

**Reader für Mentorinnen und Mentoren des Projektes
„keiner darf verloren gehen“
zur Schulung ehrenamtlicher Lernpatinnen und Lernpaten,
die Flüchtlingskinder im Grundschulalter fördern**

**Themenbereich: Traumapädagogik
Autorin: Dr. Stefanie Kirchhart**

Inhaltsverzeichnis

1.	Was ist ein Trauma?	2
2.	Effekte im Gehirn bei Traumatisierung	4
3.	Traumastörungen	5
4.	Hilfe bei Traumatisierung	10

Arbeitsblätter

	Arbeitsblatt „Der sichere Ort“	14
	Arbeitsblatt „Tresorübung“	15

	Literaturverzeichnis	17
--	----------------------	----

1. Was ist ein Trauma?

Ein traumatisches Ereignis ist ein Erlebnis, welches jenseits der normalen menschlichen Erfahrungen liegt. Dazu gehören zum Beispiel Naturkatastrophen, Geiselnahmen, Vergewaltigungen oder Unfälle. Auch Ereignisse wie Kriegserlebnisse, Haft, Folter, Unfälle mit drohenden ernsthaften Verletzungen, Traumata durch medizinische Eingriffe, Beobachtung des gewaltsamen Todes anderer, Tod der Eltern in der Kindheit, Verlust der geliebten Person und/oder der eigenen Kinder, sexuelle, physische und psychische Gewalt und auch Vernachlässigung in der Kindheit können traumatisierende Wirkung haben.

Die Ereignisse können im Menschen eine extreme Stressreaktion auslösen und damit das Gefühl des Ausgeliefertseins, der Hilflosigkeit und/oder des Entsetzens erzeugen.

Das extrem bedrohliche Erleben von Angst und Stress kann von Menschen verarbeitet werden und innerhalb kurzer Zeit wieder abklingen. In diesem Fall überwinden Menschen eine möglicherweise traumatisierende Erfahrung und wachsen daran. Dieser Effekt wird als posttraumatisches Wachstum bezeichnet.

In der Alltagssprache kam es zu einer inflationären Verwendung des Begriffes „Trauma“. Der Begriff wird häufig verwendet mit besonders negativen und schmerzlichen Erfahrungen. In der medizinischen und psychologischen Fachsprache ist dieser Begriff jedoch wesentlich enger gefasst und bezieht sich ausschließlich auf Ereignisse, die psychische Folgestörungen auslösen.

Zentral ist bei der Definition einer Traumastörung, dass es eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Erleben einer bedrohlichen Situation und den verfügbaren individuellen Bewältigungsmöglichkeiten gibt (vgl. Fischer, Riedesser 1998, S. 79).

Die Definition in der internationalen Klassifikation psychischer Erkrankungen, ICD 10 formuliert:

„[...] ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (ICD-10) (z. B. Naturkatastrophe oder menschlich verursachtes schweres Unheil – man-made disaster – Kampfeinsatz, schwerer Unfall, Beobachtung des gewaltsamen Todes Anderer oder Opfersein von Folter, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen).“

Werden solche Erlebnisse nicht verarbeitet, kann es zur Ausbildung von sogenannten Traumastörungen kommen. Diese werden in der Diagnostik erfasst als:

- akute Belastungsreaktion (ICD-10 F43.0),
- Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1),
- Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2).

Ob ein Mensch als Folge einer traumatischen Situation mit einer psychischen Störung reagiert, hängt stark sehr von den persönlichen Bewältigungsmöglichkeiten, den individuellen Risiko- und Schutzfaktoren und Faktoren des sozialen Umfeldes ab. Als Risikofaktoren stellten sich frühere Traumatisierungen (z.B. erlebter Missbrauch/Gewalterfahrungen in der Kindheit), ein junges Alter zum Zeitpunkt der Traumatisierung, Grad der Bildung oder Geschlecht heraus. Allerdings tragen diese Faktoren in weitaus geringerem Maße zu einer späteren Traumatisierung bei als die Ereignisfaktoren und die beeinflussenden Faktoren direkt nach der eigentlichen Traumatisierung. Diese Faktoren werden als prä-, peri- und posttraumatische Faktoren bezeichnet. Nach einem traumatisierenden Erleben sind zentral die vorhandenen Bewältigungsstrategien, die Unterstützung durch das soziale Umfeld.

Hierzu gehören grundsätzlich alle Ereignisse oder Erfahrungen in der posttraumatischen Zeit, die ein Gefühl der Belastung bzw. Stress bei den betroffenen Personen auslösen. Auch andauernde Gefühle der Schuld, Wut oder Rache – in Verbindung mit den traumatischen Erfahrungen im Herkunftsland und der dadurch verursachten gegenwärtigen Lebenssituation sind wichtige posttraumatische Einflussfaktoren von langfristigen Traumafolgen. Darüber hinaus fördert ein vermeidender Bewältigungsstil die Entstehung von Traumafolgestörungen.

