewältigung unterstützt werden können. Einerseits legt diese Arbeit Wissen über Traumatisierungen und deren Auswirkungen im stationären Kontext dar, andererseits diskutiert sie die daraus folgenden Aufgaben und Handlungsansätze für die Professionellen der Sozialen Arbeit.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
1.1 Problematisierung	1
1.2 Relevanz für die Soziale Arbeit.....	1
1.3 Herleitung der Fragestellung.....	2
1.4 Überblick über die Arbeit	3
2 Traumatisierung in der Kindheit	4
2.1 Was ist eine Traumatisierung?.....	4
2.2 Risikofaktoren.....	5
2.3 Arten von Traumatisierung	7
2.4 Folgen einer Traumatisierung	8
2.4.1 Belastungsreaktionen.....	9
2.4.2 Selbstwahrnehmung	10
2.4.3 Emotionsregulation und Impulskontrolle	11
2.4.4 Dissoziation	11
2.4.5 Bindung	12
2.5 Neuropsychologische Auswirkungen	14
2.5.1 Stressreaktion.....	14
2.5.2 Notfallreaktion	15
3 Professioneller Umgang mit Traumatisierung im stationären Kontext	18
3.1 Trauma erkennen und diagnostizieren	18
3.2 Auswirkungen im stationären Alltag.....	21
3.2.1 Beziehungsgestaltung	22
3.2.2 Verhalten.....	23
3.2.3 Selbstwahrnehmung	25
3.2.4 Dissoziation im Alltag	26
3.3 Anforderungen an die Arbeit mit traumatisierten Kindern im stationären Alltag	26
3.3.1 Professionelle Beziehungsgestaltung.....	27
3.3.2 Sicherheit schaffen	29
3.3.3 Stärkung des Selbstverstehens	31
3.3.4 Stärkung der Selbstwahrnehmung.....	32
3.3.5 Förderung der Selbstregulation	33
3.3.6 Förderung der Selbstwirksamkeit	34

3.2.7 Umgang mit Grenzen	34
3.3.8 Traumapädagogische Grundhaltung.....	35
3.2.9 Vernetzung mit der Therapie	36
4 Praktische Handlungsansätze und Unterstützungsmöglichkeiten	37
4.1 Das Gefühl von Sicherheit schaffen	37
4.1.1 Übung sicherer Ort.....	37
4.1.2 Innere Helfer*innen	38
4.1.3 Notfallkoffer	39
4.2 Das Selbstverstehen stärken	39
4.2.1 Kindgerechte Erklärungen	39
4.2.2 Biografiearbeit.....	41
4.3 Die Selbstwahrnehmung und Selbstregulation unterstützen.....	41
4.3.1 Gefühle und Empfindungen kennenlernen und wahrnehmen.....	41
4.3.2 Entspannung einsetzen	43
4.3.3 Trigger kennenlernen	43
4.3.4 Emotionsregulation	44
4.4 Dissoziation Stoppen	44
5 Diskussion.....	46
5.1 Beantwortung der Fragestellung	46
5.2 Bedeutung für die Soziale Arbeit im stationären Kontext	51
5.3 Kritische Würdigung und weiterführende Gedanken	52
6 Literaturverzeichnis	54
7 Ehrenwörtliche Erklärung	59

1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit setzt sich mit dem Thema Traumatisierung in der Kindheit auseinander. Die Autorin dieser Thesis arbeitet im stationären Kontext und ist täglich mit traumatisierten Kindern in Kontakt.

1.1 Problematisierung

«Ein seelisches Trauma bedeutet Leid, oft sogar grosses Leid.» (Fuchs 2017: 307)

Ein Trauma ist das Resultat eines Ereignisses, welches psychisch nicht verkraftbar ist, als lebensbedrohlich wahrgenommen wird, Gefühle von Hilflosigkeit und Ohnmacht auslöst und nicht angemessen verarbeitet werden kann (vgl. Hantke 2015: 120).

Eine Studie aus dem Jahr 2012, welche sich mit Jugendlichen im stationären Kontext in der Schweiz befasst, zeigt auf, dass 80% der 414 befragten Jugendlichen in verschiedenen stationären Kontexten mindestens ein traumatisierendes Erlebnis in ihrer Kindheit oder Jugend durchlebt haben (vgl. Schmid et.al 2012: 48). Auch Schmid (2010) schreibt, dass ungefähr 80% der Kinder aus stationären Einrichtungen in Deutschland angeben, traumatisierende Ereignisse durchlebt zu haben (vgl. Schmid 2010: 36f). Meist wurden diese traumatisierenden Erfahrungen in ihrem Zuhause durch Gewalt, Misshandlung, Vernachlässigung oder Missbrauch gemacht (vgl.: ebd.). Das statistische Bundesamt Deutschlands (D_Statis 2021) meldete im Jahr 2021 den Höchststand an Kindeswohlgefährdungen, der jemals gemessen wurde. Davon sind die meisten Kinder von Vernachlässigung (85%) oder psychischer (34%) und physischer (26%) Misshandlung betroffen (vgl. D_Statis 2021). Fachkräfte in Kinder- und Jugendeinrichtungen berichten zudem, dass bei 75% der Kinder und Jugendlichen ein begründeter Verdacht auf Traumatisierung besteht (vgl. Schmid 2010: 37). Diese Zahlen zeigen auf: Traumatisierte Kinder sind in stationären Einrichtungen keine Seltenheit, sondern eher die Norm.

1.2 Relevanz für die Soziale Arbeit

Mehr als 50% der Kinder und Jugendlichen in stationären Einrichtungen haben in ihrem Leben bereits prägende, strapazierende und wahrscheinlich auch traumatisierende Momente erlebt (vgl. Gahleitner 2011: 44f). Weiter meint Gahleitner (2011), dass der Umgang mit den Auswirkungen auf die Betroffenen und deren Verhalten eine zentrale Aufgabe der Professionellen der Sozialen Arbeit im stationären Kontext darstellt. Gahleitner beschreibt die Tatsache, dass Kinder in stationären Kontexten heutzutage nicht einzelne, klare Krankheiten und Problematiken, sondern oftmals mehrere, miteinander verwobene Thematiken vorweisen (vgl. ebd.).

«Traumatisch Leidende erscheinen oft gar nicht leidend, sondern aggressiv, hyperaktiv, geheimnisvoll oder schlicht unverständlich für ihre Umwelt» (Fuchs 2017: 309)

Fuchs sagt, dass sich Auswirkungen von Traumata unterschiedlich zeigen können und Gahleitner (2011:44) weist auf die Vielseitigkeit der Problematiken der Kinder in stationären Kontexten hin. Aufgrund dieser Vielseitigkeit der Problematiken und unterschiedlichen Auswirkungen von Traumata ist es aus der Sicht der Autorin dieser Arbeit notwendig, über ein theoretisches und methodisches Grundwissen zu verfügen, um Situationen und Problematiken besser einschätzen und somit traumatisierte Kinder im Alltag professionell unterstützen zu können. Zudem brauchen stationäre Einrichtungen und deren Mitarbeitende Strukturen, welche die Tragfähigkeit von solcher Klientel unterstützt (vgl. Gahleitner et.al. 2021: 131). Wie Kinder und Jugendliche unter unerkannten Traumata und deren Folgen leiden können, stellt folgendes Beispiel dar:

Arnar wurde aufgrund einer schweren Abhängigkeitserkrankung der Mutter mit zwei Jahren fremd untergebracht. Im Alter von 14 Jahren kam er in eine therapeutische Wohngruppe. Die Jugendamtsmitarbeiterin bat die Mitarbeiter*innen der Wohngruppe zu einem ausführlicheren persönlichen Gespräch. Laut Akten ist Arnar seit seinem zweiten Lebensjahr in elf verschiedenen Einrichtungen gewesen. Die Gründe für die jeweiligen Entlassungen waren u.a.: wiederholtes Fernbleiben, Impulsdurchbrüche, Verweigerung des Schulbesuchs. In einer der Einrichtungen erfuhr Arnar sexualisierte Gewalt durch Peers. Statt einer Auseinandersetzung mit dem Geschehen erfolgte eine Entlassung. (Gahleitner et. al. 2021: 136).

Bei weiteren Gesprächen mit Psychotherapeuten und Mitarbeiter*innen der Institution stellte sich heraus, dass Arnar unter einer frühen und komplexen Traumatisierung leidet. Bis zum Zeitpunkt dieser Gespräche wurde Arnar aufgrund seiner Verhaltensauffälligkeiten von Institution zu Institution geschoben und es wurde nicht unter Berücksichtigung seiner Traumata mit ihm gearbeitet (vgl. Gahleitner 2011:136). «Soziale Arbeit hat Menschen zu begleiten, zu betreuen oder zu schützen und ihre Entwicklung zu fördern, zu sichern oder zu stabilisieren» (Avenir Social 2010: 6). Doch wie können traumatisierte Kinder bestmöglich im Alltag begleitet, betreut, unterstützt und stabilisiert werden? Und wie kann eine Traumatisierung überhaupt erst erkannt werden? Dies sind Fragen, welche sich für die Soziale Arbeit im stationären Kontext der Kinder- und Jugendhilfe stellen und in dieser Arbeit beantwortet werden sollen.

1.3 Herleitung der Fragestellung

Aus den vorherigen Ausführungen zur Problematisierung und der Relevanz für die Soziale Arbeit ergibt sich folgende zentrale Fragestellung:

Welchen Beitrag können Professionelle der Sozialen Arbeit im stationären Kontext leisten, um traumatisierte Kinder in der Bewältigung des Alltags adäquat zu unterstützen?

Durch die nachfolgenden Unterfragen wird in den einzelnen Kapiteln das Wissen generiert, welches anschliessend zur Beantwortung der Hauptfrage verwendet werden kann:

- (1) Wie wird Trauma definiert und diagnostiziert?
- (2) Welche Herausforderungen stellen sich Professionellen der Sozialen Arbeit in der Arbeit mit traumatisierten Kindern?
- (3) Welche Handlungsansätze zur Unterstützung von traumatisierten Kindern gibt es im Stationären Kontext für die Alltagsbewältigung?

1.4 Überblick über die Arbeit

Um mehr Sicherheit und Verständnis im Umgang mit den Verhaltensweisen von Kindern mit Traumata zu erlangen und sie optimaler unterstützen zu können, setzt sich die Autorin vertieft mit Theorien zum Erklärungs- und Begründungszusammenhang von Traumatisierung in der Kindheit auseinander. Die Arbeit beinhaltet die Definition von Traumatisierung und die möglichen Ursachen. Zudem wird darauf eingegangen, welche Folgen Traumatisierung haben kann und welche Bedürfnisse und Handlungsnotwendigkeiten sich daraus ergeben. Zum Schluss sollen Möglichkeiten zur Erleichterung der Alltagsbewältigung der Betroffenen genannt werden. Das Endprodukt soll eine Arbeit sein, welche immer wieder zur Hand genommen werden kann, um das fachspezifische Wissen aufzufrischen und Ideen für die Unterstützung einzelner traumatisierter Kinder zu erhalten.

Zu Beginn der Arbeit steht das Thema Traumatisierung in der Kindheit im Zentrum. Dabei werden die Ursachen und Folgen von Traumatisierungen erläutert und die Auswirkungen auf das Gehirn beschrieben. Das zweite Kapitel bietet zudem die Grundlage der Theorie für die weiterführende Arbeit. In Kapitel drei geht es vor allem darum, die Thematiken von traumatisierten Kindern im stationären Kontext darzustellen. Es wird darauf eingegangen, inwiefern sich ein Trauma eines Kindes auf den Alltag auswirken kann und welche Handlungsnotwendigkeiten sich daraus ergeben. Zudem wird dargestellt, wie Traumatisierungen erkannt werden können. Im vierten Kapitel wird dargestellt, welche Handlungsansätze für Kinder in der Alltagsbewältigung unterstützend und sinnvoll sein können. Im fünften Kapitel wird die Fragestellung beantwortet, diskutiert und kritisch gewürdigt. Weiterführende Gedanken und ein Fazit bilden den Abschluss.

2 Traumatisierung in der Kindheit

In diesem Kapitel werden die Wissensgrundlagen zu Traumatisierungen erläutert. Dies beinhaltet eine Definition der Traumatisierung, die Risikofaktoren dafür, die verschiedenen Arten von Traumatisierungen und die Auswirkungen davon. Diese Arbeit bezieht sich auf den Lebensabschnitt Kindheit. Zum Abschnitt Kindheit gehören in dieser Arbeit die frühe Kindheit und die Kindheit nach Andresen, Hunner-Kreise und Fries (2013). «Als frühe Kindheit gilt die Lebensphase vor der Schulpflicht.» (Andresen et.al. 2013: 27) Die Kindheit umfasst «die Zeitspanne zwischen zwei Jahren und Pubertät» (Andresen et.al.2013: 34). Die Pubertät beginnt dann, wenn das Kind geschlechtsreif wird und markiert das Ende der Kindheit (vgl.ebd.:39). Somit umfasst der Begriff der Kindheit in dieser Arbeit den Lebensabschnitt von der Geburt bis zur Geschlechtsreife.

2.1 Was ist eine Traumatisierung?

Eine einheitlich geltende Definition für den Begriff Trauma gibt es bis heute nicht, da der Begriff in vielen verschiedenen Professionen und Anwendungsbereichen unterschiedlich gebraucht wird (vgl. Hartung/Spitta 2020: 235). Im folgenden Abschnitt wird erläutert, von welchem Begriffsverständnis die Autorin dieser Arbeit ausgeht.

Der Begriff Trauma hat eine griechische Herkunft und bedeutet so viel wie Verletzung oder Wunde (vgl. Hantke/ Görge 2012: 53). In der Medizin ist mit Trauma meist eine Verletzung des Körpers durch einen Aufprall, Schlag oder eine sonstige äusserliche Einwirkung gemeint. Wenn klar sein soll, dass von einer seelischen und nicht von einer körperlichen Verletzung die Rede ist, wird der Begriff Psychotrauma verwendet. In der Alltagssprache ist es heutzutage oftmals so, dass von einer seelischen Verletzung ausgegangen wird, wenn von Trauma gesprochen wird (vgl. ebd.). Da der Begriff Trauma viele verschiedene Definitionen hat und unterschiedlich verstanden wird, wird in der vorliegenden Arbeit der Begriff Traumatisierung verwendet, welcher den gesamten Prozess um das Trauma herum erfasst (vgl. Baierl 2016a: 22). Hantke (2015) fasst die Entstehung einer Traumatisierung wie folgt zusammen:

Ein Trauma resultiert aus einem Ereignis im Leben eines Menschen, das vom individuellen Organismus als potenziell lebensbedrohlich bewertet wurde, das die Notfallreaktion ausgelöst hat und so mit einer extremen Ausprägung der Körperspannung verbunden war, das in der Flucht oder im Kampf nicht erfolgreich und mit überwältigenden Gefühlen von Angst und Hilflosigkeit verbunden war und nicht ausreichend verarbeitet wurde, weil im Moment des Erlebens eine dissoziative Trennung zwischen Steuerung und Erleben ausgelöst wurde und für die Verarbeitung auch in Folge keine ausreichenden Ressourcen (Gesundheit, andere Menschen, Geld, Nahrung, Geborgenheit etc.) vorhanden waren. (Hantke 2015: 120)

Eine Traumatisierung entsteht grundsätzlich aufgrund einer Erfahrung, welche für einen Menschen psychisch nicht verkraftbar ist (vgl. Hartung/ Spitta 2020: 235). Psychisch nicht verkraftbar ist eine Erfahrung, wenn sie als lebensbedrohlich wahrgenommen wird, intensive Gefühle der Angst und Hilflosigkeit auslöst und nicht angemessen verarbeitet werden kann (vgl. Hantke/ Görge 2012: 54). Ob eine Erfahrung traumatisierend ist, hängt davon ab, wie gut die Situation währenddessen und im Nachhinein verarbeitet und integriert werden kann (vgl. ebd.). Der Unterschied zwischen einer lediglich schlimmen und einer traumatisierenden Erfahrung ist der, dass der emotionale Stress in einer traumatischen Situation so hoch ist, dass die betroffene Person nicht mehr fähig ist, das Erlebte zu bewältigen und zu integrieren und somit die Kontrolle über die Situation verliert und handlungsunfähig ist (vgl. König 2020: 59).

Kinder sind stark abhängig von Erwachsenen und deshalb anfälliger für Traumatisierungen (vgl. Eckardt 2005: 19f). Das Selbst- und Weltverständnis von Kindern ist noch nicht so weit entwickelt, weshalb sie oftmals Situationen und deren Hergang nicht verstehen. Sie tendieren dazu, die Geschehnisse auf sich zu beziehen und sich die «Schuld» dafür zu geben, da sie die Komplexität verschiedener Abläufe und die Gründe für Handlungen anderer, aufgrund ihrer kognitiven Fähigkeiten, noch nicht verstehen. Für die Verarbeitung und Heilung von traumatisierenden Erlebnissen ist die «Sinnggebung» dieser Ereignisse besonders wichtig und gerade für Kinder besonders schwierig (vgl. Fischer/ Riedesser 2003: 276).

2.2 Risikofaktoren

Die Ursachen für Traumatisierungen können unterschiedlich sein. Unter Risikofaktoren werden Lebensereignisse oder Lebensumstände verstanden, welche alleine oder in Kombination eine psychische Störung begünstigen (vgl. Fischer/Riedesser 2003). Nach Weiss (2016a) stellen Risikofaktoren potenzielle Lebensereignisse, welche zu Traumatisierungen führen können, dar (vgl. 2016: 28). Diese Risikofaktoren müssen nicht unbedingt zu einer Traumatisierung führen, können aber der Auslöser für eine Traumatisierung sein. Die **Vernachlässigung** im Kindesalter ist eine der häufigsten vorkommenden Risikofaktoren für eine Traumatisierung (vgl. ebd.). Von Vernachlässigung wird gesprochen, wenn ein Kind über einen längeren Zeitraum nicht die materielle, emotionale und kognitive Versorgung bekommt, die es für die Entwicklung benötigt (vgl. Schone 1997, nach Weiss 2016a: 28). Beispielsweise wird von Vernachlässigung gesprochen, wenn ein Kind zu wenig Nahrung, Zuwendung, Interaktionsmöglichkeiten oder unzureichende Hygiene erhält (vgl. Weiss 2016a: 28f). Vernachlässigung ist entweder aktiv oder passiv, also absichtlich und bewusst oder unbewusst, aufgrund unzureichenden Wissens oder Verständnis der Bezugspersonen (vgl. Schone 1997, nach Weiss 2016a: 28).

Die **seelische oder emotionale Misshandlung**, beispielsweise in Form von Erniedrigungen oder emotionaler Unnahbarkeit der Bezugsperson, stellt eine weitere potenzielle Quelle für eine Traumatisierung dar (vgl. Weiss 2016a: 30). Auch die **körperliche Misshandlung** ist ein häufig auftretender Risikofaktor und eine der offensichtlichsten Misshandlungsformen (vgl. ebd.: 32). **Häusliche Gewalt**, welche die Gewalt zwischen den Bezugspersonen des Kindes meint oder eine Kindeszeugung durch Vergewaltigung der Mutter, was einen erheblichen Einfluss auf die Mutter-Kind-Beziehung haben kann, wird auch als Form von Traumatisierung genannt (vgl. ebd.: 33). Die **traumatische Sexualisierung**, gemeint ist die sexuelle Gewalt, ist eine weitere mögliche Form von Traumatisierung (vgl. ebd.: 35f). Obwohl **Trennungen** von Bezugspersonen zum Leben gehören, können sie für Kinder, umso jünger, desto traumatisierender sein. Vor allem Trennung durch Tod oder die Weggabe durch Eltern werden stellen Risikofaktoren dar (vgl. ebd.: 40). **Psychisch kranke Eltern** stellen auch einen Risikofaktor dar, da die psychosoziale Belastung für Kinder dieser Eltern oftmals enorm hoch ist (vgl. ebd.: 41). Weitere Risikofaktoren können nach Weiss (2016a) auch Armut, Arbeitslosigkeit der Eltern, Umzüge, fortlaufende familiäre Konflikte und weitere sein (vgl. Weiss 2016a: 27).

Während Weiss (2016a: 28) die Risikofaktoren als allenfalls traumatisierende Gegebenheiten beschreibt, definiert Baierl (2016a) Risikofaktoren als Gegebenheiten oder Merkmale, welche das Risiko erhöhen, Folgestörungen aufgrund der traumatischen Ereignisse zu entwickeln. Hierbei werden Faktoren wie unsichere oder ambivalente Bindungstypen, Unverständnis für das Geschehen, tiefer Bildungsgrad der Eltern, tiefer IQ, wenig Selbstvertrauen, Schwierigkeiten der Emotionsregulation, wenig Freunde, Mobbing und einige weitere Faktoren genannt. Bezogen auf die traumatisierende Erfahrung, werden zusätzlich die fortlaufende oder wiederholte Belastung, Unvorhersehbarkeit der Situation, erlebte Bedrohlichkeit der Situation, starke Schmerzen, Kontrollverlust, Schuldgefühle, Hilflosigkeit und die Endgültigkeit eines Verlusts genannt, welche alle auch Einfluss darauf haben, wie gut die Erfahrung verarbeitet werden kann (vgl. Baierl 2016a: 42ff).

Einen Einfluss darauf, wie gut eine traumatisierende Erfahrung verarbeitet werden kann, haben zudem die Resilienzfaktoren des betroffenen Kindes (vgl. Baierl 2016a:44). Resilienzfaktoren sind Merkmale, welche die Widerstandsfähigkeit eines Kindes stärken und unterstützen (vgl. Fegert et. al. 2013: 10). Nach Weiss (2016a) werden traumatisierende Erfahrungen je nach Mittlerfaktoren und Schutzfaktoren unterschiedlich verarbeitet. Unter Mittlerfaktoren werden die Umstände verstanden, unter welchen die traumatisierende Erfahrung geschieht (vgl. Weiss 2016a: 46). Schützende Faktoren sind Faktoren, welche es den Betroffenen erleichtern, sich an die traumatisierenden Gegebenheiten anzupassen und später den Heilungsprozess unterstützen. Schutzfaktoren können zudem die Wirkung eines traumatisierenden Ereignisses oder sogar entstandene Schäden wieder ausgleichen (vgl. Fischer/ Riedesser 2003: 146f).

Solche Faktoren können beispielsweise tragende, sichere Beziehungen zu Bezugspersonen, Humor, Kreativität und überdurchschnittliche Intelligenz sein (vgl. Weiss 2016a: 46).

Das Alter und der Entwicklungsstand des betroffenen Kindes haben ebenfalls einen grossen Einfluss auf die Verarbeitung einer traumatisierenden Erfahrung. Umso jünger das Kind ist, desto grösser können die Auswirkungen sein (vgl. Weiss 2016a: 44).

