



Entwicklungspsychopathologische Grundlagen – Auswirkungen von komplexen Traumafolgestörungen auf die pädagogische Begleitung von Menschen

Marc Schmid

Modul 1: Grundlagen

Lerneinheit 1: Trauma in Kindheit und Jugend

traumapaedagogik.elearning-kinderschutz.de



Inhalt

1. Einleitung und Vorbemerkung	2
2. Was ist ein Trauma?	4
3. Auswirkungen auf Traumagedächtnis sowie Selbstregulation und pädagogische Steuerungsfähigkeit	9
4. Einordnung von komplexen Traumafolgestörungen in die psychiatrischen Klassifikationssysteme	12
5. Auswirkungen von Traumafolgestörungen auf die pädagogische Begleitung	15
5.1. Klassische PTSD-Symptome: Hyperarousal, Vermeidung und Intrusionen	15
5.2. Selbstbild, Selbstschädigung und Selbstwirksamkeit	16
5.3. Schwierigkeiten im Bereich der Emotionsregulationsfähigkeit	19
5.4. Pädagogische Schwierigkeiten bei dissoziativen Zuständen	22
5.5. Schwierigkeiten im Bereich der Körper- und Sinneswahrnehmung	25
5.6. Probleme im Bereich der exekutiven Funktionen	29
5.7. Stressregulation und Hochrisikoverhalten	31
5.8. Schwierigkeiten im Bereich der sozialen Wahrnehmung	32
5.9. Schwierigkeiten im Bindungsaufbau und im zwischenmenschlichem Vertrauen	33
5.10. Auswirkungen von hochunsicherer Bindung und Bindungsstörungen auf Pädagogik und Psychotherapie	34
5.11. Defizite bei der Empathie- und Mentalisierungsfähigkeit	36
6. Zusammenfassung und Fazit	38

1. Einleitung und Vorbemerkung

Traumafolgestörungen können sich auf vielfache Weise zeigen und auswirken. Eine der wesentlichsten Folgen von – insbesondere wiederholten - traumatischen Erlebnissen durch enge Bezugspersonen ist, dass die Fähigkeit zur Selbstregulation, zwischenmenschlichem Vertrauen und Bindungsfähigkeit massiv beeinträchtigt werden. Diese bilden die Basis für pädagogische Interventionen und für die Ausgestaltung des pädagogischen bzw. betreuenden Alltags bei traumatisierten Kindern, Jugendlichen und auch Erwachsenen. Um deren spezifischen pädagogischen Bedürfnissen besser gerecht zu werden und sich in ihrer Fachlichkeit weiterzuentwickeln, greifen die sozialpädagogische Praxis und zunehmend auch die empirische bzw. wissenschaftliche Sozialpädagogik auf die vielfältigen, oft neurobiologisch fundierten Erkenntnissen der Psychotraumatologie zurück. Viele dieser Erkenntnisse eignen sich hervorragend, um Aspekte, die eine gute Heimerziehung oder Milieutherapie ausmachen, konzeptionell zu begründen und Aspekte, die sich in der Praxis der Heimerziehung etabliert haben, theoretisch zu untermauern.

Für das Verständnis und die Einordnung der folgenden Ausführungen sind zwei Aspekte wichtig. Erstens ist es das Bestreben und der Anspruch dieses Beitrages, eine Balance zwischen wissenschaftlicher Fundiertheit und der Relevanz für die pädagogische Praxis zu halten, auch wenn sich diese nicht immer durchhalten lässt. Die praktisch Tätigen mögen über Abschnitte mit zu vielen empirischen Studien und ggf. „Fachchinesisch“ hinwegsehen, die wissenschaftlich Orientierten über teilweise vereinfachende Zusammenfassungen. Zweitens ist es wichtig, voranzustellen, wie die im Folgenden behandelten Inhalte übergreifend einzuordnen sind.

Dabei geht es um Symptome bzw. Verhaltensweisen, die eng mit potentiell traumatischen Erlebnissen im Zusammenhang stehen. Diese traumatischen Erlebnisse sind meist extrem belastende und chronische Beziehungserfahrungen in der Kindheit. Eine Vielzahl von Studien belegt einen solchen Zusammenhang. Dennoch lässt sich daraus im Einzelfall nicht ableiten, dass diese Erlebnisse kausal spätere Symptome oder gar Traumafolgestörungen vorausagen. Vielmehr ist die Entwicklung von Symptomen bzw. einer Traumafolge-

störung auf das Zusammenspiel von psychosozialen und (epi-) genetischen Risikofaktoren zurückzuführen bzw. darauf, inwieweit Schutzfaktoren solche Risiken auch abpuffern können (so genanntes biopsychoziales Entwicklungsmodell). Zwar besteht für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit frühen Misshandlungs-, Vernachlässigungs- und Missbrauchserfahrungen ein erhöhtes Risiko im Verlauf ihrer Entwicklung klinisch relevante Symptome bzw. eine Posttraumatische Belastungsstörung oder einer Traumafolgestörung zu entwickeln. Dies lässt sich als neurobiologische Reaktion auf extremen Stress erklären. Tatsächlich aber entwickeln so genannte resiliente Menschen mit emotionaler Widerstandskraft trotz massiven und potentiell traumatisierenden Erfahrungen keine Symptome. Umgekehrt können Menschen Symptome entwickeln, ohne potentiell traumatische Erfahrungen gemacht zu haben. Manche der beschriebenen Symptome können auch im Rahmen von anderen psychischen Erkrankungen (z.B. Autismus, ADHS, Schizophrenie) erklärt werden. Deshalb ist es wichtig, keine Vereinfachungen oder Umkehrschlüsse vorzunehmen (z.B. „Kevin hat Schwierigkeiten Emotionen zu regulieren, folglich muss er traumatisiert sein.“).

Zudem müssen die folgenden wissenschaftlichen Erkenntnisse unbedingt stets unter dem Aspekt der Wahrscheinlichkeit betrachtet werden. Traumatisierte Menschen haben ein sehr viel höheres Risiko, bestimmte Symptome zu entwickeln, und diese Symptome lassen sich gut als neurobiologische Reaktionen auf extremen Stress erklären – aber nicht alle traumatisierten Menschen entwickeln solche Symptome. Es gibt auch resiliente Menschen, die trotz massivster Traumatisierungen keine klinischen Symptome zeigen. Außerdem kann es unter Umständen auch noch andere „gute Gründe“ und alternative Erklärungen geben, warum solche Symptome gezeigt werden.

2. Was ist ein Trauma?

Ein traumatisches Ereignis ist definiert als unmittelbare Gefahr für das Leben und die körperliche und seelische Unversehrtheit der eigenen oder das einer anderen Person, unabhängig davon, wie eng oder zufällig die Beziehung mit ihr ist. Der zentrale Aspekt einer traumatischen Reaktion ist, dass diese von einer extremen emotionalen Erregung und Aktivierung einer physiologischen Stressreaktion begleitet wird, welche die betroffene Person auf Kampf- und Fluchtreaktionen vorbereitet. Eine belastende Situation wird dadurch zu einer traumatischen, dass die Möglichkeiten sowohl zum Kampf als auch zur Flucht ausgeschöpft sind, und es, obwohl die Stressbelastung weiter ansteigt, kein Entkommen mehr gibt. Die Psyche eines Menschen muss somit einen „eigenen, innerpsychischen Weg“ finden, wie sie mit dieser Situation mit all ihren Facetten, der Wahrnehmung, den belastenden Gefühlen (Angst, Wut, Ekel, Scham, ...), den Schmerzen usw. umgeht. Als zentraler Aspekt der Traumatisierung gelten folglich der Kontrollverlust und der Moment des Ausgeliefertseins.

Die Natur hat innerpsychische Bewältigungsmöglichkeiten bei traumatischen Ereignissen vorgesehen. Über verschiedene neurophysiologische Prozesse und den Ausstoß von körpereigenen Endorphinen verändert sich die Wahrnehmung in allen Bereichen, so dass die Grausamkeit und Belastung der Situation nicht mehr bewusst mit allen Details wahrgenommen werden. Die betroffene Person reduziert ihre Wahrnehmung der Außenwelt und des eigenen Körpers. Dies hilft, die Schmerzen und die belastenden Emotionen zu ertragen und eine detaillierte kognitive Wahrnehmung und Verarbeitung der belastenden Situation zu verhindern. Dieser so genannte „Freezing“-Zustand ist eine dissoziative Reaktion (s.u.) und ein effektiver Schutzmechanismus, mit lebensbedrohlichen Situationen umzugehen und das Überleben der Spezies zu sichern. Die beschriebene kurzfristige Veränderung von Wahrnehmung und kognitiver Verarbeitung kann aber, insbesondere wenn eine Person wiederholt traumatische Erlebnisse durchleben musste, zu problematischen Anpassungsprozessen führen. Wenn die Wahrnehmung körperlicher und emotionaler Reize reduziert wird und sie zudem kognitiv getrennt nach impliziten und expliziten Ein-

drücken verarbeitet werden, können sich Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) oder komplexer Traumafolgestörungen entwickeln.

Summit (1983) beschrieb Fertigkeiten, die Kinder einsetzen, um Gewalterfahrungen und sexuellen Missbrauch zu bewältigen. Er berichtete von dissoziativen Fertigkeiten von Kindern, die z.B. „Neben-sich-Treten“ und das Geschehen von außen beobachten. Das Ausmaß der Dissoziation während eines traumatischen Erlebnisses stellt einen wichtigen Prädiktor dar, inwieweit jemand nach einem traumatischen Lebensereignis eine Posttraumatische Belastungsreaktion entwickelt (Brewin et al., 2000; Tuulikki Kultalahti & Rosner, 2008). Dissoziativen Reaktionen werden gelernt; gewisse auslösende Hinweisreize lösen nach und nach immer schneller dissoziative Reaktionen aus. Deshalb sind wiederholte Traumata, die auf ritualisierte Art und Weise immer ähnlich ablaufen (z.B. „Immer Freitags, wenn Mama weg ist“) besonders belastend und gehen oft mit besonders starker Symptombildung und der Entwicklung einer chronischen Dissoziationsneigung einher (Huber, 2003). Neben der Häufigkeit der traumatischen Erfahrung ist eine stärkere Symptombildung auch dann zu beobachten, wenn die Traumatisierung durch Menschen oder gar durch enge Bezugspersonen ausgelöst wurde, wenn es in der Phase nach der Traumatisierung lange Zeit wenig Beistand durch Vertrauenspersonen gab (z.B. wenn dem Opfer nicht geglaubt wurde oder es sogar bestraft wurde) und wenn die Opfer die Erfahrungen mit sich selbst ausmachen mussten (im Unterschied zu traumatischen Ereignissen wie Unfällen, Naturkatastrophen; Huber, 2003). Es gibt Hinweise darauf, dass Traumatisierungen im Kindesalter bzw. frühe traumatische Erfahrungen auch noch Jahre danach zu einer schnelleren und stärkeren Symptombildung bei erneuter Traumatisierung führen können (Cloitre, 2009).

Es liegt nahe, dass eine häufige Wiederholung solcher komplexen Stressreaktionen und der Erfahrung von Bedrohung und Selbstunwirksamkeit zu nachhaltigen neurobiologischen und psychischen Lernprozessen führt. Diese lassen sich schwerer durch alternative Erfahrungen verändern, als dies bei einmaligen traumatischen Erlebnissen möglich ist.

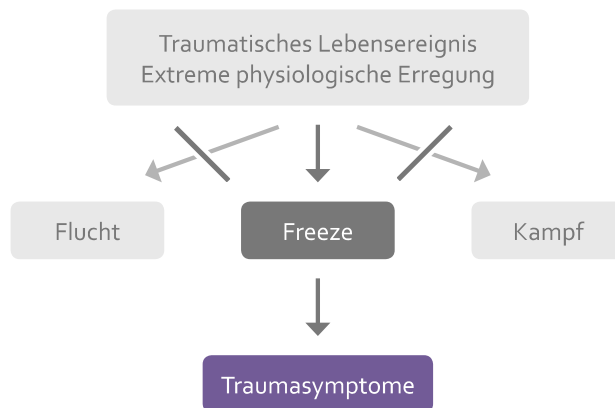


Abbildung 1: Was ist ein Trauma

Physiologisch laufen im Rahmen einer traumatischen Reaktion fast zeitgleich zwei Reaktionen und Prozesse ab (vgl. Abbildung 2), die den ganzen Organismus beeinflussen. Einerseits erfolgt eine körperliche Reaktion, die eher eine große Wachheit auslöst und mit körperlicher Erregung und hoher innerlicher Anspannung einhergeht. Andererseits läuft eine dissoziative Reaktion ab, die eher mit einer Reduktion der Wachheit und Anspannung einhergeht. Beide Prozesse lassen sich bei wiederholt und komplex traumatisierten Menschen beobachten.

Bei vielen Betroffenen, insbesondere bei Kindern, lassen sich eine chronische Übererregung, ein ständiges „Auf-Der-Hut-Sein“ und ein chronisches Misstrauen feststellen. Sie scheinen stets „überwach“ und aufmerksam zu sein, sowie bereit, auf die kleinsten Gefahrenzeichen mit Verteidigungsreaktionen, Flucht bzw. Kampf zu reagieren. Es ist kaum möglich, z.B. entspannt zu spielen. Diesen Zustand kann man sich mit diesem Bild vergegenwärtigen: Es besteht eine permanent bedrohliche Situation. Es ist ein Uhr in der Nacht im Parkhaus. Die Anspannung ist hoch, jeder Hinweisreiz, jedes Geräusch, jeder Schatten wird als potentieller Gefahrenreiz wahrgenommen. Diese chronische Anspannung erschwert es einerseits, sich zu entspannen, und erhöht andererseits die Wahrscheinlichkeit von Kontrollverlust und Fehlinterpretation. Ein hohes Stressniveau schränkt die Handlungsmöglichkeiten ein und die Betroffenen befinden sich dauerhaft an der Schwelle ihre Kontrolle zu verlie-

ren bzw. verlieren diese. Ihre Selbstregulationsmöglichkeiten sind schnell erschöpft. Dieses Bild erleichtert es, nachzuvollziehen, dass Menschen mit traumatischen Erfahrungen, Probleme haben sich selber zu regulieren. Es verdeutlicht, wie wichtig sowohl eine sichere Umgebung als auch die Reduktion der Überregung sind. Im Rahmen von Psychoedukation (vgl. Lerneinheit 2.4) kann es sinnvoll sein, Einsicht in diese Zusammenhänge bei Betroffenen zu fördern sowie Erklärungen für deren Anspannung zu finden und Interventionen abzuleiten. Selbstdistanzierung und Externalisierung der Überregung kann sehr helfen, eine gemeinsame Strategie zum Umgang mit Problemverhalten zu entwickeln.