Dabei spielt die Verarbeitung über die Verbalisierung der traumatisierenden Erlebnisse eine wichtige Rolle, da diese förderlich ist für die Verarbeitung des Erlebten. Gesundheitsförderliche Faktoren, posttraumatische Schutzfaktoren sind Faktoren, die eine Integration von traumatischen Ereignissen fördern und somit insgesamt erleichtern, das Geschehene in die eigene Biographie einzuordnen und vor diesem Hintergrund verstehbar zu machen. Dazu gehören: die betroffene Person ist in der Lage, über das Geschehene zu kommunizieren, erhält soziale Unterstützung und berichtet von einem Gefühl der Anerkennung als Traumaopfer. (vgl. Maercker 2009)

Asylsuchende profitieren selten von solchen Schutzfaktoren. Meist erfordert das Asylverfahren große Anstrengungen, in dem bewiesen werden muss, dass sie Opfer von traumatischen Ereignissen sind und die soziale Unterstützung ist im Exil meist gering.

2. Effekte im Gehirn bei Traumatisierung

Bei der Traumatisierung kommt es durch die massive Ausschüttung von Neurohormonen zu einer Fehlfunktion der Hippocampusformation, deren Aufgabe es ist, neu eintreffende Sinneseindrücke aus den unterschiedlichen Sinnesorganen zu sammeln und diese in einen autobiografischen Gesamtzusammenhang einzubetten. Aufgrund der traumatisch bedingt einsetzenden Fehlfunktion wird die räumliche und zeitliche Erfassung massiv gestört. Dadurch werden die Sinneseindrücke aus den unterschiedlichen Sinnesorganen zusammenhangslos als akustische, visuelle, olfaktorische und kinästhetische Informationsfragmente vom Patienten wahrgenommen, welche nicht „hippokampal“ („explizites Gedächtnis“ (vgl. LeDoux 1998) in das Bewusstsein eingespeist und gespeichert werden können, sondern „amygdaloid“ („implizites Gedächtnis“) fragmentiert bleiben. Kognitionen sind durch Traumatisierung im Hinblick auf die Fähigkeit der Wahrnehmung, Konzentration und Gedächtnisbildung gegebenenfalls eingeschränkt und erschweren dann Kindern und Jugendlichen das Lernen und zielgerichtete Erledigen von Aufgaben. (vgl. Ehlert, U. et al; 1999; Huether, G.: 1996)

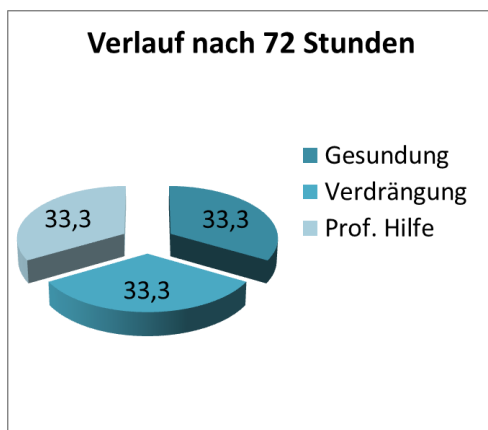
Durch Tierexperimente konnte gezeigt werden, dass durch das emotionale Erleben in den ersten Lebensjahren strukturelle neuronale Veränderungen (Verschaltungsmuster in den präfrontal-limbischen Schaltkreise) im Gehirn verursacht werden, die lebenslang erhalten bleiben. Gewalttätige Traumata in der Kindheit und Jugend – egal ob einmalig oder länger andauernd – führen oft zu tiefgreifenden Störungen in der Persönlichkeit der Opfer, die über die Symptomatik allgemeiner posttraumatischer Erkrankungen hinausgehen.

3. Traumastörungen

3.1 Akute Belastungsstörung

Die Reaktion des Individuums noch während des traumatischen Ereignisses oder unmittelbar danach lässt nur in bedingtem Maße eine Vorhersage der Schwere der Traumafolgestörungen zu. Die Symptome entsprechen überwiegend den Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung.

Insgesamt kann man sagen, je intensiver das Gefühl des Verlustes der Kontrolle und der Autonomie ist, desto größer ist das Risiko der Entwicklung einer Traumafolgestörung.



Die Symptome der akuten Belastungsstörung treten kurz nach dem Erleben eines Traumas auf, spätestens 3 Tage nach dem Erleben und längstens einen Monat nach dem Traumaertritt. Tatsächlich werden akute Belastungsstörungen ohne zwischenmenschlichen Übergriff in weniger als 20 % der Fälle diagnostiziert, in Folge zwischenmenschlicher traumatisierender Ereignisse werden in 20-50 % akute Belastungsstörungen diagnostiziert. 50 % der Menschen mit posttraumatischer Belastungsstörung (PTSD) hatten zuvor eine akute Belastungsstörung (vgl. DSM 5, 2015). Die akute Belastungsstörung tritt insgesamt bei Frauen häufiger auf als bei Männern, dies könnte allerdings darin begründet sein, dass Frauen mit größerer Wahrscheinlichkeit bestimmte Traumata wie sexuelle Gewalt erleiden.

Traumafolgestörungen werden je nach Schwere des Ereignisses und Dauer der Traumatisierung klassifiziert (vgl. Teer 1991):

	Trauma Typ I (kurzfristig, einmalig)	Trauma Typ II (langfristig, mehrfach)

Akzidentelle Traumata	Schwere Unfälle Berufsbedingte Traumata Kurzdauernde Katastrophen	Langandauernde Naturkatastrophen mit Folgen Technische Katastrophen (Gau)
Interpersonelle Traumata	Körperliche Gewalt Sexuelle Übergriffe Ziviles Gewalterleben (Überfall, Einbruch)	Sexuelle /emotionale /körperliche Gewalt, Missbrauch Kriegserleben, Geiselhaft Folter, Flucht, Haft

Darüber verdeutlicht ergänzend das Dosis-Effekt Modell (engl. Dose-response model; Mollica, Poole & Tor, 1998) den Zusammenhang zwischen Anzahl traumatischer Ereignisse und psychischer Gesundheit. Je mehr verschiedene traumatische Erlebnisse vorliegen, desto schwerwiegender ist in der Regel die Ausprägung der posttraumatischen Symptomatik.