Es gibt viele verschiedene Faktoren, welche beeinflussen, ob eine Erfahrung traumatisierend ist oder nicht. Ausschlaggebend ist, ob die betroffene Person im Anschluss an eine traumatisierende Erfahrung die Möglichkeiten hat, die noch nicht integrierten, belastenden Empfindungen und Erlebnisse zu verarbeiten (vgl. Hantke/ Görge 2012: 53). Kinder werden in der Verarbeitung solcher Erlebnisse vor allem durch Bezugspersonen unterstützt, indem sie ihnen wieder ein Gefühl von Sicherheit und Kontrolle zurückgeben. Je sicherer eine Beziehung zwischen Eltern und Kind ist, desto mehr Sicherheit kann dem Kind gegeben werden (vgl. ebd.).

2.3 Arten von Traumatisierung

In der Literatur wird zwischen verschiedenen Arten von Traumatisierung unterschieden. «Man-made» Traumatisierungen sind Traumatisierungen, welche durch Menschen verursacht werden. Hierzu gehören beispielsweise Gewalterfahrungen, Vergewaltigung, sexuelle und körperliche Gewalt in der Kindheit und Mobbing (vgl. Heedt 2017: 4f). Zufällige (akzidentielle) Traumatisierungen sind Traumatisierungen, welche beispielsweise aufgrund von Naturkatastrophen oder Verkehrsunfällen passieren. Eine weitere wichtige Unterscheidung, welche gemacht wird, ist die Unterscheidung zwischen dem Typ-I-Trauma und dem Typ-II-Trauma. Beim Typ-I-Trauma handelt es sich um einmalige Erfahrungen. Diese einmaligen Erfahrungen haben die Charaktereigenschaft, dass sie als lebensbedrohlich wahrgenommen werden und plötzlich und überraschend sind (vgl. ebd.). Typ-I Traumatisierungen werden auch „Schocktraumatisierungen“ genannt (vgl. Terr 1995, nach Fischer/Riedesser 2003: 272). Hier verändert sich die Welt des Kindes vom einen auf den anderen Moment. Umso machtloser und hilfloser sich ein Kind mit einer Situation fühlt, desto schlimmer können die Folgen sein (vgl. Eckardt 2005:10). Typ-II-Trauma, auch chronische oder komplexe Traumatisierung genannt, ist gekennzeichnet durch die lange Dauer oder Wiederholung der traumatisierenden Erfahrung (vgl. Heedt 2017: 4f). Während diesen langandauernden, sich wiederholenden Erfahrungen erleben sich die Betroffenen als machtlos und verlieren nach und nach das Vertrauen in die Umwelt und in sich selbst. Auch wenn keine akut ersichtliche Lebensbedrohung für das Kind ersichtlich ist, fühlt es sich für das Kind so an. Dieser Typ von Traumatisierung kann beispielsweise durch wiederholten sexuellen Missbrauch, andauerndes Mobbing oder Krieg entstehen (vgl. Eckardt 2005: 10f).

Die Gefahr von Langzeitfolgen ist nach einem traumatisierenden Ereignis beim Trauma-Typ-II grösser, als beim Trauma Typ I und bei der Man-made Traumatisierung grösser als bei der zufälligen Traumatisierung (vgl. König 2020: 61).

Diese Arbeit bezieht sich vor allem auf den Trauma-Typ-II und dessen Auswirkungen, da die meisten Traumatisierungen zu Hause, wiederholt und durch Bezugspersonen passieren (vgl. van der Kolk 2009: 573). In der folgenden Abbildung werden Kombinationen dieser verschiedenen Arten von Traumatisierungen aufgezeigt.

	Typ I (einmalig, kurzfristig)	Typ II (wiederholt, langfristig)
akzidentielle Ereignisse	<ul style="list-style-type: none"> • schwere Verkehrsunfälle • berufsbedingte Traumata (z. B. Rettungskräfte, Feuerwehr, Polizei) • kurzandauernde Katastrophen (z. B. Wirbelsturm, Brand) 	<ul style="list-style-type: none"> • langanhaltende Naturkatastrophen (z. B. Erdbeben, Hungersnot) • technische Katastrophen (z. B. AKW-Unglück)
interpersonelle traumatische Erfahrungen (man-made)	<ul style="list-style-type: none"> • kriminelle/körperliche Gewalt • sexualisierte Gewalt (z. B. Vergewaltigung) • ziviles Gewalterleben (z. B. Banküberfall) 	<ul style="list-style-type: none"> • Misshandlung • sexualisierte Gewalt • Krieg, Geiselnhaft, Folter • politische Verfolgung • Massenvernichtung

Abb. 1: Systematisierung von Bedingungen von traumatischen Erfahrungen (König 2020: 60)

2.4 Folgen einer Traumatisierung

Traumatisierende Ereignisse sind jeweils mit den gesamten Lebensumständen der betroffenen Personen verwoben (vgl. König 2020: 61). Traumatisierungen in der Kindheit können lebenslange Auswirkungen auf die seelische und körperliche Befindlichkeit haben. Welches Ausmass diese Folgen haben, wird beeinflusst durch den Entwicklungsstand des Kindes während der Traumatisierung, den Entwicklungsbedingungen und der körperlichen und genetischen Verfassung (vgl. Fegert et. al. 2013: 10). Zudem spielen auch die Umstände und die Dauer des traumatisierenden Ereignisses eine grosse Rolle (vgl. Gahleitner/ Basedow/ van Mil 2020: 138). Auch Resilienzfaktoren wie beispielsweise die Bezugspersonen und die dazugehörige Bindung und die Reaktion der sozialen Umwelt haben einen grossen Einfluss auf die Folgen des traumatisierenden Ereignisses (Fegert et. al. 2013: 10).

Die Art der Traumatisierung hat ebenfalls Einfluss auf die Folgen. Einmal vorkommende traumatisierende Erfahrungen lösen eher angeborenen Reflexe und Reaktionen bezogen auf die Erinnerung an das Trauma wie beispielsweise Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) aus. Traumatisierungen des Typ-II haben tiefgreifende Auswirkungen auf den psychischen Zustand und das Gehirn (Van der Kolk 2009: 574f). Im nächsten Abschnitt werden nun die verschiedenen möglichen Folgen einer Traumatisierung in der Kindheit erläutert.

2.4.1 Belastungsreaktionen

Als konkrete Diagnosen nach einem stark belastenden Ereignis können die akute Belastungsreaktion, die Anpassungsstörung und die Posttraumatische Belastungsstörung gestellt werden (vgl. Hensel 2017: 30). Die Diagnose einer **akuten Belastungsreaktion** wird dann gestellt, wenn sich Symptome direkt nach einem belastenden Ereignis zeigen (vgl. ebd.). Die Symptome einer akuten Belastungsstörung treten in der Regel einige Minuten nach dem belastenden Ereignis ein und reduzieren sich innerhalb von zwei bis drei Tagen, teilweise auch schon nach einigen Stunden. Zu den Symptomen gehören Bethäuptheit, sozialer Rückzug, Aufmerksamkeitsstörungen, Probleme mit der Orientierung, Unrast und Symptome panischer Angst wie Schwitzen und Erröten (vgl. ICD-Code 2022: F43.0).

Die **Anpassungsstörungen** gehören in Deutschland zu den am häufigsten diagnostizierten Störungen, da dies eine übliche Reaktion auf Stress bei Kindern ist. Nach dem ICD-10 (2022) wird die Anpassungsstörung dadurch definiert, dass die Betroffenen emotional stark belastet sind und dies die Fähigkeit, soziale Aufgaben zu erfüllen, beeinträchtigt. Die Anpassungsstörung tritt während Anpassungsprozessen bei grossen Lebensveränderungen oder nach belastenden Lebensereignissen auf. Dies können beispielsweise Verluste von nahestehenden Menschen, Trennungen oder grössere Entwicklungsschritte und Krisen wie das Eintreten in eine neue Schule oder Misserfolge sein (vgl. ICD-Code 2022: F43.2). Die Betroffenen leiden unter Ängsten, Sorgen und depressiven Symptomen und sind in ihrer sozialen Funktionsfähigkeit eingeschränkt (vgl. Hensel 2017: 30).

Die **Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)** ist die häufigste Traumafolgestörung. Für eine posttraumatische Belastungsstörung muss eine lebensbedrohliche, gewaltvolle Erfahrung vorliegen, welche Gefühle von Hilflosigkeit, Todesangst und Ohnmacht verursacht. Die Bewältigung dieser Erfahrung ist nicht möglich, da Flucht und Kampf nicht möglich sind und der Todstellreflex aktiviert wird. Die betroffene Person ist nicht mehr in der Lage, das Geschehen zu verstehen und das Grundvertrauen in die Umwelt wird stark erschüttert (vgl. van der Kolk 2009, nach Garbe 2015: 24). Die Symptome einer PTBS sind unterschiedlich. Da während und nach einer Traumatisierung zu viele Stresshormone ausgeschüttet und nicht gebraucht werden, kommt es zu einem Zustand der Überregung (vgl. Garbe 2015: 24).

Zur Ruhe zu kommen ist für Betroffene schwierig und die inneren Unruhen erschweren Erholung (vgl. Garbe 2015: 24). Ein weiteres Symptom ist die Intrusion, welche das Erinnern und Wiedererleben der traumatisierenden Erfahrung meint. Diese Erinnerungen und das Wiedererleben werden durch sogenannte Trigger verursacht, welches Reize sind, die mit dem Trauma assoziiert werden (vgl. ebd.). Die Reize können äusserlich (z.B. hören, sehen, fühlen) oder innerlich (gewisse Gefühle, Gedanken, Körperreaktionen) sein. All diese Reize können die Flucht-, Kampf- oder Todstellreflexe auslösen, da der Mensch sich in so einer Triggersituation genau so fühlt wie während der Traumatisierung selbst (vgl. ebd.: 25).

Solche sogenannten Flashbacks des traumatisierenden Ereignisses können Re-traumatisierungen verursachen und verstärken somit die Trigger und deren Auswirkungen enorm (vgl. Garbe 2015: 25). Die Vermeidung ist ein weiteres Symptom der posttraumatischen Belastungsstörung. Um sich nicht an die traumatisierenden Geschehnisse erinnern zu müssen, werden Dinge, welche damit zu tun haben, einfach vermieden (vgl. ebd.). Beispielsweise vermeiden Menschen, die Opfer sexuellen Missbrauchs wurden, oftmals fremde Menschen. Die, die in einen Autounfall verwickelt waren das Autofahren (vgl. Eckardt 2005: 17). Van der Kolk erwähnt bezüglich der PTBS, dass die Diagnose für Kinder und deren Entwicklung nicht sensibel genug ist und die Auswirkungen von Traumatisierung bei Kindern mangelhaft beschreibt (vgl. van der Kolk 2009: 579). Kinder neigen aufgrund ihrer Entwicklung zu enorm komplexen Störungsbildern mit einer grossen Variation an verschiedenen Symptomen, welche in der Diagnose zur PTBS oftmals nicht abgedeckt sind. Aus diesem Grund kommt es bei Kindern häufig zu Fehldiagnosen (vgl. ebd.: 579f).

2.4.2 Selbstwahrnehmung

Eine Traumatisierung führt zu einer Veränderung der Wahrnehmung bezogen auf das Selbst und die Umwelt und verändert die Art des Denkens, Fühlens und Handelns eines Kindes (vgl. Baierl 2016a: 23f). Nach einer Traumatisierung werden die Umwelt, die Personen darin und die traumatisierte Person selbst durch eine Art «Traumabrille» betrachtet, welche die Sichtweise stark verändert (vgl. ebd.: 30). Bezogen auf die Umwelt kann dies beispielsweise bedeuten, dass der Eindruck entsteht, nicht sicher zu sein und sich schützen zu müssen oder dass ein Gefühl von Machtlosigkeit gegenüber den Geschehnissen im eigenen Leben entsteht. Auch Gefühle von Wertlosigkeit und Scham sind oftmals die Folgen von Traumatisierung. Gedanken wie «ich bin beschmutzt», «ich habe es verdient» oder «ich bin selbst schuld» können entstehen. Wenn sich solche negative Selbstbilder festigen, ist es schwer, diese wieder zum Positiven zu verändern (vgl. Baierl 2016a.: 31). Da Kinder während traumatisierenden Ereignissen handlungsunfähig sind und nicht auf ihre Ressourcen zugreifen können, erfahren sie sich nicht als selbstwirksam (vgl. Schmid 2008: 298). Dies beeinflusst das Selbstkonzept massiv und senkt das Selbstwertgefühl der Betroffenen (vgl. Schmid 2008: 298). Kinder geben sich oftmals selbst die Schuld für das Geschehene und definieren sich als «böse». Dadurch kann das Geschehene begründet werden (das ist mir passiert, weil ich schlecht und böse bin). Es fühlt sich für das Kind sicherer an, selbst böse zu sein, wie wenn es sich eingestehen müsste, dass Personen, welche die Verursacher*innen sind (oftmals Bezugspersonen) bedrohlich sind (vgl. Baierl 2016a: 32).

Wenn es sich um eine «man-made» Traumatisierung handelt oder keine Hilfeleistung von Bezugspersonen gestellt wurde, verliert das Kind das Vertrauen in Andere und beginnt Begegnungen mit anderen als Risikosituation einzuschätzen und sich dementsprechend verteidigend zu verhalten (vgl. Baierl 2016a: 32). Da eine «man-made» Traumatisierung immer auch eine massive Grenzüberschreitung der Täter*innen bedeutet, geht das Verständnis für Grenzen bei Kindern oftmals verloren. Dies kann die Folge haben, dass Kinder entweder alles mit sich machen lassen, da sie ihre eigenen Grenzen nicht mehr wahrnehmen oder dass sie sich gegenüber anderen Personen ungewollt grenzüberschreitend verhalten (vgl. ebd.).

2.4.3 Emotionsregulation und Impulskontrolle

Probleme mit der Emotionsregulation sind bei traumatisierten Kindern nicht selten. Da sie nach einem traumatisierendem Ereignis einem sehr hohen Stresspegel ausgesetzt sind und die Systeme diesen Stress und die damit einhergehenden Emotionen abzubauen versuchen, werden im Gehirn gewisse neuronale Verbindungen gebildet, welche dazu beitragen, dass die Kinder sehr empfindlich auf emotionale Reize reagieren (vgl. Schmid 2008: 291f). Wenn die Fähigkeit der Emotionsregulation beeinträchtigt ist, beeinflusst diese auch die Impulskontrolle und die Selbstregulation. Durch die während der Traumatisierung abgespeicherte Anspannung und das konstant hohe Stresslevel im Körper haben traumatisierte Kinder Schwierigkeiten damit, auf zusätzlichen Stress, Emotionen oder Frustration angemessen zu reagieren. Sie handeln oftmals Impulsgesteuert (vgl. ebd.: 292). Nach van der Kolk und Streeck-Fischer (2000) ist die fehlende Fähigkeit zur emotionalen Selbstregulation die auffallendste Auswirkung bei chronisch traumatisierten Kindern (vgl. Streeck-Fischer/ van der Kolk 2000: 905).

2.4.4 Dissoziation

Während einer Traumatisierung kommt es oftmals vor, dass die Betroffenen dissoziieren (vgl. Hartung/ Spitta 2020: 239). Das eigentliche Geschehen wird von dem Bewusstsein abgespalten. Dadurch wird das Geschehene nicht verarbeitet und wird so abgespeichert, als würde es auch noch nach dem eigentlichen Ereignis weiter andauern und bestehen. Somit bleiben auch die damit einhergehenden körperlichen Reaktionen (Schockstarre) bestehen, was der betroffenen Person aber nicht bewusst ist (vgl. ebd.). Das Geschehene wird durch die Dissoziation nicht in seiner Ganzheit erinnert, sondern nur Bruchteile davon. Diese Bruchteile werden aber ganz klar dem traumatisierenden Erlebnis zugeordnet und funktionieren als «Trigger». Beispielsweise kann ein solcher Trigger eine gewisse Handbewegung sein, welche der/die Täter*in gemacht hat, die beim späteren Beobachten eine Erinnerung auslöst. Diese Erinnerung kann sehr intensiv sein und das betroffene Kind erlebt sich und die eigenen Gefühle wieder, als wäre das traumatisierende Ereignis noch immer da (vgl. Baierl 2016a: 33f).

Durch Traumatisierungen wird die Gefühlswelt der Kinder massiv beeinflusst und sie leiden oftmals unter negativen Gefühlen wie Schuld, Scham, Angst, Gleichgültigkeit, Depression und vielem weiterem. Durch die Erinnerungen an das traumatisierende Erlebnis und durch die Trigger werden Kinder oftmals mit intensiven Gefühlen überschüttet. Diese Gefühle können Kinder überwältigen und dazu führen, dass sie die Kontrolle über ihr Handeln verlieren und Dissoziieren (vgl. ebd.). Die Wut auf, die aus der Sicht des Kindes verantwortlichen Personen für das traumatisierende Erlebnis, wird teilweise unterdrückt, durch Gewalt ausgeübt oder auf andere Bezugspersonen übertragen. Unterdrückt werden die Wutgefühle dann, wenn das Kind noch stark abhängig von den Eltern ist und es für das Kind nachteilig wäre, die Wut herauszulassen, wobei aber Durchbrüche der Wut durchaus möglich sind. Eine Traumatisierung durch Bezugspersonen hat eine grosse Auswirkung auf das Bindungsverhalten der Kinder (vgl. Baierl 2016a: 33ff) und wird im nächsten Abschnitt erläutert.

2.4.5 Bindung

Die Bindungstheorie geht von einem angeborenem Bedürfnis nach Sicherheit und Schutz in bedrohlichen und anspruchsvollen Situationen aus (vgl. König 2020: 91). Wenn ein Kind positive Bindungserfahrungen mit den Eltern machen kann, hilft dies in der Zukunft, stabile Beziehungen aufbauen zu können, welche von Vertrauen, Empathie und Wertschätzung geprägt sind. Eltern mit einem sicheren Bindungsmuster fällt es leichter, auf die Bedürfnisse des Kindes einzugehen und dessen Signale richtig zu interpretieren. Wenn Eltern ihren Kindern mit Empathie begegnen und eine wertschätzende Umgangsform haben, führt dies zu positiven Bindungserfahrungen. Positive Bindungserfahrungen führen mit anderen optimalen Bedingungen zu einer sicheren Bindung vom Kind zu den Eltern. Eine sichere Bindung macht ein Kind widerstandsfähiger und mutiger, neue Erfahrungen zu machen (vgl. Brisch 2021: 105). Wenn die Eltern eines Kindes selbst über kein sicheres Bindungsmuster verfügen, wird es ihnen entsprechend auch schwerer fallen, auf die Bedürfnisse des Kindes einzugehen und das Kind erlebt bereits in den ersten Lebensjahren Zurückweisung oder widersprüchliche Reaktionen auf sein Verhalten. Es entwickelt mit hoher Wahrscheinlichkeit auch eine unsichere Bindung, was dazu führt, dass es dem Kind zukünftig schwerer fällt, anderen zu vertrauen und Nähe zuzulassen (vgl. Brisch 2021: 106). Unsichere Bindungsmuster gelten in traumatisierenden Situationen als Risikofaktor, da sie grundsätzlich zu weniger Selbstvertrauen führen und das Hilfe holen erschweren (vgl. Brisch 2021.: 106). Da Kinder während traumatisierenden Erlebnissen versuchen, sich an ihren Bindungspersonen zu orientieren und sie auf deren Schutz und Unterstützung angewiesen sind, hängen Traumatisierung und Bindung eng zusammen (vgl. ebd.).

Trauma und Bindung beeinflussen sich immer gegenseitig (vgl. König 2020: 91f). Einerseits beeinflussen die bisher gemachten Bindungserfahrungen und die Reaktion der Bindungspersonen auf das traumatisierende Ereignis die Verarbeitung des traumatisierenden Erlebnisses und andererseits hat eine Traumatisierung in vielen Fällen Folgen für die Bindungsentwicklung des Kindes. In Fällen, in welchen die Traumatisierung durch Bindungspersonen stattfindet, ist es für Kinder besonders schwierig, das Geschehene zu integrieren und es entsteht eine tiefe Unsicherheit, ob der Bindungsperson weiterhin vertraut werden kann oder nicht (vgl. ebd.). Wenn die Traumatisierung in den ersten 12 bis 16 Lebensjahren stattfindet, resultiert dies oftmals in einer gestörten Bindungsfähigkeit (vgl. Baierl 2016a:32). Bindungstraumatisierungen sind in westlich geprägten Welten die häufigste auftretende Form von Traumatisierungen. Bindungstraumatisierungen resultieren grundsätzlich aus Bindungen zu Bezugspersonen mit einem traumatisierenden Charakterzug (vgl. Hartung/ Spitta 2020: 264).

Bindungstraumatisierungen beinhalten physische und sexuelle Misshandlungen, körperliche Vernachlässigung und viele kleine traumatisierende Ereignisse, welche sich summieren und auch Mikrotraumatisierungen genannt werden. Beispielsweise können solche Mikrotraumatisierungen wiederholte Abwertung, Alleingelassen werden, Trennungen, Überforderungen, nichtvorhandene Geborgenheit, emotionale Missbräuche und Vernachlässigung sein. Folgen von solchen Bindungstraumatisierungen können Probleme mit der Emotionsregulierung, un-stabile wechselhafte emotionalen Zustände, Beeinträchtigung der Beziehungs- und Bindungsfähigkeit, gestörte Selbst- und Fremdwahrnehmung und Symptomatik, welche aus einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) resultieren, wie beispielsweise Depressionen und Angststörungen sein (vgl. Wöller 2005: 157). Die Bindungsstörung, welche aus einer Traumatisierung durch enge Bezugspersonen entsteht, führt dazu, dass die Kinder das Vertrauen in ihre Umwelt verlieren und auf Kontaktaufnahme von anderen Menschen ängstlich oder abwehrend reagieren (vgl. Brisch 2021: 109). Kinder mit einer gestörten Bindungsfähigkeit sind immer wieder dem Konflikt zwischen dem Bedürfnis nach Nähe und dem Bedürfnis nach Sicherheit ausgesetzt. Sie können niemandem vertrauen, wünschen sich aber trotzdem Nähe. Sobald sie also andere Menschen als nett und vertrauenswürdig wahrnehmen, beginnt der innere Konflikt und somit auch der Stress, da es enorm anstrengend ist, zwischen diesen zwei gegensätzlichen Bedürfnissen zu schwanken. In der Beziehungsausübung bedeutet dies auch, dass sie zwischen Nähe, Distanz und Ablehnung zu ihren Mitmenschen hin und her wechseln (vgl. Baierl 2016a: 32f). Beziehungen halten dies oftmals nicht aus und zerbrechen. Wenn eine Beziehung dieser Herausforderung aber standhält, beginnt es sich für das Kind aufgrund der zuvor gemachten Erfahrungen als gefährlich anzufühlen und das Kind beginnt unbewusst, die Beziehung durch Fehlverhalten zu sabotieren, damit wieder mehr Abstand und somit ein Gefühl von Sicherheit entsteht (vgl. ebd.).