Dabei führen dissoziativ-betäubende Reaktionstendenzen dazu, dass die Wahrnehmung von sich selbst und die der Umgebung eingeschränkt sind. Viele traumatisierte Menschen haben große Schwierigkeiten, ihre eigenen Gefühle und Körperempfindungen wahrzunehmen. Wenn z.B. traumatisierte Kinder, Jugendliche oder Erwachsene sich in gravierender Weise inadäquat verhalten und sie danach gefragt werden, warum sie sich so verhalten haben, sind sie gewöhnlich ratlos und können ihr Verhalten nicht begründen („weiß nicht“ oder „Scheiße halt“). Es fällt den Betroffenen schwer, ihre emotionalen Reaktionen wahrzunehmen und zu beschreiben. Oft hat man den Impuls, nicht mehr weiter zu fragen, die Exploration der Situation abubrechen und das Thema zu wechseln. Gerade weil es aber traumatisierten Menschen so schwer fällt, ihre Gefühle wahrzunehmen, ist es wichtig, ihnen dabei zu helfen und sehr behutsam, ohne den Kontakt mit ihnen zu verlieren, solche kritischen Situationen mit ihnen zu analysieren. Danach bzw. nach einem systematischen Training ihrer Emotionsregulationsfähigkeiten ist es ihnen leichter möglich, ihre Gefühle in schwierigen Situationen nachzuvollziehen.

Bei einer Traumatisierung laufen parallel zwei unterschiedliche physiologische Prozesse ab

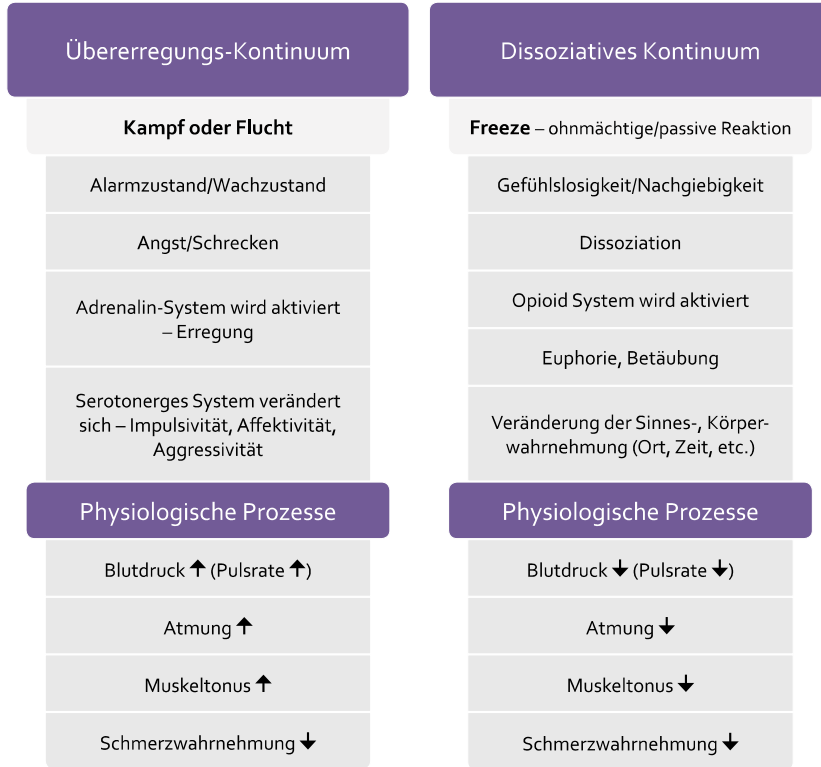


Abbildung 2: Parallel ablaufende physiologische Prozesse

3. Auswirkungen auf Traumagedächtnis sowie Selbstregulation und pädagogische Steuerungsfähigkeit

Über das Modell des „dreigliedrigen Gehirns“ (Levine, 2005) (siehe auch Lerneinheit 2.4) lässt sich Betroffenen ihr auch für sie selbst schwer nachvollziehbares Verhalten bei potentiell gefährlichen Auslösern - stark vereinfacht, aber sehr plastisch und auch für jüngere Kinder verständlich – erklären. Gemäß diesem Modell besteht das Gehirn aus drei zentralen Funktionsbereichen, die verschiedene Aufgaben bei einer Reaktion auf traumatisierende Reize übernehmen. Der zentrale Überlebensmechanismus besteht darin, im Falle einer akuten Gefahr für das Leben auf eine zeitintensive, detaillierte Reizverarbeitung zu verzichten und stattdessen ein Notprogramm zu aktivieren, das für den Betroffenen rasch wieder Sicherheit herstellen soll. Eine zu detaillierte Reizverarbeitung würde zu viel Zeit benötigen, die dann für eine Abwehrreaktion fehlen würde.

Folgende Areale werden im dreigliedrigen Hirn unterschieden:

1. Der „Empfangsbereich“ in der Amygdala und im Hippocampus: Hier wird die Gefahr eines eingehenden Reizes bewertet und entschieden, welcher Aufwand für die weitere Reizverarbeitung betrieben werden darf, und welche Hirnareale diese Aufgabe übernehmen sollen.
2. Das Reptiliengehirn im Stammhirn: In diesem Bereich wird das Überleben der Spezies gesichert, und es werden automatische, zum Leben notwendige Instinkte ausgelöst. Dies können Kampf-, Flucht- und „Freezing“-Verhaltensweisen sein.
3. Die „Chefzentrale“ im präfrontalen Cortex: Hier im Frontalhirn findet das logische Denken statt. Alle eingehenden Informationen werden in Ruhe betrachtet, abgewogen und es werden bewusste Entscheidungen getroffen.

Wahrnehmung, kognitive Verarbeitung und darauf abgestimmtes Verhalten werden abhängig vom jeweiligen Gefahrenpotential eines Reizes geregelt (s. Abbildung 3). Im Alltag werden die Reize normalerweise im präfrontalen Cortex verarbeitet und diese „Chefzentrale“ kann bewusst entscheiden, ob z.B. ein rotes oder ein gelbes T-Shirt angezogen wird oder wie auf eine soziale Situation reagiert wird. Wenn nun ein Reiz als gefährlich identifiziert wird und das Erregungsniveau die individuelle Toleranzschwelle überschreitet, wird die Informationsverarbeitung über die „Chefzentrale“ ausgeschaltet bzw. zurückgefahren und das „Überlebensprogramm“ im Reptiliengehirn wird aktiviert. Neurobiologisch fährt die Amygdala ihre Aktivität hoch. Der Hippocampus, welcher die Schnittstelle zum Cortex darstellt, macht dieses eine Zeitlang mit, fährt aber ab einer kritischen Schwelle seine Aktivität herunter und leitet die eingehenden Informationen nicht mehr zur „Chefzentrale“, sondern zum Notprogramm in das Reptiliengehirn weiter. Hier findet keine bewusste Reizverarbeitung mehr statt, es kann nicht mehr genau differenziert werden, was in dieser Situation passiert, und was nun im Detail an dieser Situation gefährlich ist. Auch die Speicherung im Langzeitgedächtnis und die Verknüpfung mit der eigenen Biographie sind ohne Beteiligung der „Chefzentrale“ nicht mehr möglich.

Dies ist ein sehr sinnvoller Überlebensmechanismus. So ist es beispielsweise für das Überleben nicht relevant, welche Farbe der LKW hat, der auf einen zurast. Dies bedeutet aber auch, dass unsere Wahrnehmung und Fähigkeit zur Handlungssteuerung in dieser Situation stark eingeschränkt sind. Deshalb kann es bei Menschen, die viele traumatische Erlebnisse durchlitten haben und deshalb sehr sensibel auf Gefahrenreize reagieren, häufig zu Fehlwahrnehmungen kommen.

Die Frage, ob ein Reiz als potentiell gefährlich eingeschätzt wird, hängt von seiner Art, seiner Intensität und seiner Nähe zu traumatischen Erlebnissen, vom Stresslevel/Arousal und von Umgebungsfaktoren ab. Die Verknüpfung eines Reizes mit einem traumatischen Erlebnis kann alle Sinneskanäle betreffen. Auslöser können Geräusche, Gerüche, taktile Erfahrungen, Stimmungen in sozialen Situationen, Körperreaktionen, innere Bilder etc. sein. Das Problem besteht darin, dass eine genauere Betrachtung der auslösenden

Situation und eine Überprüfung der Sinnhaftigkeit der Handlungsmuster nicht mehr möglich sind, sobald das Notprogramm einmal aktiviert ist. Genau daraus entstehen im Alltag viele pädagogische Probleme. Beispielsweise schaltet eine traumatisierte Jugendliche möglicherweise in ihr Notprogramm (des Reptiliengehirns), weil ihre pädagogische Bezugsperson einen roten Pullover trägt, den auch der missbrauchende Vater häufig getragen hat. In diesem Modus kann sie nicht mehr differenzieren, dass die Person sich in unzähligen anderen Eigenschaften vom Täter im früheren traumatischen Erlebnis unterscheidet. Solange die Klientinnen und Klienten im „Reptilienhirnmodus“ sind, haben pädagogische Erklärungen und das Appellieren an die „Chefzentrale“ keinen Erfolg, da sie nicht bewusst aufgenommen und reflektiert werden können. Dies bedeutet für die pädagogischen Fachkräfte, dass die Betroffenen in Krisensituationen erst stabilisiert und beruhigt werden müssen, bevor eine Analyse, pädagogische Intervention oder Aufarbeitung der Situation möglich ist und eine Beteiligung der „Chefzentrale“ sichergestellt werden kann.

Traumatische Erfahrung und Selbststeuerung?
Was passiert bei einem potentiell gefährlichen Reiz?

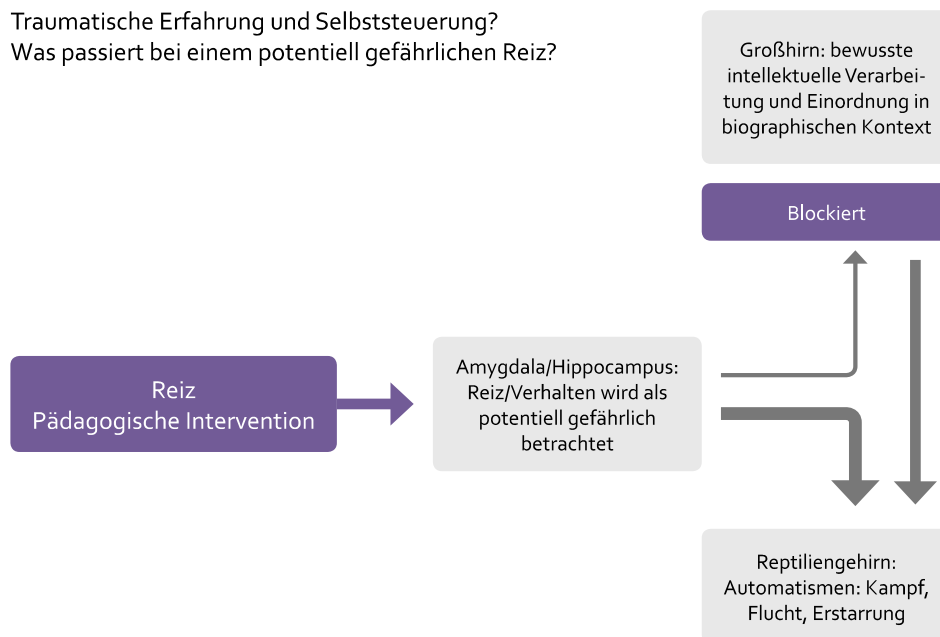


Abbildung 3: Traumagedächtnis und Selbststeuerung (Schmid 2013)

4. Einordnung von komplexen Traumafolgestörungen in die psychiatrischen Klassifikationssysteme

Die Weltgesundheitsorganisation WHO schätzt, dass Vernachlässigung, Miss-handlung, Missbrauch und andere traumatische Lebensereignisse mit mehr als 30% zur Entstehung aller psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter beitragen (Kessler et al., 2010). Die aus diesen traumatischen Erfahrungen resultierenden psychischen und somatischen Folgeerkrankungen und gesellschaftlichen Teilhabebeeinträchtigungen führen zu immensen gesellschaftlichen Folgekosten, sowohl im medizinischen, sozialen, als auch im juristischen Bereich (Corso & Fertig, 2010; Habetha et al., 2013). Dabei ist relevant, dass die Zahl der traumatischen Erlebnisse die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung von fast allen psychischen Erkrankungen massiv erhöht (Copeland et al., 2007; Kessler et al., 2010). Gerade Personen, die schon in frühester Kindheit wiederholt traumatischen Erlebnissen ausgesetzt waren, bilden dabei nicht zwangsläufig eine Posttraumatische Belastungsstörung aus, sondern leiden oft unter komplexen Krankheitsbildern mit mehreren komorbiden Diagnosen (Copeland et al., 2007; Moffitt et al., 2012; Cloitre, 2009; Teichert & Samson, 2012). Bislang gibt es noch keine Diagnose einer psychischen Erkrankung in den gängigen medizinisch-psychiatrischen Klassifikationssystemen, die die Vielzahl von Symptomen einer Traumafolgestörung abbildet. Lediglich die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung und der aktuellen Belastungsstörung weist einen Zusammenhang mit belasteten Lebensereignissen auf.

Gerade Opfer von schwerer Vernachlässigung und körperlicher Gewalt in der frühen Kindheit leiden zu verschiedenen Zeitpunkten ihres Lebens unter unterschiedlichen psychischen Erkrankungen (Schmid et al., 2010). Die ganz unterschiedlichen Diagnosen sind aber oft auf Traumafolgestörungen und daraus resultierende Probleme in der Regulation von Selbstwert, Emotionen, Stress/Frustration und auf hochunsichere Bindungsrepräsentationen zurückzuführen, also auf tiefgreifende Verzerrungen in der Organisation und Regulation von bindungsrelevanten Erfahrungen, Gefühle und Erinnerungen. Beispielsweise reagiert ein achtjähriges Kind, das in der Schule überfordert ist

und sich unverstanden fühlt, mit einem Wutausbruch und wirft mit Gegenständen nach den Lehrern. Ein Jugendlicher wird in einer ähnlichen Situation vermutlich nicht mehr „ausflippen“, sondern vielleicht versuchen, die Schule zu meiden und/oder Drogen zu konsumieren. Die innerpsychischen Herausforderungen, die in beiden Lebensabschnitten gelöst werden müssen, sind aber weitgehend identisch oder zumindest vergleichbar.

Menschen, die besonders ausgeprägte, wiederholte traumatische Erlebnisse durch ihre engsten Bezugspersonen erfahren haben, haben häufig besonders komplexe Störungsbilder und leiden gleichzeitig unter mehreren psychischen Erkrankungen (Terr, 1991; Teicher & Samson, 2002; Schmid et al., 2013; Cloitre, 2009). Zudem haben diese Patienten eine schlechtere Behandlungsprognose und stellen daher die psychosozialen Helfer vor besondere Herausforderungen. Deshalb plädieren viele Autoren dafür, die traumatischen Lebensereignisse und daraus resultierenden Traumafolgestörungen bei der (kinder- und jugend-)psychiatrischen Klassifikation und Diagnostik besser zu berücksichtigen, um klare Behandlungsempfehlungen zu ermöglichen, die die Auswirkungen der Traumatisierung beim Beziehungsaufbau und der Behandlungsplanung adäquat berücksichtigen (Sack, 2004; van der Kolk, 2003, 2008; Schmid et al., 2010; Cloitre et al., 2013; Maercker, 2013).

