

Ricarda Richard

# Wie der Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen gelingt

Sekundäre Traumatisierung als Berufsrisiko für  
pädagogisch-therapeutische Fachkräfte?

SOCIAL*Plus*

**Ricarda Richard**

**Wie der Umgang mit  
traumatisierten Kindern  
und Jugendlichen gelingt**

**Sekundäre Traumatisierung als  
Berufsrisiko für pädagogisch-  
therapeutische Fachkräfte?**

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

**Impressum:**

Copyright © Social Plus 2020

Ein Imprint der GRIN Publishing GmbH, München

Druck und Bindung: Books on Demand GmbH, Norderstedt, Germany

Covergestaltung: GRIN Publishing GmbH

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>V</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>VI</b>
<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Was ist ein Trauma?</b> .....	<b>4</b>
1.1 Trauma-Ereignis.....	6
1.2 Trauma-Reaktion.....	8
1.3 Kinder und Traumata.....	10
1.4 Besondere Situationen und Risikofaktoren.....	12
1.5 Trauma-Folgen.....	14
1.6 Neuropsychologische Aspekte.....	18
1.7 Stationärer Betreuungsrahmen.....	20
<b>2 Der professionelle Umgang mit Traumata</b> .....	<b>24</b>
2.1 Grundlagen der Traumapädagogik.....	26
2.2 Kinder- und Jugendpsychotherapeutische Unterstützung.....	34
2.3 Zusammenarbeit von Pädagogik und Therapie.....	51
<b>3 Potenzielle Belastungen der pädagogisch-therapeutischen Fachkräfte</b> .....	<b>55</b>
3.1 Die traumatische Übertragung und Gegenübertragung.....	55
3.2 Bindungsmuster der Kinder und Jugendlichen.....	57
3.3 Verhaltensweisen der traumatisierten Kinder.....	58
3.4 Bindungserfahrungen und persönliche Erfahrungswerte von Professionellen.....	60
3.5 Burnout und Personalführung.....	60
3.6 Sekundäre Traumatisierung.....	61
<b>4 Empirischer Teil</b> .....	<b>66</b>
4.1 Aktueller Forschungsstand.....	66
4.2 Methodisches Vorgehen.....	69

4.3 Die Erhebungsmethode .....	72
4.4 Die Auswertungsmethode .....	79
<b>5 Darstellung der Ergebnisse .....</b>	<b>81</b>
Die Untersuchungsteilnehmer .....	81
Prävalenz der berufsbedingten PTBS, Kriterium- A .....	82
Prävalenz der berufsbedingten PTBS, Kriterium B-D .....	85
Betrachtung der einzelnen Symptome .....	87
Dauer der Reaktionen .....	89
Sekundäre Belastung.....	90
Zusammenhang zwischen Dauer und Schwere der Belastung.....	94
Präventive Vorkehrungen gegen berufsbedingten Stress.....	95
Rahmenbedingungen für ein sicheres Arbeitsfeld .....	98
<b>6 Diskussion der Ergebnisse.....</b>	<b>101</b>
6.1 Diskussion der Thesen .....	101
6.2 Symptomdauer in beruflichen Belastungsphasen .....	103
6.3 Sekundäre Traumatisierung und Diskussion der Resultate im Hinblick auf die Forschungsfrage .....	104
6.4 Ausbildung, Weiterbildung und Supervision.....	105
6.5 Strukturelle Voraussetzungen für ein sicheres Arbeitsumfeld.....	107
6.6 Psychohygiene im Team.....	108
6.7 Die Selbstfürsorge und Ressourcen der professionellen Fachkräfte .....	108
<b>7 Schlussbetrachtung .....</b>	<b>110</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>114</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>127</b>

**Abkürzungsverzeichnis**

DBT	Dialektisch-Behaviorale Therapie
DBT-A	Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente
DSM-IV	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
KIDNET	Narrative Expositionstherapie für Kinder
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SPSS	Superior Performing Software System
STI	Strukturierte Trauma-Intervention
TF-KBT	Trauma-fokussierte kognitiv-behaviorale Therapie