Dieses Verhalten kann auch als eine Art von Kooperation angesehen werden, da die Kinder in solchen Fällen die Beziehung testen und überprüfen ob der Person wirklich vertraut werden kann. Der andauernde Stress, welcher durch diese Dynamiken entsteht, kann zu Erschöpfung, erhöhter Reizbarkeit und psychosomatischen Auswirkungen führen (vgl. Baierl 2016a:32f).

Traumatisierte Kinder (vor allem Kinder, welche vom Typ-II-Trauma betroffen sind) sind in ihrem Alltag stark beeinträchtigt (vgl. Weiss 2016a: 81). Vor allem die Fähigkeit zur Selbstregulation, die Beziehungsgestaltung, das Selbstbild und die Selbstwahrnehmung sind aufgrund der Traumatisierungen eingeschränkt (vgl. ebd.). Bereits das Wissen über die möglichen Folgen von Traumatisierungen und die Berücksichtigung derer im Alltag kann einen positiven Einfluss auf die Arbeit mit den Kindern und auf die Kinder selbst haben. Kinder brauchen Bezugspersonen, welche sie verstehen, Verständnis für ihr Verhalten haben und sie schützen, um sich entwickeln zu können (vgl. ebd.: 83). Um das Verhalten und die Komplexität von Traumatisierungen und somit auch traumatisierte Kinder noch besser verstehen zu können werden im nächsten Kapitel nun die Auswirkungen auf das Gehirn und deren Funktionen erläutert.

2.5 Neuropsychologische Auswirkungen

Das Gehirn und dessen automatische Mechanismen spielen bei Traumatisierungen eine grosse Rolle. In den nächsten Unterkapiteln wird vertieft auf die Funktion des Gehirns eingegangen und die Abläufe während einer Traumatisierung erläutert.

2.5.1 Stressreaktion

Das Gehirn eines Kindes verfügt nach der Geburt über eine grosse Anzahl von noch nicht verknüpften Nervenzellen, welche sich durch neue Erfahrungen verbinden und immer ein grösser werdendes Netzwerk bilden. Die Verknüpfungen führen dazu, dass Erfahrungen gespeichert werden, welche zu späteren Zeitpunkten in ähnlichen Situationen abgerufen werden können (vgl. Garbe 2015: 69). Das kindliche Gehirn kann sich weiterentwickeln und neue Vernetzungen bilden, wenn es mit neuen Informationen und Interaktionen konfrontiert wird und es für die Reaktion darauf auf bereits bestehenden Interaktionsmustern aufbauen kann. Das Gehirn entwickelt sich also dann, wenn es neuen Bedingungen begegnet (vgl. Hüther 2021: 95ff). Je mehr Verbindungen zur Aussenwelt aufgrund der fortschreitenden Entwicklung des Kindes gemacht werden können, desto mehr wird die Hirnentwicklung auch von aussen beeinflusst (vgl. Hüther 2021: 95ff). Die Hirnentwicklung wird nachhaltig beeinflusst und es bilden und stabilisieren sich neue Netzwerke, wenn es zu länger andauernden Veränderungen kommt und wenn die bereits bestehenden Einstellungen, Ideen und Erwartungen nicht mehr deckungsgleich mit einem aktuellen Zustand sind (vgl. ebd.).

Alle diese Veränderungen, denen sich Kinder stellen müssen, bringen das Gleichgewicht (die Homöostase) im Gehirn durcheinander und die bereits bestehenden Regelkreise werden gestört und somit gegensteuernde Prozesse im Gehirn ausgelöst, um wieder ein Gleichgewicht zu erlangen. Alle Reaktionen, welche nach Veränderungen der Gegebenheiten das Gleichgewicht wiederaufzubauen versuchen, werden als «Stressreaktionen» bezeichnet (vgl. Hüther 2021: 95ff.). Eine Stressreaktion folgt auf eine Bedrohung der Homöostase, des inneren Gleichgewichts und der bestehenden Verbindungen und Regelkreisen im Gehirn (vgl. Hantke/Görges 2012: 60). Zu einer Stressreaktion kommt es dann, wenn geeignete Netzwerke im Gehirn bestehen, diese jedoch noch nicht ausgeprägt oder weit genug sind, um die vorliegende Störung zu beseitigen. Eine Stressreaktion bewirkt ein Aktivierungsprozess, welcher unter anderem die Ausschüttung von Noradrenalin auslöst (vgl. Hüther 2021: 98). Der Stress führt im Körper dazu, dass Energie bereitgestellt wird und die Spannung im Körper steigt (vgl. Hantke/Görges 2012: 60). Störungen des Gleichgewichts und somit Stressreaktionen können, wenn mehrmals auftretend und kontrollierbar, zur Stabilisierung und Erhöhung der Effizienz der Reaktion auf die gegebene Herausforderung beitragen. Wenn die Belastungen, welche das Ungleichgewicht verursacht haben, erfolgreich bewältigt werden können, werden somit neue Verbindungen zwischen den Nervenzellen gebahnt und strukturell verändert (vgl. Hüther 2021: 98). Wenn Kindern immer wieder belastenden Situationen ausgesetzt sind, destabilisiert dies die bereits angeeigneten Denk-, Fühl- und Handlungsmuster. Dies führt im Idealfall zur Aneignung von neuen Umgangsstrategien. Wenn Kinder die Erfahrung machen, dass sie fähig sind, eine belastende oder sogar bedrohende Situation für das innere Gleichgewicht selbstständig zu bewältigen und zu kontrollieren, ist dies eine wichtige Erfahrung, welche in Kombination mit dem Erleben von Schutz und Geborgenheit im sozialen Umfeld eine wichtige Grundlage ist, um im späteren Leben Selbstvertrauen und sichere Bindungen aufbauen und erhalten zu können (vgl. ebd.: 100). Können Stressreaktionen nicht bewältigt oder angehalten werden, kann die Destabilisierung, welche durch das Ungleichgewicht ausgelöst wird, vielseitige Auswirkungen haben, worauf im nächsten Kapitel eingegangen wird (vgl. Hüther 2021: 102).

2.5.2 Notfallreaktion

Während einer Stressreaktion kann der Verstand das Verhalten und das Denken noch regulieren. Es können bewusst Entscheidungen getroffen werden, obwohl das Stresslevel erhöht ist. Ist eine Belastung aber so hoch, dass sie nicht mehr nur als herausfordernd, sondern als bedrohlich wahrgenommen wird, löst dies nach einer Orientierungsreaktion die Notfallreaktion aus (vgl. Hantke/ Görges 2012: 60).

Die Orientierungsreaktion läuft automatisch ab und das Kind überprüft, ob und wie die Menschen rund herum reagieren und ob diese allenfalls Schutz für die bedrohliche Situation bieten können. Wenn keine anderen Menschen vor Ort sind, sie nicht auf die bedrohliche Situation reagieren oder gar selbst die bedrohliche Situation darstellen, schaltet der Körper auf die Notfallreaktion um (vgl. Hantke/ GörGES 2012: 57f). Hierbei wird die Amygdala, welche zum limbischen System gehört und zuständig für die Reaktion auf Gefahrensituationen ist, auf eine Alarmstufe umgeschaltet und leitet alle Energie in die grösseren Muskelgruppen wie Beine und Arme um, welche dadurch für Kampf oder Flucht bereit gemacht werden sollen (vgl. ebd.: 59). Die Amygdala wird auch Warnzentrale genannt, da sie bedrohliche Reize mit Angst verbindet und so abspeichert. Umso öfter ein Reiz mit Angst verbunden wird und dementsprechend gehandelt werden muss, desto empfindlicher reagiert die Amygdala später auf diese oder ähnliche Reize (vgl. Garbe 2015:78f). Wenn die Amygdala auf die Alarmstufe umschaltet, wird die Grosshirnrinde mit viel weniger Blut versorgt wie gewöhnlich, was deren Funktion stark beeinträchtigt (vgl. ebd.: 59). Die Funktion der Grosshirnrinde, auch Neocortex genannt, welche zuständig für bewusstes Wahrnehmen, Entscheidungstreffen und die sprachliche Verarbeitung ist, wird heruntergefahren und somit sind bewusste Entscheidungen kaum mehr möglich. Des Weiteren werden auch alle anderen Bereiche im Körper, welche zu viel Energie brauchen, heruntergefahren. Beispielsweise kann es sein, dass der Darm entleert wird, um die Belastung des Körpers zu senken. Der Körper hat jetzt viel mehr Kraft zur Verfügung, um das eigene Überleben zu sichern (vgl. ebd.: 59f). Wenn die bedrohliche Situation nun mit Kampf oder Flucht bewältigt werden konnte und die Energie und Stresshormone, welche sich angestaut hatten, abgebaut werden, dann kann sich das gesamte System wieder entspannen und erholen (vgl. ebd.: 80f).

In Fällen, in welchen weder Kampf noch Flucht möglich sind oder als unmöglich wahrgenommen werden, bedarf es eine weitere Reaktion des Körpers, um das Überleben zu sichern. Es kommt zum «Todstellreflex», auch «Freeze-Zustand» genannt (vgl. Hantke/ GörGES 2012.: 61). Da während der Vorbereitung auf Kampf oder Flucht viel Spannung aufgebaut wird und nicht verbraucht wird, muss der Körper die Spannung wieder abbauen, um sich nicht zu stark zu belasten. Teilweise wird auch der Begriff «Lähmung» verwendet, da die betroffene Person in diesem Moment nicht mehr fähig ist, zu handeln und keine Kontrolle mehr über die eigene Muskulatur hat (vgl. Hantke/ GörGES 2012: 61). Obwohl der Körper in diesem Zustand nicht aktiv handelt, ist er noch komplett energiegeladen. Da sich Kinder mit abnehmendem Alter weniger schützen können, bleibt auch mehr Energie im Körper übrig. Der Schutz durch Erwachsene ist bei Kindern deshalb enorm wichtig, da sie durch deren Schutz Stress abbauen können (vgl. Levine/ Kline 2005: 24f). Die Ausschüttung von Endorphinen reduziert das Schmerz- und Angstempfinden und es kommt zu einem Zustand der Taubheit (vgl. Garbe 2015:81).

Levine und Kline (2004) betonen, dass die Basis einer Traumatisierung physiologisch und nicht psychologisch ist (vgl. Levine/ Kline 2005: 22f). Eine der grössten Aufgaben des Gehirns ist es, das Überleben zu sichern. Um eine Traumatisierung zu vermeiden, müsste es möglich sein, die gesamte Energie, welche sich in der Notfallreaktion anstaut, während der bedrohlichen Situation oder kurz darauf loszuwerden (vgl. ebd.). Wenn dies nicht der Fall ist, kann die Energie nicht entweichen und bleibt im Körper, was einen starken Einfluss darauf hat, ob später Symptome einer Traumatisierung auftreten (ebd.: 24). Wenn der Todstellreflex einsetzt und die betroffene Person nicht mehr handlungsfähig ist, wird durch Dissoziation die Gefahr ausgeblendet. Diese Reaktion hilft zwar dabei, den Schmerz, die Angst und die Machtlosigkeit zu vermindern, hat aber auch negative Folgen (vgl. ebd.). Durch Dissoziation wird die traumatisierende Erfahrung im Hirn abgespalten. Da die Grosshirnrinde inaktiv wird und das Erlebte dadurch gespeichert, aber nicht eingeordnet oder verarbeitet wird, kann die Dimension von Raum und Zeit nicht wahrgenommen werden und das Erlebnis wird somit nicht als vergangen, sondern aktiv weiterlaufend abgespeichert. Dies hat einen erheblichen Einfluss auf das Stressempfinden der Betroffenen (vgl. ebd.). Wiederholte Traumatisierungen verändern die Strukturen und funktionellen Prozesse des Gehirns und daraus folgend auch das Verhalten von Kindern (vgl. Anda et.al. 2006, nach Gahleitner/ Rothdeutsch-Granzer 2016: 143). Dadurch, dass das Erlebnis als aktiv weiterlaufend abgespeichert wird, setzt sich die Überlebensstrategie fort, obwohl sie nicht mehr nötig wäre (vgl. Gahleitner/ Rothdeutsch-Granzer 2016: 143). Nach einer Traumatisierung nehmen die Betroffenen die Umwelt mit einem veränderten Nervensystem wahr. Alle Energie wird dafür verwendet, die Unruhen im inneren zu bezwingen (vgl. van der Kolk 2021:68). Die Verbindung der Amygdala zur Grosshirnrinde ist nach einer Traumatisierung weiterhin beeinträchtigt, was dazu führt das betroffene Kinder auf Reize viel empfindlicher reagieren und schneller übererregt sind, dissoziieren oder erstarren (vgl. Weiss 2014: 102).

Traumatisierungen haben neben den Auswirkungen aufs Gehirn noch viele weitere Auswirkungen auf den Alltag der Betroffenen. Diese Auswirkungen werden im nächsten Kapitel erläutert.

3 Professioneller Umgang mit Traumatisierung im stationären Kontext

Das Kapitel zwei setzte sich mit den Grundlagen der Traumatisierung auseinander. Für einen professionellen Umgang mit traumatisierten Kindern ist es unabdingbar, sich mit diesen auseinanderzusetzen (vgl. Weiss 2016b: 20). In diesem Kapitel wird dargelegt, wie Traumatisierungen erkannt und diagnostiziert werden können. Des Weiteren wird der Fokus auf die Praxis der stationären Kinder- und Jugendhilfe gelegt und anhand dessen Handlungsnotwendigkeiten daraus abgeleitet.

Der stationäre Kontext meint hier eine stationäre Erziehungshilfe. Allgemein lässt sich zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Erziehungshilfen unterscheiden (vgl. Schnurr 2014: 4). Während in teilstationären Kontexten Klient*innen nur zeitweise betreut werden, zielen ambulante Erziehungshilfen darauf ab, die Lebensbedingungen von Menschen zu verbessern, ohne dass eine stationäre Unterbringung nötig ist. Stationäre Kontexte stellen für Kinder einen Lebensort ausserhalb ihrer Herkunftsfamilie dar, an welchem sie tagsüber oder auch über Nacht untergebracht sind. Die Heimerziehung stellt beispielsweise eine klassische Form der stationären Erziehungshilfe dar und fällt somit unter den stationären Kontext (vgl. ebd.: 4f).

3.1 Trauma erkennen und diagnostizieren

Im Idealfall kann eine Traumatisierung erkannt und diagnostiziert werden, um den Unterstützungsbedarf möglichst auf das Kind anzupassen. Die Diagnostik muss umfassend, zielgerichtet und handlungsorientiert sein, damit eine möglichst zielführende Hilfeplanung stattfinden kann (vgl. Wolf 1998, nach Weiss 2016a: 102). Wenn keine traumasensible Diagnose durchgeführt wird, kann es sein, dass übersehen wird, dass Kinder, welche Symptome einer sozialen Beeinträchtigung, ADHS, Depression oder anderer Störungen aufweisen, diese aufgrund einer Traumatisierung zeigen (vgl. Baierl 2016a: 24).

Traumatisierungen in der Kindheit können sich unterschiedlich auf die Entwicklung des Kindes auswirken, unterschiedliche Symptome erzeugen und im späteren Leben somit auch zu verschiedenen Diagnosen führen (vgl. Fischer/Riedesser 2003: 273). Wenn die Symptome einer Traumatisierung nicht genauer betrachtet werden, werden Kinder oftmals als boshaft, faul und aggressiv bezeichnet oder das Verhalten als Soziale Beeinträchtigung eingestuft (vgl. Baierl 2016a: 39).

Obwohl die Auswirkungen einer Traumatisierung sehr unterschiedlich sein können, haben Traumatisierungen in der Kindheit nach Terr (1995) meist vier Symptome gemeinsam und können dadurch erkannt werden (vgl. Terr 1995, nach Fischer/Riedesser 2003: 273).

Eines dieser Symptome sind die immer wieder auftretenden, ungewollten Erinnerungen an das traumatisierende Ereignis. Sich wiederholende Verhaltensweisen sind ein weiteres Symptom. Hierzu gehört auch das „traumatische Spiel“. Kinder wiederholen hierbei spielend immer wieder das traumatisierende Erlebnis und reinszenieren verschiedene Bestandteile des Erlebnisses und der Reaktion der beteiligten Personen. Durch Spielen versucht das Kind die Traumatisierung zu verarbeiten, ist sich dem aber nicht bewusst. Das dritte Symptom sind Ängste, welche sich spezifisch auf die traumatisierende Erfahrung beziehen. Das vierte und letzte Symptom und nach Terr auch die wichtigste Folge einer Traumatisierung ist «die Erschütterung des kindlichen Weltverständnisses» und somit eine von aussen wahrnehmbare Veränderung der Einstellung des Kindes gegenüber seiner Umwelt, des ganzen Lebens und der Zukunft (vgl. Terr 1995, nach Fischer/Riedesser 2003: 273).

Die folgeschwersten Auswirkungen haben Traumatisierungen während den ersten zehn Lebensjahren und entwickeln sich im späteren Leben oft zu einer klaren PTBS (vgl. van der Kolk et.al. 2005, nach van der Kolk 2009: 579). Die Diagnose einer PTBS ist nicht auf die Entwicklung der Kinder angepasst und umfasst nicht alle Symptome einer Traumatisierung eines Kindes, welches noch in der Entwicklung ist. Die Symptome im Kindesalter sind individuell, variieren und sind sehr komplex (vgl. van der Kolk 2009: 579).

Wie auch bereits Fischer und Riedesser (2003: 273) aussagen, benennt auch van der Kolk (2009), dass dadurch oftmals mehrere verschiedene Diagnosen gestellt werden und nicht in Zusammenhang mit der Traumatisierung gebracht werden. Somit bekommen die Kinder auch nicht die Hilfestellungen, welche sie benötigen würden (vgl. van der Kolk 2009: 579). Aus dem Grund, dass die Diagnose PTBS die Auswirkungen auf die Entwicklung der traumatisierten Kinder nicht beinhaltet, braucht es eine Klassifikation, welche die Einordnung von traumatisierenden Erfahrungen weiter gefasst definiert (vgl. ebd.). Aus dem Hintergrund dieser Überlegungen wurde eine neue, passendere Diagnose entworfen, welche „Entwicklungs-trauma-Störung“ genannt wird (vgl. ebd.: 580f). In der folgenden Abbildung werden verschiedene Aspekte dieser Diagnose aufgezeigt. Die vorgeschlagene Diagnose beruht auf der Annahme, dass chronische Traumatisierungen, wie beispielsweise häusliche Gewalt oder körperliche und sexuelle Misshandlung konsistente und voraussehbare Folgen haben (vgl. van der Kolk 2009: 581f).

Entwicklungs-trauma-Störung
<p>A. Exposition</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Häufige oder chronische Exposition gegenüber einem oder verschiedenen entwicklungshemmenden zwischenmenschlichen Traumatisierungen (Verlassenwerden, Vertrauensbruch, körperliche Übergriffe, sexuelle Übergriffe, Bedrohungen der körperlichen Unversehrtheit, Zwangspraktiken, emotionale Misshandlung, Zeuge von Gewalt und Tod). 2. Subjektive Erfahrungen (Wut, Vertrauensbruch, Angst, Resignation, Demütigung, Beschämung). <p>B. Getriggertes Muster wiederholter Dysregulation als Reaktion auf Traumareize Dysregulation (hohe oder niedrige) in Anwesenheit von Reizen, Veränderungen halten an, kehren nicht zur Baseline zurück und werden durch Bewusstmachen nicht in ihrer Intensität reduziert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Affektiv • Somatisch (physiologisch, motorisch, psychosomatisch) • Im Verhalten (z. B. Reinszenierung, Selbstverletzung) • Kognitiv (denken, dass es wieder passiert, Verwirrtheit, Dissoziation, Depersonalisierung) • In Beziehungen (Klammern, aufsässiges Verhalten, misstrauisch, fügsam) • Selbstattribution (Selbsthass und -beschuldigung) <p>C. Anhaltende veränderte Attributionen und Erwartungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Negative Selbstattributionen • Misstrauen gegenüber beschützenden Bezugspersonen • Verlust der Erwartung, durch andere geschützt zu werden • Verlust von Vertrauen, durch soziale Institutionen geschützt zu werden • Mangelnder Rückgriff auf soziale Gerechtigkeit/Vergeltung • Unvermeidbarkeit der Opferrolle <p>D. Funktionelle Beeinträchtigungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erziehung/Bildung • Familie • Gleichaltrige • Rechtlich • Beruflich

Abb. 2: Aspekte der Entwicklungs-trauma-Störung (van der Kolk 2009: 581)

Gahleitner (2021:83) benennt, dass Professionelle der Sozialen Arbeit in stationären Kontexten die Aufgabe haben für die Diagnostik ein Vorgehen zu wählen, welches von Interdisziplinarität und Mehrdimensionalität geprägt ist (vgl. Gahleitner 2021: 83). Nur solch ein Vorgehen ermöglicht ein vertieftes und traumasensibles Verständnis für die Situation traumatisierter Kinder und ermöglicht somit auf das Kind angepasste Hilfeplanung (vgl. ebd.). Interdisziplinarität bedeutet bezogen auf die Diagnostik, dass medizinisches, psychologisches und sozialpädagogisches Wissen herbeigezogen wird (vgl. ebd.). Die Traumapädagogik arbeitet hierfür mit dem diagnostischen Fallverstehen, welches sich aus der klassifikatorischen Diagnostik, der Biografiearbeit und der Lebensweltdiagnostik zusammensetzt (vgl. Baierl 2016b: 72f).

Für **die klassifikatorische Diagnostik** sind vor allem psychologische und psychiatrische Fachleute wie Psychotherapeuten und Fachärzte zuständig (Baierl 2016b: 74). Jedoch müssen Professionelle der Sozialen Arbeit fähig sein, die klassifikatorische Diagnostik zu verstehen, anzuwenden und kritisch hinterfragen zu können (vgl. Gahleitner 2021: 84).

Durch die klassifikatorische Diagnostik werden auftretende Symptome der Betroffenen anhand von Klassifikationssystemen einer oder mehreren Diagnosen zugeordnet. Hierfür wird beispielsweise das Multitaxiale Diagnosesystem (MAS) des ICD-10 verwendet, welches auch biografische und soziale Faktoren berücksichtigt (vgl. Gahleitner 2021: 85).

Die Biografiediagnostik wird in der Praxis für die Herauskrystallisierung der Dynamiken und Entwicklungen der Kinder genutzt (vgl. Baierl 2016b:74). Zudem werden Zusammenhänge und Rahmengengebenheiten erforscht. Hierbei wird die Sicht des betroffenen Kindes stark miteinbezogen. Zentral bei der Biografiediagnostik ist die Erarbeitung der Lebens- und Familiengeschichte der Kinder (vgl. ebd.). Methoden wie das Lebensbuch unterstützen Kinder darin, ihre Herkunft, die Bedingungen ihres Aufwachsens und die gemachten Erfahrungen und Erlebnisse und all deren Zusammenhänge zu erinnern und zu erkennen. Dadurch sollen Kinder erkennen können, dass sie keine Schuld an den Dingen haben, welche ihnen wiederfahren sind (vgl. Gahleitner 2021: 90).