Derzeit wird diskutiert, die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (Cloitre et al., 2013; Maercker et al., 2013) als Diagnose in das psychiatrische Klassifikationssystem ICD-11 aufzunehmen. Damit ließen sich viele typische Symptome von Traumafolgestörungen erklären. Die Diagnose einer Traumarentwicklungsstörung wurde von der Arbeitsgruppe um van der Kolk für die Aufnahme in die (kinder- und jugend-)psychiatrischen Diagnosesysteme vorgeschlagen (van der Kolk, 2009; Schmid et al., 2010). Sie stellt ein sinnvolles Erklärungsmodell für viele Symptome und Entwicklungsverläufe traumatisierter Menschen dar, insbesondere von fremdplatzierten Kindern und Jugendlichen, die, wie oben angeführt, in ihrem Entwicklungsverlauf zu unterschiedlichen Zeitpunkten ganz unterschiedliche Symptome haben.

Gegen eine Aufnahme dieser Diagnose in das amerikanische Klassifikationssystem (DSM-5) sprach, neben einigen, vermutlich ausräumbaren, fachlichen Fragen, unter anderem politische Gründe, die aus der Frage nach dem kausa-

len Zusammenhang von überdauernden Symptomen mit traumatischen Lebensereignissen resultierten. Fachlich wird, nicht ganz zu Recht angeführt, dass eine Diagnose rein deskriptiv vergeben wird und keine monokausalen Zusammenhänge für die Entstehung postuliert werden sollten, die in der Praxis auch nur schwer zu überprüfen sind. Zudem wird diskutiert, ob und gegebenenfalls wie, solche Traumasymptome in verschiedenen Lebensaltersbereichen operationalisiert und valide und reliabel erfasst werden können. Es wird auch das Modell mit den vielen komorbiden Diagnosen verteidigt, da es immer auch bei nicht traumatisierten Menschen darum geht, einen Behandlungsplan zu erstellen, der ein ätiologisches Modell für die gemeinsame Entstehung beider Erkrankungen vermittelt. Wegen des gut belegten, engen Zusammenhangs dieser psychischen Störungen zu einer lebenslangen Teilhabebeeinträchtigung, vielen somatischen Erkrankungen und einer geringeren Lebenserwartung (Widom, 2012; Fellitti et al., 1998; Greeson et al., 2012) hätte eine solche Entwicklungsraumdiagnose in den USA vermutlich sehr hohe Schmerzensgeldforderung zur Folge gehabt, weshalb bei einer offiziellen Einführung einer solchen Diagnose die juristischen und politischen Folgen schwer abzuschätzen gewesen wären.

5. Auswirkungen von Traumafolgestörungen auf die pädagogische Begleitung

Aus den beschriebenen Traumafolgestörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die mit einer hohen Symptombelastung verbunden sind, resultieren vielfältige pädagogische Probleme (Schmid, 2008). Diese sind in Abbildung 4 skizziert und werden in den folgenden Unterkapiteln erläutert.



Abbildung 4: Auswirkungen von Traumafolgestörungen auf die Pädagogik

5.1. Klassische PTSD-Symptome: Hyperarousal, Vermeidung und Intrusionen

Sehr viele traumatisierte Menschen leiden unter einer chronischen Übererregung (Hyperarousal). Dies bedeutet, dass die Betroffenen immer hoch ange-

spannt bzw. auf der Hut, sind, sich kaum entspannen können und oft unter massiven Schlafstörungen und Alpträumen leiden (Bader & Schäfer, 2007).

Bei Jugendlichen erfüllen „nur“ 8 % das Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Post Traumatic Stress Disorder PTSD), einzelne Symptome der PTSD sind allerdings sehr häufig und wirken sich oft in erheblichem Maße auf den pädagogischen Alltag aus.

Bei sehr sorgfältiger Exploration lassen sich häufig auch subtile oder offensichtliche Formen von Vermeidungsverhalten identifizieren (z.B. Vermeidung von dunklen Räumen, Einschlafen bei Licht, Vermeidung von bestimmten Stadtvierteln oder von Situationen, in denen man alleine oder mit Männern alleine in einem Raum ist, etc.). Viele professionelle Helfer vermeiden es aus Unsicherheit oft, das im Alltag zu beobachtende Vermeidungsverhalten adäquat anzusprechen. Damit wird die Chance verpasst, die Funktion von Vermeidungsverhalten zu verstehen und zu hinterfragen.

Ebenso werden Intrusionen und traumatische Erinnerungen oft nicht benannt und besprochen, obwohl sie nicht selten auftreten. Bei konsequenten und detaillierten Verhaltensanalysen von Problemverhalten zeigte sich, dass plötzliche Intrusion und Erinnerung an traumatische Erfahrungen eine bedeutsame Rolle spielt. Eine Auseinandersetzung mit den traumatischen Erfahrungen und dem daraus resultierenden Vermeidungsverhalten fand oft nicht statt, so dass sich das Vermeidungsverhalten zu einer hartnäckigen, negativen Strategie entwickelte bzw. sogar mehr und mehr Teil der Persönlichkeit wurde. Den Klienten war die ursprüngliche Funktion des Verhaltens häufig überhaupt nicht mehr bewusst.

5.2. Selbstbild, Selbstschädigung und Selbstwirksamkeit

Eine zentrale Folge von sequentiellen interpersonellen Traumatisierungen, insbesondere durch Bezugspersonen, ist ein wiederkehrendes, absolutes Ohnmachtsgefühl anderen Menschen gegenüber. Wiederholt interpersonell traumatisierte Menschen erleben sprichwörtlich, dass andere Menschen mit ihnen „tun und lassen“ können, was sie wollen. Sie fühlen sich diesen ausgeliefert

und sehen keine eigenen Einflussmöglichkeiten. Dies führt dazu, dass viele traumatisierte Menschen ihre Bedürfnisse nicht angemessen wahrnehmen, ausdrücken und in ihrem Sozialraum (Familie, Wohngruppe, Arbeitsplatz, Schule etc.) einbringen können. Damit werden die Chancen reduziert, soziale Kontakte für sich zu nutzen, erfolgreiche Beziehungen eingehen und Hilfsangebote der sozialpädagogischen Fachkräfte annehmen zu können. Diese Schwierigkeiten hängen auch damit zusammen, dass die Betroffenen nicht damit rechnen, dass ihre Bedürfnisse anderen Menschen wichtig sein und von diesen aufgegriffen werden könnten. Diese „erworbene“ Selbstunwirksamkeitserwartung spiegelt sich nicht nur in engen sozialen Beziehungen wider, sondern auch im allgemeinen Zutrauen, andere Menschen für sich einzunehmen oder überzeugen zu können. Sie wirken sich somit auch auf Situationen aus, in denen man sich selbst zeigen oder für sich und seine Rechte eintreten muss, sei es in alltäglichen Situationen wie beim Einfordern eines reservierten Sitzplatzes im Zug oder in außergewöhnlichen Situationen wie bei einem Bewerbungsgespräch.

Aus dem Konzept der „erlernten Hilflosigkeit“ (Seligman & Rockstroh, 2000) lässt sich ableiten, warum sich Menschen, die einer traumatischen Erfahrungen ausgeliefert waren, später in anderen Situationen, die sie theoretisch bewältigen könnten, häufig ebenfalls derart passiv verhalten. Das Konzept resultierte aus der Beobachtung von Hunden, die, um einen Stromschlag zu vermeiden, in der Regel sehr schnell lernten, über eine Barriere zu springen. Beraubte man die Hunde aber der Möglichkeit, den Stromschlag zu vermeiden, versuchten bzw. lernten sie es später auch dann nicht mehr, wenn sich wieder eine Lernmöglichkeit bot. Sie hatten gelernt, dass sie diese Stromschläge nicht vermeiden können und versuchten es auch gar nicht mehr.

Offensichtlich können traumatische Erfahrungen zu einem überdauernden Selbstkonzept mangelnder Selbstwirksamkeit beitragen. Vermutlich spielen aber neben dem Selbstbild auch Dissoziationsneigung, Impulsivität und fehlende Kompetenz eine Rolle, Hinweisreize zu erlernen, die auf Gefahr hindeuten. Damit lässt sich interpretieren, warum sich in der Kindheit traumatisierte Menschen oft nicht gut schützen können und häufig erneut Opfer von interpersoneller Gewalt werden (Classen et al., 2005; Widom et al., 2008). Leider

kann diese Erwartung von Selbstunwirksamkeit im Extremfall rasch dazu führen, dass die Heranwachsenden auch in den Strukturen der stationären Jugendhilfe wieder Opfer von Mobbing, körperlicher oder sexueller Gewalt werden. Die Erwartung von Selbstunwirksamkeit kann aber auch zur Folge haben, dass Heranwachsende ihre Bedürfnisse heimlich befriedigen (z.B. Essen horten, Dinge von anderen, die sie interessant finden einfach nehmen) oder sich mit einer gewissen Rücksichtslosigkeit durchsetzen, weil sie nicht damit rechnen, dass andere Menschen Rücksicht auf ihre Bedürfnisse nehmen und sie gelernt haben, sich nehmen zu müssen, was sie brauchen. Es ist daher zentral, die Betroffenen für ihre Bedürfnisse zu sensibilisieren, sie und ihre Bedürfnisse wertzuschätzen und ihnen zu helfen, sich im Kontakt mit anderen Menschen selbstwirksam zu erleben.

Außerdem entwickelt sich beim chronischen Erleben von Geringschätzung und einer Missachtung der Bedürfnisse auch ein sehr negatives Selbstbild bis hin zu Selbsthass. Dies kann sich in einer völlig unzureichenden Selbstfürsorge oder gar in Selbstverletzungen und Suizidalität äußern, sowie nicht selten auch zu einem narzisstischen, fragilen oder überhöhten Selbstwertgefühl führen, so dass der Jugendliche auf Kränkung und Beschämung mit Aggression reagieren muss. Die Entwicklung eines gesunden Selbstkonzeptes ist bei traumatisierten Menschen wesentlich erschwert. Die Auswirkungen von Misshandlung und Vernachlässigung auf eine ungünstige Selbstwertentwicklung (Selbstinsuffizienz, Schadhaftigkeit) konnten auch in aufwendigen Längsschnittuntersuchungen aufgezeigt werden (Kim & Cicchetti, 2003, 2004). Ein negatives Selbstbild kann sich bis hin zur Ablehnung der eigenen Person steigern und dazu führen, dass die Betroffenen die Aggression offen gegen sich richten. Van der Kolk (1991) stellte einen Zusammenhang zwischen selbstverletzendem Verhalten und traumatischen Kindheitserfahrungen her, der nicht immer, aber sehr häufig repliziert werden konnte (Lang & Sharma-Patel, 2011; Kaess et al., 2013). Interessant ist dabei, dass dieser Zusammenhang durch Selbsthass, dissoziative Zustände, Probleme im Gefühlsausdruck (Glassmann et al., 2007; Swanell et al., 2012) und Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Weierich & Nock, 2008) erklärt wird. Der Zusammenhang von unterschiedlichsten traumatischen Erlebnissen mit Suizidgedanken, Suizidversuchen und vollendeten Suiziden ist vielfach belegt (Afzaill et al., 2015;

Flannery et al., 2001). Traumafolgestörungen weisen die höchsten Suizidraten von allen psychischen Störungen auf (Afifi et al., 2009; Kryszynska & Lester, 2010).

Sehr häufig entwickeln traumatisierte Menschen auch massive Selbstvorwürfe sowie Schuld- und Schamgefühle (z.B. Wyatt & Newcomb, 1990; Talbot et al., 2004; Franzoni et al., 2013; Dorahy & Clearwater, 2012; Dorahy et al., 2013). Sie machen sich zum Beispiel Vorwürfe, Opfer geworden zu sein, sich selbst „leichtsinnig“ in Gefahr gebracht zu haben, überlebt zu haben oder die Tat mit ausgelöst zu haben. Insbesondere Opfer von sexuellem Missbrauch neigen durch die Uneindeutigkeit der Situation und der falschen Zuneigung, die die oft emotional sehr bedürftigen Opfer erfahren, zu Schuld- und Schamgefühlen. Viele Opfer sexueller Gewalt können sich zudem schwer verzeihen, in diesen schlimmen Situationen sexuelle Erregung empfunden zu haben. Insbesondere das Gefühl, dass andere Menschen einem ansehen, was mit einem geschehen ist und das Gefühl, körperlich beschmutzt zu sein, prägen das Selbstbild und das Interaktionsverhalten (Jung & Steil, 2012; Jung et al. 2011). Eine Längsschnittstudie (Kim et al., 2009) zeigte, dass Schamgefühle aufgrund einer Traumatisierung in der Kindheit noch im Erwachsenenalter für viele interpersonelle Probleme verantwortlich sind.

5.3. Schwierigkeiten im Bereich der Emotionsregulationsfähigkeit

„Das Dilemma von komplex traumatisierten Menschen ist, dass diese ihre Gefühle entweder zu stark oder zu schwach wahrnehmen.“

Onno van der Hart

Die wiederholte heftige Erregung und die damit einhergehende Aktivierung der Stressachse führt dazu, dass unangenehme Gefühle wesentlich schneller ausgelöst (Ebner-Priemer et al., 2005, 2007, 2008, 2009) und rascher als unangenehme Anspannung interpretiert werden können. Andererseits brauchen Betroffene länger, um sich wieder zu beruhigen. Dies lässt sich auf eine Bah-

nung der Stressaktivierung durch ständige Überaktivierung des Stressregulationssystems zurückführen (HPA-Stressachse; Schmid, 2013).

Traumatische Erfahrungen gehen mit heftigsten Emotionen einher. Bei einzelnen traumatischen Ereignissen ist dies vor allem Angst. Bei komplexen und wiederholten interpersonellen Traumata der Kindheit, insbesondere bei den Folgen von sexueller Gewalt, tritt oft eine ganze Bandbreite von belastenden Gefühlen auf, die in den verschiedenen Phasen des/der traumatischen Erlebnisse(s) erlebt wurden, insbesondere Wut, Scham, Schuld sowie Gefühle des Ekels und der Trauer (Schmid, 2013; Boos, 2005).

Gewöhnlich konnten sequentiell traumatisierte Menschen in ihren invalidierenden Umgebungen, in denen ihre Gefühle nicht beachtet und geringgeschätzt wurden, keinen adäquaten Umgang mit Gefühlen lernen, weshalb sie emotionale Empfindungen vermeiden und Gefühle häufig kaum wahrnehmen können, anstatt deren Signalfunktion für die Verhaltenssteuerung zu nutzen. Die ständige Konfrontation mit unangenehmen Emotionen, Spannung und wiederholtem traumatischen Stress führt zudem zu einer gewissen emotionalen Taubheit, Abgestumpftheit und inneren Leere. Diese innere Leere und das Unbehagen mit den eigenen Emotionen führen dazu, dass traumatisierte Menschen oft nicht sagen können, wie sie sich fühlen, und auch bei heftigstem Intervenieren von Seiten der pädagogischen Bezugspersonen bzw. Psychotherapeuten nicht erklären können, wie es gekommen ist, dass sie sich so und nicht anders verhalten haben. Oft sind es negierte und unterdrückte Gefühle, zu denen die Kinder und Jugendlichen wenig Zugang haben, die das Problemverhalten auslösen. Aggressivem Verhalten gehen z.B. oft Trauer-, Schuld-, Schamgefühle und/oder Angst voraus. Wenn diese Gefühle nicht wahrgenommen und die Handlungsimpulse nicht beachtet werden, führt dies dazu, dass auf diese nicht adäquat reagiert werden kann und der Druck steigt. Mit steigender Anspannung reduzieren sich die Handlungsmöglichkeiten der Betroffenen, so dass letztlich oft Verhaltensweisen wie Selbstverletzungen, Suizidversuche, aggressives Verhalten, Weglaufen und Drogenkonsum dem Spannungsabbau dienen. Komplex traumatisierte Menschen erleben Gefühle eher als bedrohlich und wollen sich unbewusst vor heftigen Gefühlen schützen, indem sie deren Signale negieren. Dies geschieht aus der Sorge heraus,

von diesen überflutet zu werden. Durch deren verspätete Wahrnehmung berauben sie sich allerdings vielen frühen Handlungsmöglichkeiten und geraten wiederum in eine emotionale Überforderungssituation, welche sie eigentlich vermeiden wollten, womit sich der Teufelskreis schließt (vgl. Abbildung 6).