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Problembereiche früher und anhaltender Traumatisierung .....	37
Abbildung 2: Dauer der Reaktion .....	89
Abbildung 3: Art der sekundären Traumatisierung .....	91
Abbildung 4: Symptome, die am stärksten in der Gruppe der moderat sekundär belasteten Personen vertreten sind.....	92

## Einleitung

Was ist ein Trauma und wann wird von einer Traumatisierung der Person gesprochen? Wenn wir im Alltag Sätze hören wie: „Die Mathearbeit gestern war voll das Trauma!“ (Scherwath/Friedrich, 2016, S. 20), handelt es sich demnach um ein Trauma, sowie es nach dem fachlichen Begriff definiert wird oder ist Trauma mittlerweile ein Modewort geworden? An dieser Stelle ist festzuhalten, dass zwischen der umgangssprachlichen Begriffsverwendung und dem fachlichen Verständnis eines Traumas zu differenzieren ist (ebd.).

Menschen erleben Traumata in familiären aber auch in sozialen Kontexten. Handelt es sich hierbei um extreme Traumata, sind diese in den meisten Fällen Bestandteil von gesellschaftlichen Bewegungen oder Ereignissen wie Krieg, Rassendiskriminierung und Folter. Je nach Art des Ereignisses muss eine Wiederherstellung der vorherigen Situation erfolgen. Die Wiederherstellung von Selbstwirksamkeit, verlorenen Vertrauen, Respekt aber auch von materieller Lebensqualität, welche beispielsweise bei einer Naturkatastrophe verloren geht. Von Menschen verursachte Traumata, wie die Vernachlässigung von Kindern durch ihre Eltern, geschlagen oder missbraucht zu werden, erfordert neben der Wiederherstellung von Vertrauen auch ein Gefühl der Sicherheit und Stabilität sowie „die Wiederverbindung mit der Liebe“ (Perry/Szalavitz, 2006, S. 291 zitiert nach Weiß, S. 16 In Bausum et al., 2011).

Die vorliegende Arbeit setzt sich aus vier Theorieblöcken zusammen. Im ersten Themenblock wird als Grundlage und für das weitere Verständnis zunächst eine Begriffserklärung und –differenzierung vorgenommen, die notwendig ist auf Grund der unterschiedlichen und inflationären Verwendungen der Begriffe „Trauma“ und „Traumatisierung“. Anschließend werden verschiedene Kategorisierungen des psychischen Traumas vorgenommen. Es werden die Reaktionen, die auf ein traumatisierendes Ereignis folgen, sowie unterschiedlichen Ereignisse, die ursächlich für ein Trauma sein können, illustriert.

Der Fokus der Arbeit ist auf traumatisierte Kinder und Jugendliche in der stationären Kinder- und Jugendhilfe gerichtet, die im zweiten Kapitel thematisiert werden. Dabei existiert, abgesehen von einigen psychiatrischen Settings, kaum ein öffentlicher Bereich, in dem eine vergleichbar große Anzahl an traumatisierten Kindern und Jugendlichen betreut wird, wie in den stationären Erziehungshilfen. In diesem Kapitel werden darüber hinaus die besonderen Schwierigkeiten, die damit einhergehen, dargelegt. Es wird ein Überblick über Lebensbedingungen und

Risikofaktoren gegeben, sowie die Besonderheiten kindlicher Reaktionsformen nach traumatischen Erlebnissen. Daneben werden neurophysiologische Aspekte und damit im Zusammenhang stehend die Beeinträchtigung eines Traumas auf die kindliche Entwicklung dargelegt (Weinberg, 2013, S. 15).

An dieser Stelle setzt die Arbeit mit Traumata an. Es gibt viele Orte und Wege der Heilung und unterschiedliche Interventionsmöglichkeiten für lebensgeschichtlich belastete Mädchen und Jungen. Der Schwerpunkt des dritten Kapitels soll dabei auf Kinder- und Jugendpsychotherapeutische Unterstützungsmöglichkeiten und pädagogische Ansätze im stationären Setting liegen (Bausum et al., 2011, S. 7; Weiß, S. 15, 22f. In Bausum et al., 2011).

