



Wenn bei Kindern aus einer traumatischen Erfahrung eine Posttraumatische Belastungsstörung entsteht

**Wie Eltern ihrem Kind durch eine Traumafachberatung
bei der Trauma-Bewältigung unterstützen können**

Master-Thesis
im Studiengang Master Beratung
4. Semester

von
Darius, Anika

URN: nbn:de:gbv:519-thesis 2018-0213-5

Datum der Abgabe: 31.07.2018
Erstprüferin (Betreuerin): Prof. Dr. Claudia Nürnberg
Zweitprüfer: Prof. Dr. Andreas Speck

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG.....	1
1 DER WEG ZU EINER POSTTRAUMATISCHEN BELASTUNGSSTÖRUNG	3
1.1 Das psychische Trauma	3
1.1.1 Ereignisfaktoren eines psychischen Traumas	5
1.1.2 Risikofaktoren eines psychischen Traumas.....	7
1.1.3 Traumatische Ereignisse.....	8
1.1.4 Erscheinungsbild einer traumatischen Stresserfahrung bei Kindern	12
1.1.5 Entstehung einer Traumafolgestörung im Gehirn	14
1.2 Die Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern	17
1.2.1 Symptomatik	18
1.2.2 Epidemiologie	23
2 UNTERSTÜTZUNG FÜR DAS TRAUMATISIERTE KIND.....	25
2.1 Schutzfaktoren bei einem psychischen Trauma	25
2.2 Erste Reaktionen auf das Verhalten des traumatisierten Kindes.....	27
2.3 Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung	30
2.4 Psychotherapeutische Behandlung von Kindern.....	31
2.5 Belastungen für Familienangehörigen.....	34
3 DIE TRAUMAFACHBERATUNG	40
3.1 Kompetenzen für das professionelle Handeln als Berater/in	40
3.1.1 Fachkompetenz.....	41
3.1.2 Selbstfürsorge	42
3.1.3 Herausforderungen in der Traumafachberatung	43
3.2 Familieninterventionen	45
3.2.1 Psychoedukation und Kooperationen	46
3.2.2 Elterntraining.....	47
3.3 Themen der Traumafachberatung	49
3.3.1 Grundbedürfnisse des Kindes sicherstellen	51
3.3.2 Trauma-pädagogische Haltung.....	55
3.3.3 Einen traumasensiblen Alltag für das Kind schaffen	56
3.3.4 Der empathische Umgang mit dem Kind	60
3.3.5 Förderung des Selbstverständnisses vom Kind	62
4 SCHLUSSFOLGERUNG	66
LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS.....	69

Einleitung

Die Bewältigung von Krisensituationen gehört zum Lebensalltag eines Kindes dazu. Kann ein Kind diese erfolgreich meistern, kann es unter anderem das Selbstbewusstsein des Kindes stärken. Doch bei außergewöhnlichen Ereignissen von psychischen Belastungen, wie zum Beispiel Naturkatastrophen, psychische und körperliche Gewalttaten, Trennungssituationen, Unfällen und einiges mehr, kann eine akute Belastungsreaktion entstehen. Diese kann sich innerhalb von Stunden oder einigen Tagen zurückentwickeln, wobei die Intensität der Belastung von den Belastungsmöglichkeiten des Kindes und einigen weiteren Faktoren abhängig ist. So kann daraus zum Beispiel auch eine Traumafolgestörung entstehen, wie die Posttraumatische Belastungsstörung. (Amt für Gesundheit, 2012, p. 206) Traumatische Erfahrungen können nicht nur das Leben eines Kindes, sondern auch von Familienangehörigen weitreichend verändern. Die Bezugspersonen befinden sich plötzlich in einer Situation, in der sie teilweise nicht wissen wie sie mit dem betroffenen Kind umgehen sollen. Sie haben meistens zu wenig Information zu dem Krankheitsbild und benötigen Unterstützung wie sie das Kind unterstützen können. (Höwler, 2016a, p. 80)

Ich finde es spannend heraufzufinden, welche Ereignisse beim Kind zu einem psychischen Trauma führen können und welche Faktoren dabei zusätzliche eine Rolle spielen. Wie kann aus einem psychischen Trauma eine Posttraumatische Belastungsstörung entstehen? Welche Unterstützungsmöglichkeiten kann ein Kind sowohl durch eine psychotherapeutische Behandlung, als auch von seinen Familienangehörigen erhalten? Welche Herausforderungen kommen auf Eltern zu, dessen Kind an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leidet? Welche Möglichkeiten an Familieninterventionen gibt es, in denen Eltern die Traumafachberatung wahrnehmen können? Was können Bezugspersonen traumatisierter Kinder über einen unterstützenden Umgang in einer Traumafachberatung lernen? Wie können Eltern den Alltag mit ihrem traumatisierten Kind gestalten und es bei der Trauma-Bewältigung unterstützen? Diese Fragen und Überlegungen führten mich zu der Forschungsfrage: Wie entsteht bei einem Kind aus einer traumatisierenden Erfahrung eine Posttraumatische Belastungsstörung und wie können Eltern sie bei der Trauma-Bewältigung durch eine Traumafachberatung unterstützen?