Die sequenzielle Traumatisierung

In einer Langzeitstudie von jüdischen Kriegswaisen zeigte der Psychiater Keilson (1979) auf, dass die Art und Weise, wie mit den Kindern in den Jahren nach dem traumatisierenden Ereignis umgegangen wurde, eine größere Auswirkung auf die Entstehung von Traumasymptomen hatte als das auslösende Ereignis selbst. Keilson bezeichnete diesen Vorgang als sequentielle Traumatisierung (vgl. Keilson 1979). Das Erleben von Flucht und Migration entspricht bei traumatisierenden Verläufen diesen Risiko- und Erlebensfaktoren:

1. Phase: Repression, Diskriminierung, Krieg, Angst, Isolation, Misstrauen
2. Phase: Verfolgung, Flucht, Traumatisierung durch Lebensbedrohung
3. Phase: Exil, Asylsituation, fremde Kultur, Angst, Intrusionen, Vermeidung, Übererregung
4. Phase: erzwungene Rückkehr, Abschiebung, Verfolgung, Isolation, hohes Risiko für Retraumatisierung (Keilson 1979; Van Willigen, Hondius & Van der Ploeg 1995)

Das Asylverfahren an sich zeigt, dass die gelungene Flucht nicht das Ende des Traumatisierungsprozesses darstellt, sondern nur den Übergang in die nächste Sequenz eines Traumatisierungsprozesses. Den damit verbundenen

Lebensbedingungen und Anforderungen werden der größte Einfluss an der Entstehung von Traumafolgestörungen zugeschrieben (vgl. Moser et al. 2001, 2004).

3.2 Die Posttraumatische Belastungsstörung

Die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung treten normalerweise innerhalb der ersten 3 Monate nach dem Trauma auf. Allerdings gibt es Hinweise, dass die Symptomatik im Sinne eines verzögerten Beginns erst deutlich später auftritt bzw. sich zu Beginn nur einzelne Symptome zeigen. Die Dauer der Symptome ist unterschiedlich, in der Hälfte der Fälle kommt es innerhalb von drei Monaten zu einem vollständigen Rückgang, in vielen anderen Fällen dauern die Symptome länger als 12 Monate an bzw. zeigen eine wechselnde Zu- und Abnahme, ggf. durch erneute Traumatisierung oder durch Erinnerungen an das ursprüngliche Trauma.

Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung:

- Intrusionen und Flashbacks: Schlüsselreize lösen Erinnerungen an das zurückliegende Trauma aus, ggf. traumabezogenes Spiel, auch angsterzeugende Träume
- Unfähigkeit, sich an das traumatische Ereignis oder wichtige Aspekte zu erinnern
- Anhaltende Negativüberzeugungen wie „ich bin schlecht“, „man kann niemandem trauen“, „es wird sich nicht gut entwickeln..“
- Avoidance (Vermeidungsverhalten): Vermeidung von Gedanken und Gefühlen, die an das Trauma erinnern könnten; Vermeiden des Traumaortes oder nicht mehr aus dem Haus gehen; Vermeiden von schmerzhaften Erinnerungen. Z.B. Verweigerung der Körperhygiene, bestimmter Nahrungsmittel, aber auch Leistungsanforderungen oder Berührungen
- Hyperarousal: erhöhte Reizempfindlichkeit, die zu stärkerer Wut, erhöhter Erschreckbarkeit und Wachsamkeit führt, Konzentrationsprobleme, fehlende Empathie bei körperlichen Auseinandersetzungen
- emotionale Taubheit (Fähigkeit sich zu freuen, zu lieben oder zur Trauer ist eingeschränkt)
- unverhältnismäßig heftige Reaktionen auf äußere oder innere Einflüsse (durch Trigger ausgelöst): beispielsweise Panikattacken, Angsterkrankungen, Zwangserkrankungen, Selbstverletzendes Verhalten und Abhängigkeitssyndrom können ein Merkmal einer durch ein Trauma verursachten psychischen Störung sein, ebenso wiederkehrende Alpträume und dissoziative Zustände.
- Immer wiederkehrende Ängste in Zusammenhang mit dem erlebten Ereignis (vgl Maercker 2013; DSM 2015)

Posttraumatische Belastungsstörung – Symptome bei Kindern und Jugendlichen

Jüngere Kinder berichten vom Auftreten von Alpträumen ohne Traumabezug, Kinder unter 6 Jahren drücken im Spiel häufig Erlebtes aus, dabei müssen sie nicht unbedingt eine Angstreaktion zeigen. Sie können sich im Spiel gut auf imaginierte Hilfsinterventionen konzentrieren. Darüber hinaus zeigen Kinder Vermeidungsverhalten im Hinblick auf Dinge, die sie an das Trauma erinnern. Die belastenden Erfahrungen zeigen sich bei jüngeren Kindern insbesondere durch Stimmungsschwankungen, z.T. bei einer Einschränkung des Spiel- oder Erkundungsverhaltens. Bei Schulkindern kann es zu einer reduzierten Teilnahme an neuen, ihnen unbekanntem Aktivitäten kommen. Bei Jugendlichen drückt sich die Vermeidung eher aus durch mangelndes Ausprobieren alterstypischer Aktivitäten, Jugendliche fühlen sich darüber hinaus ggf. von Gleichaltrigen entfremdet oder sozial unerwünscht. Sie sind nicht positiv gestimmt auf ihre Zukunft, zeigen gereiztes oder aggressives Verhalten und gegebenenfalls riskante, auch rücksichtslose Verhaltensmuster.