Es werden zuerst zwei kinderspezifische Trauma-Therapien: „die Strukturierte Trauma-Intervention (STI)“ und „die traumabezogene Spieltherapie“ vorgestellt. Woraufhin die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT-A) als Manual für Jugendliche in den Blick genommen wird. Außerdem wird auf die Entwicklung tragfähiger traumapädagogischer Konzepte eingegangen, wobei zwei bedeutsame Konzepte, das der „Pädagogik des sicheren Ortes“ und der „Selbstbemächtigung“ vorgestellt werden. Damit einhergehend wird herausgearbeitet, welches professionelle Wissen, welche Kompetenzen und Handlungsfertigkeiten notwendig sind, um den Bedarfen traumatisierter Kinder und Jugendlichen gerecht zu werden und ihnen individuell zugeschnittene Interventionsformen zu bieten sowie ihnen unterstützend zur Seite zu stehen (Weinberg, 2013, S. 15; Weiß, 2013, S. 120; Kühn, 2007, S. 33 In Bausum et al., 2011).

Den Abschluss des theoretischen Teils bildet die Frage nach Risiken und Gefahren, welche die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in sich birgt. Neben Burnout besteht eine große Anzahl an weiteren potenziellen Belastungsfaktoren, die auf die sozialpädagogischen und therapeutischen Fachkräfte einwirken können. Dabei wird das Augenmerk insbesondere auf die berufsbedingte Belastung, der Sekundären Traumatisierung gelegt, welche zugleich eine theoretische Grundlage für die vorliegende Forschungsfrage schafft (Daniels, 2017; Gies, 2017).

An die theoretische Auseinandersetzung schließt der empirische Teil. Für die Datenerhebung wurde die schriftliche Befragung in Form eines Fragebogens durchgeführt. Dieser Datenerhebung liegt die Forschungsfrage zugrunde: „Inwiefern sind pädagogisch-therapeutische Fachkräfte in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen des stationären Settings spezifischen Belastungsfaktoren ausgesetzt?“.

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS für die standardisierten Fragen, wohingegen die offenen Fragen in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet wurden. Anschließend werden in einem weiteren Schritt die Ergebnisse der Befragung präsentiert und diskutiert, unter Einbezug von bereits bestehenden Forschungsergebnissen.

Zuletzt wird ein Ausblick auf präventive Vorkehrungen für die professionellen Fachkräfte gegeben. Dabei werden einerseits persönliche Ressourcen, andererseits äußere Rahmenbedingungen vorgestellt, um selbstschützend gegen eine potenzielle Überforderung am Arbeitsplatz vorzugehen (Gies, 2017).

Ziel der Arbeit ist es, Leser im Umgang mit der Dynamik von Traumata, vor allem hinsichtlich kinderspezifischer Aspekte und ihrer Behandlung, zu sensibilisieren. Der Bereitstellung an bedarfsgerechten Angeboten kommt somit ein großer Stellenwert zu, um die lebensgeschichtlich belasteten Kinder und Jugendlichen auf dem Weg zu einer positiven Entwicklung professionell zu unterstützen (Gahleitner et al., 2016, S. 10).

In der gesamten Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit bei geschlechtsspezifischen Begriffen die maskuline Form verwendet. Diese Form versteht sich explizit als geschlechtsneutral. Gemeint sind selbstverständlich immer beide Geschlechter.

## 1 Was ist ein Trauma?

Um sich der Thematik der vorliegenden Masterarbeit anzunähern, wird zu Beginn der Begriff des Traumas erläutert. Was ist eine traumatische Erfahrung? Und wie unterscheidet sie sich von anderen belastenden Lebensereignissen? (Huber, 2012, S. 36).