Aus diesem Grund möchte ich in dieser Forschungsarbeit das Thema untersuchen: **Wenn bei Kindern aus einer traumatischen Erfahrung eine Posttraumatische Belastungsstörung entsteht - Wie Eltern ihrem Kind durch eine Traumafachberatung bei der Trauma-Bewältigung unterstützen können.**

Im ersten Teil meiner Forschungsarbeit „Der Weg zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung“ möchte ich aufzeigen, was ein psychisches Trauma ist und welche Risikofaktoren und Ereignisse zu einer Traumatisierung führen können. Auch möchte ich darauf eingehen, wie sich ein psychisches Trauma bei einem Kind erkennen lässt und zu einer der häufigsten Traumafolgestörungen werden kann. Dazu werde ich näher auf die Symptomatik und einige interessante Fakten zur Posttraumatischen Belastungsstörung eingehen.

Im zweiten Teil „Unterstützung für das traumatisierte Kind“ möchte ich zuerst auf die Schutzfaktoren eingehen, welche ein Kind vor einem Trauma schützen, das Risiko verringern oder den Schweregrad des Krankheitsbildes verkleinern können. Danach gehe ich auf die ersten Reaktionen ein, wie Familienangehörige bei einem traumatisierenden Ereignis handeln sollten. Sofern notwendig, sollte professionelle Hilfe aufgesucht werden. Daher werde ich im Anschluss die Diagnose und die psychotherapeutische Behandlung für Kinder kurz erläutern und auf die Belastungen, die für Familienangehörige durch das Krankheitsbild eines traumatisierten Kindes entstehen können, eingehen.

Im dritten Teil „Die Traumafachberatung“ beschreibe ich zunächst die Kompetenzen für das professionelle Handeln, welche ein Berater in der Traumafachberatung haben sollte, um die Eltern eines traumatisierten Kindes zu unterstützen. Daraufhin erläutere ich die Möglichkeiten von Familieninterventionen, in denen eine Traumafachberatung für diese Eltern stattfinden kann. Abschließend beschreibe ich die Themen, welche in einer Traumafachberatung besprochen werden können. Dazu gehören die Grundbedürfnisse von Kindern, welche für ein traumatisiertes Kind sichergestellt werden sollten und die Trauma-pädagogische Haltung, die Eltern in einem Trauma-sensiblen Alltag für ihr Kind anwenden können. Auch gehe ich weiter darauf ein, wie Eltern den empathischen Umgang zu ihrem Kind und dessen Selbstverständnis stärken können.

In einer „Schlussfolgerung“ möchte ich darauf eingehen, was ich aus meiner Forschung und meinen Ergebnissen mitnehme und zu welchem abschließenden Ergebnis ich in meiner Forschung komme.

1 Der Weg zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung

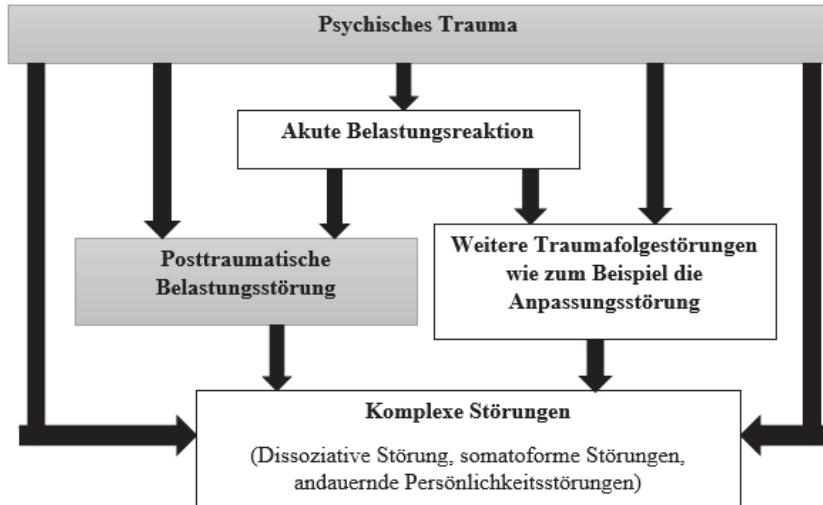


Abbildung 1: Traumafolgestörungen (Landolt, 2009, p. 611)