Posttraumatische Belastungsstörung im Kontext von Flucht und Kriegstraumata

Traumatisierungen durch Kriegserlebnisse (Kriegstraumata) stellen das zweithöchste Risiko dar, eine posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln. Neben den direkten Kriegseinwirkungen (z. B. Bombardierung, körperliche Verletzungen) tragen insbesondere auch die Folgeerscheinungen des Krieges (z. B. Trennungen von Familien und Bezugspersonen, Heimatverlust, Mangelernährung, Armutsverfall) zur Ausbildung von traumabedingten Folgestörungen bei. Neben Soldaten im Fronteinsatz stellen insbesondere Kinder aufgrund ihrer altersbedingten höheren Vulnerabilität eine Risikogruppe bezüglich der Ausbildung traumabedingter Folgestörungen dar. Allerdings finden die Bedürfnisse und Nöte der Kinder in den Kriegswirren oft keine Beachtung.

Gäbel et al. (2006) ermittelten eine Prävalenzrate von 52 % für das Erleben von mindestens einem präimmigratorischen traumatischen Erleben bei Asylbewerber/-innen, dabei handelte es sich am häufigsten um Gewalt gegen die eigene Person, Zeuge von Gewalt sein, Folter, Unfall, Krieg und Gefangenschaft und Vergewaltigung. Jakobsen et al. (2011) stellten in einer Studie in Norwegen bei Asylbewerbern außerdem fest, dass diese durchschnittlich 9 traumatische Ereignisse erlebt haben.

Bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen ist davon auszugehen, dass diese als sehr vulnerable Gruppe anzusehen sind. Eine posttraumatische Belastungsstörung findet sich je nach Erhebungsart bei 20-84% aller UMFs bei Ankunft im Exilland (Huemer et al., 2009), ebenso hohe Depressions- und Angst- Symptomatik bei Ankunft im Exilland (z.B. Fazel et al.; 2012; Huemer et al; 2009).

Vorhandene Verlaufsstudien mit UMFs zeigen eine Chronifizierung bzw. Verschlechterung der Angst-, Depressions- und PTBS – Symptomatik im Exilland, dabei gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl traumatischer Ereignisse und der Angst- und PTBS-Symptomatik.

Kindheitstraumata erhöhen lebenslang die Risiken für körperliche oder/und psychische Erkrankungen. Bei langandauerndem Aufwachsen in einem gewaltgeprägten familiären oder sozialen Umfeld wirkt sich die Traumatisierung zudem in Form erzieherischer Prägung aus, die sich später in einer spezifisch geformten Denk-, Fühl-, Handlungs-, Kommunikations- und Wertestruktur niederschlägt. Da im Erwachsenenalter die Persönlichkeit gefestigter ist, braucht es hier stärkere Traumatisierungen, um die gleichen Auswirkungen auf die Persönlichkeitsstruktur zu haben; Erwachsene können aber prinzipiell alle Folgen wie auch Kinder und Jugendliche erleiden.

Kulturelle Besonderheiten

Das Risiko des Auftretens und der Schwere variiert in unterschiedlichen kulturellen Gruppen. Ursache sind die Formen der Traumatisierung wie auch der aktuelle soziokulturelle Kontext sowie auch weitere kulturelle Faktoren wie die Migration. In anderen Kulturkreisen kommt es scheinbar gehäuft zu Panikstörungen und stärker dissoziativem Erleben.

3.3 Anpassungsstörungen

Die Anpassungsstörung beschreibt die Reaktion auf eine klar identifizierbare psychosoziale Belastung, von einem nicht außergewöhnlichen oder katastrophalen Ausmaß. Der Beginn der Symptome zeigt sich innerhalb eines Monats nach Eintritt des Ereignisses.

In der Symptomatik zeigen sich affektive Störungen im Sinne von Depression oder Angstreaktionen wie auch Störungen des Sozialverhaltens. Hinzu kommen psychisch bedingte körperliche Symptome. Dabei kann es zu Problemen kommen, die Anforderungen des Alltags zu bewältigen. Besonders bei Jugendlichen kann das Sozialverhalten beeinträchtigt sein, so dass es zu Vereinsamung und Isolation kommt. Die Folgen können Probleme in der Schule, Schwierigkeiten in der Gestaltung von Beziehungen oder Selbstmordgedanken sein.

Ob eine Anpassungsstörung diagnostiziert wird, hängt auch vom jeweiligen Kulturkreis ab, da die Bewertung der Reaktion des Menschen auf ein Ereignis kulturabhängig ist. Im Rahmen der Konsiliarpsychiatrie wird die Diagnose als meist verbreitetste Diagnose in ca. 50 % der Fälle vergeben.