Durch **die Lebensweltdiagnostik** sollen durch die Professionellen der Sozialen Arbeit die aktuellen Gegebenheiten im Leben der betroffenen Kinder und deren Involviertheit darin erkannt werden (vgl. Baierl 2016b: 74). Hierbei sollen die Kinder anhand von möglichst partizipativen Methoden die Möglichkeit erhalten, ihre Lebenswelt aus ihrer Sicht darzustellen (vgl. ebd.).

Durch die Zusammenfügung dieser drei Diagnostiken können dann beispielsweise Ressourcen, Stärken, Risikofaktoren und Belastungen des Kindes und deren Umwelt erschlossen werden (vgl. ebd.:75).

3.2 Auswirkungen im stationären Alltag

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, geben 80 Prozent der Kinder in stationären Einrichtungen in Deutschland an, mindestens ein traumatisierendes Ereignis durchlebt zu haben (vgl. Schmid 2010: 36f). Aufgrund von Traumatisierungen entwickeln Kinder oftmals Überlebensstrategien, welche ihnen im Alltag wie grosse Steine im Weg liegen. Beispielsweise erschweren diese Überlebensstrategien den Aufbau von nachhaltigen Beziehungen und den allgemeinen Zugang zu anderen Kindern oder Erwachsenen. Das soziale Teilhaben wird somit stark beeinträchtigt (vgl. Weiss 2016b:20). Die Folgen von Traumatisierungen können sehr unterschiedlich sein. Im Kapitel 2.3 wurden einige mögliche Folgen von Traumatisierungen aufgezeigt. Aufbauend darauf wird der Fokus nun auf die Auswirkungen im stationären Alltag gelegt. Die Autorin dieser Arbeit hat sich in diesem Kapitel auf die ihr am wichtigsten erscheinenden Auswirkungen beschränkt.

3.2.1 Beziehungsgestaltung

Einer der grössten Einflüsse auf die Arbeit mit traumatisierten Kindern im stationären Alltag hat die Bindungsfähigkeit der Kinder, da Erziehung auf Beziehung und somit auch auf Bindung aufbaut (vgl. Schmid 2008: 293f).

Traumatisierte Kinder haben oftmals eine gestörte Bindungsfähigkeit. Die ersten Bindungserfahrungen, welche mit den Eltern gemacht werden, ergeben bei den Kindern ein inneres Bild, welches den Umgang mit Menschen widerspiegelt. Vor allem Kinder, welche von ihren Eltern misshandelt und vernachlässigt werden oder wurden, haben dementsprechend grosse Schwierigkeiten dabei, tragfeste, gesunde Beziehungen aufzubauen (vgl. Streeck-Fischer/van der Kolk 2000: 911). Aufgrund des bereits beschriebenen Dilemmas zwischen Nähe und Sicherheit ist der tragfeste Beziehungsaufbau im stationären Kontext erschwert (vgl. Baierl 2016a: 32). Wenn es zu positiv geprägten Beziehungen kommt, beginnen traumatisierte Kinder oftmals, sie zu sabotieren, da sie die Nähe nicht kennen und nicht aushalten, weil sie aufgrund früher Bindungserfahrungen bedrohlich ist (vgl. ebd.). Traumatisierte Kinder haben ein grundlegendes Misstrauen gegenüber anderen und denken, dass sie sich auf kaum jemanden verlassen können (vgl. Cole/Putnam 1992, nach van der Kolk 2009: 578). Andere Menschen, werden entweder als böse und Ursprung ihres Leidens oder als Quellen der Unterhaltung und des Vergnügens betrachtet. Sie werden kaum als Wesen mit eigenen Gefühlen und Bedürfnissen wahrgenommen was ihre Empathiefähigkeit beeinträchtigt. Da traumatisierte Kinder die Erfahrung gemacht haben, dass sie keine Macht und Beteiligung daran haben, was ihnen widerfährt, können sie die Zusammenhänge zwischen Ursache und Wirkung nur schlecht einschätzen. Aus diesem Grund handeln sie oftmals, ohne zu überlegen, welche Auswirkungen dies haben könnte und drücken ihre Bedürfnisse über Handlungen anstatt Worte aus. Allgemein fällt es ihnen schwer, ihre Gefühle mit Worten auszudrücken. Neues stellt eine Herausforderung dar, da es eine eventuelle Bedrohung darstellt. Obwohl Vertrautes theoretisch oftmals eher eine Quelle des Leidens ist, wird dies als sicher eingestuft und gesucht (vgl. Streeck-Fischer/van der Kolk 2000: 905fff). Wenn versucht wird neue Beziehungen einzugehen, machen traumatisierte Kinder oftmals schlechte Erfahrungen, da sie keine positiven inneren Bilder von Beziehungen haben, auf welche sie zurückgreifen können und auch keine gesunden Grenzen ziehen können (vgl. Grossmann/Grossmann 2017, nach Gahleitner 2021: 42). All diese Auswirkungen auf die Beziehungsdynamik sind vor allem angetrieben von erdrückender Angst. In stationären Kontexten, wie auch sonst im Leben, werden traumatisierte Kinder immer wieder in ihnen bekannte Beziehungsdynamiken zurückfallen. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass stationäre Einrichtungen vorbereitet sind, Kinder mit solchen Dynamiken auffangen zu können und zu verhindern, dass diese Dynamik gefestigt wird (vgl. Baierl 2016a: 33).

Traumatisierte Kinder übertragen die Rolle ihrer Bindungspersonen, welche vielfach für die Traumatisierungen verantwortlich sind, auf Personen in ihrem nahen Umfeld. Dadurch werden frühere Erinnerungen auf Personen bezogen, welche eigentlich gar nicht involviert waren (vgl. Garbe 2015: 135f). Dieses Überstülpen der Rolle der Bindungsperson auf eine andere Person, nennt sich „Übertragung“ und ist eine Art Abwehrform, welche angewendet wird, wenn ein Kind eine tiefe Unsicherheit verspürt und die innere Stabilität bedroht ist (vgl. ebd.). Übertragungen passieren oftmals dann, wenn etwas am Gegenüber (Rolle, Verhalten, Persönlichkeit, Aussehen), oder an der Gefühlsregung des Kindes (Wut, Hilflosigkeit, Bedürftigkeit) an die traumatisierende Bindungsperson erinnert (vgl. ebd.: 138). Die Reaktion, welche die Person auf die Übertragung zeigt, nennt sich „Gegenübertragung“. Gegenübertragungen können für traumatisierte Kinder und für die Beziehung zu ihnen Chancen, aber auch Gefahren darstellen (vgl. ebd.: 135). Eine Chance stellt eine Gegenübertragung dann dar, wenn die Person, auf welche die Rolle übertragen wird, dies realisiert und dem Kind vorsichtig vermitteln kann, dass es sich gerade nicht um die Bindungsperson handelt. Dadurch kann die Beziehung wieder realitätsnahe gestaltet und positive Erfahrungen gemacht werden. Problematisch wird eine Gegenübertragung dann, wenn die Person, auf welche die Übertragung stattfindet, dies nicht realisiert und negativ darauf reagiert. Oftmals wird bei der Übertragung die Rolle des/der Täter*in übertragen und in einer ungünstigen Situation wird diese Rolle unbewusst übernommen und es kann zu erneuten Traumatisierungen des Kindes kommen (vgl. ebd.: 137f). Dafür, dass solche Übertragungen stattfinden, können die betroffenen Kinder nichts. Die Pädagog*innen müssen die Verantwortung für solche Auslöser übernehmen (vgl. ebd.: 138).

3.2.2 Verhalten

Die Grenzen traumatisierter Kinder wurden oftmals massiv überschritten, wodurch das Verständnis für die eigenen und fremden Grenzen eingeschränkt wird. Traumatisierte Kinder zeigen deshalb häufig **grenzüberschreitendes Verhalten** oder nehmen ihre eigenen Grenzen nicht mehr wahr (vgl. Baierl 2016a: 32). 91% von 319 befragten pädagogischen Mitarbeitenden aus der Schweiz, welche in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen tätig sind, gaben in einer Umfrage zu belastenden Situationen im Arbeitsalltag an, in den letzten drei Monaten von Grenzverletzungen seitens der Kinder und Jugendlichen betroffen gewesen zu sein (vgl. Steinlin et. al.: 22). Als Grenzverletzungen wurden hierbei vor allem Beschimpfungen, verbale Drohungen und körperliche Angriffe genannt (vgl. ebd.)

«Traumatische Lebensereignisse können auf vielfältige Art und Weise die Wahrscheinlichkeit für eskalierende Interaktionen zwischen den betreuten Kindern und Jugendlichen und den erwachsenen Bezugspersonen erhöhen.» (Schmid/ Fegert 2015, nach Steinlin et. al. 2015: 23)

Zu eskalierenden Interaktionen und Grenzüberschreitungen kommt es im Alltag wiederholend, da traumatisierte Kinder Probleme mit der **Selbststeuerung und Emotionsregulation** aufweisen. Deshalb fällt es ihnen schwer, aggressive Impulse zu steuern oder zu hemmen (vgl. Steinlin et. al. 2015: 23). Viele Eskalationen im Alltag basieren darauf, dass die Kinder ihre eigenen Emotionen nicht richtig wahrnehmen und deshalb nicht verarbeiten können. Die Kinder nehmen ihre Emotionen erst ab dem Zeitpunkt wahr, wenn sie bereits nicht mehr bewältigt werden können und die Anspannung zu hoch ist, so dass nur noch mit Aggression oder Weglaufen reagiert werden kann (vgl. ebd.).

Emotionsregulations-Probleme können nach Schmid (2008) noch weitere Auswirkungen auf den Alltag haben (vgl. Schmid 2008: 292). Kinder verspüren nach einem traumatisierenden Erlebnis oft Wut. Der Ursprung ist häufig unbewusst und deshalb richten sie ihre Wut auf die Personen, welche gerade in der Nähe sind, was häufig Sozialarbeitende sind (vgl. Eckardt 2005: 91). Ein Verlust der allgemeinen Selbstregulation bedeutet, dass die betroffenen Kinder nicht fähig sind, eine Situation einzuschätzen und adäquat zu reagieren. Sie sind nicht fähig, ihre Reaktionen zu steuern. Auf Stress im Alltag reagieren traumatisierte Kinder vermehrt mit einer emotionalen Intensität, welche eher dem traumatisierenden Ereignis, als dem aktuellen Geschehen zuzuordnen wäre (vgl. Streeck-Fischer/ van der Kolk 2000: 910).

Auf **Trigger**, die an das traumatisierende Ereignis erinnern, reagieren Kinder ähnlich wie in der traumatisierenden Situation selbst. Von aussen werden Kinder in solchen Alltagssituationen als rebellisch, unbeteiligt, asozial und sich widersetzend wahrgenommen, obwohl sie dadurch lediglich versuchen ihren inneren Stress zu regulieren und kaum in der Lage sind, ihr Verhalten zu kontrollieren (vgl. Streeck-Fischer/ van der Kolk.: 909). Diese Trauma-ähnlichen Reaktionen des Kindes und die Reaktionen des Umfelds darauf können für Kinder eine re-traumatisierende Wirkung haben und die ursprünglichen Gefühle der Traumatisierung verstärken (vgl. ebd.: 910).

Traumatisierte Kinder verfügen über viele Strategien und Verhaltensweisen, welche zur Kontrolle über die Geschehnisse im Umfeld dienen, um ihre eigene Angst, Stress und unangenehme Gefühle zu reduzieren (vgl. Baierl 2016a: 37). Solche Strategien werden «Angstbewältigungsstrategien» genannt (vgl. Bonus 2006,2008, nach Baierl 2016a: 38)

Eine dieser Strategien ist die **Angstbeseitigung**. Die aufgekommene Todesangst, oft durch Trigger hervorgerufen, soll möglichst beseitigt und das Überleben sichergestellt werden. Hierzu dienen Kampf, Flucht oder Todstellen. Im stationären Alltag kann Kampf so aussehen, dass ein Kind anderen Angst macht und somit selbst nicht Angst haben muss. Dies kann durch Beschimpfungen, Drohungen, Zerstörungen von Gegenständen oder körperlichen Angriffen geschehen (vgl. Baierl 2016a: 38).

Das Fliehen kann sich in Form von Wegrennen zeigen. Auch das andauernde Beschweren über Ungerechtigkeiten und die Provokation von Konflikten können Äusserungen davon sein. Dies ist eine Ausweichstrategie, um beispielsweise wichtige Gespräche zu umgehen. Das Todstellen zeigt sich im Alltag durch möglichst unauffälliges Verhalten oder wirkliches Erstarren (vgl. ebd.). Eine weitere Strategie der Angstbewältigung ist die **Vermeidungsmethode**. Hierbei werden Gefühle wie Wertlosigkeit und «nicht gut genug sein» möglichst vermieden. In Momenten, in welchen sich die Kinder nicht gut genug oder gedemütigt fühlen und den dadurch ausgelösten Schmerz nicht aushalten, werden Ablenkungen kreiert. Oftmals tun Kinder dies bereits im Vorfeld einer befürchteten Kritik. Die Ablenkungsmanöver können in Form heftiger verbaler Verteidigung oder Diskussionen auftreten. Da diese Strategie als Vermeidung genutzt wird, wirkt es im Alltag für Aussenstehende als würde das Kind grundlos heftig auf alltägliche Situationen reagieren (vgl. ebd.). Um das Gefühl von Hilflosigkeit zu verhindern, versuchen Kinder Überforderung und Versagen zu meiden. Strategien, die sie hierzu anwenden nennen sich **Anstrengungsverweigerungen**. Kinder weigern sich Aufgaben zu erledigen, da sie Angst davor haben zu scheitern. Wenn sie es gar nicht erst versuchen, können sie sich einreden, dass sie es sicher schaffen würden, würden sie es nur probieren. Aus diesem Grund kommt es - bei von aussen noch so einfach erscheinenden Aufgaben - dazu, dass Kinder verweigern, diese zu probieren (vgl. ebd.). **Kontroll- und Machtstrategien** beeinflussen das Verhalten von Kindern im Alltag massgeblich. Auch diese Strategien dienen schlussendlich der Verminderung von unangenehmen Gefühlen. Bei dieser Strategie soll insbesondere das Gefühl von Ohnmacht und Kontrollverlust vermindert werden, indem durch gewisse Verhaltensweise vertraute Reaktionen provoziert werden, wodurch ein Gefühl von Kontrolle entsteht. Als Beispiel provoziert ein Kind seine Bezugsperson, bis sich diese so verhält, wie das Kind es von früheren Erfahrungen kennt. Das Ziel ist es abwertendes, verletzendes und aggressives Verhalten zu provozieren, da dies dem Kind bekannte Verhaltensweisen sind. Durch Provokationen und negative Verhaltensweisen trägt das Kind negative Konsequenzen, die einfacher zu ertragen sind, als die Situation nicht kontrollieren zu können (vgl. ebd.: 38f).

3.2.3 Selbstwahrnehmung

Traumatisierte Kinder sind aus Selbstschutz stark damit beschäftigt, Gefühlsregungen und Befindlichkeiten anderer zu beobachten und einzuschätzen. Dies beeinträchtigt ihre Wahrnehmung. Da die Selbstwahrnehmung und die Wahrnehmung der eigenen Gefühle während der Traumatisierung nicht ertragbar waren, wird dies auch später gemieden (vgl. Weiss 2016a: 126). Traumatisierte Kinder haben oftmals einen tiefen Selbstwert. Sie haben sich in der Vergangenheit vermehrt als nicht Selbstwirksam erlebt, was sich negativ auf ihre Selbstwahrnehmung auswirkt (vgl. Schmid 2008: 298).

Traumatisierende Ereignisse können sehr erniedrigend sein und beeinflussen innere Bilder, welche Kinder von sich selbst haben. Diese Bilder sind oftmals abwertend (vgl. Schmid 2008: 298). Ein negativer Selbstwert hat Einfluss auf das soziale Verhalten eines Kindes. Traumatisierte Kinder können sozial stark beeinträchtigt sein und Probleme mit Empathie haben. Da oftmals Eltern oder andere Bezugspersonen verantwortlich für die Traumatisierung sind, haben Kinder keine Modelle, an welchen sie angemessenes Sozialverhalten und Strategien zur Problemlösung erlernen können und müssen sich die sozialen Kompetenzen später im Leben aneignen. Das Verhalten von anderen Kindern wird von betroffenen Kindern oftmals als bedrohend interpretiert, was im Alltag aggressives, ängstliches oder dissoziatives Verhalten auslöst (vgl. ebd.: 299)

3.2.4 Dissoziation im Alltag

Traumatisierte Kinder neigen im Alltag zu Dissoziation. Dissoziation schützt die Kinder vor zu intensiven Emotionen, seelischen Schmerzen und Stress während und nach dem traumatisierenden Ereignis (vgl. Schmid 2008: 295ff). Obwohl Dissoziation vor unerträglichen Schmerzen und Emotionen schützt, kann sie auch zu vielen Problemen im Alltag führen (vgl. Schmid 2013:44). Da Kinder, welche zu Dissoziation neigen die Wahrnehmung von äusserlichen Geschehnissen einstellen, kann dies dazu führen, dass sie sich am Ende des Tages an Abschnitte des Tages nicht mehr erinnern können (vgl. ebd.: 44). Den Kindern wird dann vorgeworfen, dass sie lügen, wenn einzelne Situationen nachbesprochen werden und sie unklare Aussagen dazu machen. Gedanklich waren sie jedoch tatsächlich nicht anwesend. Kinder beginnen im Alltag zu dissoziieren, wenn zum Beispiel im Gespräch mit Erwachsenen der Druck von aussen und somit auch ihre innere Anspannung wächst. Dies führt dazu, dass Kinder - gerade in Gesprächen, in welchen es darum geht, wie sie besser unterstützt werden können oder in welchen versucht wird, ihre Handlungen besser zu verstehen - dissoziieren und sich nicht wirklich am Gespräch beteiligen können. Somit kommen die Bemühungen bei den Kindern gar nicht an und sind erfolglos (vgl. Schmid 2013: 44).

3.3 Anforderungen an die Arbeit mit traumatisierten Kindern im stationären Alltag

Im Verlauf dieser Arbeit wurde aufgezeigt, dass die Folgen von Traumatisierungen in der Kindheit sehr unterschiedlich sind und sich verschieden im Alltag erkennbar machen. Im folgenden Kapitel soll nun aufgezeigt werden, welche Aufgaben sich für die Professionellen der Sozialen Arbeit aus den gemachten Erkenntnissen ergeben, um die Kinder möglichst vollumfänglich unterstützen zu können. Hantke (2015) fasst die Anforderungen an die Arbeit mit traumatisierten Menschen wie folgt zusammen:

Zentrale Anforderungen an die Arbeit mit traumatisierten Menschen sind die Einführung von Möglichkeiten der Kontrollerfahrung, Selbstregulierung und die Möglichkeit, eine verlässliche Beziehung im sicheren Kontext zu erfahren. Dadurch entsteht Stabilität, die immer daran messbar ist, ob das Auslösen einer Notfallreaktion verhindert oder reguliert werden kann (Hantke 2015: 122)

Wilma Weiss (2016a) weist darauf hin, dass Professionelle der Sozialen Arbeit die Möglichkeit haben, Kinder dabei zu unterstützen, neue Erfahrungen zu machen, welche ihre Selbstbilder und Verhaltensweisen positiv beeinflussen und somit die Orientierung in eine möglichst selbstbestimmte Zukunft geben (vgl. Weiss 2016a: 80) Wie auch Hantke (2015: 122) weist Weiss (2016a) auf die Wichtigkeit von Interventionen hin, welche zur psychischen und sozialen Stabilisierung der Kinder beitragen und die Selbstbestimmung anregen soll (vgl. Weiss 2016a: 80). Wenn sich stationäre Kontexte nicht mit dem Thema Traumatisierung auseinandersetzen, laufen sie Gefahr, einfache Symptombekämpfung zu betreiben, welche meist nicht erfolgreich ist (vgl. ebd.: 85).

3.3.1 Professionelle Beziehungsgestaltung

Hantke (2015) stellt die zentrale Anforderung an die Arbeit mit traumatisierten Kindern, dass den Kindern ermöglicht wird, vertrauensvolle, sichere Beziehungen zu erfahren (vgl. Hantke 2015: 122). Damit Traumatisierungen verarbeitet werden können sind neue positive Bindungs- und Beziehungsangebote notwendig (vgl. Garbe 2015: 83). Traumatisierten Kindern fällt es schwer zu vertrauen, weshalb auf kontinuierliche Beziehungsangebote angewiesen sind und immer wieder neue Chancen benötigen, um Vertrauen zu lernen (vgl. ebd.).

Eine positive Beziehung zeichnet sich durch Ehrlichkeit, Respekt und Transparenz aus (vgl. Weiss 2016a: 114). Damit zu traumatisierten Kindern eine tragfeste, von Vertrauen geprägte Beziehung aufgebaut werden kann, müssen Professionelle der Sozialen Arbeit die Vergangenheit der Kinder in Erfahrung bringen und sie im besten Fall mit dem Kind aufarbeiten (vgl. ebd.). Wenn Kindern der Zugriff auf ihre Vergangenheit erleichtert wird, sie darüber sprechen können und ihre Gefühle diesbezüglich äussern können, kann dies hilfreich im Umgang mit negativen Gefühlen sein (vgl. Weiss 2016a: 114).

Das Bindungsverhalten von traumatisierten Kindern ist wie bereits erwähnt in vielen Fällen gestört. Die Korrektur von Bindungsverhalten ist jedoch auch viele Jahre nach dem traumatisierenden Erlebnis noch möglich (vgl. Weiss 2016a: 114f). John Bowlby (1995: 129ff) schlägt für die Korrektur von traumatisierenden Bindungserfahrungen fünf therapeutische Aufgaben vor, welche auch zur direkten alltäglichen Unterstützung im stationären Kontext anwendbar sind (vgl. Bowlby 1995:129ff, nach Weiss 2016a: 115).

1. Die Professionellen der Sozialen Arbeit müssen als sicheren Hafen für die Kinder zur Verfügung stehen.
2. Professionelle der Sozialen Arbeit ermutigen die Kinder über unbewusste innere Bindungsbilder zu sprechen und weisen sie auf die Übertragungen von alten Bindungsmustern hin
3. Dadurch können Kinder die Beziehung zu den Professionellen der Sozialen Arbeit überprüfen
4. Und die aktuellen Erfahrungen und Gefühle mit denen von früher vergleichen
5. Und dadurch im besten Falle die Erfahrung machen, dass die alten Bindungsmuster hinderlich für die Gestaltung des aktuellen und zukünftigen Lebens sind (vgl. ebd.).