Der Trauma-Begriff bzw. die Traumatisierung von Menschen ist ein weit gefasster Begriff und demzufolge nicht nur für den klinischen Bereich, sondern für fast jeden psychosozialen Arbeitsbereich relevant. Darüber hinaus ist das Trauma auch als ein soziales Phänomen zu betrachten und somit ein politisches Thema. Wie umfangreich der Trauma-Begriff ist, zeigt sich auch daran, dass lange Zeit umstritten war, ob der Begriff „Trauma“ für das Ereignis, die Symptome, die Auswirkungen oder das innere Leiden steht (Dörr, S. 14 In Lang et al., 2013; Gahleitner et al., 2016, S. 9; Hantke/Görges, 2012, S. 53).

Das Wort „Trauma“, welches aus dem Altgriechischen stammt, bedeutet im umfassenden Sinne „Wunde“ oder „Verletzung“, ohne dass dabei konkretisiert wird, wie oder wo jemand verletzt wird. Eine ähnliche Bedeutung hat das Trauma im Bereich der Medizin, in welchem es für körperliche Verletzungen steht (Hantke/Görges, 2012, S. 53; Lackner, 2004, S. 3 nach Reiners-Kröncke et al., 2013, S. 11).

Parallel dazu gesehen findet die seelische Verletzung unter der Bezeichnung „Psychotraumata“ Anwendung. Im allgemeinen Sprachgebrauch hat sich allerdings eingebürgert, dass bei einer seelischen Verletzung von Traumatisierung gesprochen wird (Hantke/Görges, 2012, S. 53).

Die Autoren Fischer und Riedesser konkretisieren unter einem psychischen Trauma: „ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltverständnis [sic.] bewirkt“ (Fischer/Riedesser, 1998, S. 79 zitiert nach Reiners-Kröncke et al., 2013, S. 12).

Eine ähnliche Begriffsbestimmung ist in der Definition der Weltgesundheitsorganisation vorzufinden, welche in der ICD 10<sup>1</sup> wie folgt definiert, dass ein Trauma als Reaktion auf „ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher

---

<sup>1</sup> ICD steht für: „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“. Die 10 für: die 10. Revision (Reiners-Kröncke et al., 2013, S. 13).

Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmaßes (kurz oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würden“ (Dilling et al., 2015, S. 207), entsteht. Demzufolge wird ein traumatisches Erlebnis als eine Beeinträchtigung erlebt, die zu einer nachhaltigen negativen Veränderung des bisherigen Lebens führt. Die Verunsicherung der Betroffenen entsteht dadurch, dass das traumatische Ereignis nicht mit den vorherigen Lebenserfahrungen vereinbar ist, da die Bewältigungsstrategien der Aufgabe nicht gewachsen sind (Eckardt, 2005, S. 9).

Die internationale ICD-10 wird in den meisten Ländern als offizielles Kodierungssystem eingesetzt. Daneben existiert das US-amerikanische Diagnosesystem DSM-IV<sup>2</sup>, welches eine zentrale Rolle bei der Diagnostik und Definition von psychischen Erkrankungen spielt. Ein grundlegender Unterschied der Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV liegt darin, dass die Diagnosekriterien des DSM-IV spezifischer sind. Im DSM-IV wird zwischen direkter und indirekter Betroffenheit am traumatisierenden Ereignis unterschieden: „Eine Person erlebt selbst oder als Zeuge, unmittelbar eine Situation, in der er oder ein anderer Mensch ernsthaft körperlich oder seelischer Bedrohung ausgesetzt ist.“ (Reiners-Kröncke et al., 2013, S. 13).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein Ereignis dann als traumatisches Erlebnis zu definieren ist, wenn es individuell als lebensbedrohlich bewertet wird und Gefühle von Hilflosigkeit und Angst die Person dominierten. Des Weiteren ist für ein Trauma ausschlaggebend, dass die Verarbeitung nicht zeitgleich mit dem traumatischen Erlebnis stattfinden kann. Hinzu kommt, dass auch für die weitere Verarbeitung nicht entsprechende Ressourcen vorhanden sind. Das Trauma resultiert demnach aus dem Ereignis und kann als „ein Erleben nach dem Erleben“ (Hantke/Görges, 2012, S. 54) beschrieben werden. Es wird erkennbar, dass nicht die Betrachtung des Ereignisses an sich im Fokus steht, sondern vielmehr der betroffene Mensch mit seiner subjektiven Wahrnehmung, seines Alters und dem ihm vorhandenen Verarbeitungsmöglichkeiten (Hantke/Görges, 2012, S. 54).