4. Hilfe bei Traumatisierung

Grundsätzlich ist die Unterstützung durch das soziale Umfeld ein wichtiger Einflussfaktor auf den Verlauf der Entwicklung einer Traumastörung. Die Unterstützung durch das soziale Umfeld und die Anerkennung als Opfer können einen positiven Einfluss auf den Verlauf einer posttraumatischen Belastungsstörung ausüben. Ebenso ist es hilfreich, wenn die Traumatisierten eine Möglichkeit der zwischenmenschlichen Einbettung haben und über das Erlebte kommunizieren können (Disclosure) (vgl. Maercker 2006).

Im konkreten Kontakt zeigen sich bei Kindern und Jugendlichen Verunsicherung, Angst, unsicheres Verhalten wie ein Erstarren oder scheinbar inneres Abtriften aus unterschiedlichen Gründen. Ob sich dahinter letztlich eine Traumastörung verbirgt, ist zunächst kaum feststellbar und kann nur von geeignetem Fachpersonal wie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten/innen oder Kinder- und Jugendpsychiatern /psychiaterinnen diagnostiziert werden.

Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass Kinder verunsichert und verängstigt oder auch aggressiv mit Gegenwehr reagieren, sich nicht konzentrieren können, empfindlich auf Lärm oder viele Menschen reagieren, wenn sie sich in ihnen fremden oder überfordernden Situationen befinden, für die ihnen keine Bewältigungsmechanismen zur Verfügung stehen. Im Allgemeinen ist davon auszugehen, dass sich das Verhalten der Kinder bei Eingewöhnung und dem damit verbundenen Gewinn von Sicherheit stabilisiert. Tut es dies nicht und bleibt ungewöhnlich im Umgang, kann eine Traumastörung nicht ausgeschlossen werden.

Tjark

Tjark kommt aus Afganisthan, er ist 7 Jahre. Er nimmt zunächst keinerlei Kontakt auf, schaut die Lernpaten nicht an. Es bleibt im engen Körperkontakt zur Begleitperson. Nach einer Weile beginnt Tjark, spielerisch auf andere Kinder zu schießen und zu schreien, das ist böse. Es wird versucht, ihm Einhalt zu gebieten. Tjark lässt sich kaum beruhigen und ist nicht ansprechbar.

Bei der folgenden Begegnung greift der Junge ein anderes Kind körperlich an, auf eine Intervention zur Unterbindung der Gewalthandlung lässt Tjark sich zu Boden fallen, sträubt sich und schreit haltlos mit großen Augen. Tjark benötigt das Gefühl eines sicheren Rahmens, als klare Regel ist ihm Gewaltfreiheit in Sprache und Verhalten zu vermitteln und er benötigt das Gefühl eines sicheren Ortes.

Kayla

Kayla ist 10 Jahre, kommt aus Syrien und war bisher sehr unauffällig. An einem Nachmittag ist es in der Gruppe laut und hektisch. Alle wirbeln herum und niemand ist auf seinem Platz. Kayla kauert sich zusammen und zieht sich in eine Ecke zurück.

Sie zieht die Arme wie zum Schutz über den Kopf und zittert stark. Auf Ansprache reagiert sie kaum und beruhigt sich durch Ansprache nur langsam. Nach einer Weile lässt sie sich in den Arm nehmen und halten. Nach und nach entspannt sich Kayla und sagt immer wieder: „Ich hatte solche Angst, dass etwas schlimmes passiert, ich dachte, ich werde sterben.“

Jetzt braucht Kayla die Akzeptanz seines Schreckens, Anteilnahme, Trost und Schutz. Aussagen der Beschwichtigung wie „Du brauchst doch keine Angst zu haben“ oder „Hier passiert nichts Schlimmes“ sind wenig hilfreich und nützen nichts. Auch Fragen nach dem Grund des Erschreckens und warum es denn Angst habe, helfen jetzt nichts. In einer zeitlich versetzten Sequenz in anderem Setting kann auf das Verhalten und mögliche Hintergründe des Erlebens vorsichtig erfragt werden. Zentral ist jedoch in der Situation wie auch später, die Akzeptanz und Annahme des Erlebens des Kindes. Auch hier können zentral ein Gefühl von Sicherheit und Möglichkeiten vermittelt werden, in für sie unüberschaubaren Situationen für Orientierung und Sicherheit zu sorgen. Eine unterstützende Haltung im Hinblick auf eigene Mechanismen zum Schutz bietet sich an.

Ayana

Ayana ist 9 Jahre alt. Sie hat in ihrer Vergangenheit aller Wahrscheinlichkeit nach Gewalt erlebt und beobachtet. Erst nach einem dreiviertel Jahr beginnt sie über die Erfahrungen zu berichten. Unter Schmerzen schildert sie, wie ihr jüngerer Bruder gegen die Wand geschlagen wurde. In einer Situation, in der ein Kind ein anderes gegen die Wand schubst und attackiert, reagiert Janina wie unter Schock. Sie wird bleich, schwankt und beginnt heftig zu zittern. Sie setzt sich in der äußersten Ecke des Raumes auf den Fußboden, ist bewegungsunruhig und atmet heftig. Sie beruhigt sich nur äußerst langsam. Sie sagt, „...ich hatte solche Angst, ich sah, dass mein Bruder verletzt war. Meine Mutter war nicht da..... es war wie ein böser Traum“. Janina benötigt das Gefühl von Sicherheit und Schutz. Es muss thematisiert werden, was Janina hilft, sich in vergleichbaren Situationen sicher zu fühlen. Welche Unterstützung kann durch Lernpaten / Lehrkräfte angeboten werden? Hilft es ihr, den Raum zu verlassen? Vorsichtig kann mit Janina überlegt werden, was eine vergleichbare Situation für sie verbessern würde. Was kann sie selbst tun, was können andere tun?