Die Erfüllung dieser Aufgaben erfordert eine gewisse Haltung der Professionellen der Sozialen Arbeit. Barbara Senckel, welche sich auf Carl Rogers bezieht, ist der Meinung, dass Professionelle der Sozialen Arbeit drei zentrale Fähigkeiten und die damit einhergehende Haltung benötigen, um Kindern positive Bindungserfahrungen in stationären Kontexten zu ermöglichen (vgl. Senckel 2007, nach Weiss 2016a: 115). Hierzu gehören:

- Eine wertschätzende und respektvolle Haltung gegenüber dem Kind
- Die Offenheit, sich gänzlich auf das Kind einzulassen und sich in das Kind hineinzu fühlen um es in der ganzen Person zu verstehen
- Ein Beziehungsangebot, welches von Echtheit geprägt ist (vgl. Senckel 2007, nach Weiss 2016a: 115).

Baierl (2016c) spricht zudem von der **Notwendigkeit der «Professionellen Nähe»** (vgl. Baierl 2016c: 62). Professionelle der Sozialen Arbeit sind immer als ganze Person in die Arbeit mit den Kindern involviert. Dies bedeutet, dass ihre Werte, Persönlichkeitsaspekte, Erfahrungen und vieles Weiteres in die Arbeit mit den Kindern einfließen (vgl. ebd.). Während der Arbeit mit den Kindern zeigt sich vor allem der professionelle Teil, welcher gewisse Aufgaben, Rollen und ein spezifisches professionelles Selbstverständnis beinhalten (vgl. ebd.). Auch wenn im Alltag der professionelle Teil der Sozialarbeitenden im Vordergrund steht, schwingen auch immer persönliche Anteile mit, welche die Arbeit beeinflussen. Aufgrund der persönlichen Anteile wirken gewisse Verhaltensweisen der Kinder beispielsweise sympathisch oder unsympathisch, was das Bedürfnis hervorruft, das Kind zu schützen oder die Verhaltensweisen zu stoppen (vgl. ebd.: 63). Die Professionelle Nähe beinhaltet, dass Professionellen der Sozialen Arbeit bewusst ist, dass ihre persönlichen Anteile immer in der Arbeit mitschwingen. Deshalb muss immer wieder reflektiert werden, welche persönlichen Anteile während der Arbeit mit einem Kind aktiviert werden und hinterfragt werden, ob dies für die Arbeit mit dem Kind hilfreich oder hinderlich ist (vgl. ebd.: 64).

Ohne das Hinterfragen dieser Themen besteht die Gefahr, unbewusst persönliche Anteile einfließen zu lassen und somit die Professionalität und auch die Beziehung zu gefährden (vgl. Baierl 2016c: 64). Das Bewusstsein darüber, dass die Beziehungsgestaltung erheblich durch die Traumatisierung des Kindes beeinträchtigt wird und die Verhaltensweise mit der Traumatisierung selbst und nicht mit dem Gegenüber zu tun hat, kann helfen, das Verhalten nicht persönlich zu nehmen und verständnisvoller und geduldiger damit umzugehen. Die Professionelle Nähe fordert, dass persönliche Anteile und Betroffenheit in der Arbeit mit den Kindern erkannt und vermindert werden (vgl. ebd.). In Situationen, in welchen die persönliche Betroffenheit nicht vermindert werden kann, soll sie so eingesetzt werden, dass sie möglichst hilfreich für die professionelle Beziehungsgestaltung ist. Beispielsweise kann es passieren, dass Professionelle der Sozialen Arbeit aus dem Affekt heraus reagieren und ein Kind ebenfalls ansprechen, wenn sie angesprochen werden. Dies ist nicht professionell, kann aber als Chance genutzt werden, indem das Kind eine Entschuldigung erhält und an einem Vorbild sieht, wie Verantwortung für das eigene Verhalten übernommen wird. Zudem kann es eine Chance sein, wenn ein Kind merkt, dass ein Konflikt oder eine Krise nicht gleich das Ende einer Beziehung ist und eine Beziehung belastbar ist (vgl. Baierl 2016c: 66).

Die Rolle wichtiger Bindungspersonen, welche die Verursacher der Traumatisierungen waren, wird mehrfach auf aktuelle Personen in ihrem Leben übertragen (vgl. Kapitel 3.2.1). Aus diesem Grund ist es wichtig, dass sich Professionelle der Sozialen Arbeit der Übertragung und Gegenübertragung bewusst sind. Professionelle der Sozialen Arbeit müssen die Verantwortung für die Auslöser solcher Übertragungen übernehmen. Da Übertragungen und Gegenübertragungen oftmals nicht direkt als solche erkannt werden, kann Verantwortung beispielsweise in Form von Supervisionen von aussenstehenden Personen übernommen werden, um solche Prozesse überhaupt erkennen und reflektieren zu können (vgl. Garbe 2015: 138).

3.3.2 Sicherheit schaffen

Unter Traumapädagogik wird das Anwenden von Wissen über die Ursachen und Folgen von Entwicklungstraumatisierungen in pädagogischen und sozialpädagogischen Kontexten verstanden (vgl. Garbe 2015: 168). Der Traumapädagogik zu Folge ist es eine Aufgabe der Professionellen der Sozialen Arbeit, sicherzustellen, dass sich traumatisierte Kinder, in ihrem Umfeld sicher fühlen und dadurch genügend Energie für ihre Entwicklung zur Verfügung haben (vgl. ebd.: 169). Damit sich Kinder in ihrem Umfeld sicher fühlen können, ist der Aufbau einer äusseren und inneren Sicherheit notwendig (vgl. ebd.). Bevor sich Kinder nicht sicher und kompetent fühlen, werden sie die Verhaltensweisen, welche zum Schutz dienen nicht aufgeben (vgl. van der Kolk 2000: 913).

Äussere Sicherheit als erster Schritt beinhaltet, dass das Kind von den verantwortlichen Personen für die Traumatisierung, welches oftmals Bezugspersonen sind, physisch getrennt wird (vgl. Garbe 2015.: 191). Ohne diese räumliche Trennung wird die Notfallreaktion des Kindes immer wieder aktiviert. Damit das Stresslevel des Kindes gesenkt und die chronische Stresshormonausschüttung gestoppt werden kann, muss als erstes die Bedrohung entfernt werden. Wenn Kinder aus ihren Familien genommen werden und in stationäre Einrichtungen kommen, muss ihnen erklärt werden, weshalb die Trennung nötig ist und Schuldgefühle seitens des Kindes sollten möglichst verhindert werden (vgl. ebd.: 192).

Äussere Sicherheit kann auch mit dem äusseren sicheren Ort in Verbindung gebracht werden. Ein äusserer sicherer Ort ist ein Ort, an welchem keine Gefahren lauern oder die Betroffenen vor Gefahren geschützt werden. Es braucht einen Ort, welcher von klaren Grenzen und Strukturen geprägt ist und der es ermöglicht, dass die Kinder korrektive und somit heilbare Erfahrungen mit sich selbst, anderen und dem allgemeinen Umfeld machen können (vgl. Baierl 2016c: 58). Klare Tagesstrukturen und sich wiederholende Abläufe und Rituale können Kindern Sicherheit geben und ihnen zeigen, wie verschiedene Situationen und Gegebenheiten gehandhabt werden können. Auch Regeln und Absprachen schaffen eine gewisse Vorhersehbarkeit und Berechenbarkeit. Damit sich die Kinder auch ausprobieren und mitbestimmen können ist es sinnvoll, zu definieren, was klar vorgegeben und was verhandelbar ist. Durch Raum für eigenständige Entscheidungen soll den Kindern die Möglichkeit gegeben werden herauszufinden, womit sie sich wohl fühlen (vgl. ebd.: 58f).

Unter der **inneren Sicherheit** wird das Gefühl des Kindes, sich sicher zu fühlen und wahrzunehmen, dass keine Bedrohungen vorhanden sind, verstanden (vgl. Garbe 2015.: 197). Viele traumatisierte Kinder verfügen nicht oder nicht mehr über diese innere Sicherheit, da die Traumatisierung ihnen dieses Gefühl genommen hat (vgl. ebd.). Die Sicherheit, dass sie selbst stark genug sind, einen Willen und Ziele haben und wertvoll sind, fehlt. Die äussere Sicherheit kann noch so gegeben sein, wenn sich das Kind innerlich nicht sicher fühlt, kann es angespannt, schreckhaft, unruhig, unkonzentriert, orientierungslos sein und sich vermeidend, depressiv und ängstlich verhalten (vgl. ebd.). Die innere Sicherheit kann sich entwickeln oder gestärkt werden, indem von den Professionellen der Sozialen Arbeit aktiv Sicherheitsangebote gemacht werden (vgl. Gahleitner 2021: 104). Sicherheit kann Transparenz auf der Seite der Professionellen und Partizipationsmöglichkeiten für die Kinder bieten. Umso besser ein Kind die Bedingungen (Regeln, Strukturen etc.) kennt, desto sicherer fühlt es sich und umso mehr können die Umwelt und Geschehnisse mitgestaltet werden (vgl. Baierl 2016c: 68). Durch das Transparentmachen der eigenen Handlungen und Vorgehensweisen, wird den Kindern ein Gefühl von Kontrolle gegeben und die Umwelt bleibt einschätzbarer (vgl. Hantke/ Görge 2012: 143).

Professionelle der Sozialen Arbeit müssen zudem immer wieder abschätzen, welche Aufgaben und Entscheidungen dem Kind zugetraut werden können und welche noch überfordernd sind. Dies soll unnötiges Scheitern und Schuldgefühle verhindern (vgl. Baierl 2016c: 68). Der Aufbau der inneren Sicherheit erfolgt Schritt für Schritt, da immer wieder kleine neue Dinge ausprobiert und Erfolgserlebnisse stattfinden müssen (vgl. Garbe 2015: 199). Die innere Sicherheit entwickelt sich vor allem durch verlässliche und tragfeste Beziehungen, welche den Kindern Möglichkeiten schaffen, Vertrauen aufzubauen und neue korrigierende Bindungserfahrungen zu machen (vgl. Garbe 2015: 197). Die innere Sicherheit entwickelt sich nicht von selbst und kann auch nicht von aussen forciert werden. Das Kind braucht selbst einen eigenen Antrieb und ein Verständnis dafür, dass sich etwas verändern muss, wenn es sich besser fühlen will (vgl. Garbe 2015: 198f). Trotzdem kann sich die innere Sicherheit nur entwickeln, wenn Sicherheitsangebote gemacht werden, welche dann von den Kindern genutzt werden können (vgl. Gahleitner 2021: 104).

Um traumatisierte Kinder im Alltag unterstützen zu können ist es zudem hilfreich, wenn sich Professionelle der Sozialen Arbeit folgende Fragen stellen:

- Was macht für mich eine sichere Person/ ein sicherer Ort aus?
- Welche verängstigenden Situationen habe ich bereits erlebt, und was hat mir dabei geholfen mich sicherer zu fühlen?
- Was sind die Erfahrungen der Kinder? Was kann bezüglich dieser Erfahrungen Sicherheit schaffen?
- Wie kann ich Kindern dabei helfen, mir mitzuteilen, was ihnen Angst macht und was ihnen das Gefühl von Sicherheit gibt?
- Wie kann ich die aus den obenstehenden Fragen gemachten Ergebnisse in den Arbeitsalltag mit diesen Kindern einfließen lassen?

3.3.3 Stärkung des Selbstverstehens

Die Stärkung des Selbstverstehens ist eine wichtige Aufgabe der Professionellen der Sozialen Arbeit. Traumatisierte Kinder haben oftmals kein Verständnis für ihr eigenes Verhalten, was sehr belastend sein kann. Die Verhaltensweisen, welche Kinder aufgrund der Traumatisierungen an den Tag legen, werden oftmals als negativ bewertet, was die Kinder auch spüren. Die Wahrnehmung, nicht gut genug und an allem Schuld zu sein, wird verstärkt (vgl. Weiss 2016a: 121). Aus diesem Grund ist es wichtig, dass Kinder dabei unterstützt werden, zu erkennen, dass ihr Verhalten einen guten Grund hat. Somit können Kinder in ihrem schlechten Gewissen entlastet und das Selbstvertrauen gestärkt werden (vgl. ebd.: 126).

Wenn Kinder im Prozess des Selbstverstehens unterstützt werden, müssen folgende Ziele verfolgt werden:

- Die Verhaltensweisen werden im Zusammenhang mit der Traumatisierung erklärt und verstanden
- Den Verhaltensweisen wird mit Verständnis und Wertschätzung begegnet
- Es wird überprüft, ob die Verhaltensweisen nach wie vor nötig sind
- Es werden neue, alternative Verhaltensweisen erforscht und ausprobiert
- Die Kinder werden zum Mittelpunkt ihres Verhaltens (vgl. Weiss 2016a: 123f).

Professionelle der Sozialen Arbeit haben die Aufgabe den betroffenen Kindern die guten Gründe ihres Verhaltens näherzubringen. Hierfür stellen sie altersangepasstes Fachwissen über die Gründe für das Verhalten, wie beispielsweise die Dissoziation, zur Verfügung. Dadurch können Kinder im besten Fall verstehen, dass ihre Reaktionen mit dem Hintergrund der traumatisierenden Erfahrung verständlich und sogar sinnvoll sind (vgl. Weiss 2016a: 124). Durch das generierte Verständnis können auch die Kinder den guten Grund für ihr Verhalten sehen, dieses verstehen und akzeptieren. Durch das Verständnis wird das Erlernen der Selbstregulation erleichtert, da sie dadurch auch die Reaktionen ihres Körpers besser verstehen und wahrnehmen können. Das Verständnis und die Akzeptanz für die eigenen Verhaltensweisen ist ein wichtiger Schritt in der Traumaheilung (vgl. ebd.: 127).

3.3.4 Stärkung der Selbstwahrnehmung

Professionelle der Sozialen Arbeit haben die Aufgabe Kinder dabei zu unterstützen differenziertes Wahrnehmen zu erlernen und zu festigen. Die Stärkung der Selbstwahrnehmung ist eine Vorstufe der Selbstregulation. Die eigenen Empfindungen, die Körperreaktionen, der eigene Stress und Energien müssen erstmals wahrgenommen und reflektiert werden, damit die Regulation dessen möglich wird (vgl. Weiss 2016a: 126.). Kinder sollen durch die Professionellen der Sozialen Arbeit im Alltag die Möglichkeit bekommen, ihre Gefühle wie Wut, Angst usw. wahrnehmen und ausleben zu können. Kindern sollen im Alltag immer wieder spüren, dass ihre Gefühle Platz haben und sie diese auch zeigen dürfen. Hierfür müssen Rückzugsorte, Gemeinschaftsplätze und auch Orte, an welchen den Gefühlen freien Lauf gelassen werden darf, geschaffen werden (vgl. Weiss 2016a: 126).

Negative Gefühle wie Angst und Wut sollen auch im Gruppengeschehen nicht unterdrückt werden, damit Kinder lernen, dass solche Gefühle zum Leben gehören. Kinder müssen dabei unterstützt werden, für die Äusserung der Gefühle eine angemessene Form zu finden. Möglichkeiten Gefühle angebracht einzubringen sind beispielsweise: sich ausweinen, ins Kissen schreien, in die Matratze boxen, wild herumrennen, laute Musik hören und wild malen.

Den Kindern müssen aber solche angemessenen Formen der Gefühlsäusserung erstmals aufgezeigt werden (vgl. Baierl 2016d: 88f). Es geht schlussendlich darum, dass Kinder durch Unterstützung ihre Gefühle spüren und äussern dürfen. Durch die Professionellen der Sozialen Arbeit sollen sie ermutigt werden sich auszudrücken und mitzuteilen (vgl. Weiss 2016a: 127).

3.3.5 Förderung der Selbstregulation

Die Unterstützung zur Selbstregulation beinhaltet den Umgang mit den eigenen Empfindungen, Körperreaktionen und belastenden Erinnerungen (vgl. Weiss 2016a: 130). Zur Selbstregulation gehört das Gefühl, die Macht über den eigenen Körper zu haben und überlegt und fokussiert handeln zu können (vgl. Streek-Fischer/ van der Kolk 2000: 914). Um die Selbstregulation zu fördern müssen Professionelle der Sozialen Arbeit die Kinder dabei unterstützen die Auslöser für die «Ausraster» und den Verlust der Selbstregulation zu finden (vgl. ebd.). Hierbei helfen Fragen wie «Ab wann spürst du denn Stress?», «Wie stark und wo im Körper spürst du den Stress?» und «Was brauchst du, um dich selbst beruhigen oder aktivieren zu können?» (vgl. Weiss 2016a.: 130f).

Kinder müssen lernen, ihre Gefühle und Körperreaktionen wahrzunehmen, damit sie bewusst handeln können. Hierbei können spezifische Übungen zur Wahrnehmung von Stress im Körper oder erproben von Möglichkeiten zur Entspannung helfen (vgl. Weiss 2016a.: 131). Damit die Selbstregulation gefördert werden kann, müssen die Trigger der Kinder erforscht werden, damit sie dabei unterstützt werden können andere Reaktionen als Flucht, Kampf oder Erstarren kennenzulernen und auszuprobieren (vgl. Streek-Fischer/ an der Kolk 2000: 913). Denn, wenn die Kinder fähig sind, sich auf lustbringende Aktivitäten zu fokussieren und einzulassen, ohne dass eine dieser drei Reaktionen ausgelöst wird, können sie lernen mit anderen Kindern zu spielen, sich am Gruppengeschehen zu beteiligen und sich neuen Aufgaben zu stellen und somit Erfolgserlebnisse zu haben und sich selbstwirksam zu erleben (vgl. van der Kolk 2009: 385).

Es ist wichtig, dass Professionelle der Sozialen Arbeit Anzeichen für eine Dissoziation erkennen und Möglichkeiten kennen, um diese zu stoppen, damit das Kind selbst dies auch erlernen kann (vgl. Hantke/ Görges 2012: 238f). Wenn Kinder dissoziieren verlieren sie nämlich oftmals die Fähigkeit zur Selbstregulation und brauchen Unterstützung von aussen. In stationären Einrichtungen ist es besonders wichtig, dass Kinder Bereiche und Räume haben, in welchen sie sich zurückziehen können oder ihrer Wut freien Lauf lassen können. Kletter- Box- und Turnmöglichkeiten bieten sich hierzu besonders gut an (vgl. ebd.).

3.3.6 Förderung der Selbstwirksamkeit

Traumatisierte Kinder erfahren immer wieder Gefühle der Hilflosigkeit und erleben sich nicht selbstwirksam. Damit eine Traumatisierung bewältigt werden kann, sind neue Erfahrungen, in welchen sich die Kinder als selbstwirksam erleben und spüren, dass sie einen positiven Einfluss auf ihr Handeln und das Geschehen um sie herum haben können wichtig (vgl. Weiss 2016a: 120). Kinder nehmen sich dann als selbstwirksam wahr, wenn sie merken, dass sie einen Einfluss auf das Geschehen um sich herum haben und ihre Umwelt selbst gestalten können (vgl. Weiss 2016a: 133). Traumatisierte Kinder machen viele Erfahrungen, in welchen sie sich hilflos und machtlos fühlen, was die Selbstwirksamkeit negativ beeinflusst. Professionelle der Sozialen Arbeit haben deshalb die Aufgabe den Kindern Erfahrungen zu ermöglichen, in welchen sie Einfluss auf ihre Handlungen haben und sich als kompetent wahrnehmen (vgl. ebd.: 139). Das Selbstwirksamkeitsempfinden kann zudem durch das Sammeln und Bewusstmachen von Ressourcen der Kinder gesteigert werden. Eine Sammlung von Ressourcen kann durch das Erarbeiten und Bewusstmachen von persönlichen Stärken, Interessen, dem sozialen Netzwerk und weiteren Eigenschaften und Einstellungen zusammengestellt werden (vgl. Bach 2019: 118). Den Zugang zu stärken kann Kindern erleichtert werden, wenn sie nach Interessen gefragt werden und dann anhand dieser Interessen Stärken herausgefiltert werden. Wenn ein Kind beispielsweise gerne Computerspiele spielt, kann dies bedeuten, dass sich das Kind lange konzentrieren, Strategien entwickeln und mit anderen zusammen Lösungen für Probleme finden kann (vgl. Bach 2019: 118).

3.2.7 Umgang mit Grenzen

Traumatisierte Kinder müssen sensibilisiert werden für die eigenen und fremden Grenzen (vgl. Lang 2013: 310). Dies kann im Alltag geschehen, indem sie gefragt werden, welche körperliche und emotionale Nähe sie in Ordnung finden und welche nicht und dies mit den Grenzen anderer verglichen wird. Zudem werden sie nach ihren Belastungsgrenzen beispielsweise in der Form von „Du wirkst müde, kannst du noch oder brauchst du eine Pause?“ gefragt. Räumliche Grenzen können geschaffen werden, indem Kinder ihr Zimmer abschliessen dürfen und ihnen erklärt wird, welche Räume für sie zugänglich sind und welche nicht. Die alltägliche Auseinandersetzung mit Grenzen durch Verbalisierungen und Visualisierungen in Einzel- und Gruppensituationen können das Verständnis für Grenzen erweitern (vgl. ebd.: 310f).

Wenn es zu grenzüberschreitendem Verhalten, wie beispielsweise Gewalt kommt, ist es wichtig, dass Professionelle der Sozialen Arbeit deeskalierend reagieren. Da traumatisierte Kinder in akuten Krisen kaum noch ansprechbar sind, sind kurze Sätze und ruhige Anweisungen sinnvoll (vgl. Lang 2013: 324).

In Krisensituationen steigt auch der Stresspegel der Professionellen der Sozialen Arbeit, weshalb die Fähigkeit, sich selbst zu regulieren, unabdingbar ist. Da Kinder in solchen Krisensituationen meist von ihren Empfindungen überrollt werden, macht es Sinn, den Hintergrund der Verhaltensweisen nachzubesprechen. Krisensituationen bieten Hinweise darauf, dass das Kind noch mehr Unterstützung zur Selbstwahrnehmung und Selbstregulation braucht oder dem Kind zu viel zugemutet wurde (vgl. Lang 2013: 327).

3.3.8 Traumapädagogische Grundhaltung

Eine zentrale Anforderung an die Professionellen der Sozialen Arbeit, welche mit traumatisierten Kindern zusammenarbeiten, ist nach der Traumapädagogik die **Traumasesensibilität** (vgl. Gahleitner 2021: 48). Traumasensibilität beinhaltet, dass Professionelle über Fachkenntnisse im Bereich Traumatisierungen verfügen und somit Kinder mit breiten Störungsbildern und Problematiken unterstützen können. Hierzu gehören beispielsweise Kenntnisse über die Funktion von Notfallreaktionen und allgemeinen Folgen von Traumatisierungen. Professionelle der Sozialen Arbeit müssen die Kinder traumasensibel verstehen und unterstützen können. Hierzu benötigt es eine fortlaufende Auseinandersetzung mit der Thematik und den neusten Wissensbeständen (vgl. Gahleitner 2021: 48f).