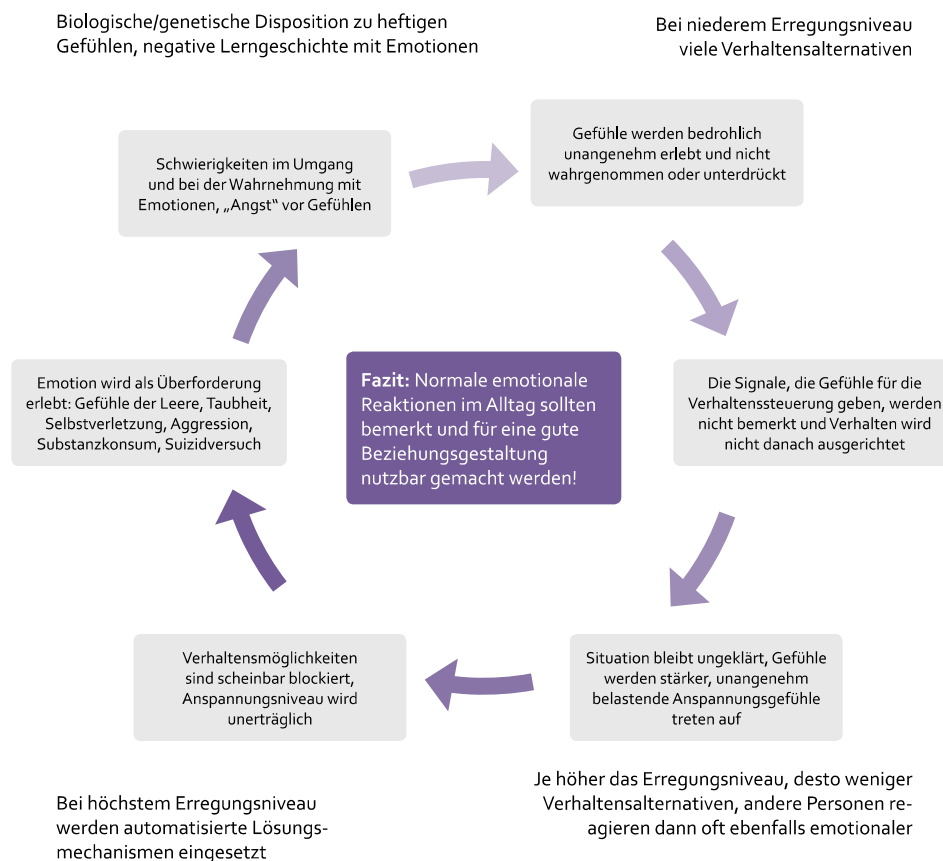


Abbildung 5: Teufelskreis durch Schwierigkeiten in der Emotionsregulation

Um diesen Teufelskreis (Schmid, 2013b; In-Albon & Schmid, 2012) des Nicht-Wahrnehmens von Emotionen und Verhaltensexzessen zu unterbinden, ist es notwendig, die Betroffenen für ihre Gefühle zu sensibilisieren und in ihrer Wahrnehmung zu schulen, was auch durch die Förderung der Achtsamkeit und Körperwahrnehmung unterstützt wird.

5.4. Pädagogische Schwierigkeiten bei dissoziativen Zuständen

Wie sehr dissoziative Zustände die pädagogische Arbeit belasten können, wird oft unterschätzt und viel zu wenig beachtet. Unter Dissoziationen sind Zustände zu verstehen, in denen die Klientinnen und Klienten zwar körperlich anwesend, aber kognitiv nicht aufnahmefähig sind. Von außen betrachtet fallen in der Regel ein abwesender Blick, eine starre Mimik und das Fehlen jeglicher Gestik auf. Innerlich verlieren die Betroffenen das Gefühl für Zeit und Örtlichkeit und sind nicht aufnahmefähig für gewöhnlich intensive Reize und das, was um sie herum geschieht. Diese Zustände können durch traumatische Erinnerung, aber auch unspezifischen Stress ausgelöst werden (Stiglmayer et al., 2005). Das Problem ist nicht die Dissoziation an sich, denn diese ist ein sehr wichtiger Mechanismus, der es erlaubt, sich in belastenden Situationen zu schützen. Problem ist, dass dieser Schutzmechanismus rasch generalisiert, zunehmend auch im Alltag in schwierigen Situationen zum Einsatz kommt und dort das Erlernen von adaptiven Bewältigungsstrategien verhindert. 10 % der Betroffenen entwickeln sofort eine chronisch erhöhte Dissoziationsneigung (Overkamp, 2002) und 50% der wiederholt Betroffenen (Murie et al., 2001). Eine chronisch erhöhte Dissoziationsneigung verhindert auch das Lernen in der Psychotherapie, weshalb Dissoziationsneigung und die Dissoziation mit einem geringeren Therapieerfolg einhergehen (z.B. Kleindienst et al., 2011; Bae et al., 2015). Vermutlich lassen sich diese Ergebnisse auch auf Interventionen im pädagogischen Alltag übertragen, bzw. sind dort unter Umständen noch gravierender, da es in stationären Settings in der Regel mehr Auslöser gibt, die nicht völlig kontrollierbar sind.

Dissoziation und Zustände, in denen sich die Klienten nicht im Kontakt mit der Außenwelt im „Hier und Jetzt“ befinden, führen zu diversen pädagogischen Problemen. Eine Schwierigkeit ist, dass Kinder und Jugendliche, die häufig räumlich und zeitlich desorientiert sind, oft zu konfabulieren beginnen, was sie den ganzen Tag gemacht haben. Zumeist sind Widersprüche schnell zu identifizieren, und man kann die Betroffenen des Lügens überführen, was natürlich insbesondere dann relevant wird, wenn es zu Regelverstößen gekommen ist oder ein Schuldiger gesucht wird und es von Vorteil wäre, ein lückenloses „Alibi“ zu haben. Ein weiteres, oft zu beobachtendes Problem ist der eskalie-

rende Teufelskreis aus pädagogischer Kritik, fehlende Reaktion der Kinder und Jugendlichen mit dissoziativen Zuständen und darauf folgende verstärkte Kritik. Wenn eine pädagogische Fachkraft eventuell mit einem nicht ganz zu vermeidenden, aber nicht offen benannten Affekt eine Klientin oder einen Klienten konfrontiert, kann dies wiederum eine dissoziative Reaktion hervorrufen, d. h. die Person reagiert nicht. Nun erwartet die Fachkraft aber eine Reaktion, möglichst eine Entschuldigung und Erklärung, die aber nicht erfolgt. Daraufhin werden oft die pädagogischen Bemühungen intensiviert, was wiederum dazu führt, dass das Kind oder der Jugendliche nicht reagiert. Dies kann den pädagogischen Mitarbeiter verunsichern und führt nicht selten zur Eskalation oder dazu, dass die pädagogischen Bemühungen aufgegeben werden. Beide Verhaltensmöglichkeiten dienen nicht gerade dem Erreichen des pädagogischen Ziels.

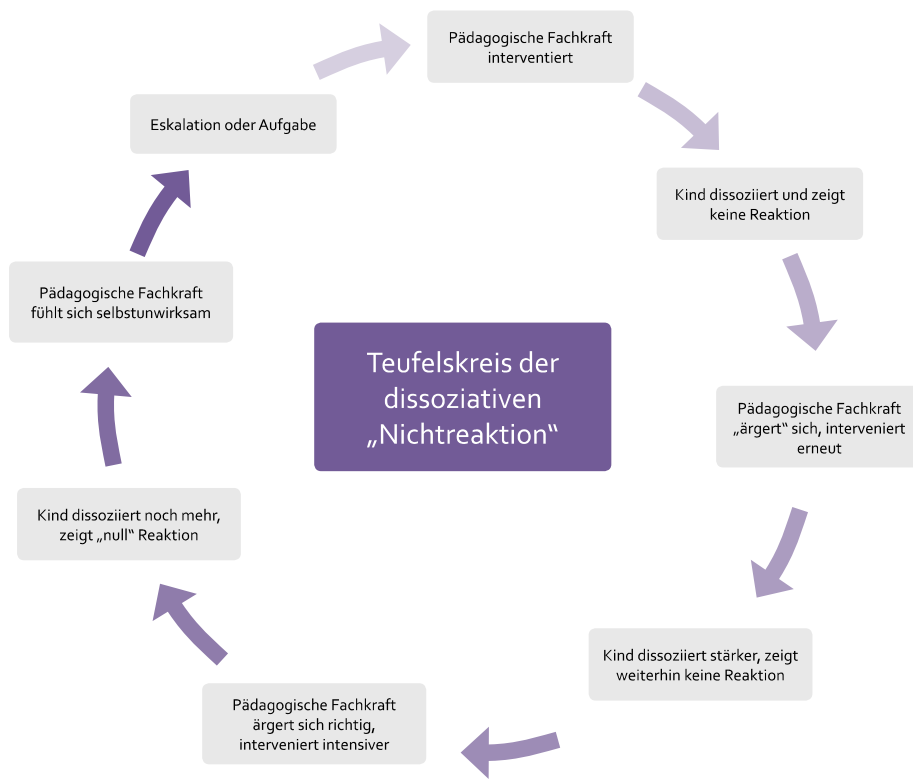


Abbildung 6: Teufelskreis der Dissoziation

Hinzu kommt, dass dissoziatives Erleben oft die echte Partizipation von Klientinnen und Klienten bei der Hilfeplanung einschränkt oder verhindert. Dies lässt sich oft bei Helferkonferenzen beobachten, wenn man mit einer Klientin bzw. einem Klienten den Raum betritt, und sie/er beim Anblick der Eltern/Angehörigen oder den vielen psychosozialen Helfern plötzlich erstarrt und verstummt. Wenn die Heranwachsenden bei schwierigen Gesprächen dissoziieren, bekommen sie erstens die vielen guten Dinge, die von den beteiligten Helfern über sie gesagt werden, nicht bewusst mit, und können zweitens auch nicht ihre eigenen Vorstellungen einbringen. Dies kann dazu führen, dass sie sich nicht verpflichtet fühlen, „getroffene“ Absprachen einzuhalten. Deshalb ist es wichtig, Maßnahmen zu ergreifen, die die Partizipation bei der Hilfeplanung ermöglichen bzw. sicherstellen. Solche Maßnahmen können z.B. darin bestehen, Briefe an die Ämter zu schreiben und/oder diese im Hilfeplangespräch vorzulesen, Videoaufnahme von Helferkonferenzen zu machen, erwachsene Personen zu nennen, welche die Anwaltschaft für das Kind über-

nehmen können (d.h. dass dem Kind/Jugendlichen zugewandte erwachsene Bezugspersonen seine Interessen gegenüber Schulen, Gerichten, Familienangehörigen, Nachbarn etc. vertreten). Bei der Vor- und Nachbereitung von Helferkonferenzen ist es also wichtig sicherzustellen, dass die Kinder und Jugendlichen sowohl ihre Wünsche und Erwartungen in die Helferkonferenz einbringen können, als auch die Entwicklungen, die Diskussion und insbesondere auch das Feedback zu ihren Fortschritten nachverfolgen können.

Der mit Dissoziation einhergehende Verlust des Körpergefühls und Schmerzempfindens kann dazu führen, dass die Kinder mit unklaren Verletzungen in der Wohngruppe erscheinen, da sie die Verletzungen nicht spüren und sich nicht an das Unfallgeschehen erinnern können. Nicht selten greifen die Heranwachsenden auch zu gravierenden Methoden, um sich zu „spüren“, sei es durch Hochrisikoverhalten oder Selbstverletzung (s.o.). Dissoziative Zustände bewirken des Weiteren, dass die Betroffenen unter Stress nicht auf ihr gesamtes Verhaltensrepertoire zurückgreifen können. Dies kann insbesondere im Kontext sexueller Gewalt dazu führen, dass es zu Retraumatisierungen kommt oder Hilfsangebote nicht wahr- und angenommen werden: Die Jugendlichen dissoziieren in dem Moment, der sie an ihre traumatischen Erlebnisse erinnert. Sie lassen die Tat über sich ergehen, obwohl ein einziger lauter Schrei vermutlich gereicht hätte, um Hilfe zu holen und die Grenzverletzung zu unterbinden (Schmid & Fegert, 2015).

Da Dissoziation bedeutet, das Gefühl für sich selbst und seine Umwelt zu verlieren, ist es wichtig, die betroffene Person mit ihrer Wahrnehmung im »Hier und Jetzt« zu halten. Achtsamkeit als die völlige Konzentration auf die eigene Wahrnehmung von Sinnesreizen kann als Gegenpol zur Dissoziation genutzt werden. Zur Vermeidung bzw. Reduktion von dissoziativen Zuständen ist es wichtig mit Betroffenen die Wahrnehmung der Außenwelt zu trainieren, sie für die ersten Anzeichen von dissoziativen Reaktionen zu sensibilisieren und ihnen dabei zu helfen, ihre Wahrnehmung durch das Setzen von bewussten Sinnesreizen wieder zu fokussieren und im »Hier und Jetzt« zu verankern. Vor diesem Hintergrund sind Ansätze, die über sensorische Reize neu orientieren und über Achtsamkeitsübungen die Sinneswahrnehmung im »Hier und Jetzt«

fördern, so erfolgreich (Priebe, Schmahl & Stiglmayer, 2013; vgl. Kapitel zur Förderung der Sinneswahrnehmung).

5.5. Schwierigkeiten im Bereich der Körper- und Sinneswahrnehmung

Viele Psychotraumatologen und Psychotherapeuten beschäftigen sich besonders intensiv mit der Verbindung von Körper, Traumareaktionen sowie psychischen und körperlichen Traumafolgestörungen, da der Körper bei einem traumatischen Erlebnis physiologisch so unmittelbar reagiert und ein Großteil traumatischer Erlebnisse unmittelbar mit körperlichen Verletzungen und der Körpergrenzen einhergeht (Ogden, Minton & Pain, 2010; Van der Kolk, 2015; Rothschild, 2002; Downing, 2006; Bercelli, 2005, 2008; Levine, 2011). Schon eine Vorstellung von Stress und Angst vor etwas löst im Körper eine höhere Wachheit aus und verändert Atmung und Herzfrequenz.