Yasin

Am Freitagmorgen ist Yasin (12 Jahre) mürrisch und wirkt schlecht gelaunt. Er wehrt sich, die Schule zu besuchen und sich von der Lernpatin begleiten zu lassen. Nur unter Protest geht er mit. Im Verlauf des Kontaktes weint er immer wieder. Im nächsten Kontakt reagiert er erneut ablehnend und wird bei einer Aufgabenstellung, welche ihm schwer fällt, mürrisch und zunehmend wütender. Er wehrt sich verbal gegen die Aufgabe und ist kaum zu beruhigen. Auch in den folgenden Kontakten ist

Yasin abweisend und immer stärker verweigernd und trotzig. Yasin bewegt sich im Zeitlupentempo in der Gruppe, wirkt desinteressiert, apathisch und misstrauisch. Er hört nicht zu und scheint Aufgabenstellungen kaum folgen zu können. Manchmal wirkt er aggressiv abwehrend, dann zeigt er anklammerndes Verhalten. Yasin benötigt klare Strukturen und Regeln, einfache Rituale, die ihm Sicherheit vermitteln und Möglichkeiten zur Steigerung seines Selbstwertes.

Amina

Amina ist 13 Jahre und scheint in einer liebevollen Familie aufzuwachsen. Bei sportlichen Aktivitäten weigert sie sich, mit zu machen und in Umkleidesituationen beginnt sie zu zittern. Sie sagt immer wieder, sie träume schlecht und möge nicht angefasst werden. Kommt es zu körperlichem Kontakt, erstarrt sie fast und wirkt sehr in sich gekehrt, fast entrückt. Sie hört kaum noch zu und ist nur mühsam ansprechbar. Sie benötigt das Gefühl, nicht erneut angstausslösenden Situationen ausgesetzt zu sein. An sie richtet sich die Frage, was ihr guttut, wenn es ihr schlecht geht, was sie sich zutraut und was sie eher ängstigt. Zentral ist, auslösende Situationen nicht zu vermeiden, sondern sie langsam und gegebenenfalls mit Begleitung zunehmend besser bewältigen zu können.

In allen dargestellten Fällen ist eine Traumafolgestörung zu vermuten und eine ergänzende therapeutische Vorstellung erscheint sinnvoll, wenn sich die Symptome nicht innerhalb kürzester Zeit zurückbilden.

Eckpunkte der Unterstützung von Kindern und Jugendlichen sind:

1. Schutz vor erneuter Traumatisierung (Reden kann entlasten, aber niemand sollte etwas sagen müssen)
2. Einen äußeren sicheren Ort
3. Gewaltfreiheit (auch in der Sprache)
4. Klare Regeln und Strukturen, wiederkehrende Rituale (Sicherstellung der Grundbedürfnisse wie ausreichender Schlaf, regelmäßige Ernährung, überschaubare Tagesabläufe)
5. Sichere Bindungen
6. Eine Haltung weg von den Defiziten und hin zu den Fähigkeiten, z.B. durch „Ich Schaffs“,
7. Intensive Hilfen zur Selbstwertsteigerung (Sport, Spielen)

Dabei ist ein zentrales Handlungselement, Kinder und Jugendliche ihres Alters entsprechend transparent über alle kommenden Abläufe, Zusammenhänge und Entscheidungsstrukturen zu informieren und soweit irgend möglich, ihnen Mitspracherechte einzuräumen, altersentsprechend Mitbestimmung und Selbstbestimmung zu ermöglichen.

Arbeitsblatt „Der sichere Ort“

- **Ziel der Übung:** Erfahrung eines Gefühls von Geborgenheit und Sicherheit
- **Vorbereitung:** Entspannte Sitzhaltung einnehmen und eine aufzufordern, sich nun in einen Phantasie- oder Traumort zu begeben, an dem man sich sicher und geborgen fühlt. Es geht darum, das Kind oder Jugendlichen dabei zu unterstützen, diesen Ort zu finden und sich genau vorzustellen, wie dieser aussieht. Am sicheren Ort sollten reale Menschen (auch geliebte) keinen Zutritt haben. Es geht darum, sich mit sich allein an diesem Ort wohlfühlen und manchmal sind Beziehungen zu Menschen schwierig. Wenn es unbedingt sein muss, dass ein realer Mensch dabei ist, macht man eine Kopie von diesem Menschen und nimmt nur die guten Seiten der Person mit.
- **Durchführung:** Es soll ein Ort entstehen, an dem sich das Kind/Jugendliche absolut sicher und geborgen fühlt.

Beliebte Orte sind Zimmer/Häuser, Baumhäuser, Inseln, Höhlen, Unterwasserräume, Sterne oder Planeten, eine Phantasiewelt.