Die **Annahme des guten Grundes** für die Verhaltensweisen der Kinder ist eine der Grundhaltungen der Traumapädagogik. Professionelle der Sozialen Arbeit müssen sich immer wieder bewusst machen, dass jede Handlung eines Kindes für das Kind einen Sinn hat und somit einen guten Grund. Es soll versucht werden, die Hintergründe des Verhaltens des Kindes zu verstehen und dem Kind alternative Handlungsweisen näherzubringen (vgl. Arbeitsgruppe Traumapädagogische Standards in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe 2013: 87).

Die **Wertschätzung** ist eine weitere Grundhaltung der Traumapädagogik. Den betroffenen Kindern zu signalisieren, dass sie gut sind wie sie sind und ihre Bemühungen gesehen und geschätzt werden ist wichtig, da traumatisierte Kinder oftmals einen tiefen Selbstwert haben. Sie müssen durch die Professionellen der Sozialen Arbeit lernen den Wert hinter ihren Handlungen zu erkennen und weg vom Ohnmachtserleben kommen (vgl. Arbeitsgruppe Traumapädagogische Standards in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe 2013: 87f).

Die **Partizipation** als weitere Grundhaltung bedeutet den Kindern die Möglichkeit zu geben, die eigene Umwelt mitzugestalten. Sie müssen im Alltag die Möglichkeit haben mitzuentcheiden, mitzuwirken und das Gefühl von Zugehörigkeit zu erleben. Die Kinder müssen von den Professionellen immer wieder gefragt werden, was sie sich wünschen, als Spezialisten für sich selbst erkannt werden und in die Lösungsfindung miteinbezogen werden (vgl. Arbeitsgruppe Traumapädagogische Standards in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe 2013: 88).

Da das Umfeld von traumatisierten Kindern oft als unberechenbar wahrgenommen wird, ist es wichtig, dass die **Transparenz** so weit wie möglich gegeben ist. Den Kindern soll erklärt werden, wieso welche Entscheidungen getroffen werden und aus welchem Grund es bestimmte Strukturen und Regeln gibt. Zudem sollen Kinder ermutigt werden, immer nachzufragen, wenn sie etwas nicht verstehen (vgl. Arbeitsgruppe Traumapädagogische Standards in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe 2013: 89).

Traumatisierungen führen oftmals zu negativen Gefühlen wie Angst, Trauer und Wut. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass durch **Spass und Freude** positive Erlebnisse und Entlastung geboten werden. Durch den Fokus auf Spass und Freude werden die positiven Gefühle in den Kindern geweckt und der Serotoninspiegel gehoben, was den Stresspegel wiederum senkt (vgl. Arbeitsgruppe Traumapädagogische Standards in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe 2013: 89).

3.2.9 Vernetzung mit der Therapie

In der Traumatherapie wird versucht, das Leiden der Kinder zu verringern, die Persönlichkeitsentwicklung zu fördern und den Heilungsprozess anzustossen (vgl. Schmitter-Boeckelmann 2016: 334). Hierzu werden spezielle traumaspezifische Verfahren angewandt. Der Erfolg einer Traumatherapie ist stark abhängig von der Bereitschaft aller Beteiligten Personen, sich zu vernetzen (vgl. ebd.). Dies bedeutet, dass die Therapeut*innen, die Professionellen der Sozialen Arbeit und weitere Bezugspersonen eine Bereitschaft zur Kooperation aufweisen müssen. Zudem muss die Zusammenarbeit von Wertschätzung und Respekt geprägt sein (vgl. Schmitter-Boeckelmann 2016: 334). Aufgabe der Professionellen der Sozialen Arbeit ist hierbei, den Therapeut*innen Informationen und Einschätzungen zum Kind aus dem Alltag zur Verfügung zu stellen, oder gar an den Therapiesitzungen teilzunehmen. Bereits während des Diagnostikprozesses bieten Einschätzungen der Professionellen wichtige Bausteine, mit welchen die Therapeut*innen dann arbeiten können (vgl. ebd.: 335). Durch Inputs der Therapeut*innen kann die Beziehung vom Kind zu Professionellen der Sozialen Arbeit gestärkt werden und ein einfühlsamer, rücksichtsvoller Umgang mit dem Kind gefördert werden (vgl. ebd.). Durch regelmäßige Kontaktaufnahme kann Wissen ausgetauscht werden und Professionelle können neue Lösungsmöglichkeiten und konstruktive Handlungsoptionen für die Arbeit mit dem Kind kennenlernen (vgl. ebd.: 340). Die Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen Therapeuten*innen und Professionellen der Sozialen Arbeit kann von Kind zu Kind variieren. Die Kontaktaufnahme zwischen den verschiedenen Parteien soll im Idealfall aber jederzeit möglich sein, damit alle voneinander profitieren können (vgl. ebd.: 339).

4 Praktische Handlungsansätze und Unterstützungsmöglichkeiten

Das vorherige Kapitel setzte sich mit den Aufgaben und Handlungsnotwendigkeiten der Professionellen der Sozialen Arbeit in der Praxis mit traumatisierten Kindern im stationären Kontext auseinander. Dieses Kapitel widmet sich konkreten Handlungsansätzen und Unterstützungsmöglichkeiten, welche im stationären Kontext angewendet werden können. Dazu gehören diverse Übungen und verschiedene Methoden, welche zur Unterstützung der traumatisierten Kinder dienen. Die Methoden und Übungen sind als Beispiele oder zur Inspiration für die Arbeit mit traumatisierten Kindern zu betrachten.

4.1 Das Gefühl von Sicherheit schaffen

In Kapitel drei wurde darauf eingegangen, welche Rahmenbedingungen Professionelle der Sozialen Arbeit schaffen können, damit die innere und äussere Sicherheit der Kinder gestärkt wird. Weiterführend werden Übungen aufgezeigt, welche mit den Kindern zusammen durchgeführt werden können und ihnen ermöglichen, das Gefühl von Sicherheit zu steigern. Die Übungen, welche erklärt werden, müssen mit den Kindern regelmässig, also mehrmals in der Woche durchgeführt werden, damit sie auch in belastenden Situationen darauf zurückgreifen können (vgl. Garbe 2015: 209).

4.1.1 Übung sicherer Ort

Eine klassische Übung für das Herstellen eines Gefühls der Sicherheit ist die Übung „sicherer Ort“ (vgl. Hantke/ Görges 2012: 322). Mit dieser Übung wird mit dem Kind zusammen ein sicherer Ort in der Fantasie erarbeitet, welcher in herausfordernden Situationen ein Gefühl von Sicherheit geben soll. Die Erarbeitung dieses Fantasieortes erfolgt am besten in einem ungestörten Raum (vgl. ebd.: 329).

Als erstes wird dem Kind erklärt was das Ziel dieser Übung ist. Dem Kind steht offen, ob es einen bekannten oder erfundenen Ort wählt (vgl. ebd.: 330). Das Kind wird anhand von Fragen zu dem Ort durch die Übung geführt. Professionelle der Sozialen Arbeit sollten sich die Beschreibungen der Kinder notieren, um diese später wiederholen zu können (vgl. ebd.). Fragen welche die Erstellung des Ortes erleichtern:

- Ist der Ort drinnen oder draussen?
- Ist es ein Raum oder eine Landschaft? Wie sieht es dort aus?
- Ist es dort warm oder kühl?
- Was hat es dort sonst noch? (Gegenstände, Tiere, Pflanzen)
- Was kann man hören, riechen, auf der Haut spüren?
- Was braucht es an dem Ort sonst noch, damit es ein optimaler Wohlfühlort ist? (vgl. Hantke/ Görges 2012: 330f).

Je nach dem was das Kind erzählt, können passende Folgefragen gestellt werden. Das Kind ist komplett frei in der Wahl des Orts. Wichtig ist, dass keine anderen Menschen an diesem Ort sind, da dies den Ort abhängig von der Beziehung zu diesen Menschen machen würde. Erlaubt hingegen sind «Helfer*innen» in Form von Tieren oder Fantasiewesen (vgl. Hantke/ Görges 2012: 332). Es macht Sinn, durch eine Visualisierung, das Vorstellen dieses Ortes zu erleichtern. Den Kindern kann zur Wahl gestellt werden, den Ort selbst zu zeichnen oder den Ort von den Professionellen der Sozialen Arbeit aufzeichnen zu lassen (vgl. ebd.: 335). Kinder sollen gefragt werden, ob es noch einen zusätzlichen Schutz für den sicheren Ort, wie beispielsweise Zäune, Büsche oder Wachmänner, braucht (vgl. ebd.: 332). Zudem soll das Kind den Namen des Ortes frei wählen können (vgl. ebd.: 330). Wenn ein sicherer Ort erstellt wurde, muss wiederholt geübt werden, Zugriff auf diesen Ort zu erlangen, damit es dann auch in herausfordernden Situationen gelingen kann. Hierbei können die Professionellen der Sozialen Arbeit Unterstützung leisten, indem sie dies mit dem Kind mehrmals üben und Kinder in Stress-Situationen an den Ort erinnern (vgl. ebd.). Für den Zugriff auf den Ort kann es sinnvoll sein, mit dem Kind ein Symbol zu suchen, welches an den Ort erinnert und vor allem daran erinnert, dass dieser Ort im Geiste besucht werden kann (vgl. ebd.: 334).

4.1.2 Innere Helfer*innen

Innere Helfer*innen dienen dazu, sich in belastenden stressvollen Situationen selber zu beruhigen, sich selbst Mut zu machen, sich Energie zu geben und sich dadurch sicherer zu fühlen (vgl. Hantke/ Görges 2012: 352). Innere Helfer*innen sind vor allem nützlich, wenn eine herausfordernde Aufgabe bewältigt werden muss (vgl. Garbe 2015: 211). Als erstes muss mit dem Kind geklärt werden für was oder welche Situation innere Helfer*innen nützlich sein könnten. Es gilt die Bedürfnisse des Kindes in Erfahrung zu bringen. Beispielsweise können innere Helfer*innen für das Gefühl von Sicherheit, Entspannung oder Mut gebraucht werden oder für Durchhaltevermögen und Gelassenheit (vgl. Hantke/ Görges.: 353). Innere Helfer*innen können Familienmitglieder, Freund*innen, Tiere, Fabelwesen oder Vorbilder sein. Mit dem Kind wird eine Figur gesucht, welche diejenigen Eigenschaften aufweise, die gebraucht werden. Danach wird sie genau erfragt und niedergeschrieben oder aufgezeichnet (vgl. ebd.: 353f). Die Kinder können dann ermutigt werden, in die Rolle dieser Figuren zu schlüpfen und sich vorzustellen wie es wäre, die Figur mit diesen Eigenschaften zu sein. So können diese Eigenschaften vielleicht übernommen und das Kind somit gestärkt werden (vgl. ebd.: 355). Für Kinder ist es sinnvoll, eine Spielfigur oder sonst etwas zum Anfassen als Symbol für die inneren Helfer*innen mit auf den Weg zu geben (vgl. Garbe 2015: 211).

4.1.3 Notfallkoffer

Der Notfallkoffer steht für eine Sammlung von Dingen, die ein Kind tun kann, wenn es sich nicht wohl fühlt (vgl. Hantke/ Görges 2012: 382). Für die Arbeit mit Kindern macht es Sinn einen echten Koffer oder eine Schachtel mit Dingen zu füllen, die dem Kind gut tun oder Plakate zu erstellen mit Symbolen. Dies geschieht in Zusammenarbeit mit dem Kind (vgl. Hantke/ Görges 2012: 388). In den Notfallkoffer können Symbole für Orte, an denen sich das Kind zurückziehen oder beruhigen kann, für das Teetrinken, für das Malen, Musikhören, Tanzen oder für das Riechen an ätherischen Ölen und vieles weiteres gepackt werden. Hierbei ist es wichtig, dass nur Dinge in den Koffer gepackt werden, welche auch jederzeit verfügbar sind. Oftmals macht es Sinn für den Anfang den Notfallkoffer für spezifische Situationen zu packen und ihn dann auch dort zu platzieren wo er gebraucht wird (vgl. ebd.: 384). Der Notfallkoffer ist dafür da, dass das Kind die Erfahrung machen kann, dass es sich selbst helfen kann (vgl. ebd.: 282). Dabei ist wie bei allen anderen Übungen wichtig, dass das Kind trotzdem immer die Möglichkeit hat, die Unterstützung von Erwachsenen zu beanspruchen (vgl. ebd.: 388).

4.2 Das Selbstverstehen stärken

4.2.1 Kindgerechte Erklärungen

Damit Kinder die Reaktionen ihres Körpers auf die traumatisierenden Ereignisse verstehen können, braucht es kindgerechte Erklärungen (vgl. Weiss 2013: 170). Für die Arbeit mit Kindern ist es wichtig, die Erklärungen kurz und anschaulich zu präsentieren und Metaphern zu finden, die die Kinder verstehen (vgl. Hantke/Görges 2012: 274).

Folgend werden Möglichkeiten solcher kindgerechten Erklärungen dargestellt.

Die Notfallreaktion

Im Gehirn gibt es drei Teile, die im Idealfall gut zusammenarbeiten. Ein Teil, das ist der älteste, manche sagen Reptiliengehirn (Gehirnstamm oder Stammhirn) dazu, ist der Kern des Apfels. Dieser Teil hat viele Funktionen, u.a. reagiert er auf Gefahr und stellt Energie bereit, um zu kämpfen oder zu flüchten. Seine Sprache sind die Empfindungen wie z.B. der Kloss im Hals, die schweissnassen Hände oder eine große Aufregung. Der zweite Teil, sagen wir das Fruchtfleisch des Apfels, heisst auch Mittelhirn oder Amygdala. Dieser Teil ist für Gedächtnis und Emotionen verantwortlich, seine Sprache sind die Gefühle. Die Amygdala ist auch die Warnzentrale im Gehirn. Der dritte Teil, sagen wir die Schale des Apfels, ist das denkende Gehirn. Normalerweise ist das denkende Hirn der Chef. Wenn Du aber ganz viel Angst hast, schaltet die Warnzentrale (Fruchtfleisch) das Reptiliengehirn (Apfelkern) ein. Der Apfelkern stellt Energie bereit, damit Du Dich wehren kannst. Und das denkende Gehirn, die Schale des Apfels ist abgeschaltet. Und wenn das ganz oft ist oder früher so war, dann meldet die Amygdala Gefahr, auch wenn keine da ist. Das Reptiliengehirn bleibt eingeschaltet und setzt Deinen Körper unter Strom, damit Du Dich wehren

oder flüchten kannst. Du wirst nervös oder bekommst Angst oder schweißnasse Hände, rastest vielleicht aus und weil Du nicht weißt, was passiert, denkst du, da hat sich eine Fernbedienung reingehängt, die sendet immerzu Alarm. Die Schale, der Denker, hat keine Chance, es gibt keinen Funkkontakt von der Warnzentrale zum Denker und auch keinen vom Denker zur Warnzentrale. (Levine/Kline 2006, zit. nach Weiss 2013:170)

Dissoziation

Der Mensch ist gut eingerichtet. Wenn Du nicht mehr so aufgeregt sein willst, das ist ja sehr anstrengend oder Du schlimme Bilder, die manchmal aus dem Fruchtfleisch auftauchen, nicht mehr sehen willst, wenn Dir das alles viel zu viel wird, schaltet das Gehirn auf Durchzug, das Fruchtfleisch des Apfels, die Amygdala spürt keine Gefühle, die Haut, das Denken, erinnert sich an nichts und der Körper ruht sich von dem ganzen Stress aus. Wir nennen das dissoziieren. Wenn Du früher öfter dissoziieren musstest, schleift sich das ein. Dein Kopf – für das Dissoziieren ist das Fruchtfleisch des Apfels zuständig – dissoziiert dann immer wieder, auch wenn es eigentlich nicht nötig ist. (Weiss 2013: 171)

Nach solch einer Erklärung kann mit den Kindern gesammelt werden, welche Formen von Dissoziation es gibt (bspw. Träumen, keine Schmerzen spüren, nicht ansprechbar sein) (vgl. Weiss 2013: 171). Allgemein wichtig ist es, dass den Kindern immer wieder gesagt wird, dass ihre Reaktionen aufgrund ihrer traumatisierenden Erlebnisse natürlich sind (vgl. ebd.).

Übertragung

Da Kinder ihre früher gemachten Erfahrungen auf die aktuelle Situation und neue Personen übertragen und dies unter anderem den Beziehungsaufbau stört, muss ihnen auch diesbezüglich eine kindgerechte Erklärung geliefert werden. Somit können Verhaltensmuster auch von den Kindern verstanden werden und es wird zukünftig einfacher, sie im Moment des Geschehens darauf anzusprechen (vgl. Weiss 2013: 172). Sätze wie: «Alle Menschen tun das. Wenn sie früher hungern mussten, bunkern sie Essen, wenn sie viel geschlagen wurden, schlagen sie vielleicht mal vorsorglich vorher, so sorgen sie für sich» (Weiss 2013: 171) können hierbei Entlastung für die Kinder schaffen (vgl. Weiss 2013: 171).

Im Alltag können Kinder in ihrem Selbstverstehensprozess unterstützt werden, in dem gefragt wird „**Du tust das, weil?**“ (vgl. Weiss 2013: 173). Da „warum tust du das“ häufig Schuldgefühle und Scham auslöst, wird auf diese Frage bewusst verzichtet. Durch die Frage „Du tust das, weil?“ wird dem Kind auf eine rücksichtsvolle und respektvolle Art geholfen, ihr Verhalten selbst zu hinterfragen und zu verstehen (vgl. ebd.). Durch die kindgerechten Erklärungen, wissen Kinder, dass es gute Gründe für ihr Verhalten gibt. Durch die Frage «Du tust das, weil?», können sie nun dieses Wissen auf aktuelle Situationen übertragen und herausfinden, was ihre eigenen persönlichen Gründe für das Verhalten sind (vgl. Weiss 2013: 173).

4.2.2 Biografiearbeit

Gahleitner (2021) erwähnt, dass Methoden der Biografiearbeit sich als passende Herangehensweise anbieten, um den Selbstverstehungsprozess zu fördern (vgl. Gahleitner 2021: 112). Die Biografiearbeit dient dazu, dass Kinder ihre eigene Lebensgeschichte erforschen und verstehen können. Es können Lücken gefüllt und Zusammenhänge geschaffen werden. Den Kindern wird erleichtert ihre Herkunft zu akzeptieren und Scham und Schuldgefühle zu vermindern (vgl. Weiss 2016a: 107f). Eine Methode der Biografiearbeit ist das Lebensbuch, welches zusammen mit einem Kind gestaltet wird. (vgl. Gahleitner 2021: 90). Partizipativ mit dem Kind wird ein Buch erstellt mit verschiedensten Informationen über die Betroffenen und deren Vergangenheit (vgl. Lattschar/ Wiemann 2018: 107).

Folgende Kapitel und Inhalte können beispielsweise im Buch erarbeitet werden:

- «Das bin ich»: Geburtsdatum, Name, Interessen, Stärken/Schwächen, der eigene Körper, Fähigkeiten etc.
- «Meine Familie»: Informationen zu den Familienmitgliedern und der Beziehung zu ihnen, Fotos, Stammbaum, Kontaktmöglichkeiten und weiteres.
- „Meine Gefühle“: Wie fühlt sich das Kind in der aktuellen Wohnsituation/ mit den aktuellen Gegebenheiten? Was tut dem Kind gut? Von was hat es Angst? Was macht das Kind wütend?
- „Meine Geschichte“: Lebenslauf, wichtige Ereignisse im Leben des Kindes, Informationen zum Wechsel in den stationären Kontext
- „Meine Gegenwart“: Ein typischer Tag im Leben des Kindes, was das Kind am Alltag mag und nicht mag (vgl. Lattschar/ Wiemann 2018:107).

Am besten wird mit dem Kind bei einfacheren, wenig belastenden Themen wie «Das bin Ich» gestartet und nach und nach auf schwierigere Themen, wie die Vergangenheit eingegangen (vgl. Lattschar/ Wiemann 2018:107). Das Kind soll die Möglichkeit haben, das Buch mitzugestalten und den Inhalt des Buchs mitzubestimmen bzw. auch Kapitel zu ergänzen (vgl. ebd.: 109).

4.3 Die Selbstwahrnehmung und Selbstregulation unterstützen

4.3.1 Gefühle und Empfindungen kennenlernen und wahrnehmen

Um zu einem späteren Zeitpunkt die Selbstregulation zu stärken, müssen Kinder erst lernen, Empfindungen und Gefühle wahrzunehmen (vgl. Weiss 2016c: 295). Da betroffene Kinder Gefühle oftmals nur in der Form von Empfindungen wahrnehmen, macht es Sinn, mit ihnen Gefühle und die möglich dazugehörenden Empfindungen zu sammeln und das mögliche Verhalten, welches sich dann zeigen kann zu besprechen (vgl. Weiss 2014: 104).

Ein wichtiger Schritt für die Selbstwahrnehmung ist, einen **Wortschatz** zu erarbeiten, welcher zur Beschreibung von Empfindungen dient (vgl. ebd.: 125). Hierzu können beispielsweise in Gruppen verschiedene Gefühle gesammelt und mit Körperempfindungen und Verhalten, die dazugehören, kombiniert werden (vgl. Weiss 2016a: 129).

Damit die Kinder lernen, sich ihren Gefühlen bewusst zu werden ist es sinnvoll, wenn Professionelle der Sozialen Arbeit Gefühle des Kindes **verbalisieren und spiegeln** (vgl. Weiss 2016a:126).

Eine Methode, um Gefühle wahrnehmen und unterscheiden zu lernen sind sogenannte **Phantasiereisen** (vgl. Baierl 2008: 81f). Hierbei werden Kinder in einzelnen entspannten Sequenzen durch eine verbale Anleitung aufgefordert, sich in bestimmte Situationen und Orte zu begeben (vgl. ebd.). Das Ziel einer solchen Übung ist es, die Aufmerksamkeit der Kinder auf die Körperempfindungen, welche sie bei bestimmten Gefühlen spüren, zu lenken (vgl. Baierl 2016d: 90). Folgend eine beispielhafte Anleitung mit den wichtigsten Schritten für solch eine Sequenz:

- Erwinnere dich an eine Situation, in der du wütend/ glücklich warst
- Versetze dich in diese Erinnerung
- Wo in deinem Körper spürst du nun die Wut/ das Glück?
- Wie fühlt sich dies an (eher warm oder kalt- schwer/leicht – hart/weich – kribbelnd/fließend – an einer Stelle/ im ganzen Körper usw.)?
- Komme mit deiner Aufmerksamkeit nun langsam wieder zurück ins Hier und Jetzt (Datum und Zeit) (vgl. Baierl 2016d: 90)

Während der Sequenz kann auch nach Sinneseindrücken wie Gesehenem, Geruchtem, Gehörtem und Geschmecktem gefragt werden. Der Fokus soll aber auf den Körperempfindungen bleiben (vgl. Baierl 2008: 81f). Nach der Sequenz wird mit dem Kind besprochen, welche Körperempfindungen es wahrgenommen hat und falls die Übung in einer Gruppe durchgeführt wurde, können die Empfindungen auch verglichen werden (vgl. Baierl 2016d: 90).