Der zentrale Ansatzpunkt der körperorientierten Ansätze ist der, dass die rasche Abfolge einer körperlich immobilisierenden „Freezing“-Reaktion in Kombination mit der extremen körperlichen Erregung von für Kampf und Flucht vorbereitenden mobilisierenden Defensivreaktionen dazu führt, dass Energie, die dem Körper bereitgestellt wird, nicht abgerufen werden und „abfließen“ kann. Dies führt zu muskulären Verspannungen und Hyperarousal. Die Bereitstellung von Energie und der Abfluss von Energie nach heftiger Angst oder Schreckreaktion sind gut zu beobachten. Beispielsweise bemerkt man nach einer Vollbremsung noch, wie die Beine zittern, was eine typische Schreckreaktion ist und dem Abbau der inneren Anspannung dient. Auch bei Tieren, die aus einer Gefahrensituation entkommen sind, lassen sich solche Reaktionen beobachten.

Für die pädagogische Begleitung von traumatisierten Menschen haben sich Sport, insbesondere Ausdauertraining sowie stabilisierende und sensibilisierende Körperinterventionen, wie Elemente aus Yoga oder Chi Gong, DBT-Körpertherapie etc., sehr gut bewährt (z.B. Bercelli, 2005; Ogden et al., 2010; Nurriesterns & Nurriesterns, 2013). Viele traumatisierte Menschen profitierten von regeltem, wiederkehrendem körperlichen Training. In der Regel fällt es

traumatisierten Menschen und dabei insbesondere männlichen Jugendlichen, die sich wegen ihres Hyperarousals oft nicht auf klassische Entspannungstechniken einlassen können, leichter, über den Körper in Achtsamkeitsübungen, Entspannungs- oder Ruhezeiten zu finden.

Betrachtet man den Zusammenhang zwischen Trauma und Körper ist es wichtig zu reflektieren, welche Gewalterfahrungen und Schmerzen Betroffene körperlich erlitten haben, und wie körperliche Schutzreaktionen entwickelt wurden. Es ist naheliegend, dass ein Mensch, der regelmäßig geschlagen und misshandelt wurde und sprichwörtlich „im Dreck“ lebt, keine angemessene Sinnes- und Körperwahrnehmung entwickelt hat, sondern sich bestmöglich zu betäuben versuchte. Eine gute Körperwahrnehmung unterstützt die Emotionserkennung, -verarbeitung und den Emotionsausdruck (Downing, 2006), so dass die körperliche Schutzreaktion auch Auswirkungen auf das Interaktionsverhalten hat.

Andererseits ist es - gerade unter traumapädagogischen Aspekten - wichtig, sich zu vergegenwärtigen, welche Defizite an körperlichen Erfahrungen, z.B. an liebevollen Berührungen und sensibler körperlicher Berührung zur Beruhigung, bei traumatisierten Menschen bestehen. Mehrere Studien zeigten, dass liebevolle Berührungen einer der effektivsten Wege ist, kleine Kinder zu beruhigen (Streit, Nantke & Jansen, 2014). Traumatisierte Menschen können Körperkontakt teilweise kaum tolerieren. Sie haben Angst vor normalen körperlichen Berührungen, wie sie im Erziehungsalltag eigentlich häufig vorkommen und bei kleinen Kindern alltäglich sind. Es ist oft erschreckend, wenn gerade Babys und Kleinkinder, die in Obhut genommen werden, sich körperlich kaum trösten lassen, auch in Situation, in denen dieses in diesem Alter angebracht wäre, und Pflegeleistungen, wie das Wickeln, dadurch auch für sehr erfahrene Eltern/Pfleger zur Herausforderung werden. Problematisch darin ist, dass die Kinder dadurch eigentlich positiv korrigierende Körpererfahrungen nicht machen können. Das Setting der Heimerziehung trägt zudem dazu bei, dass Kinder im Schulalter viel weniger Berührungen erfahren als in einer adäquaten häuslichen Umgebung. Viele Fachkräfte scheuen einerseits die Intensivierung der Gegenübertragungsgefühle durch die Berührungen, haben aber auch eine bei der öffentlichen Debatte um Grenzverletzungen durch Fachkräfte die nicht

völlig unbegründete Sorge, dass körperliche Nähe zu einem Kind fehlinterpretiert werden könnte („Herr Müller hat mir abends immer besonders lange Geschichte vorgelesen und meinen Kopf und Rücken gestreichelt“). Für Teams, die mit kleinen Kindern arbeiten, ist daher eine Sicherheit und Professionalität im Herstellen eines emotional-bezogenen Körperkontakts ein wichtiges Thema. Viele fremdplatzierte Kinder und Jugendliche, die sich mit Berührungen schwer taten, entwickeln dann aber recht früh ein Interesse für Sexualität, vielleicht auch weil das ein legitimer Weg ist, sich im Jugendalter berühren zu lassen?!

Gerade Kinder, die sexuellen Missbrauch erfahren haben, scheinen sich sehr mit ihrer Sexualität zu beschäftigen, sexualisiertes Verhalten zu zeigen und teilweise vermehrt fast zwanghaft zu masturbieren (Elkovitch et al., 2009; Wells et al., 1995). Viele sexuell traumatisierte Menschen haben ein sehr auffälliges Sexualverhalten, welches von Promiskuität bis zur völligen Vermeidung von Sexualität führen kann. Teilweise haben Opfer von sexuellem Missbrauch gelernt, Beziehungen ausschließlich über Sexualität zu führen und teilweise zu kontrollieren. Sexualität kann ihrer Erfahrung nach Schutz vor Gewalt und „vor dem Alleinsein“ bedeuten, Selbstwert regulierend wirken und eventuell auch noch andere Bedürfnisse befriedigen. So lässt es sich erklären, weshalb sie sich immer wieder auf belastende Sexualkontakte einlassen, über ihre persönlichen (oft nicht wahrgenommenen) Grenzen gehen und teilweise währenddessen dissoziieren (Sachs, Sachse & Dulz, 2009; Freyberger, 2009). Nicht selten berichten Opfer von sexueller Gewalt auch von chronischen Schmerzen, Ekel und sexuellen Dysfunktionen.

Die gesamte Körperwahrnehmung und das eigene Körperbild sind bei vielen chronisch traumatisierten Menschen offensichtlich nachhaltig geschädigt (Haaf et al., 2001; Joraschky et al., 2005). Schlechtes Körpergefühl in Verbindung mit der Ablehnung des eigenen Körpers (Dyer et al., 2015; Jung & Steil, 2012) tragen dazu bei, dass viele traumatisierte Menschen wenig Wert auf ihre Körperhygiene und äußere Erscheinung legen. Viele vernachlässigte und misshandelte Kinder haben zudem große Entwicklungsdefizite im motorischen Bereich, bewegen sich ungeschickt und neigen zu Unfällen. Oft fehlt ihnen in Interaktionen auch das Gefühl für die Organisation von Raum und Zeit, so dass

die Regulation von Nähe und Distanz schwer fällt. Bei vielen traumatisierten Menschen mit starker Dissoziationsneigung scheint die Schmerzrezeption in Anspannungszuständen deutlich geringer ausgeprägt zu sein (Ludäscher et al., 2007; Klossika et al., 2006), was zu Verletzungen führt. Mehrere Untersuchungen zeigten deutliche Einschränkungen in der auditiven Wahrnehmung bei traumatisierten Menschen (Maercker et al., 2003). Insgesamt scheinen die Körperwahrnehmung, die Sinneswahrnehmung, die Fähigkeit zur Achtsamkeit und zum Genuss, sowie die Fokussierung auf positive Sinneswahrnehmungen, auf Geschmack, Musik etc. deutlich unterentwickelt zu sein.

Studien zeigten einen deutlichen Zusammenhang zwischen frühen Vernachlässigungserfahrungen und Unterernährung und somatischen Zivilisationskrankheiten (Bluthochdruck, koronare Herzkrankheiten, Diabetes) im Erwachsenenalter (Überblick s. Widom, 2012). Außerdem gibt es Hinweise darauf, dass Posttraumatische Belastungsstörungen nicht nur mit einer höheren Vulnerabilität für komorbide psychische Störungen einhergehen, sondern auch viele (psycho-)somatische Krankheiten viel häufiger bei traumatisierten Menschen auftreten (Dobie et al., 2004; Seng et al., 2005). Viele traumatisierte Kinder leiden zudem unter massiven Schlaf- und Regulationsstörungen (Martin et al., 2007; Noll et al., 2006).

Im sozialpädagogischen Alltag kann es ein bedeutsames Problem darstellen, wenn körperliche Erinnerungen und Berührungen traumatische Wiedererinnerungen und daraus resultierende Defensivreaktionen (Kampf, Flucht und „Freezing“) auslösen. Dies lässt sich beispielhaft bei einem Kind darstellen, welches in seiner Vergangenheit oft „zum Verprügeln“ am Arm gezerrt worden ist. Wenn es nun von einer pädagogischen Fachkraft in einer harmlosen Situation (z.B. „Stopp, Deine Hausarbeiten sind noch nicht ganz fertig“) am Arm festgehalten oder im Streit von einem anderen Kind am Arm gepackt wird, reagiert es unter Umständen von außen betrachtet auf unangemessen heftige Art und Weise. Grund für die heftige Reaktion ist die Verknüpfung des taktilen Reizes („Hand einer anderen Person an meinem Arm) mit traumatischen Erlebnissen, welche verständlicherweise Angst und Panik auslösen können. Es müssen aber nicht nur die unmittelbaren Wiedererinnerungen an Berührungen sein, es können auch die im Körper abgespeicherten Abwehrreaktionen sein,

die zu traumatischen Wiedererinnerungen und heftigen Emotionen führen können. Jedes traumatische Lebensereignis hat eine körperliche Entsprechung und jeder Mensch setzt körperliche Mikro-Praktiken ein, um sich und seinen Körper zu schützen (Downing, 2006). Ein Mensch, der oft auf ähnliche Art und Weise geschlagen wird, wird seine Muskeln immer wieder auf bestimmte Art und Weise anspannen und aktivieren, so dass schon eine bewusster Wahrnehmung und Arbeit mit der Muskulatur oder eine ähnliche Ausweichbewegung, solche Wiedererinnerung an traumatische Lebensereignisse auslösen können.

5.6. Probleme im Bereich der exekutiven Funktionen

Menschen, die wiederholt lebensbedrohlichen Ereignissen ausgesetzt waren, sind primär mit dem Überleben im »Hier und Jetzt« beschäftigt. Es fällt ihnen schwer, langfristig zu planen und in die Zukunft zu schauen, und sie sind nicht in der Lage, Belohnungen lange aufzuschieben. Dies führt oft dazu, dass sie impulsiv reagieren, ohne längerfristige Folgen ihres Handelns zu planen und abschätzen zu können. Im sozialpädagogischen Alltag kann es sehr belastend sein, wenn die betreuten Klienten extrem darauf fokussiert sind, dass alles sofort im »Hier und Jetzt« passieren muss. Entsprechend sind die Fachkräfte häufig chronisch angespannt oder überlastet, da sich im Alltag keine Verschnaufpausen realisieren lassen. Außerdem führen überdauernde, schwere Vernachlässigungserlebnisse in der frühen Kindheit zu kognitiven Defiziten, die nur teilweise wieder kompensiert werden können, was zwangsläufig zu Konzentrations- und Lerndefiziten führt.

Studien an schwer deprivierten rumänischen Waisenkindern zeigten, dass ohne ein Mindestmaß an Anregung in einer sensiblen Phase (d.h. es gibt eine Phase, in welcher sich die meisten Synapsen im Frontalhirn ausbilden und Netzwerke bilden, wenn dies abgeschlossen ist) die kognitive Entwicklung nachhaltig beeinträchtigt bleibt und nicht mehr schnell zu kompensieren ist (Beckett et al., 2007; Colvert et al., 2008; Rutter, 2007). Besonders stark betroffen sind vor allem exekutive Funktionen wie die der Aufmerksamkeitsspanne, der Ablenkbarkeit sowie der Fähigkeit, Aufgaben seriell zu zergliedern

und Pläne zu schmieden, was die Herangehensweise an komplexe Aufgaben erschwert. Die Symptome lassen sich aber eindeutig von einer klassischen Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung abgrenzen (Kreppner et al., 2002). Beers und De Bellis (2002) haben die Intelligenztestprofile von traumatisierten Kindern untersucht und dabei ebenfalls festgestellt, dass diese Kinder spezifische Auffälligkeiten im Bereich der exekutiven Funktionen aufweisen. Diese Befunde deuten auf neuropsychologischer Ebene darauf hin, dass die Fähigkeit der Selbststeuerung auch bei komplexeren Aufgaben im Alltag auch wegen Defiziten in der Verhaltenshemmung, der Aufmerksamkeitssteuerung und der Planung eingeschränkt sein könnte.

Diese Probleme führen dazu, dass viele traumatisierte Kinder und Jugendliche bzw. Erwachsene sich auch in Schule und Beruf als selbstunwirksam erleben und nicht selten auch in sonderschulischen Settings zu scheitern drohen. Viele traumatisierte Kinder gehen jahrelang nicht in die Schule und haben bei einfachsten schulischen Fertigkeiten extreme Defizite. Zahlreiche Kinder haben viele Strategien entwickelt, um diese Defizite (z.B. im Lesen) zu überspielen und zu vermeiden, dass sie durch schulische Anforderungen mit den eigenen Schwächen konfrontiert werden und dabei Schamgefühle empfinden. Sozialpädagogische Fachkräfte verwenden oft viel Energie darauf, die Heranwachsenden für die Schule zu motivieren, den Schulbesuch sicherzustellen und die Hausaufgaben zu begleiten, was oft nicht ausreichend bei den Personalressourcen berücksichtigt wird. Auch im pädagogischen Alltag führen die beschriebenen Schwächen in den exekutiven Funktionen zu vielen Problemen, indem etwa Aufträge häufig vergessen oder nicht zu Ende geführt, sowie komplexe Aufgaben oft ungeschickt angegangen werden und dann nicht erfolgreich gelöst werden können.

5.7. Stressregulation und Hochrisikoverhalten

Viele traumatisierte Menschen sind Gefühlen von Hoffnungslosigkeit und Zukunftsängsten ausgesetzt. Sie sehen keinen Sinn mehr in ihren alltäglichen Verrichtungen. Ihnen fällt die Reintegration in den Alltag schwer und sie können die alltäglichen Probleme anderer Menschen nicht ernst nehmen. Wenn

man die Erfahrung gemacht hat, jederzeit plötzlich sterben zu können, verlieren langfristige Ziele und Bemühungen ihren Reiz bzw. ihre Bedeutung. Es kann sich aber auch eine ständige Suche nach Gefahr einstellen. Viele Menschen mit traumatischen Erfahrungen verspüren im Alltag rasch Langeweile und suchen immer wieder den extremen Nervenkitzel und das Risiko, um sich zu spüren. Mehrere Überblicksarbeiten weisen darauf hin, dass impulsive Hochrisikoverhaltensweisen (wie z.B. ungeschützte Sexualkontakte, riskantes Verhalten im Straßenverkehr, Mitführen von Waffen) besonders häufig bei traumatisierten Jugendlichen auftreten (Shafiq et al., 2009). Insbesondere früher Substanzkonsum scheint mit Impulsivität und psychosozialen Risikofaktoren einherzugehen (Blomeyer et al., 2008; Schmid & Laucht, 2008).