Hilfsfragen zur Entwicklung des sicheren Ortes:

- Wie gelangt man dort hin? (Transportmittel, Zauber, Code)
- Welche Grenzen hat er (z. B. Mauern, Hecken, Magnetfelder)
- Wie kommt man hinein und hinaus?
- Benötigt man Bewachung des sicheren Ortes? (Soldaten, Riesen, Superman, Engel, Tiere)?
- Je nach Ort: Wie muss der Ort eingerichtet sein, was benötigt man dort oder was findet man dort Angenehmes vor? (Feuer, Ofen, Decken, Kissen, Licht, Essen und Trinken, Kuscheltiere und Spielzeug)
- Wie riecht es dort? Welche Farben hat der Raum, die Landschaft? Gibt es etwas, was stört? Was hört man?
- Gibt es dort Tiere oder hilfreiche Wesen? Welche, wie sehen sie aus?

Durch wiederholtes Üben gelingt es immer schneller, sich in Anspannungssituationen und bei auftauchenden Missempfindungen an den sicheren Ort zu gehen und dort Kräfte zu tanken oder für Entspannung und Sicherheit zu sorgen.

Es ist wichtig, den Weg zum sicheren Ort und zurück zur Distanzierung mit in die Visualisierung einzubauen. Wie dies am besten geschieht, bleibt ebenso der Phantasie der Betroffenen überlassen.

Es ist sinnvoll, die Visualisierung regelmäßig zunächst unter Anleitung und später eigenständig zu üben.

(vgl. Reddemann, L. 2001. Imagination als heilsame Kraft.)

Arbeitsblatt „Die Tresorübung“

- **Ziel der Übung**

Belastende Erinnerungen sollen begrenzt werden, so dass sie einen nicht ständig überfallen können. Das Ziel ist, sie einzusperren und damit zu begrenzen.

Alternativ die Imagination eines Traumafilms, der aus einem Rekorder genommen wird und im Tresor untergebracht wird.

- **Für Kinder und Jugendliche erklärt:**

Die unangenehmen Erinnerungen sollen dich nicht ständig anfallen können wie wilde Tiere. Es ist gut zu wissen, wo sie sind, dann sind sie weniger bedrohlich / beängstigend als wenn sie frei herumlaufen und machen, was sie wollen

- **Vorbereitung**

Entspannte Sitzhaltung einnehmen und eine wiederkehrende Erinnerung aufgreifen. Man kann bei verschiedenen Erinnerungen auch verschiedene Tresore bauen.

- **Durchführung**

Was unangenehm aus den Tiefen der Erinnerung herauf steigt, wird so wie es ist, in einen Tresor gepackt, der Tresor wird zugeschlossen, der Schlüssel wird sehr gut verwahrt. In der Vorstellung des Kindes / Jugendlichen wird der Tresor entwickelt und so lange verändert, bis sie äußern, sich vor den Erinnerungen sicher zu fühlen. Das kann ein Tresor sein, aber auch ein Hochsicherheitstrakt, ein Verlies tief unter der Erde in einem Berg, oder eine gut verschließbare Kiste tief im Meer, ein Platz im Weltall oder ein anderer Platz, der absolut sicher erscheint.

Hilfsfragen zur Entwicklung des Tresors:

- Wie sieht er aus?
- Welche Wände hat er? Welche Farbe hat er, innen, außen?
- Wie dick müssen die Tresorwände sein? Aus welchem Material besteht er?
- Wie muss er verschlossen werden? Reicht ein Schloss, wie sieht es aus? Gibt es einen Code, Schlüssel (wo ist der Schlüssel, wie lautet der Code?)
- Wie weit weg muss der Tresor aufgestellt sein? Ist es dort kalt, heiß?
- Wo muss er aufgestellt sein? Tief im Meer? Hoch auf einem Berg?
- Soll er beschriftet werden? Wie sieht die Schrift aus, wie groß ist sie?
- Ist er sicher genug oder bedarf es zusätzlicher Schutzmechanismen (Wächter, Zauber, Schlösser, Tresor in Banktresor)?

Durch wiederholtes Üben gelingt es immer schneller, auftauchende Missempfindungen und unschöne Bilder in den Tresor zu stecken und sich so vor ihnen in Sicherheit zu bringen.

Es ist wichtig, den Weg zum Tresor und zurück zur Distanzierung mit in die Visualisierung einzubauen. Wie dies am besten geschieht, bleibt ebenso der Phantasie der Betroffenen überlassen.

Es ist sinnvoll, die Visualisierung zum Tresor regelmäßig zunächst unter Anleitung und später eigenständig zu üben.

(vgl. Reddemann, L. 2001. Imagination als heilsame Kraft.)