Wichtig ist, dass auf eine Phantasiereise bezogen auf ein negatives Gefühl, eine Phantasiereise bezogen auf ein positives Gefühl folgt (vgl. Baierl 2016d:90). Wenn diese Übung wiederholt durchgeführt wird, können Kinder mit der Zeit immer mehr Gefühle wahrnehmen und diese aufgrund ihrer Empfindungen erkennen (vgl.ebd.: 91).

Eine weitere Methode, welche Kindern das Kennenlernen von Gefühlen und den Zugang dazu erleichtern kann, ist das Schreiben von **Gefühlstagebüchern** (vgl. Baierl 2008: 81). In ein Gefühlstagebuch können Erlebnisse und damit einhergehende Gefühle eingetragen werden. Wenn das Kind möchte, kann das Geschriebene dann mit einer erwachsenen Person besprochen werden.

Das Kind soll aufgefordert werden die Gefühle genauer zu beschreiben und die erwachsene Person kann je nach dem alternative Begrifflichkeiten anbieten. Somit kann auch der Wortschatz für die Beschreibung der eigenen Gefühle erweitert werden (vgl. Baierl 2008: 81).

4.3.2 Entspannung einsetzen

Der Einsatz von Entspannungsmethoden ist für die Regulation des dauernd erhöhten Stresspegels von traumatisierten Kindern eine wichtige Ressource (vgl. Baierl 2016e: 187). Konkret müssen Kinder Entspannungs- und Imaginationsübungen erlernen und erproben, um in herausfordernden Situationen darauf zurückgreifen zu können (vgl. Weiss 2016a.: 179).

Die Übung „sicherer Ort“ und das zurückgreifen auf innere Helfer und den Notfallkoffer, welche im Kapitel 4.2 erläutert wurden, können nach mehrmaliger Erprobung beispielsweise eine Ressource sein, auf welche die Kinder zurückgreifen können. Zudem bietet sich die Anwendung von **Progressiver Muskelrelaxation** und **autogenem Training** an (vgl. Baierl 2016e: 188). Beim autogenen Training werden Betroffene dazu angeleitet sich vorzustellen, dass ihr Körper angenehm schwer und warm ist, ihr Herz ruhig schlägt, der Atem ruhig und gleichmässig fließt, die Bauchregion schön warm und die Stirn kühl ist. Somit wird der Körper in den Zustand von tiefer Entspannung geleitet. Nach mehrmaligem Üben können Kinder diese Übung auch selbst anwenden (vgl. Baierl 2017: 97).

Die Progressive Muskelrelaxation führt durch das wiederholte An- und Entspannen von bestimmten Muskeln zu einer ganzkörperlichen Entspannung (vgl. Baierl 2017: 98). Für die Anwendung mit Kindern gibt es im Internet viele verschiedene Phantasiereisen, in welchen die Progressive Muskelrelaxation eingebaut sind.

4.3.3 Trigger kennenlernen

Damit die Selbstregulation gefördert werden kann, müssen Kinder die Trigger, welche zur Überregung und zum «Ausrasten» führen, kennenlernen. Die folgenden Fragen, helfen dabei, Trigger zu erkennen:

- In welchen Situationen am Tag fühlst du dich gestresst?
- Wie fühlt es sich an, wenn du gestresst bist?
- Wo fühlst du das in deinem Körper? (vgl. Weiss 2016a: 130f).

Zudem können mit dem Kind Gespräche geführt werden in welchen erkundet wird, was dem Kind Angst macht und was es nicht mag. Fragen zu Gerüchen, Geräuschen, Kindern, Mitarbeiter*innen, Orten, Essen und Situationen, die das Kind nicht mag und weshalb es diese nicht mag, können bei der Identifizierung von Triggern hilfreich sein (vgl. ebd.: 178f).

Wenn die Selbstwahrnehmung wie in Kapitel 4.4 gestärkt wird und die Kinder verschiedene Empfindungen und Gefühle kennen, können sie lernen, sie im Alltag wahrzunehmen und sich nicht davon leiten zu lassen, sondern bewusste Entscheidungen zu treffen (vgl. Weiss 2016a: 131). Es ist nicht realistisch, dass alle Trigger eines Kindes entdeckt werden. Jedoch kann bereits das Erkennen eines Triggers und der Umgang damit den Stress des Kindes erheblich senken (vgl. Weiss 2014: 117).

4.3.4 Emotionsregulation

Die emotionale Balance von traumatisierten Kindern ist nicht im Gleichgewicht und die vergangenen Erlebnisse der Kinder beeinflussen die Impulssteuerung stark (vgl. Bach 2019: 115). Das Steuern der Emotionen muss erlernt werden (vgl. ebd.: 117). Wie bereits im Kapitel 4.3 erwähnt, müssen Kinder Gefühle und Empfindungen und somit auch Emotionen erst kennenlernen und benennen können, bevor sie diese und ihr Verhalten regulieren können (vgl. ebd.: 117f). Ein wichtiger Schritt vor der Emotionsregulation, ist das Sammeln von Ressourcen, auf welchen dann die Emotionsregulation basieren kann (vgl. ebd.: 118).

Um emotionale Zustände zu erforschen und unangenehme Emotionen zu regulieren bieten sich Imaginationsübungen an (vgl. Bach 2019: 122) Phantasiereisen, welche im vorangegangenen Kapitel beschrieben wurden, sind eine Form von Imaginationsübungen. Bach ergänzt hierzu, dass Kindern in solch einer Übung die Möglichkeit gegeben werden kann in der Phantasie ihre Ressourcen auszuprobieren und einzusetzen. Wenn eine Stärke bereits nur im Kopf in eine Situation einfließen kann, in welcher sie das noch nie zuvor tat, kann dies das Selbstwirksamkeitsempfinden stark anheben (vgl. ebd.: 123).

Die Einstufung der Stärke der Wut auf einem Wut-Barometer und Wuttagebücher können bei der Regulation von Wut helfen (vgl. Bach 2019: 123).

Selbstinstruktionen in der Form von Sätzen, welche sich die Kinder selbst vorsagen, können im Alltag eingesetzt werden, um den inneren Stress zu regulieren. Das Ziel von Selbstinstruktionen ist, dass eine Reaktion verzögert wird, Körperreaktionen positiv beeinflusst werden und der Selbstwert gestärkt wird. Solche Sätze können beispielsweise „ich atme viermal in den unteren Bauch“, „ich entspanne meine Hände“ und „ich bin gut so wie ich bin“ sein (vgl. Bach 2019: 123f).

4.4 Dissoziation Stoppen

Dissoziationsstopps dienen zur Reorientierung im Hier und Jetzt. Wenn Kinder dissoziieren rutschen sie schnell in vergangene Erlebnisse und Gefühlszustände wie beispielsweise grosse Angst oder Aggression ab und brauchen Unterstützung, um daraus wieder herauszukommen (vgl. Hantke/ Görges 2012: 210f). Folgend werden mögliche Dissoziationsstopps erläutert.

Atmen: Kinder werden aufgefordert bewusst zu Atmen. Je nachdem ob ein Kind unterspannt ist und „abdriftet“ oder überspannt und somit auch stark erregt ist, machen unterschiedliche Atemübungen Sinn (vgl. Hantke/ Görge 2012: 220). Wenn ein Kind in der Unterspannung dissoziiert, atmet es eher flach und oberflächlich. Es kann reichen, wenn konkret gesagt wird „Atme dreimal tief in den Bauch und lange wieder aus“. Ergänzend kann auch dazu aufgefordert werden, eine Hand auf den Bauch und eine auf die Brust zu legen und somit zu versuchen, den Atem zu steuern. Wichtig ist, dass die Übung vorgemacht wird und das Kind „mitmachen“ kann. Ein Kind, welches in einer Überspannung dissoziiert, atmet oftmals sehr schnell, was sich anhören kann wie ein hecheln. Hierbei soll das Kind dazu aufgefordert werden kurz ein und tief auszuatmen, was auch wieder vorgemacht wird, bis sich die Atmung des Kindes entspannt (vgl. ebd.: 220f).

Erdung und Bewegung: Die Erdung und Bewegungen lenken die Aufmerksamkeit auf die Körperwahrnehmung (vgl. Hantke/ Görge 2012: 223). Das Kind wird bei einer Erdung aufgefordert, bewussten Kontakt zum Boden herzustellen und somit den „Boden wieder unter den Füßen zu spüren“. Am besten passiert dies im Stehen. Das Kind wird gefragt, ob es den Boden unter den Füßen spürt und wird ermutigt herumzulaufen, zu stampfen und nach vorne und hinten zu wippen. Das Kind wird gefragt, wo es den Druck an den Füßen spürt und wie sich dies anfühlt. Wenn das Kind wieder präsenter wirkt, wird die Übung mit abklopfen des Körpers mit den Händen beendet (vgl. Hantke/ Görge 2012: 222f). Die Bewegung ist ein weiterer Zugang zur Wahrnehmung des Körpers. Hierbei können Kinder auf viele verschiedene Arten, wie herumstampfen oder Bewegungsspielen zur Bewegung aufgefordert werden. Durch das Ausprobieren kann miteinander herausgefunden werden, welche Bewegungen dem Kind am besten helfen, um wieder präsenter zu werden (vgl. ebd.: 223f).

Sehen und hören: Das Kind wird ganz einfach aufgefordert, mitzuteilen, was es hört und sieht. Somit wird die Aufmerksamkeit auf das Hier und Jetzt gerichtet (vgl. Hantke/ Görge 2012:226). Eine Übung, welche die Aufmerksamkeit aufs Sehen, Hören und zusätzlich aufs Fühlen lenkt ist die 5-4-3-2-1 Übung. Hierbei wird das Kind dazu aufgefordert 5 Dinge zu benennen die es sieht, 5 Dinge, die es hört und 5 Dinge, die es spürt. Danach geht es weiter mit jeweils vier, drei, zwei und zum Schluss einem Ding. Auch die umgekehrte Reihenfolge kann eingehalten werden (vgl. Hantke/ Görge 2012: 246ff). Mit Kindern kann auch das Spiel „Ich sehe was, das du nicht siehst“ gespielt werden, falls die 5-4-3-2-1 Übung noch zu herausfordernd ist, oder die Übung zusammendurchgeführt werden im Sinne von „ich sehe eine rote Tasche, siehst du die auch?“ (vgl. ebd.: 254).

Die in diesem Kapitel beschriebenen Übungen und Handlungsmöglichkeiten sind eine beispielhafte Sammlung, welche Fachpersonen zur Unterstützung von traumatisierten Kindern im Alltag anwenden werden können.

5 Diskussion

Im Folgenden Kapitel werden die Fragestellungen beantwortet. Des Weiteren wird darauf eingegangen, welche Bedeutung die Erkenntnisse für den stationären Kontext der Sozialen Arbeit haben. Zum Schluss werden die Ergebnisse kritisch diskutiert und weiterführende Gedanken festgehalten.

5.1 Beantwortung der Fragestellung

In diesem Kapitel werden erst die Unterfragestellungen und anschliessend die Hauptfragestellung beantwortet. Die Fragestellung « (1) *Wie wird eine Traumatisierung definiert und diagnostiziert?* » wurde bereits in Kapitel 2.1 und Kapitel 3.1 beantwortet und wird hier deshalb nicht mehr aufgeführt.

(2) Welche Herausforderungen stellen sich Professionellen der Sozialen Arbeit in der Arbeit mit traumatisierten Kindern?

Das Erkennen einer Traumatisierung stellt, wie in Kapitel 3.1 erwähnt, eine Herausforderung dar. Als Folge der Traumatisierung wirken Kinder oftmals aufmüpfig, sich widersetzend, aggressiv, faul oder sogar boshaft. Dieses Verhalten wird im Alltag häufig einer sozialen Beeinträchtigung, ADHS, Depression oder weiteren Störungen zugeordnet. Solches Verhalten als Traumafolgen zu erkennen und traumasensibel darauf zu reagieren, fordert ein hohes Mass an Beobachtungsvermögen, Auseinandersetzung mit traumapädagogischen Wissensbeständen und Fähigkeit zur (Selbst-)Reflexion.

Das Verhalten der Kinder, das oftmals als Überlebensstrategie dient, kann Professionelle der Sozialen Arbeit an ihre Grenzen bringen. Die heftigen Reaktionen auf vermeintlich neutrale Reize erscheinen oftmals nicht logisch, was das Verständnis für das Verhalten behindert. Traumatisierte Kinder zeigen regelmässig aggressives, rebellisches, widersetzendes und grenzüberschreitendes Verhalten, da sie nicht gelernt haben, Grenzen wahrzunehmen und Probleme mit der Impulskontrolle haben. Zudem kann es sein, dass Kinder sich kaum etwas zutrauen und stark vermeidende Verhaltensweise zeigen, was sie als nicht kooperativ und faul erscheinen lassen kann. Viele Verhaltensweisen der Kinder dienen dazu, die Kontrolle über die Geschehnisse um sie herum zu erreichen. Der Umgang mit solchen Verhaltensweisen stellt für Fachpersonen eine grosse Herausforderung dar (vgl. Kapitel 3.2.2). Die Übertragung und Gegenübertragung führen dazu bei, dass die Emotionen im Alltag immer wieder stark geladen sind und persönliche Anteile der Professionellen der Sozialen Arbeit in der Arbeit mit den Kindern mitschwingen, welche nicht immer gleich erkannt werden können.

Aus diesem Grund ist es wichtig, für Professionelle der Sozialen Arbeit Gefässe zu schaffen, in welchen das Verhalten der Kinder, die eventuellen guten Gründe dafür und die persönliche Reaktion besprochen und reflektiert werden können. Auf die hinter den Verhaltensweisen stehenden Bedürfnisse und nicht auf das Verhalten selbst zu reagieren ist eine grosse Herausforderung und im Alltag nicht immer möglich (vgl. Kapitel 3.3.1).

Die Beziehungsgestaltung mit traumatisierten Kindern stellt eine Herausforderung dar, da Betroffene aufgrund von früheren Beziehungserfahrungen oftmals misstrauisch sind und hin und hergerissen sind zwischen den Bedürfnissen nach Nähe und nach Sicherheit. Auch wenn eine Beziehung von aussen gefestigt scheint, werden traumatisierte Kinder die Beziehung immer wieder testen, um zu schauen, ob der Person wirklich vertraut werden kann. Der Beziehungsaufbau zu traumatisierten Kindern braucht aus diesem Grund viel Geduld und Einfühlungsvermögen (vgl. Kapitel 3.2.1).

Die Arbeit mit traumatisierten Kindern bietet viele verschiedene Herausforderungen. Wichtig dabei ist, immer zu bedenken, dass diese Herausforderungen einen guten Grund haben und alle Handlungen der Kinder eine Art von Kooperation darstellen. Im Alltag muss ein Weg gefunden werden, wie die Kinder innerhalb eines für sie sicheren Rahmens gefördert werden können.

(3) Welche Handlungsansätze zur Unterstützung von Kindern gibt es im Stationären Kontext für die Alltagsbewältigung?

Für die Unterstützung von Kindern in der Alltagsbewältigung hat die Beziehungsgestaltung eine wichtige Bedeutung, da sichere, vertrauensvolle Beziehungen als Resilienzfaktor dienen. Kindern müssen zu den oftmals schlimmen Bindungserfahrung neue, alternative Bindungserfahrungen geboten werden, damit Traumatisierungen verarbeitet werden können.

Zentral im stationären Kontext sind deshalb kontinuierliche Beziehungsangebote und der Vertrauensaufbau. Wertschätzung, Offenheit, Ehrlichkeit, Respekt und Transparenz sind hierbei für eine positive Beziehungsgestaltung unabdingbar. Die fünf therapeutischen Aufgaben nach Bowlby sind handlungsleitend für die Beziehungsgestaltung und bieten eine direkte Unterstützung für die Alltagsbewältigung. Das Bieten eines sicheren Hafens und einer vertrauensvollen Ruhequelle, um Kraft zu schöpfen, stellt eine Aufgabe und Unterstützungsmöglichkeit dar. Des Weiteren sollen Kinder ermutigt werden, über alte Bindungserfahrungen zu sprechen.

Die Übertragung soll erklärt werden und die Überprüfung der Bindung zugelassen und ermöglicht werden, damit der Vergleich von verschiedenen Bindungserfahrungen stattfinden kann und die Kinder realisieren können, dass sie alte Bindungsmuster nicht mehr benötigen und hinter sich lassen können (vgl. Kapitel 3.3.1).

Damit Kinder weg von Gefühlen der Ohnmacht und Abhängigkeit kommen und im Alltag selbstbestimmt und autonom handeln können, müssen sie in ihrem Selbstverstehen, ihrer Selbstwahrnehmung, ihrer Selbstregulation und schlussendlich in ihrer Selbstwirksamkeit gestärkt werden. Zudem müssen sie durch die Unterstützung der Professionellen zu einem Gefühl der Sicherheit gelangen. Die Stärkung all dieser Bereiche fungiert als traumapädagogischer Handlungsansatz und erleichtert traumatisierten Kindern die Alltagsbewältigung (vgl. Kapitel 3.3). Zur Stärkung der verschiedenen genannten Bereiche, bieten sich unterschiedlichste Übungen an, welche in Kapitel 4 dargelegt wurden und im Alltag angewendet werden können. Beispielsweise können zum Selbstverstehen einfache Erklärungen für das traumaspezifische Handeln der Kinder bereits viel bewirken und Übungen zur Wahrnehmung von Empfindungen und Gefühlen den Kindern ein Gefühl von Kontrolle zurückgeben. Wichtig ist, dass die Kinder einen Umgang mit ihren Gefühlen und Trigger erlernen und in einen Zustand der Entspannung zurückkehren können (vgl. Kapitel 4).

Traumatisierte Kinder haben oftmals einen hohen Stresspegel und geben ihre selbstschützenden Verhaltensweisen nicht auf, bis sie sich wieder sicher und kompetent fühlen. Aus diesem Grund sind Rahmenbedingungen, welche es den Kindern ermöglichen, sich freudebringenden Aktivitäten widmen zu können und in welchen sie selbstbestimmt handeln können, wichtig. Hierzu gehören klare Strukturen und transparente Kommunikation. Zudem müssen die Trigger der Kinder minimiert werden, damit sie kindsgerechte Erfahrungen ohne selbstverteidigende Reaktionen sammeln können.

Um traumatisierte Kinder im Alltag zu stärken, braucht es eine traumapädagogische Grundhaltung, welche von Wertschätzung, Transparenz, der Annahme des Guten Grundes und von Spass und Freude geprägt ist. Dies unterstützt Professionelle der Sozialen Arbeit dabei, die Kinder besser verstehen und möglichst im Sinne ihres Wohls handeln zu können.

Welchen Beitrag können Professionelle der Sozialen Arbeit im stationären Kontext leisten, um traumatisierte Kinder in der Bewältigung des Alltags adäquat zu unterstützen?

Professionelle der Sozialen Arbeit haben in stationären Kontexten die Möglichkeit, Kindern neue, korrigierende Erfahrungen zu ermöglichen, welche die Verarbeitung und Heilung von Traumatisierungen fördert. Zudem können neue, alternative Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden, im Gegensatz zu den oftmals problematischen Verhaltensweisen. Im stationären Kontext können Professionelle der Sozialen Arbeit dazu beitragen, dass Kinder wieder zu mehr Stabilität gelangen und wieder selbstsicherer und autonomer durchs Leben gehen können. Dies kann vor allem durch folgende Beiträge erreicht werden:

Sicherheit und Struktur bieten

Damit Kinder die Herausforderungen des Alltags meistern können, brauchen sie ein Gefühl von Sicherheit. Eine äussere Sicherheit kann vor allem durch klare Strukturen und Abläufe geschaffen werden. Kindern kann es ein Gefühl von Sicherheit geben, wenn beispielsweise das Aufstehen und das Zubettgehen immer gleich abläuft. Auch Regeln, welche gemeinsam besprochen werden, können klare Grenzen und somit auch Orientierung schaffen. Um die Alltagsbewältigung zu erleichtern soll die Alltagsgestaltung von Professionellen der Sozialen Arbeit so verlässlich, einschätzbar und bewältigungsbar wie möglich gestaltet werden. Die innere Sicherheit kann durch konkrete Übungen gestärkt werden. Wenn Kinder Methoden kennenlernen, um sich selbst Sicherheit zu geben, fällt ihnen auch die Bewältigung von Alltagsaufgaben leichter.

Vertrauensvolle Beziehungen aufbauen

Der Aufbau von vertrauensvollen Beziehungen gibt den Kindern nicht nur ein Gefühl der Sicherheit im Alltag, sondern bietet auch konkrete alternative Bindungserfahrungen. Dadurch wird den Kindern die Chance gegeben, ihre Vorstellungen von Bindungen anzupassen. Zudem lernen sie, wie sie gesunde Beziehungen gestalten können und fassen mehr Vertrauen in ihre Umwelt. Im Alltag erleichtert das Aufbauen von vertrauensvollen Beziehungen die Zusammenarbeit mit den Kindern und die Erziehung der Kinder.

Das Selbstverstehen stärken

Professionelle der Sozialen Arbeit können durch ihr Wissen über Traumatisierungen Kindern helfen, ihre eigene Geschichte und ihr Verhalten besser zu verstehen.

Die Biografiearbeit und kindsgerechte Erklärungen zu Folgen von Traumatisierungen können dazu beitragen, dass Kinder in ihren Schuldgefühlen entlastet werden und ein Stück Selbstvertrauen zurückgewinnen. Wenn Kinder ihre Reaktionen verstehen, ist es auch eher möglich, dass sie Einfluss darauf nehmen können und somit ihren Alltag aktiver gestalten können.

Die Selbstwahrnehmung stärken

Durch verschiedene Wahrnehmungsübungen können Kinder dabei unterstützt werden, wieder ein Gespür für ihren Körper zu bekommen und Empfindungen und Gefühle besser wahrzunehmen. Wenn Kinder wahrnehmen, wie sie sich fühlen, können sie dies auch eher äussern und Professionelle der Sozialen Arbeit können ihre Hilfestellungen im Alltag besser anpassen. Professionelle der Sozialen Arbeit müssen den Kindern im Alltag den Ausdruck ihrer Gefühle ermöglichen und ihnen zeigen, dass Gefühle nicht unterdrückt werden müssen. Die Wahrnehmung von Gefühlen ist zudem der erste Schritt zur Selbstregulation und deshalb für die Alltagsbewältigung und positive Erfahrungen zentral.