Weiterhin ist an dieser Stelle festzuhalten, dass die genannten Merkmale bedeutend sind, ein traumatisches Ereignis von anderen stressbelasteten Lebensereignissen abzugrenzen. Lackner erweitert den Trauma-Begriff dahingehend, dass seiner Auffassung nach das Wort „Trauma“ einerseits zwar das traumatisierende Ereignis impliziert, andererseits ebenfalls die Folgen, die dadurch entstehen,

---

<sup>2</sup> DSM: eng. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen) (Reiners-Kröncke et al., 2013, S. 12.).

bezeichnen kann (Lackner, 2004, S. 3 nach Reiners-Kröncke et al., 2013, S. 12; Reiners-Kröncke et al., 2013, S. 11).

Eine traumatische Erfahrung setzt in der Person, die diese erlebt hat, einen Prozess in Gang. Auf ein traumatisierendes Ereignis folgt eine Reaktion, die bei jedem Menschen unterschiedlich ausfallen kann. Zunächst ist der Ausgang nicht abschätzbar und steht auch mit der Frage im Zusammenhang, ob das Trauma verarbeitet werden kann. Letztendlich haben unterschiedliche Faktoren einen Einfluss darauf, wie die Folgen auf eine traumatische Situation ausfallen. Das traumatische Erlebnis kann demzufolge mit erheblichen körperlichen und/oder seelischen Schmerzen verbunden sein (Huber, 2012, S. 38; Streeck-Fischer, 2006, S. 105 nach Reiners-Kröncke et al., 2013, S. 20).

Auf Grund dessen, dass „Trauma“ kein einheitlicher Begriff ist und sowohl „Trauma“ als auch „traumatisiert“ als vielschichtige Begrifflichkeiten verwendet werden, soll an dieser Stelle für ein besseres Verständnis nochmals zwischen den Begriffen Trauma-Ereignis und Trauma-Reaktion differenziert werden. Woraufhin in Kapitel 2 die Folgen eines Traumas mitsamt den kinderspezifischen Auswirkungen beleuchtet werden (Weinberg, 2013, S. 23).

## **1.1 Trauma-Ereignis**

Ein Trauma tritt auf Grund eines Ereignisses oder mehrerer Ereignisse, wobei die Anpassungsstrategien eines Menschen über das normale Maß hinaus überfordert sind, auf. In diesem Abschnitt werden erstmals allgemein altersunabhängige Ereignisse illustriert, wohingegen in Kapitel 2 auf die spezifischen Besonderheiten, die primär für das Kindes- und Jugendalter gegenwärtig sind, eingegangen wird (Weiß, 2013, S. 25).

An dieser Stelle können nach unterschiedlichen Gesichtspunkten weitere Kategorisierungen vorgenommen werden. Die Unterschiede können beispielsweise in der Art und Dauer des traumatisierenden Ereignisses liegen und Traumafolgestörungen als Resultat haben. Die Einteilung der Ereignisse kann altersspezifisch und personal/apersonal sowie in Trauma Typ-I/Typ-II erfolgen (Reiners-Kröncke et al., 2013, S. 14ff.).

Zum einen existieren Traumata, deren Ursache auf eine „höhere Macht“ zurückzuführen ist. Darunter fallen beispielsweise Naturkatastrophen, Unfälle, schwere Erkrankungen oder Schicksalsschläge. Diese Ereignisse werden als apersonale Traumatisierungen charakterisiert. Zum anderen kommt es allerdings sehr viel häufiger

zu sogenannten „man made“ Traumata, wobei das Trauma von anderen Personen verursacht wird wie z.B. Überfälle, Angriffe, häusliche und sexualisierte Gewalt. Letztere Ereignisse werden als personale Traumatisierungen bezeichnet (Reiners-Kröncke et al., 2013, S. 15ff.).