Emotionen nicht oder zu spät zu erkennen führt immer wieder zu hohen Stressbelastungen. Damit geht das Risiko einher, Spannungen durch Problemverhalten (wie aggressives Verhalten, Selbstverletzung, Drogenkonsum, Weglaufen) zu reduzieren. Traumatisierte Menschen haben in Zusammenhang mit hohem Stress oft die Erfahrung gemacht, dass diese Situationen ausweglos und nicht mehr kontrollierbar sind. Es ist deshalb gerade in stressreichen Situationen wichtig, den Betroffenen die Kontrolle über die Situation hinweg zu ermöglichen, indem ihnen beispielsweise zwei Alternativen vorgeschlagen werden („Möchtest du lieber in Dein Zimmer oder hinaus auf den Hof?“).

5.8. Schwierigkeiten im Bereich der sozialen Wahrnehmung

Misshandelte Kinder reagieren stärker und impulsiver auf negative emotionale Gesichtsausdrücke, vor allem auf Ärger (Pollak & Tolley-Schell, 2003; Pollak & Sinha, 2002; Masten et al., 2008). Dieses gelernte Verhalten hat hohen Anpassungswert. Es hilft, erste Anzeichen von Gefahr zu erkennen und Gefahrensituationen zu vermeiden (z.B. wenn sich ein Kind bei den ersten Wutanzeichen im Gesicht der gewalttätigen Bezugsperson in Sicherheit bringt). Für die pädagogische Begleitung von traumatisierten Kindern ist dies zwangsläufig eine große Herausforderung, da sich Gefühle von Wut in der Interaktion mit Menschen nicht gänzlich vermeiden lassen. Traumatisierte Menschen reagieren bereits bei kleinsten Anzeichen von Wut im Gesicht eines Interaktionspartners

und tendieren dazu, rasch mit Flucht und Kampfpulsen zu reagieren. Dies kann der Beginn von eskalierenden Situationen sein. Die Kinder und Jugendlichen dissoziieren leicht in Situationen, in denen sie mit Fehlverhalten konfrontiert werden, ihr Fehlverhalten nicht zugeben oder aus „heiterem Himmel“ ausrasten. Traumatisierte Kinder reagieren aber nicht nur auf Emotionen besonders sensibel, sondern sie bewerten auch ganze Verhaltenssequenzen vor dem Hintergrund ihrer belastenden Lebenserfahrungen (Dodge et al., 2013). Sie interpretieren neutrales Verhalten anderer Menschen eher als feindselig und reagieren darauf häufiger aggressiv, mit Angst und vermutlich auch mit Dissoziation. Beispielsweise wird ein Kind, das oft geschlagen worden ist, ein Anrennen beim Einstieg in den Schulbus eher als Angriff bewerten als ein Kind, das solche Erfahrungen nicht machen musste. Diese Übersensibilität für potentiell bedrohliche Reize führt dann häufig zu impulsiven, aggressiven Reaktionen (Cullerten-Sen et al., 2008; Maughan & Cicchetti, 2002). Bei Interaktionsschwierigkeiten von traumatisierten Menschen sollte man auch bedenken, dass sie ihre Schwierigkeiten unter Umständen durch ihr inadäquates soziales Verhalten, ihre oft eingeschränkte Mimik und Gestik und ihre Probleme in der Emotionsregulation noch verstärken bzw. entsprechende (negative) Reaktionen bei ihren Mitmenschen auslösen.

5.9. Schwierigkeiten im Bindungsaufbau und im zwischenmenschlichem Vertrauen

Die biologische Angewiesenheit von sehr kleinen Kindern auf ihre Eltern bzw. enge Bezugspersonen macht eine besondere Problematik aus, wenn diese sie misshandeln oder vernachlässigen. Unabhängig davon binden sie sich an diese Menschen. Sie leiden unter gewalttätigem oder vernachlässigendem bzw. traumatisierendem Verhalten der Eltern. Biologisch bedingt suchen sie insbesondere bei Belastung Nähe zur Bindungsperson, fürchten sich aber gleichzeitig vor ihr. Damit befinden sie sich in einer emotional ausweglosen und ohnmächtigen Situation. Tatsächlich lässt sich bei kleinen und traumatisierten kleinen Kindern schon früh dissoziatives Verhalten beobachten (Liotti, 2004). Im weiteren Entwicklungsverlauf identifizieren sich Kinder teilweise extrem mit der misshandelnden Mutter oder dem Vater und übernehmen zunehmend

deren Verhalten, ihre Werte, Einstellungen und Vorstellungen und introjizieren diese (z.B. „Ich habe es verdient, geschlagen zu werden, weil, ...“). Gemäß der Vorstellung solcher Täterintrojektionen lässt sich interpretieren, dass Patienten heftigste destruktive Impulse gegen sich selbst und andere ausleben.

Tatsächlich sind insbesondere frühe Traumatisierungen durch die engsten Bezugspersonen kritisch, da sie die Entwicklung einer sicheren Bindungsrepräsentation und einer organisierten Bindungsstrategie verhindern. Laut Studien weisen 80% der traumatisierten (körperlich misshandelten) Kinder einen so genannten hochunsicher-desorganisierten Bindungsstil auf (Hipwell et al., 2002; Muller et al., 2000; van Ijzendoorn et al., 1999). Misshandelte und vernachlässigte Kinder entwickelten häufig hoch unsichere Bindungsrepräsentationen (Kim & Cicchetti, 2004; Weinfield et al., 2000) und zeigten promiskuitives, wenig selektives Bindungsverhalten gegenüber Erwachsenen (Colvert et al., 2008; O'Connor & Rutter, 2000; Rutter et al., 2007). Unsichere Bindungsmuster erklärten in vielen Studien auch den Zusammenhang zwischen traumatischen Erlebnissen und der Entwicklung von psychischen Erkrankungen (Tasca et al., 2013). Dies ist auch klinisch plausibel, da umgekehrt vertrauensvolle Beziehungen bzw. die zuverlässige Erfahrung von Trost und Anteilnahme bei Stress von großer Bedeutung für die Entwicklung von Resilienz sind (Masten, 2014). Tatsächlich sind sicherer Bindung bzw. die gelingende Balance zwischen Autonomie und Bindungssicherheit wichtige Voraussetzung für die Entwicklung von Selbstregulationskompetenzen. Damit lässt sich auch die Bedeutung von vertrauensvollen Beziehungen für eine erfolgreiche pädagogische oder betreuerische Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen oder Erwachsenen begründen.

5.10. Auswirkungen von hochunsicherer Bindung und Bindungsstörungen auf Pädagogik und Psychotherapie

Zentrales Problem in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen mit hochunsicherer Bindung oder Bindungsstörungen ist, dass Psychotherapeuten und Pädagogen darauf hinwirken, dass die Klienten eine vertrauensvolle Beziehung zu ihnen aufbauen können. Allerdings zeigt sich, dass Bin-

dungsrepräsentationen, die Klienten in frühen traumatisierenden Beziehungen entwickelt haben, häufig auf spätere Therapeuten (Diener & Monroe, 2011; Wallin, 2015) und vermutlich auch auf pädagogische Bezugspersonen übertragen werden. Manche traumatisierte Klienten haben derart viel Angst vor erneuten Beziehungsverlusten und dem Kontrollverlust in emotional besetzten Beziehungen, dass sie versuchen, emotionale Beziehung möglichst zu vermeiden. Für Helfer, wie etwa Erzieher oder Pflegeeltern, ist es ungemein belastend, wenn das Kind, für das man sich über Jahre hinweg emotional engagiert, keinen emotionalen Kontakt aufnimmt oder nicht signalisiert, dass es gerne bei ihnen ist. Umgekehrt stärkt bzw. „nährt“ und motiviert es professionelle Bezugspersonen sehr, wenn Klientinnen und Klienten signalisieren, dass sie die Arbeitsbeziehung als wertvolle, wichtige Beziehung für sich erleben und sie ihre Sorgen und Probleme gerne teilen.

Im pädagogischen Alltag lässt sich oft ein schlagartiger Wechsel von der Idealisierung einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters hin zu ihrer oder seiner völligen Ablehnung und Dämonisierung beobachten. Diese belastende Erfahrung lässt sich durch folgenden Teufelskreis erklären: Einerseits besteht bei vernachlässigten und traumatisierten Menschen das Bedürfnis nach einer intensiven, optimalen und perfekt versorgenden Beziehung, andererseits befinden sie sich aus Angst vor erneuter Enttäuschung und Misshandlung in einer „Habacht Stellung“ vor der geringsten Zurückweisung ihrer Person und ihrer Bedürfnisse. Um dem Wunsch nach intensiver Beziehung nachzukommen, wird zu Beginn oft ein idealisierendes, schmeichelndes Beziehungsangebot an eine Fachkraft gemacht (z.B. „Sie sind meine Lieblingserzieherin, Ihnen kann ich Dinge erzählen, die ich noch niemanden erzählen konnte usw.“), das sich recht schnell intensivieren kann (Schmid, 2007, 2010, 2012; vgl. „Narzissmusfalle“ nach Lohmer, 2002). In dieser Situation fühlt sich die Fachkraft zunehmend unwohler und mit den Beziehungswünschen der oder des Jugendlichen überfordert. Oft reagiert sie mit einer Distanzierung vom Jugendlichen. Dies wird vom Jugendlichen wiederum als erneuter Verrat erlebt und es folgt oft eine sehr emotionale und heftige Entwertung der Bezugsperson. Um Fachkräfte vor diesen Erfahrungen zu schützen ist es wichtig, ihnen einerseits zu helfen eine Balance zwischen emotionalem Engagement professionell reflektierender Distanz zu finden. Für die Beziehungsgestaltung mit traumatisierten

Menschen ist es wichtig und gut zu wissen, was jeder Mensch in seiner professionellen Rolle mit den vorhandenen Ressourcen umsetzen kann. Man sollte nur etwas versprechen, was man auch hundertprozentig einhalten kann, um den Klienten erneute enttäuschende Beziehungserfahrungen zu ersparen. Dazu gehört auch, Urlaubszeiten, Krankheitsausfälle, Wechsel im Team etc. zu beachten. Die Konsequenz, mit der die Sicherheit und Qualität eines Bindungsangebot in einem Team eingehalten werden kann, ist für den Aufbau von Bindungsrepräsentationen zentral. Es geht entscheidend darum, weitere Enttäuschungen und abrupte Beziehungsabbrüche zu vermeiden.

Auch promiskuitiv gefärbte Beziehungsangebote stellen ein erhebliches Problem für pädagogische Settings dar, insbesondere in der Heimerziehung. Es ist pädagogisch durchaus herausfordernd, diese Klientinnen und Klienten vor dem Einfluss anderer Menschen bzw. vor erneuten negativen Erfahrungen/Retraumatisierungen mit anderen Menschen zu schützen. Promiskuitive Beziehungsangebote erschweren auch die Verantwortungsübernahme von einzelnen sozialpädagogischen Fachkräften im Team, so dass die Jugendlichen oft nicht die notwendige pädagogische Präsenz erfahren.

5.11. Defizite bei der Empathie- und Mentalisierungsfähigkeit

Wenn man bedenkt, wie Mentalisierungsfähigkeiten und Empathie gelernt werden, nämlich durch Spiegelung des Affekts eines Kindes durch eine sensible und vertraute Bezugsperson (Fonagy et al., 2004), wird offensichtlich, warum viele traumatisierte Menschen Schwierigkeiten mit diesen Fertigkeiten haben. Mentalisierung bedeutet etwas vereinfacht, dass es einem in der Interaktion mit einem Dritten möglich ist, sein eigenes Verhalten von außen und das Verhalten von anderen Menschen von innen zu betrachten und diese beiden mentale Zustände auch noch bei höherem Anspannungsniveau zuverlässig zu trennen und wieder zusammenführen zu können. Es bedeutet, sich in die Motive und Interessen anderer hineinzusetzen und mit den eigenen Bedürfnissen und eigenem Verhalten in Beziehung zu setzen, und zwar ohne davon emotional überflutet zu werden und so, dass diese Informationen für die eigene Verhaltenssteuerung genutzt werden können.

Mehrere Studien haben sich intensiv mit Empathieentwicklung, der so genannten „Theory of Mind“, und Mentalisierungsfähigkeit von traumatisierten und schwer vernachlässigten Kindern beschäftigt. Die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme war häufig deutlich eingeschränkt (Pears & Fischer, 2005; Pears & Moses, 2003). Die Möglichkeiten der Perspektivenübernahme im Sinne der „Theory of Mind“ waren umso geringer ausgeprägt, je länger die Kinder Deprivationsbedingungen ausgesetzt waren (Colvert et al., 2008). Im Sinne des Mentalisierungskonzeptes (Fonagy et al., 2004) interessiert natürlich vor allem, wie die Fähigkeit der Perspektivenübernahme in emotional belastenden Situationen noch realisiert werden kann. Hier akkumulieren sich dann Schwächen bei der Emotionsregulation mit den Defiziten bei der Perspektivenübernahme und Empathieentwicklung.

Aktuelle Studien belegten sehr eindrücklich, wie eng psychopathische Persönlichkeitszüge und die Unfähigkeit, Reue und Mitleid mit anderen Menschen zu empfinden, mit traumatischen Erlebnissen, vor allem in der ganz frühen Kindheit, zusammenhängen können (Cima et al., 2008; Krischer & Sevecke, 2008; Gobin et al., 2015). Neurobiologisch ist der Entwicklungsweg hin zu kaltherzigen, unemotionalen Persönlichkeitszügen hoch interessant, weil Personen eher eine geringe Ansprechbarkeit und Angstreaktionen zeigen, was man darauf zurückführt, dass schon sehr früh eine Habituation eingesetzt hat. Betroffene, die diese kaltherzigen und unemotionalen Persönlichkeitszüge in Verbindung mit einer langen Geschichte aus kumulierten Traumata aufweisen, zeigten zusätzlich noch stärkere Probleme im Bereich der Emotionsregulation (Kahn et al., 2013).

Studien belegten klar, dass diese Empathiedefizite sowohl mit dem Ausprägungsgrad als auch mit der Persistenz von antisozialen Verhalten einhergehen (z.B. Frick & White, 2008; McMahon et al., 2010; siehe zusammenfassend auch Frick et al., 2014; Herpertz et al., 2012). Insofern lässt sich aus einer adäquaten Unterstützung und Versorgung von traumatisierten Heranwachsenden auch eine Bedeutung für die Kriminalitätsprävention ableiten. Zudem schienen diese Kinder und Jugendlichen mit limitierten prosozialen Fähigkeiten von unspezifischen psychosozialen Interventionsprogrammen in viel geringerem Maße zu profitieren und auf pädagogische Angebote besonders

herauszufordernd zu reagieren (Hipwell et al., 2007; Stadler et al., 2008; Stadler et al., 2012; Waschbusch et al., 2007). Für den sozialpädagogischen Bereich ist besonders problematisch, dass Jugendliche mit diesen Persönlichkeitszügen ein vielfach erhöhtes Risiko haben, dass die Hilfen abgebrochen werden (Schmid et al., 2014). Vermutlich besteht ein großes Problem in der pädagogischen Begleitung von kaltherzigen und unemotionalen Klienten darin, dass es auch den Fachkräften schwerfällt, eine emotionale Beziehung zu den Heranwachsenden aufzubauen. Ein weiteres Problem dürfte darin liegen, dass es natürlich schwierig ist jemanden zu erziehen, der weder eine emotionale Beziehung zu seinem Umfeld aufbaut, noch pädagogische Konsequenzen fürchtet.