Die Selbstregulation fördern

Die Selbstregulation beinhaltet, dass Kinder ihre Trigger identifizieren und rechtzeitig darauf reagieren können. Zudem werden Gefühle wahrgenommen, ausgehalten und aktiv positiv beeinflusst. Professionelle der Sozialen Arbeit können auch hierbei einen wichtigen Beitrag leisten, da sie die Kinder in der Identifizierung ihrer Trigger unterstützen können und mit ihnen Handlungsmöglichkeiten für herausfordernde Situationen erarbeiten und einüben können.

Die Selbstwirksamkeit fördern

Bereits durch die Stärkung des Selbstverstehens, der Selbstwahrnehmung und der Selbstregulation wird die Selbstwirksamkeit der Kinder gefördert, da die Kinder dadurch selbstbestimmter handeln können, das Gefühl von Kontrolle stärken können und allgemein mehr Vertrauen in sich aufbauen können. Zusätzlich können Professionelle der Sozialen Arbeit den Kindern möglichst viele Möglichkeiten zu selbstbestimmten Handlungen geben, damit das Selbstwirksamkeitserleben gestärkt wird.

Professionelle der Sozialen Arbeit haben die Möglichkeit, das Verhalten von traumatisierten Kindern vertieft zu verstehen und ihnen somit die Chance zu geben, in ihren Bedürfnissen gesehen zu werden. Dadurch kann eine verständnisvolle Haltung entwickelt werden. Viel zu oft werden die Kinder als «verhaltensauffällig» schubladisiert und viel zu selten werden die Beweggründe dieses Verhaltens beachtet. Einer der wichtigsten Beiträge der Professionellen der Sozialen Arbeit ist aus der Sicht der Autorin somit, dass traumatisierte Kinder verstanden und gesehen werden und auf ihre Bedürfnisse traumasensibel eingegangen werden kann.

5.2 Bedeutung für die Soziale Arbeit im stationären Kontext

«Soziale Arbeit hat Menschen zu begleiten, zu betreuen oder zu schützen und ihre Entwicklung zu fördern, zu sichern oder zu stabilisieren» (Avenir Social 2010: 6). Im Verlauf dieser Arbeit wurde deutlich, dass Professionelle der Sozialen Arbeit über Fachwissen zum Thema Traumatisierungen in der Kindheit verfügen müssen, um den oben genannten Auftrag der Sozialen Arbeit mit traumatisierten Kindern erfüllen zu können. Zudem ist es ohne dieses Fachwissen kaum möglich, dass feinfühlig auf Anzeichen von Traumatisierungen geachtet werden kann und Traumatisierungen erkannt werden. Dies bedeutet auch, dass stationäre Einrichtungen Verantwortung dafür übernehmen müssen, dass ihre Mitarbeiter*innen genügend Fachwissen für den Umgang mit traumatisierten Kindern besitzen und die Weiterbildung und Auffrischung des Themas immer wieder anstossen müssen. Zudem müssen die Rahmenbedingungen, um traumapädagogisch Handeln zu können, geschaffen werden. Wenn das Fachwissen nicht präsent ist, besteht die Gefahr, dass das Verhalten von traumatisierten Kindern falsch eingeordnet wird und die Kinder somit nicht adäquat unterstützt werden können. Dies bedeutet, dass es sinnvoll ist, wenn stationäre Einrichtungen traumapädagogische Ansätze vertreten, um traumasensibles Verhalten gegenüber den Kindern zu fördern.

Die Arbeit mit traumatisierten Kindern fordert ein hohes Mass an Geduld, Beobachtungsvermögen und Selbstreflexion. Um die Kinder möglichst umfassend unterstützen zu können und gleichzeitig auch Selbstfürsorge für die Professionellen der Sozialen Arbeit zu ermöglichen, müssen stationäre Einrichtungen Gefässe schaffen, in welchen Professionelle der Sozialen Arbeit die Möglichkeit haben, sich über die Kinder und ihre herausfordernden Verhaltensweisen auszutauschen, gemeinsam Lösungen zu finden und sich auch gegenseitig entlasten können, falls die persönliche Involviertheit zu gross wird.

Die Professionellen der Sozialen Arbeit leisten einen grossen Beitrag zur Traumaverarbeitung. Traumatisierte Kinder werden im besten Fall zusätzlich durch Psychotherapeut*innen in der Verarbeitung der Traumatisierung unterstützt. Die soziale Arbeit in stationären Kontexten hat deshalb die Aufgabe, die Kooperation mit den Therapeut*innen zu fördern und stellt eine Schnittstelle zwischen dem therapeutischen Kontext und dem Alltag der Kinder dar. Therapeut*innen können vom Erfahrungs- und Alltagswissen der Professionellen der Sozialen Arbeit über das traumatisierte Kind profitieren und umgekehrt die Professionellen von der Diagnosestellung und dem optimalen Umgang mit den Störungsbildern der Kinder.

5.3 Kritische Würdigung und weiterführende Gedanken

Traumatisierte Kinder in stationären Einrichtungen sind alles andere als eine Seltenheit. Ein grosser Teil der Personen, die eine Ausbildung in der Sozialen Arbeit absolvieren, ist früher oder später einmal in einer stationären Einrichtung tätig. Nachdem die Wichtigkeit für die Auseinandersetzung mit Fachwissen zu Traumatisierungen so oft erwähnt wurde, stellt sich die Frage, ob dies im Studium der Sozialen Arbeit genug gewichtet wird. Ich hatte innerhalb eines Wahlpflichtkurses diese Vertiefungsrichtung gewählt und deshalb ein halbes Semester pro Woche zwei Lektionen dazu. Aus meiner Sicht sollte diese Thematik mindestens in Modulen zur Kindheit und Jugend fest eingebaut werden und nicht nur als Option zur Verfügung stehen.

Stationäre Einrichtungen müssen die Verantwortung dafür übernehmen, dass die Mitarbeiter*innen über Fachwissen zu Traumatisierung verfügen und somit traumapädagogisch handeln können. Aus Erfahrung weiss ich, dass dies oftmals nicht der Fall ist. Ich kenne mehrere Einrichtungen, welche keine konkreten traumapädagogischen Ansätze vertreten und die Thematik im Alltag nicht präsent ist. Auch in meinem Arbeitsalltag werden Hinweise auf eventuelle Traumatisierungen nicht genug gewichtet. Viele Kinder bekommen erst viel zu spät oder gar keine traumaspezifische oder therapeutische Unterstützung, da stationäre Einrichtungen nicht früh genug erkennen, dass die Kinder Unterstützung in der Verarbeitung von früheren Ereignissen benötigen. Ohne Therapie und traumapädagogische Ansätze wird die Unterstützung von traumatisierten Kindern stark erschwert. Hierbei stellt sich die Frage, wer sich für traumatisierte Kinder und für die Berücksichtigung ihrer Herausforderungen einsetzt. Es wäre spannend, dieser Frage nachzugehen und die Gründe für die aus meiner Sicht noch nicht ausreichende Verbreitung des nötigen Fachwissens, herauszufinden. Für die vertiefte Auseinandersetzung mit Traumatisierungen könnte weiterführend der Frage nachgegangen werden, wie sich die verschiedenen Ursachen einer Traumatisierung wie beispielsweise Vernachlässigung, sexuelle Gewalt oder Krieg auswirken. Spannend dabei wäre, wie sich diese Auswirkungen unterscheiden und inwiefern der Umgang mit den Betroffenen dieser Auswirkungen spezifisch angepasst werden müsste. Welche Auswirkungen Traumatisierungen auf das Jugend- und Erwachsenenalter und den zeitgleichen Entwicklungsaufgaben hat wäre anschliessend an diese Arbeit auch interessant zu erarbeiten.

Die Handlungsansätze und Haltungen, welche nötig sind, um traumatisierte Kinder im Alltag zu unterstützen, sind vielfältig und umfassend. Obwohl in dieser Arbeit nur ein kleiner Bruchteil davon abgedeckt wird, stellt sich bereits hierbei die Frage, ob die Umsetzung im stationären Alltag realistisch ist. Bereits das Erkennen einer Traumatisierung erfordert, dass Professionelle der Sozialen Arbeit ihre Aufmerksamkeit für längere Zeit auf ein Kind fokussieren können.

Eine Grenze, welche bisher nicht erwähnt wurde, aber bei allen Aufgaben der Professionellen der Sozialen Arbeit mitschwingt, ist die Verfügbarkeit von Ressourcen. Damit sind vor allem Zeit, Personal und Fachwissen gemeint. Der oben erwähnte Beitrag kann nur geleistet werden, wenn sich Professionelle der Sozialen Arbeit Zeit für diese Aufgaben nehmen können und eine weitere Person die Betreuung und Unterstützung der anderen Kinder übernimmt. Zudem verfügen nicht alle Professionellen der Sozialen Arbeit über das nötige Fach- und Methodenwissen, um traumatisierte Kinder im Ausmass, wie in der vorliegenden Arbeit erwähnt, unterstützen zu können. Der Beitrag, den Professionelle der Sozialen Arbeit leisten könnten, ist deshalb häufig nicht der Gleiche, den sie tatsächlich leisten. Weiter ist zu ergänzen, dass sich Kinder für eine Verarbeitung einer Traumatisierung und einer umfangreichen Unterstützung für die Alltagsbewältigung auf Angebote der Sozialarbeitenden einlassen können müssen. Dies ist nicht immer der Fall und der Vertrauensaufbau, welcher dafür nötig ist, braucht oftmals viel Zeit. In stationären Kontexten ist der häufige Personalwechsel eine zusätzliche Herausforderung, die den Beziehungsaufbau erschwert und eine gewisse Unberechenbarkeit für die Kinder darstellt. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Alltag mit traumatisierten Kindern in stationären Kontexten auch mit viel Fachwissen und Handlungsmöglichkeiten eine grosse Herausforderung für die Professionellen der Sozialen Arbeit, sowie auch für die Kinder darstellt. Die Ansprüche, welche die Traumapädagogik an Sozialarbeitende stellt sind aus meiner Sicht sehr hoch.

Diese Arbeit konnte nur einen kleinen Bruchteil der gesamten Traumatisierungs-Thematik abdecken. In der Auswahl der dargestellten Literatur und vor allem bei den Handlungsmöglichkeiten habe ich mich von meiner Vorstellung, was im stationären Alltag überhaupt möglich ist, unbewusst beeinflussen lassen. Das Ziel, eine Arbeit zur Orientierung und Auffrischung in diesem Bereich der Sozialen Arbeit zu schreiben, habe ich dennoch erreicht. Ich werde diese Arbeit Personen aus meinem Arbeitsumfeld vorlegen können, damit sie ihr Wissen erweitern oder auffrischen können. Zudem wurden Handlungsansätze vorgestellt, von welchen ich überzeugt bin, dass sie in Bruchteilen im Alltag trotz eingeschränkter Ressourcen umgesetzt werden können.

Abschliessend lässt sich sagen, dass mir die Wichtigkeit dieses zentralen Themas nochmals bewusster wurde. In meiner Arbeit habe ich lediglich eine kleine Auswahl der vielfältigen Handlungsmöglichkeiten herausgepickt, welche sich anbieten um die Thematik im Alltag einzubinden. Nun geht es darum, diese in der Praxis anzuwenden und weiterzuentwickeln und so einen kleinen Schritt in die richtige Richtung zu machen. Ich möchte mich dafür einsetzen, dass traumapädagogische Ansätze mehr in meinen Berufsalltag einfließen.

6 Literaturverzeichnis

- Andresen, Sabine/ Hunner-Kreisel, Christine/ Fries, Stefan (Hg.) (2013). Erziehung. Ein interdisziplinäres Handbuch. Deutschland: Springer-Verlag.
- Arbeitsgruppe Traumapädagogische Standards in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe (2013). Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Das Positionspapier der BAG Traumapädagogik. In: Lang, Birgit/ Schirmer, Claudia/ Lang, Thomas/ Andreae de Hair, Ingeborg/ Wahle, Thomas/ Bausum, Jacob/ Weiss, Wilma/ Schmid, Marc (Hg.). Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. S.84-105.
- Avenir Social (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern.
- Bach, Hanna-Kari (2019). Emotionsregulative Interventionsansätze in der Sozialtherapie Impulssteuerung. In: Schuster, Eva Maria/ Werner, Stefan (Hg.). Sozialtherapie Impulssteuerung. Emotionsbezogene Handlungskonzepte in der Sozialen Arbeit. Stuttgart: W. Kohlhammer. S. 115-127.
- Baierl, Martin (2008). Herausforderung Alltag. Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Baierl, Martin (2016a). Mit Verständnis statt Missverständnis: Traumatisierung und Traumafolgen. In: Baierl, Martin/ Frey, Kurt. Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S.21- 46.
- Baierl, Martin (2016b). Den jungen Menschen in seinem Wesen erkennen: Traumapädagogische Diagnostik. In: Baierl, Martin/ Frey, Kurt. Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S.72-79.
- Baierl, Martin (2016c). Mit Sicherheit ein gutes Leben: Die Fünf sicheren Orte. In: Baierl, Martin/ Frey, Kurt. Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S.56-71.
- Baierl, Martin (2016d). Dir werde ich helfen: Konkrete Techniken und Methoden der Traumapädagogik. In: Baierl, Martin/ Frey, Kurt. Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S.80-107.

- Baierl, Martin (2016e). Körperliche Stabilisation traumatisierter Jugendlicher in der stationären Jugendhilfe. Baierl, Martin/ Frey, Kurt. Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. 3. Aufl. Göttingen: Vanderhoeck & Ruprecht. S.171-184.
- Brisch, Karl Heinz (2021). Bindungsstörungen und Trauma. Grundlagen für eine gesunde Bindungsentwicklung. In: Brisch, Karl Heinz/ Hellbrügge Theodor (Hg.). Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart: Klett-Cotta. S.105-135.
- D_Statis (2021). Pressemitteilung Nr. 350 vom 21.Juli 2021. URL: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/07/PD21_350_225.html [Zugriffsdatum 19.06.2022]
- Eckardt, Jo (2005). Kinder und Trauma. Was Kinder brauchen, die einen Unfall, einen Todesfall, eine Katastrophe, Trennung, Missbrauch oder Mobbing erlebt haben. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Fegert, Jörg M./ Dieluweit, Ute/ Thurn, Leonore/ Ziegenhain Ute/ Goldbeck, Lutz (2013). Einleitung: Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Aktuelle Situation, Problembereiche, Versorgung. In: Fegert, Jörg M./Ziegenhain, Ute/Goldbeck, Lutz (Hg.). Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. 2.Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. S. 9-26.
- Fischer, Gottfried/ Riedesser, Peter (2003). Lehrbuch der Psychotraumatologie. 3.Aufl. München: Ernst Reinhard Verlag.
- Fuchs, Christian (2017). Trauma und Neuroliberalismus. In: Jäckle, Monika/ Wuttig, Bettina/ Fuchs, Christian. (Hg.). Handbuch Trauma-Pädagogik-Schule. Bielefeld: transcript Verlag. S. 307-329.
- Gahleitner, Silke Brigitta (2011). Das therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Gahleitner, Silke Brigitta (2021). Das pädagogisch-therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen. 3.Aufl. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Gahleitner, Silke Brigitta/ Basedow, Andrea/ van Mil, Heiner (2020). Soziale Diagnostik in der psychosozialen Traumaarbeit. In: Buttner, Peter/ Gahleitner, Silke Brigitta/ Hochuli Freund Ursula/ Röh, Dieter (Hg.). Soziale Diagnostik in den Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit. Berlin: Verlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. S.137-157.

- Gahleitner, Silke Brigitta/ Golatka, Adrian/ Rothdeutsch-Granzer, Christina/ Kronberger, Helmut (2021). Traumapädagogik. Erschienen am: 11. August 2021. In: Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie. 20. Jg. S.129-142.
- Gahleitner, Silke Brigitta/ Rothdeutsch-Granzer, Christina (2016). Traumatherapie, Traumabehandlung und Traumapädagogik. Ein Überblick über aktuelle Unterstützungsformen zur Bewältigung traumatischer Erfahrungen. Erschienen am: 8. November 2016. In: Psychotherapie Forum. 21. Jg. S. 142-148.
- Garbe, Elke (2015). Das kindliche Entwicklungstrauma. Verstehen und bewältigen. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Hantke, Lydia (2015). Traumakompetenz in psychosozialen Handlungsfeldern. In: Gahleitner, Silke Brigitta/ Frank, Christina/ Leitner, Anton (Hg.). Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S.118-126.
- Hantke, Lydia/ Görge, Hans-Joachim (2012). Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Hartung, Stephanie/ Spitta Wolfgang (2020). Lehrbuch der Systemaufstellungen. Grundlagen, Methoden, Anwendung. Berlin: Springer-Verlag.
- Heedt, Thorsten (2017). Psychotraumatologie. Traumafolgestörungen und ihre Behandlung. Stuttgart: Schattauer.
- Hensel, Thomas (2017). Die Psychotraumatologie des Kindes- und Jugendalters. In: Baierl Martin/Gahleitner, Silke Brigitta/Hensel, Thomas/Kühn, Martin/Schmid, Marc (Hg.). Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht. S. 27–40.
- Hüther, Gerald (2021). Die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen im Kindesalter auf die Hirnentwicklung. Das allgemeine Entwicklungsprinzip. In: Brisch, Karl Heinz/ Hellbrügge Theodor (Hg.). Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart: Klett-Cotta. S.94-104
- ICD- Code (2022). ICD-10-GM Systematik online lesen. URL: <https://www.icd-code.de/icd/code/F43.-.html>. [Zugriffsdatum: 19.07.2022].
- König, Lilith. (2020). Trauma und Bindung in der Kindheit. Grundwissen für Fachkräfte der frühen Bildung. 1.Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Lang, Thomas (2013). Körperliche Gewalt in Wohngruppen der stationären Jugendhilfe. In: Lang, Birgit/ Schirmer, Claudia/ Lang, Thomas/ Andrea de Hair, Ingeborg/ Wahle, Thomas/ Bausum Jacob/ Weiss, Wilma/ Schmid, Marc (Hg.). Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. S.309-333.

- Lattschar, Birgit/ Wiemann, Irmela (2018). Mädchen und Jungen entdecken ihre Geschichte. Grundlagen und Praxis der Biografiearbeit. 5. Aufl. Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Schmid, Marc (2008). Entwicklungspsychopathologische Grundlagen einer Traumapädagogik. Erschienen am: November 2008. In: Trauma & Gewalt. Forschung und Praxisfelder. Themenheft Traumapädagogik I. 2. Jg. (4) S. 288-309.
- Schmid, Marc. (2010). Psychisch belastete Heimkinder - eine besondere Herausforderung für die Schnittstelle zwischen Klinischer Sozialarbeit und Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie. In: Silke Birgitta Gahleitner/ Gernot Hahn (Hg.). Klinische Sozialarbeit: Gefährdete Kindheit - Risiko, Resilienz und Hilfen. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S.113-119.
- Schmid, Marc (2013). Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe: «Traumasensibilität» und «Traumapädagogik». In: Fegert, Jörg M./Ziegenhain, Ute/Goldbeck, Lutz (Hg.). Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. 2.Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. S.36-60.
- Schmid, Marc/ Kölch, Michael/ Fegert, Jörg M./ Schmeck, Klaus (2012). Modellversuch zur Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen. 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.). URL:<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjQmMG2uMj1AhWPif0HHWJmAGkQFnoE-CAIQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.bj.ad-min.ch%2Fdam%2Fbj%2Fde%2Fdata%2Fsicherheit%2Fsmv%2Fmodellversuche%2Fevaluationsberichte%2Fmaz-schlussbericht-d.pdf&usg=AOvVaw15aP6NqQMAhvlz5sy8Q1e> [Zugriffsdatum: 19.07.2022].
- Schmitter-Boeckelmann, Anne (2016). Vernetzung Traumatherapie/Traumapädagogik. In: Weiss, Wilma/ Kessler, Tanja/ Gahleitner, Silke Brigitta (Hg.) Handbuch Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Verlag. S.334-340.
- Schurr, Stefan (2014). Konzept Bestandesaufnahme. Optimierung der ergänzenden Hilfen zur Erziehung im Kanton Bern. Basel: FHNW.

- Steinlin, Célia/ Fischer, Sophia/ Dölitzsch, Claudia/ Fegert, Jörg/ Schmid, Marc (2015). Pädagogische Arbeit in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, eine gefahrensensible Tätigkeit. Ergebnisse einer epidemiologischen Studie. Erschienen am: 15 Februar 2015. In: Trauma & Gewalt. Forschung und Praxisfelder. Themenheft. Grenzverletzungen an sozialpädagogischen Fachkräften. 9. Jg (1) S.22-33.
- Streeck-Fischer, Anette / Van der Kolk, Bessel (2000). Down will come baby, cradle and all: diagnostic and therapeutic implications of chronic trauma on child development. In: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 34. Jg. S. 903-918.
- Van der Kolk, Bessel (2009). Entwicklungstrauma-Störung: Auf dem Weg zu einer sinnvollen Diagnostik für chronisch traumatisierte Kinder. URL: https://psydok.psycharchiv.de/jspui/bitstream/20.500.11780/3160/1/58.20098_2_49207.pdf [Zugriffsdatum: 19.07.2022].
- Van der Kolk, Bessel (2021). Verkörperter Schrecken. Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann. 7.Aufl. Lichteinow/Westfahlen: Probst Verlag.
- Weiss, Wilma (2013). Selbstbemächtigung – Ein Kernstück der Traumapädagogik. In: Baumsum, Jacob/ Besser, Lutz-Ulrich/ Kühn, Martin/ Weiss, Wilma (Hg.). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. durchgesehene Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. S. 167-181.
- Weiss, Wilma (2014). Möglichkeiten der Traumapädagogik zur Regulation und Selbstregulation störungswertiger dissoziativer Zustände. In: Wilma Weiss/ Esther Kamala Friedrich/ Eva Picard/ Ulrike Ding (Hg.). «Als wär ich ein Geist der auf mich runter schaut». Dissoziation und Traumapädagogik Weinheim: Beltz Juventa. S. 97-165.
- Weiss, Wilma (2016a). Philip sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. 8., durchgesehene Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Weiss, Wilma (2016b). Traumapädagogik: Entstehung, Inspirationen, Konzepte. In: Weiss, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke Brigitta (Hg.) Handbuch Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Verlag. S. 20-32.
- Weiss, Wilma (2016c). Die Pädagogik der Selbstbemächtigung. Eine traumapädagogische Methode. In: Weiss, Wilma/ Kessler, Tanja/ Gahleitner, Silke Brigitta (Hg.) Handbuch Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Verlag. S.290-302.
- Wöller, Wolfgang (2005). Bindungstrauma und Persönlichkeitsstörung – Befunde aus Bindungsforschung und Neurobiologie und Konsequenzen für die Therapie. Erweiterte Fassung eines Vortrags in der Rhein-Klinik Bad Honnef am 09.03.05. In: Schreiber-Willnow, Karin/ Hertel, Guido (Hg.). Aufsätze aus dem Innenleben. Frankfurt: VAS-Verlag. S.151-171.