Es kann weiterhin eine Unterteilung von einmaligen und anhaltenden Ursachen erfolgen. Eine einmalige Ursache, welche zu einem Trauma führen kann, ist beispielsweise ein Erdbeben. Ein eher kurzes, einmaliges und plötzliches Trauma, wird als Trauma-Typ I bezeichnet. Daneben existieren die traumatischen Erlebnisse, die sich über eine längere Zeitspanne erstrecken oder sich wiederholen und als Trauma Typ-II bezeichnet werden. Der Unterschied zwischen Trauma Typ-I und Trauma Typ-II bezieht sich auf die Art und Häufigkeit. Im ersten Fall verändert sich für die Person die Welt von einem Moment zum nächsten. Angesichts der Unvorhersehbarkeit werden diese Ereignisse von der betroffenen Person als überraschend beschrieben und stehen in der Regel mit akuter Lebensgefahr im Zusammenhang. Im Gegensatz dazu kann nach dem Trauma Typ-II die traumatische Situation über eine große Zeitspanne hinweg andauern und wiederholt traumatisieren, auf Grund dessen, dass sie aus vielen traumatischen Einzelsituationen besteht, was auch als komplexe Traumatisierung<sup>3</sup> betitelt wird (Eckardt, 2005, S. 9; Geldmacher, 2007, S. 64 nach Reiners-Kröncke et al., 2013, S. 14; Liedl et al., 2013, S. 3; Reiners-Kröncke et al., 2013, S. 14; Schellong, 2013, S. 44 In Sack et al., 2013).

Den Aspekt der Betroffenheit an einem traumatischen Erlebnis untergliedert Hausmann in drei Kategorien. Seiner Auffassung nach gelten Menschen als Primär traumatisiert, die selbst und unmittelbar von dem schrecklichen Erlebnis traumatisiert worden sind. Ein Beispiel hierfür ist ein Gewalt- oder Unfallopfer. Bei Sekundär traumatisierten Menschen handelt es sich um Personen, die bei dem traumatischen Ereignis involviert waren. Darunter zählen beispielsweise Helfer nach einem Unfall, wie Polizisten, Sozialpädagogen, Seelsorger etc. sowie unbeteiligte Zuschauer. Tertiär traumatisierte Menschen dagegen sind nicht dadurch traumatisiert, dass sie unmittelbar von dem Ereignis betroffen sind und am Unglücksort dabei waren, sondern auf Grund der Nachricht, dass einem nahestehenden Menschen etwas Schreckliches zugestoßen ist (Hausmann, 2003, S. 29f. nach Reiners-Kröncke et al., 2013, 16ff.).

---

<sup>3</sup> Komplexe Traumatisierung: entsteht durch anhaltende bzw. wiederholte, schwerste Belastungen (Ermann, 2007, S. 145).

Für die Sekundäre Traumatisierung von professionellen Helfern hat sich der Ausdruck der stellvertretenden Traumatisierung etabliert, auf die in Kapitel 4.6 näher eingegangen wird. Sozialpädagogen, Therapeuten und Mitarbeiter aus anderen helfenden Berufen kommen in der Regel mit den Betroffenen in Kontakt, nachdem die traumatische Situation beendet ist und diese aufgrund der Auswirkungen Hilfe benötigen (Fischer/Riedesser, 2003, S. 138 nach Reiners-Kröncke et al., 2013, S. 16; Reiners-Kröncke et al, 2013, S. 19).