6. Zusammenfassung und Fazit

„Man ist dort zu Hause, wo man verstanden wird.“

Indianisches Sprichwort

Traumafolgestörungen und die daraus resultierenden Bindungsprobleme können zu Schwierigkeiten in der Selbstregulation und zu einer Vielzahl an pädagogischen Problemen führen, sie müssen es aber nicht. Entscheidend ist zu verstehen, dass die Probleme aus den Beziehungsvorerfahrungen der traumatisierten Kinder, Jugendliche oder Erwachsenen herrühren und ursprünglich Verhaltensstrategien im Umgang mit einem hoch belastenden und „anormalen“ Beziehungskontext waren, die zunächst hohen Anpassungswert besaßen. Das damals gelernte Verhalten, so die Interpretation, beeinflusst heute noch das Interaktionsverhalten von Klientinnen und Klienten und ihre Erwartungen an andere Menschen. Maladaptive Interaktionsmuster können jederzeit die Interaktionen mit anderen Menschen erschweren. Auslöser für eine stärkere negative Beeinflussung können die Mimik oder das Verhalten des Interaktionspartners, aber auch Aspekte aus der Umwelt (Hinweisreize, hohes Anspannungsniveau etc.) sein. Um Reinszenierungen von belastenden Lebenserfahrungen oder Beziehungsabbrüchen zu verhindern, ist es wichtig, diese Verhaltensmuster zu erkennen, zu verstehen und pädagogisch adäquat darauf zu reagieren. Dies ist aber nur möglich, wenn sich die pädagogischen Fachkräfte selbst sicher und stabil fühlen, und es Strukturen gibt, in welchen sie ihr Interaktionsverhalten reflektieren und gegebenenfalls im Austausch mit Kollegen, Leistungskräften und externen Fachkräften optimieren können.

Viele der Symptome einer Traumafolgestörung resultieren aber aus der Realität, dass traumatisierte Menschen wichtige Fertigkeiten der Selbststeuerung in ihren Herkunftssystemen nicht erlernen konnten. Diese Fertigkeiten können in der Kindheit jedoch nur durch Spiegelung einer vertrauten Bezugsperson erlernt werden. Um diese spezifischen Fertigkeiten zu erlernen, müssen die Klientinnen und Klienten bestimmte Erfahrungen nachholen, korrigierende Beziehungserfahrungen erleben und gezielt gefördert und gefordert werden.

Dies legt den Einsatz und die (Weiter-)Entwicklung von traumapädagogischen Konzepten nahe und spricht sehr dafür, pädagogisch primär an der Beziehungsfähigkeit der Klientinnen und Klienten anzusetzen und diese behutsam zu pflegen.

Quellenverzeichnis

- Affi, T. O., Boman, J., Fleisher, W., & Sareen, J. (2009). The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse & Neglect*, 33(3), 139-147.
- Afzali, M. H., Birmes, P., & Vautier, S. (2015). Symptoms Moderating the Association Between Recent Suicide Attempts and Trauma Levels: Fan-Shaped Effects. *Death Studies*, 1-9.
- Bader, K., & Schäfer, V. (2007). Schlafstörungen nach traumatischen Erfahrungen in Kindheit und Jugend: ein Überblick. *Somnologie - Schlafforschung und Schlafmedizin*(11), 101-110.
- Bae, H., Kim, D., & Park, Y. C. (2015). Dissociation Predicts Treatment Response in Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for Post-traumatic Stress Disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*.
- Beckett, C., Maughan, B., Rutter, M., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., . . . Sonuga-Barke, E. J. (2007). Scholastic attainment following severe early institutional deprivation: a study of children adopted from Romania. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(6), 1063-1073.
- Beers, S. R., & De Bellis, M. D. (2002). Neuropsychological function in children with maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 159(3), 483-486.
- Berceli, D. (2008). *The Revolutionary Trauma Release Process. Transcend Your Toughest Times*. Vancouver: Namaste Publishing.
- Berceli, D. (2005). *Trauma releasing exercises: A Revolutionary New Method for Stress/Trauma Recovery*: Booksurge Publishing.
- Blomeyer, D., Schmidt, M. H., & Laucht, M. (2008). Rauschtrinken bei Jugendlichen: Zusammenhang mit Temperament, Freundeskreis und elterlichem Erziehungsverhalten. *Kindheit und Entwicklung*, 17(1), 22-30.

- Boos, A. (2005). Kognitive Verhaltenstherapie bei chronischen Traumatisierungen. Göttingen: Hogrefe.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 748-766.
- Cima, M., Smeets, T., & Jelicic, M. (2008). Self-reported trauma, cortisol levels, and aggression in psychopathic and non-psychopathic prison inmates. *Biological Psychology, 78*(1), 75-86.
- Classen, C. C., Palesh, O. G., & Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: a review of the empirical literature. *Trauma, Violence & Abuse, 6*(2), 103-129.
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 4*, 20706.
- Cloitre, M. (2009). Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: a review and critique. *CNS Spectrums, 14*(1 Suppl 1), 32-43.
- Colvert, E., Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Groothues, C., Hawkins, A., . . . Sonuga-Barke, E. J. (2008). Emotional difficulties in early adolescence following severe early deprivation: Findings from the English and Romanian adoptees study. *Development and Psychopathology, 20*(2), 547-567.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry, 64*(5), 577-584.
- Corso, P. S., & Fertig, A. R. (2010). The economic impact of child maltreatment in the United States: Are the estimates credible? *Child Abuse & Neglect, 34*(5), pp. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.09.014
- Cullerton-Sen, C., Cassidy, A. R., Murray-Close, D., Cicchetti, D., Crick, N. R., & Rogosch, F. A. (2008). Childhood maltreatment and the development of relational and physical aggression: the importance of a gender-informed approach. *Child Development, 79*(6), 1736-1751.

- Diener, M. J., & Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 48(3), pp.
- Dobie, D. J., Kivlahan, D. R., Maynard, C., Bush, K. R., Davis, T. M., & Bradley, K. A. (2004). Posttraumatic stress disorder in female veterans: association with self-reported health problems and functional impairment. *Archives of Internal Medicine*, 164(4), 394-400.
- Dodge, K. A., Godwin, J., & Conduct Problems Prevention Research, G. (2013). Social-information-processing patterns mediate the impact of preventive intervention on adolescent antisocial behavior. *Psychological Science*, 24(4), 456-465.
- Dölitzsch, C., Fegert, J. M., Künstler, A. K., Kölch, M., Schmeck, K., & Schmid, M. (2014). Mehrfachdiagnosen bei Schweizer Heimjugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 23(3), 140-150.
- Dorahy, M. J., Corry, M., Shannon, M., Webb, K., McDermott, B., Ryan, M., & F.W. Dyer, K. (2013). Complex trauma and intimate relationships: The impact of shame, guilt and dissociation. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 72-79.
- Dorahy, M. J., & Clearwater, K. (2012). Shame and guilt in men exposed to childhood sexual abuse: A qualitative investigation. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 21(2), 155-175.
- Downing, G. (2006). Frühkindlicher Affektaustausch und dessen Beziehung zum Körper. In G. Marlock & H. Weiss (Eds.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (pp. 333-351). Stuttgart: Schattauer.
- Dyer, A. S., Bublatzky, F., & Alpers, G. W. (2015). Körperbildstörungen bei Trauma und sozialer Ängstlichkeit. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 63(1), 59-66.
- Ebner-Priemer, U. W., Badeck, S., Beckmann, C., Wagner, A., Feige, B., Weiss, I., . . . Bohus, M. (2005). Affective dysregulation and dissociative experience in female patients with borderline personality disorder: A startle response study. *Journal of Psychiatric Research*, 39(1), 85-92.

- Ebner-Priemer, U. W., Eid, M., Kleindienst, N., Stabenow, S., & Trull, T. J. (2009). Analytic strategies for understanding affective (in)stability and other dynamic processes in psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(1), 195-202.
- Ebner-Priemer, U. W., Kuo, J., Schlotz, W., Kleindienst, N., Rosenthal, M. Z., Detterer, L., . . . Bohus, M. (2008). Distress and affective dysregulation in patients with borderline personality disorder: a psychophysiological ambulatory monitoring study. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 196*(4), 314-320.
- Ebner-Priemer, U. W., Welch, S. S., Grossman, P., Reisch, T., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2007). Psychophysiological ambulatory assessment of affective dysregulation in borderline personality disorder. *Psychiatry Research, 150*(3), 265-275.
- Elkovitch, N., Latzman, R. D., Hansen, D. J., & Flood, M. F. (2009). Understanding child sexual behavior problems: a developmental psychopathology framework. *Clinical Psychology Review, 29*(7), 586-598.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., . . . Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245-258.
- Flannery, D. J., Singer, M. I., & Wester, K. (2001). Violence Exposure, Psychological Trauma, and Suicide Risk in a Community Sample of Dangerously Violent Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(4), 435-442.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, G. L., & Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Franzoni, E., Gualandi, S., Caretti, V., Schimmenti, A., Di Pietro, E., Pellegrini, G., . . . Pellicciari, A. (2013). The relationship between alexithymia, shame, trauma, and body image disorders: investigation over a large clinical sample. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 9*, 185-193. doi: 10.2147/NDT.S34822

- Freyberger, H. J. (2009). Sexualität und Dissoziation. In B. Dulz, C. Benecke & H. Richter-Appelt (Eds.), *Borderline-Störungen und Sexualität*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Frick, P. J., Ray, J. V., Thornton, L. C., & Kahn, R. E. (2014). Annual Research Review: A developmental psychopathology approach to understanding callous-unemotional traits in children and adolescents with serious conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *55*(6), 532-548.
- Frick, P. J., Ray, J. V., Thornton, L. C., & Kahn, R. E. (2014). Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct problems in children and adolescents? A comprehensive review. *Psychological Bulletin*, *140*(1), 1-57.
- Frick, P. J., & White, S. F. (2008). Research review: the importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines*, *49*(4), 359-375.
- Gahleitner, S. B., & Schmid, M. (2014). Traumapädagogische Forschung und Qualitätssicherung. In S. B. Gahleitner, T. Hensel, M. Baierl, M. Kühn & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (pp. 280-293). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behavior Research and Therapy*, *45*(10), 2483-2490.
- Gobin, R. L., Reddy, M. K., Zlotnick, C., & Johnson, J. E. (2015). Lifetime trauma victimization and PTSD in relation to psychopathy and antisocial personality disorder in a sample of incarcerated women and men. *International Journal of Prisoner Health*, *11*(2), 64-74.
- Greeson, J. K., Briggs, E. C., Layne, C. M., Belcher, H. M., Ostrowski, S. A., Kim, S., . . . Fairbank, J. A. (2014). Traumatic Childhood Experiences in the 21st Century: Broadening and Building on the ACE Studies With Data

From the National Child Traumatic Stress Network. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(3), 536-556.

- Greeson, J. K., Briggs, E. C., Kisiel, C. L., Layne, C. M., Ake, G. S., 3rd, Ko, S. J., . . . Fairbank, J. A. (2011). Complex trauma and mental health in children and adolescents placed in foster care: findings from the National Child Traumatic Stress Network. *Child Welfare*, 90(6), 91-108.
- Habetha, S., Bleich, S., Sievers, C., Marschall, U., Weidenhammer, J., & Fegert, J. M. (2012). *Kein Kind mehr - kein(e) Trauma(kosten) mehr?* Kiel: Schmidt & Klaunig.
- Haaf, B., Pohl, U., Deusinger, I. M., & Bohus, M. (2001). Untersuchungen zum Körperkonzept bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *PPmP - Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 51(6), 246-254.
- Herpers, P. C., Rommelse, N. N., Bons, D. M., Buitelaar, J. K., & Scheepers, F. E. (2012). Callous-unemotional traits as a cross-disorders construct. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(12), 2045-2064.
- Hipwell, A. E., Pardini, D. A., Loeber, R., Sembower, M., Keenan, K., & Stouthamer-Loeber, M. (2007). Callous-unemotional behaviors in young girls: shared and unique effects relative to conduct problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(3), 293-304.
- Hipwell, A. E., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Keenan, K., White, H. R., & Kroneman, L. (2002). Characteristics of girls with early onset disruptive and antisocial behaviour. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 12(1), 99-118.
- Huber, M. (2003). Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1. Paderborn: Junfermann.
- Huber, M. (2003). Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung. Teil 2. Paderborn: Junfermann.
- In-Albon, T., & Schmid, M. (2012). Selbstverletzendes Verhalten im Kindes- und Jugendalter. In G. Meinlschmidt, S. Schneider & J. Margraf (Eds.),

Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Materialien für die Psychotherapie (Vol. 4, pp. 769-782). Berlin: Springer.

Joraschky, P., & Pohlmann, K. (2005). Die Auswirkungen von Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung auf Selbstwert und Körperbild. In U. T. Egle, S. O. Hoffmann & P. Joraschky (Eds.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung* (3 ed., pp. 194-207). Stuttgart: Schattauer.

Jung, K., Dyer, A., Priebe, K., Stangier, U., & Steil, R. (2011). Das Gefühl des Beschmutztseins bei erwachsenen Opfern sexualisierter Gewalt in Kindheit und Jugend. The feeling of being contaminated in adult survivors of childhood sexual abuse. *Verhaltenstherapie*, 21(4), 247-253.

Jung, K., & Steil, R. (2012). The feeling of being contaminated in adult survivors of childhood sexual abuse and its treatment via a two-session program of cognitive restructuring and imagery modification: A case study. Das Gefühl des Verunreinigtseins bei erwachsenen Menschen, die als Kind sexuell missbraucht wurden: Eine Fallstudie zur Behandlung mit einem Programm der kognitiven Restrukturierung und Vorstellungsmodifikation in zwei Sitzungen. *Behavior Modification*, 36(1), 67-86.

Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Plener, P. L., Bifulco, A., Resch, F., & Brunner, R. (2013). Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Research*, 206(2-3), 265-272.

Kahn, R. E., Frick, P. J., Youngstrom, E. A., Kogos Youngstrom, J., Feeny, N. C., & Findling, R. L. (2013). Distinguishing primary and secondary variants of callous-unemotional traits among adolescents in a clinic-referred sample. *Psychological Assessment*, 25(3), 966-978.

Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., . . . Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), pp.