Literaturverzeichnis

- Arnow B.A. (2004). Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. *J Clin Psychiatry* 65 (suppl 12):10-15.
- AWMF Leitlinien, PTSD, Überarbeitung 2006, online: www.uni-düsseldorf.de. Abrufdatum 02.09.2015
- Beck van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., Weisaeth, L. (Hrsg.) 2000. *Traumatic Stress*. Junfermann Verlag.
- Bremner J.D. (1999). Does Stress damage the brain?. *Biol. Psychiatry* 45:797-805.
- Post R.M. (1992): Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am. J. Psychiatry* 149: 999 - 1010.
- Charney D.S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: Implications for successful adaptation to extreme stress. *Am J Psychiatry* 161:195-216
- Dilling H., Mombour W., Schmidt M. H., Hrsg. (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD – 10 Kapitel V (F)*. Hans Huber Verlag.
- Ehler, U., D. Wagner, M. Heinrichs und C. Heim (1999): "Psychobiologische Aspekte der posttraumatischen Belastungsstörungen", *Nervenarzt* 70: 773-779.
- Fischer G. (2004). *Neue Wege aus dem Trauma. Erste Hilfe bei schweren seelischen Belastungen*.
- Fischer Gottfried, Riedesser Peter (2009): *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. 4. Auflage. Reinhardt, München/ Basel.
- Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M. & Neuner, F. (2006). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(1), 12–20.
- Hegemann, T., Salman, Ramazan (Hrsg.)(2010): *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie*. Bonn.
- Heim C., Newport DJ et al. (2001): Altered pituitary-adrenal axis responses to provocative challenge tests in adult survivors of childhood abuse. *American Journal of Psychiatry* 158:575-581
- Hofmann, A. (1999): *EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome*. Thieme Verlag.
- Huber Michaela (2004): *Trauma und Traumabehandlung. Trauma und die Folgen*. Junfermann, Paderborn, Teil 1 2003, Teil 2.
- Huemer, J; Karnik, N; Voelkl-Kernstock, S. et al (2009): Mental health issues in unaccompanied refugee minors, *Child Adolescent Psychiatry Mental Health*, 3:13. BioMed Central, London.
- Hüther, G.(1996): "The central adaptation syndrome: Psychosocial stress as a trigger for adaptive modifications of brain structure and brain function", *Prog. Neurobiol.* 48: 569-612.
- Hüther, G. (2003): Die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen im Kindesalter auf die Hirnentwicklung. In: *Trauma und Traumafolgen – ein Thema für die Jugendhilfe*. Hrsg.: Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e. V.

- Jakobsen, M., Thoresen, S. & Johansen, L.E.E. (2011). The Validity of Screening for Posttraumatic Stress Disorder and Other Mental Health Problems among Asylum Seekers from Different Countries. *Journal of Refugee Studies*, 24(1), 171-186.
- Keilson, Hans (1979, 2005): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Gießen.
- Krüger Andreas (2009): Akute psychische Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen.
- LeDoux, J.(1998): "Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen", München-Wien.
- Maercker, A. & Rosner, R. (Hrsg.) (2006). *Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörung*. Stuttgart.
- Maercker, Andreas (Hrsg.). *Posttraumatische Belastungsstörungen*. 4. Auflage. Heidelberg 2013.
- Mollica, R. F., Poole, C. & Tor, S. (1998). Symptoms, functioning and health problems in a massively traumatized population. In B.P., Dohrenwend (Ed.), *Adversity, Stress and Psychopathology* (pp. 34-51). New York: Oxford University Press.
- Moser, C., Neyfeler, D. & Verwey, M. (2001). Traumatisierungen von Flüchtlingen und Asyl Suchenden. Einfluss des politischen, sozialen und medizinischen Kontextes. Zürich:
- Nijenhuis, E. R. S. (2006): *Somatoforme Dissoziation*.
- Reddemann, L. (2001): *Imagination als heilsame Kraft*. Pfeiffer-Verlag.
- Remschmidt, H. ; Schmidt, M. ; Poustka, F. (Hrsg)(2006): *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV*.
- Rosner, R. & Steil, R. (2009). *Ratgeber Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen
- Rosner, R. (Hrsg.) (2006). *Psychotherapieführer Kinder- und Jugendliche*. München.
- Sack M. (2004): Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. *Der Nervenarzt*. 75:451-459
- Schauer, M. & Elbert, T. (2010). Dissociation following traumatic stress. Etiology and treatment. *Zeitschrift für Psychologie - Journal of Psychology*, 218(2), 109-127.
- Shapiro, F. (1998): *EMDR. Grundlagen und Praxis*. Junfermann Verlag.
- Schepker, R.; Toker, M.: *Transkulturelle Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Berlin 2009.
- Streeck-Fischer A., Sachsse U., Özkan I. (Hrsg.)(2012): *Zeit heilt nicht alle Wunden. Kompendium der Psychotraumatologie*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Streeck-Fischer A. , Sachsse U., Özkan I. (Hrsg.)(2004): *Traumatherapie – Was ist erfolgreich? 2. Auflage.*, Göttingen.
- Streeck-Fischer A. , Sachsse U., Özkan I.(2001): *Perspektiven der Traumaforschung*. In: Annette Streeck-Fischer (Hrsg.): *Körper, Seele, Trauma. Biologie, Klinik und Praxis.*, Göttingen S. 12–22.

- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148 (1), 10-20.
- Weiß, W. (2004). Phillip sucht sein Ich. Juventa Verlag.
- Wustmann, C. (2004). Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beltz Verlag.
- Yagdiran, Oktay; Haasen, Christian; Krausz, Michael (2001): Psychotisches Erleben im transkulturellen Spannungsfeld. Eine kasuistische Analyse der Bedeutung der Zweitsprache für den therapeutischen Prozess. *Psychiatrische Praxis*, 28 (8), 380-382.

Weiterführende Literatur:

- Baierl, Martni: Familienalltag mit psychisch auffälligen Jugendlichen: Ein Elternratgeber. 2014. Kinder und Trauma: Was Kinder brauchen, die einen Unfall, einen Todesfall, eine Katastrophe, Trennung,
- Eckardt, Jo: Kinder und Trauma: Was Kinder brauchen, die einen Unfall, einen Todesfall, eine Katastrophe, Trennung, Missbrauch oder Mobbing erlebt haben. 2013
- Krüger, Andreas: Erste Hilfe für traumatisierte Kinder. 2012.
- Rosner, Rita & Steil, Regina: Ratgeber Posttraumatische Belastungsstörung: Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. 2009.