Nach Weinberg existieren demzufolge drei Prinzipien, die sich in vielen Jahren klinischer Berufserfahrung herausgestellt haben. Je mehr Trauma-Ereignisse sich häufen und je chronifizierter die daraus folgenden Schädigungen auf die Person einwirken, desto schwerwiegender sind die seelischen Folgen. Ein weiteres Prinzip liegt nach Weinberg in der Gewichtung des Identifikationsprozesses. Das bedeutet, dass die Folgen für den Betroffenen gravierender sind, wenn die Ursache eines Traumas in Identifikationspersonen, wie Mutter oder Vater, liegen, als wenn identifikationsferne Menschen, wie beispielsweise fremde Soldaten, verantwortlich für die Traumatisierung sind. An dieser Stelle spielt demnach auch die Beziehung, in welche das Opfer zu seinem Täter steht, eine Rolle. Des Weiteren thematisiert Weinberg den Zeitfaktor. Dabei ist es entscheidend, wann die Traumatisierung einsetzt. Je früher diese einsetzt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass es zu einer Schädigung im Aufbau der Persönlichkeitsstruktur kommt, was wiederum zu einer Persönlichkeitsveränderung bei früh Traumatisierten führen kann. Eine frühe Traumatisierung findet im Kindes- und Jugendalter statt, in der Zeit, in welcher die Persönlichkeitsentwicklung noch nicht abgeschlossen ist (Ermann, 2007 S. 144; Weinberg, 2013, S. 23f.).

## 1.2 Trauma-Reaktion

Voraussetzung für ein äußeres stressreiches Ereignis zu einem Trauma zu werden ist die Ingangsetzung einer Dynamik, „die [das, d. Verf.]<sup>4</sup> Gehirn buchstäblich ‚in die Klemme bringt‘ und es geradezu dazu nötigt, auf besondere Weise mit diesem Ereignis umzugehen.“ (Huber, 2012, S. 38). Diese sogenannte Klemme bezeichnet Huber als „Traumatische Zange“ (ebd.).

Um die inneren Vorgänge, die während eines Traumas in der Person stattfinden nachvollziehen zu können, wird im nachfolgenden die psychobiologischen

---

<sup>4</sup> Einfügung: der Verfasser

Reaktionen anhand einer schematischen Darstellung der „traumatischen Zange“ nach Huber illustriert (Scherwath/Friedrich, 2012, S. 19f.).

Sobald das Gehirn eine Situation als existentiell bedrohlich bewertet, kommt es zur Veränderung seines neurophysiologischen Gleichgewichts. Das lässt sich auch daran erkennen, dass die Atem- und Herzfrequenz erhöht werden und es zudem zur Ausschüttung von Adrenalin, Dopamin, Noradrenalin und Cortisol kommt. Letzteres führt dazu, dass das Angstempfinden gesteigert wird und der Organismus hochwachsam reagiert. Adrenalin, Dopamin und Noradrenalin führen dagegen zum Aufbau einer notwendigen Körperspannung für Flucht- und Kampfhandlungen (Utten-dörfer, 2009 nach Scherwath/Friedrich, 2012, S. 19; Scherwath/Friedrich, 2012, S. 19).

In einer bedrohlichen Situation werden in der Großhirnrinde Funktionen die für das menschliche Denken und Handeln verantwortlich sind, außer Kraft gesetzt und alle Energie dafür verwendet, die Notfallprogramme zu aktivieren. Dadurch, dass die Amygdala, das Angstzentrum des Organismus, Alarm schlägt, wird dafür gesorgt, dass die angelegten Überlebensprogramme –Flüchten und Kämpfen- ausgelöst werden. Gelingt es der Person der Situation entweder durch eine Flucht zu entkommen oder dadurch, dass sie sich der bedrohlichen Situation stellt und durch Gegenwehr die Situation beenden kann, so kann normalerweise einer Traumatisierung entgegengewirkt werden (Friedrich/Scherwath, 2016, S. 19ff.).