- Kim, J., Talbot, N. L., & Cicchetti, D. (2009). Childhood abuse and current interpersonal conflict: The role of shame. *Child Abuse & Neglect*.
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2004). A longitudinal study of child maltreatment, mother-child relationship quality and maladjustment: the role of self-esteem and social competence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(4), 341-354.
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2003). Social self-efficacy and behavior problems in maltreated and nonmaltreated children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(1), 106-117.
- Kleindienst, N., Limberger, M. F., Ebner-Priemer, U. W., Keibel-Mauchnik, J., Dyer, A., Berger, M., . . . Bohus, M. (2011). Dissociation predicts poor response to dialectical behavioral therapy in female patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 25(4), 432-447.
- Klossika, I., Flor, H., Kamping, S., Bleichhardt, G., Trautmann, N., Treede, R. D., . . . Schmahl, C. (2006). Emotional modulation of pain: a clinical perspective. *Pain*, 124(3), 264-268.
- Kreppner, J. M., O'Connor, T. G., & Rutter, M. (2001). Can inattention/overactivity be an institutional deprivation syndrome? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(6), 513-528.
- Krischer, M. K., & Sevecke, K. (2008). Early traumatization and psychopathy in female and male juvenile offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(3), 253-262.
- Krynska, K., & Lester, D. (2010). Post-Traumatic Stress Disorder and Suicide Risk: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*, 14(1), 1-23.
- Lang, C. M., & Sharma-Patel, K. (2011). The relation between childhood maltreatment and self-injury: a review of the literature on conceptualization and intervention. *Trauma, Violence & Abuse*, 12(1), 23-37.
- Levine, P. A. (2012). Sprache ohne Worte. Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt (3 ed.). München: Kösel.

- Levine, P. A., & Kline, M. (2005). *Verwundete Kinderseelen heilen. Wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können.* München: Kösel.
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), pp.
- Lohmer, M. (2002). *Borderline-Therapie.* Stuttgart: Schattauer.
- Ludäscher, P., Bohus, M., Lieb, K., Philipsen, A., Jochims, A., & Schmahl, C. (2007). Elevated pain thresholds correlate with dissociation and aversive arousal in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 149(1-3), 291-296.
- McMahon, R. J., Witkiewitz, K., & Kotler, J. (2010). Predictive validity of callous-unemotional traits measured in early adolescence with respect to multiple antisocial outcomes. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 752-763.
- Maercker, A. (Ed.). (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen. Posttraumatic stress disorders.* Berlin: Springer, 4., vollst. ueberarb. u. aktualis. Aufl.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M., . . . Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *The Lancet*, 381(9878), 1683-1685.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., . . . Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3), 198-206.
- Maercker, A., & Karl, A. (2003). Lifespan-developmental differences in physiologic reactivity to loud tones in trauma victims: a pilot study. *Psychological Reports*, 93(3 Pt 1), 941-948.

- Martin, J., Hiscock, H., Hardy, P., Davey, B., & Wake, M. (2007). Adverse associations of infant and child sleep problems and parent health: an Australian population study. *Pediatrics*, *119*(5), 947-955.
- Masten, A. S. (2014). *Ordinary magic: Resilience in development*. New York, NY: Guilford Press; US.
- Masten, C. L., Guyer, A. E., Hodgdon, H. B., McClure, E. B., Charney, D. S., Ernst, M., . . . Monk, C. S. (2008). Recognition of facial emotions among maltreated children with high rates of post-traumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, *32*(1), 139-153.
- Maughan, A., & Cicchetti, D. (2002). Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child Development*, *73*(5), 1525-1542.
- Moffitt, T. E., & The Klaus-Grawe 2012 Think Tank. (2013). Childhood exposure to violence and lifelong health: clinical intervention science and stress-biology research join forces. *Development and Psychopathology*, *25*(4 Pt 2), 1619-1634.
- Muller, R. T., Sicoli, L. A., & Lemieux, K. E. (2000). Relationship between attachment style and posttraumatic stress symptomatology among adults who report the experience of childhood abuse. *Journal of Traumatic Stress*, *13*(2), 321-332.
- Noll, J. G., Trickett, P. K., Susman, E. J., & Putnam, F. W. (2006). Sleep disturbances and childhood sexual abuse. *Journal of Pediatric Psychology*, *31*(5), 469-480.
- NurieSterns, M., & NurieSterns, R. (Yoga for Emotional Trauma: Meditations and Practices for Healing Pain and Suffering). 2013. Oakland: New Harbinger Publications.
- O'Connor, T. G., & Rutter, M. (2000). Attachment disorder behavior following early severe deprivation: extension and longitudinal follow-up. English and Romanian Adoptees Study Team. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *39*(6), 703-712.

- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2010). Trauma und Koerper. Ein sensumotorisch orientierter psychotherapeutischer Ansatz. Trauma and the body. A sensorimotor approach to psychotherapy. Paderborn: Junfermann.
- Overkamp, B. (2002). Erfolgreiche Diagnostik dissoziativer Symptome und Störungen. In U. Sachsse, Ö. Özkan & A. Streeck-Fischer (Eds.), *Traumatherapie - Was ist erfolgreich?* (pp. 13-27). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Pears, K. C., & Fisher, P. A. (2005). Emotion understanding and theory of mind among maltreated children in foster care: evidence of deficits. *Development and Psychopathology, 17*(1), 47-65.
- Pears, K. C., & Moses, L. J. (2003). Demographics, parenting, and theory of mind in preschool children. *Social Development, 12*(1), 1-20.
- Pollak, S. D., & Tolley-Schell, S. (2003). Selective attention to facial emotion in physically abused children. *Journal of Abnormal Psychology, 112*(3), 323-338.
- Pollak, S. D., & Sinha, P. (2002). Effects of early experience on children's recognition of facial displays of emotion. *Developmental Psychology, 38*(5), 784-791.
- Priebe, K., Stiglmayr, C., & Schmahl, C. (2013). Dissoziation. Theorie und Therapie. Dissociation - Theory and therapy. Berlin: Springer.
- Rothschild, B. (2002). *Der Körper erinnert sich*. Essen: Synthesis.
- Rutter, M. (2007). Gene-environment interdependence. *Developmental Science, 10*(1), 12-18.
- Rutter, M., Colvert, E., Kreppner, J., Beckett, C., Castle, J., Groothues, C., . . . Sonuga-Barke, E. J. (2007). Early adolescent outcomes for institutionally-deprived and non-deprived adoptees. I: disinhibited attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines, 48*(1), 17-30.

- Rutter, M., Kreppner, J., Croft, C., Murin, M., Colvert, E., Beckett, C., . . .
 Sonuga-Barke, E. (2007). Early adolescent outcomes of institutionally
 deprived and non-deprived adoptees. III. Quasi-autism. *Journal of Child
 Psychology and Psychiatry, and allied disciplines*, 48(12), 1200-1207.
- Sack, M., Sachsse, U., & Dulz, B. (2009). Störungen der Sexualität bei
 Patientinnen und Patienten mit komplexer Posttraumatischer
 Belastungsstörung. In B. Dulz, C. Benecke & H. Richter-Appelt (Eds.),
Borderline-Störungen und Sexualität. Ätiologie - Störungsbild - Therapie
 (pp. 134-140). Stuttgart: Schattauer.
- Sack, M. (2004). Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen
 posttraumatischen Belastungsstörung. *Der Nervenarzt*, 75(5), 451-459.
- Schmid, B., & Laucht, M. (2008). Bedingungsfaktoren eines frühen
 Erstkonsumalters von Tabak. *Kindheit und Entwicklung*, 17(1), 14-21.
- Schmid, M., & Fegert, J. M. (2015). Zur Rekonstruktion des "sicheren Ortes".
 Zum traumapädagogischen Umgang mit Grenzverletzungen in
 (teil-)stationären Settings. In J. M. Fegert & M. Wolff (Eds.),
*Kompodium "Sexueller Missbrauch in Institutionen".
 Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention* (pp. 531-600).
 Weinheim: Beltz Juventa.
- Schmid, M., Dölitzsch, C., Pérez, T., Jenkel, N., Schmeck, K., Kölch, M., &
 Fegert, J. M. (2014). Welche Faktoren beeinflussen Abbrüche in der
 Heimerziehung – welche Bedeutung haben limitierte prosoziale
 Fertigkeiten? *Kindheit und Entwicklung*, 23(3), 161-173.
- Schmid, M., Petermann, F., & Fegert, J. M. (2013). Developmental trauma
 disorder: pros and cons of including formal criteria in the psychiatric
 diagnostic systems. *BMC Psychiatry*, 13(1), 3.
- Schmid, M. (2013a). Traumafolgestörungen und deren Auswirkungen auf die
 implizite und explizite Emotionsregulation. In T. In-Albon (Ed.),
*Emotionsregulation und psychische Störungen im Kindes- und
 Jugendalter. Grundlagen, Forschung und Behandlungsansätze* (pp. 170-
 198). Stuttgart: Kohlhammer.

- Schmid, M. (2013b). Warum braucht es eine Traumapädagogik und traumapädagogische Standards? In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreae de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiss & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (pp. 56-82). Weinheim: Beltz Juventa.
- Schmid, M. (2012). Psychotherapie von Traumafolgestörungen im Kontext der stationären Jugendhilfe. In M. A. Landolt & T. Hensel (Eds.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen* (2 ed., pp. 404-440). Göttingen: Hogrefe.
- Schmid, M. (2010). Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe: "Traumasensibilität" und "Traumapädagogik". In J. M. Fegert, U. Ziegenhain & L. Goldbeck (Eds.), *Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung* (pp. 36-60). Weinheim: Juventa.
- Schmid, M., Fegert, J. M., & Petermann, F. (2010). Traumaentwicklungsstörung: Pro und Contra. *Kindheit und Entwicklung*, 19(1), 47-63.
- Schmid, M. (2008). Entwicklungspsychopathologische Grundlagen einer Traumapädagogik. *Trauma & Gewalt*, 2(4), 288-309.
- Schmid, M. (2007). Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. Weinheim: Juventa.
- Schmid, M. (2007). Stationärer Kontext - Kooperation zwischen stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie und stationärer Jugendhilfe bei Adoleszenten mit einer Borderline -Persönlichkeitsstörung. In R. Brunner & F. Resch (Eds.), *Borderline-Störungen und selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen: Ätiologie, Diagnostik und Therapie* (pp. 195-229). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Seligman, M. E. P., & Rockstroh, B. (2000). *Erlernte Hilflosigkeit*. Weinheim: Beltz.

- Seng, J. S., Graham-Bermann, S. A., Clark, M. K., McCarthy, A. M., & Ronis, D. L. (2005). Posttraumatic stress disorder and physical comorbidity among female children and adolescents: results from service-use data. *Pediatrics, 116*(6), e767-776.
- Shafiq, T., Rivara, F. P., Wang, J., & Jurkovich, G. J. (2009). Screening Adolescent Patients Admitted to the Trauma Service for High-Risk Behaviors: Who Is Responsible? *The Journal of Trauma, 67*(6), 1288-1292.
- Skodol, A. E., Bender, D. S., Pagano, M. E., Shea, M. T., Yen, S., Sanislow, C. A., . . . Gunderson, J. G. (2007). Positive childhood experiences: resilience and recovery from personality disorder in early adulthood. *The Journal of Clinical Psychiatry, 68*(7), 1102-1108.
- Stadler, C., Grasmann, D., Fegert, J. M., Holtmann, M., Poustka, F., & Schmeck, K. (2008). Heart rate and treatment effect in children with disruptive behavior disorders. *Child Psychiatry and Human Development, 39*(3), 299-309.
- Streit, U., Nantke, S., & Jansen, F. (2014). Unterschiede in der Qualitaet des Koerper- und Blickkontakts bei Saeuglingen mit und ohne Regulationsstoerung. Differences in the quality of body and gaze contact in infants with and without regulatory disorder. *Zeitschrift fuer Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 42*(6), 389-396.
- Stiglmayr, C. E., Ebner-Priemer, U. W., Bretz, J., Behm, R., Mohse, M., Lammers, C. H., . . . Bohus, M. (2008). Dissociative symptoms are positively related to stress in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 117*(2), 139-147.
- Stiglmayr, C. E., Grathwol, T., Linehan, M. M., Ihorst, G., Fahrenberg, J., & Bohus, M. (2005). Aversive tension in patients with borderline personality disorder: A computer-based controlled field study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 111*(5), 372-379.
- Summit, R. C. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse & Neglect, 7*(2), 177-193.
- Swannell, S., Martin, G., Page, A., Hasking, P., Hazell, P., Taylor, A., & Protani, M. (2012). Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and

the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame. *Child Abuse & Neglect*, 36(7-8), 572-584.

Talbot, J., Talbot, N., & Tu, X. (2004). Shame-Proneness as a Diathesis for Dissociation in Women with Histories of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 17(5), 445-448.

Tasca, G. A., Ritchie, K., Zachariades, F., Proulx, G., Trinneer, A., Balfour, L., . . . Bissada, H. (2013). Attachment insecurity mediates the relationship between childhood trauma and eating disorder psychopathology in a clinical sample: A structural equation model. *Child Abuse & Neglect*, 37(11), 926-933.

Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 170(10), 1114-1133.

Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *The American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20.

Tuulikki Kultalahti, T., & Rosner, R. (2008). Risikofaktoren der Posttraumatischen Belastungsstörung nach Trauma-Typ-I. *Kindheit und Entwicklung*, 17(4), 210-218.

van der Kolk, A., Bouwmans, C. A., Schawo, S. J., Buitelaar, J. K., van Agthoven, M., & Hakkaart-van Roijen, L. (2015). Association between societal costs and treatment response in children and adolescents with ADHD and their parents. A cross-sectional study in the Netherlands. *Springerplus*, 4, 224.

van der Kolk, B. A. (2009). Entwicklungstrauma-Störung: Auf dem Weg zu einer sinnvollen Diagnostik für chronisch traumatisierte Kinder. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 572-586.

van der Kolk, B. A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 293-317.

- van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *The American Journal of Psychiatry*, *148*(12), 1665-1671.
- Van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, *11*(2), 225-249.
- Wallin, D. J. (2015). *Attachment in Psychotherapy*: Guilford Publications.
- Waschbusch, D. A., Carrey, N. J., Willoughby, M. T., King, S., & Andrade, B. F. (2007). Effects of methylphenidate and behavior modification on the social and academic behavior of children with disruptive behavior disorders: the moderating role of callous/unemotional traits. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *36*(4), 629-644.
- Weierich, M. R., & Nock, M. K. (2008). Posttraumatic stress symptoms mediate the relation between childhood sexual abuse and nonsuicidal self-injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*(1), 39-44.
- Weinfeld, N. S., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2000). Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: Continuity, discontinuity, and their correlates. *Child Development*, *71*(3), 695-702.
- Wells, R. D., McCann, J., Adams, J., Voris, J., & Ensign, J. (1995). Emotional, behavioral, and physical symptoms reported by parents of sexually abused, nonabused, and allegedly abused prepubescent females. *Child Abuse & Neglect*, *19*(2), 155-163.
- White, H. (2003). *Lipstick and a Smile* Bell Books.
- Widom, C. S. (2012). Trauma, psychopathology, and violence: Causes, consequences, or correlates? (2012) Trauma, psychopathology, and violence: Causes, consequences, or correlates? xvi, 333 pp New York, NY, US: Oxford University Press; US.
- Widom, C. S., Czaja, S. J., & Dutton, M. A. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child Abuse & Neglect*, *32*(8), 785-796.

Wyatt, G. E., & Newcomb, M. (1990). Internal and external mediators of women's sexual abuse in childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*(6), 758-767.