Während eines Traumas sind diese evolutionär angelegten Handlungsimpulse allerdings blockiert und können nicht vollzogen werden. Aus diesem Zustand resultieren Lähmungen vieler Funktionen sowie eine äußere und innere Erstarrung, die letztendlich den Totstellreflex hervorrufen. Hier greift die sogenannte traumatische Zange. Wie bereits der Begriff suggeriert, kann in dieser Situation der Mensch weder dagegen ankämpfen noch fliehen, wodurch es zu einem sogenannten „Freezestand“ kommt. Durch das „Einfrieren“ wird in dem Gehirn die Wahrnehmungsleistung verändert und eine Distanzierung von dem äußeren Geschehen bewirkt. In Folge dessen erstarrt die Person und wird schmerzunempfindlich sowie gefühllos. Die Wahrnehmungsveränderung ist auch daran erkennbar, dass die Umgebung als unreal wahrgenommen wird und eine Depersonalisation ausgelöst werden kann, das bedeutet, dass die Person sich von ihrem eigenen Körper distanziert, wodurch sie sich unbeteiligt fühlt (Besser, S. 46 In Bausum et al., 2011; Huber, 2005 nach Mehmel, 2017, S. 2).

Die Dissoziation, das heißt die Abspaltung der traumatischen Erlebnisse stellt einen zentralen Aspekt dar und ist notwendig, um das erschütternde Erlebnis zu überstehen. Dabei kommt es zur Fragmentierung der einzelnen Wahrnehmungsdetails. Für den fragmentarischen Speicherungsprozess wird für die Veranschaulichung des Öfteren exemplarisch die Zersplitterung eines Spiegels verwendet, „dessen Einzelteile unverbunden im Gedächtnis abgelegt werden“ (Besser, 2009 zitiert nach Scherwath/Friedrich, 2016, S. 23f.). Konkretisiert bedeutet die Spaltung, die Zerlegung der traumatischen Erfahrung in Einzelteile und eine Abspeicherung in verschiedene Gedächtnissysteme, da die Situation ansonsten nicht aushaltbar wäre. Dadurch sind nur noch Bruchteile des Erlebnisses für den Betroffenen zugänglich. Des Weiteren ist eine räumlich-zeitliche Einordnung nicht mehr möglich, was zu Folge hat, dass die Trauma-Situation für die Betroffenen auch nach dem Erlebnis noch lange Zeit gegenwärtig bleibt. Dieser Aspekt lässt sich auch daran erkennen, dass traumatisierte Menschen sich oftmals in einem Dauererregungszustand befinden, ohne sich der Ursache bewusst zu sein (Huber 2009a nach Scherwath/Friedrich, 2016, S. 23; Krüger 2007 S. 36 nach Dette et al., 2013; Mehmel, 2017, S. 2f.).

Die bisherigen Kapitel beinhalten eine erstmals umfassende und allgemeine Beschreibung des Phänomen Traumas, das sowohl auf der physischen als auch der psychischen Ebene eines Betroffenen wirkt und für den Einstieg in die Thematik diene. Wohingegen in den folgenden Kapiteln das Augenmerk auf die lebensgeschichtlich belasteten Kinder und Jugendlichen gerichtet wird und die besonderen alterstypischen Bedingungen, die damit einhergehen, dargestellt werden (Sautter, 2010, S. 63).

### **1.3 Kinder und Traumata**

Kind sein an sich ist nicht immer einfach. Es existieren zahlreiche Risikofaktoren die das Kind und dessen Entwicklung auf unterschiedlichste Art und Weise beeinträchtigen und belastend wirken können. Was ist dafür verantwortlich, dass einzelne Kinder an diesem Bewältigungsprozess scheitern? (Bausum et al., 2011, S. 7).

Wie ein Mensch ein Trauma übersteht, hängt stark von der Persönlichkeit und den Ressourcen einer Person ab. Besitzt ein Mensch viel Lebenserfahrung, Selbstvertrauen sowie Vertrauen in die Welt, besteht eine größere Wahrscheinlichkeit, dass dieser ein traumatisches Erlebnis mehr oder weniger „heil“ übersteht. Ein weiterer Faktor, der zu einer besseren Trauma-Verarbeitung führt sowie letztendlich zur Wiederfindung des Gleichgewichts, ist die aktive Auseinandersetzung mit dem