Durch ein physisches Trauma kann eine akute Belastungsreaktion, eine Posttraumatische Belastungsstörung, weitere Traumafolgestörungen oder sogar eine Komplexe Störung entstehen. Denn ein psychisches Trauma wird von jeder betroffenen Person unterschiedliche bewältigt. Durch das Trauma können unterschiedliche körperliche oder seelische Beeinträchtigungen auftreten, die nach einigen Tagen und Wochen jedoch auch schon wieder zurückgehen können. Meistens treten erst nach einer wiederholenden Situation Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung oder weitere Traumafolgestörungen auf. Ob eine und welche Traumafolgestörung auftritt, ist abhängig von der Person, den Risikofaktoren, dem belastenden Ereignis und den Schutzfaktoren. Doch was ist ein psychisches Trauma und wie entwickelt es zu sich zu einer der bekanntesten Traumafolgestörungen, der Posttraumatischen Belastungsstörung? (Höwler, 2016b, pp. 260, 272; Landolt, 2009, p. 611)

1.1 Das psychische Trauma

Das Wort Trauma hat ihren Wortsprung im Griechischen. Im Lateinischen heißt es „conditio humana“ und bedeutet übersetzt „seelische Verletzung“ oder „Wunde“. Bei der Definition von Trauma wird unter anderem zwischen dem psychischen und medizinischen Kontext unterschieden. Im medizinischen Bereich wird unter einem Trauma eine körperliche Verwundung, wie zum Beispiel nach einem Schlag oder einem Unfall verstanden. (Höwler, 2016b, p. 260; Weiß, 2003, p. 19)

Unter einem psychischen Trauma versteht man eine psychische Verletzung. Eine andere Bezeichnung dafür kann auch das Wort „Traumatisierung“ sein. Dabei ist es wichtig zu wissen, dass erst, wenn über längere Zeit das traumatische Ereignis nicht verarbeitet werden konnte, von einem psychischen Trauma gesprochen werden kann. So lässt sich sagen, dass ein psychisches Trauma ein Ereignis ist, welche die betroffene Person nicht verarbeiten kann. Von der Verarbeitung der betroffenen Person ist es dann abhängig, ob ein psychisches Trauma entstehen kann oder nicht. (Hantke & Görges, 2012, pp. 53-54)

Allgemein betrachtet lässt sich sagen, dass ein psychisches Trauma bei einer direkten Konfrontation mit einer Situation, sowohl als Zeuge wie ein anderer Mensch ein Trauma erleidet oder durch eine wiederholte Konfrontation eines traumatischen Ereignisses, entstehen kann. Durch die wahrgenommene starke und lebensbedrohliche Belastungssituation, erlebt die betroffene Person eine plötzliche psychische Erschütterung oder auch Verletzung der Ich-Integrität, worauf sie mit Ohnmacht, Angst oder Schrecken reagieren kann. Auch können die angeborenen Schutzmechanismen wie Flucht und Widerstand auftreten. (Gahleitner, Loch, & Schulze, 2012, p. 6; Höwler, 2016b, p. 260) Die betroffene Person kommt dabei mit ihren Bewältigungsmöglichkeiten an ihre Grenzen, welches zu tiefgreifenden Veränderungen vom Selbst- und Welterleben und einer dauerhaften Veränderung von Denken, Fühlen und Handeln führen kann. (Baierl, 2014e, pp. 23-24)

In den Klassifizierungssystemen ICD-10 und DSM-IV wird die Definition eines psychischen Traumas genauer beschrieben. Laut dem ICD-10 heißt es, dass es sich um ein belastendes Ereignis, eine bedrohliche Situation oder eine Situation mit katastrophärenartigen Ausmaß bei fast jeder Person zu einer Verzweiflung führen kann. Die Person ist mit seinen Anpassungsstrategien in solcher Situation überfordert und fühlt sich gefährdet. Bei psychischen Traumata ist die Person von Angst, Hilflosigkeit und Kontrollverlust geprägt. Aus einer traumatischen Situation resultiert, dass die betroffene Person keinen Widersand leisten und fliehen kann und das Selbstverteidigungssystem überfordert ist. (Weiß, 2003, p. 19) Während sich das ICD-10 auf das traumatische Ereignis bezieht, grenzt das DSM-IV dieses weiter ein. Es sagt aus, dass es sich um einen tatsächlichen oder bedrohlichen Tod, einer ernsthaften Verletzung oder körperlichen Gefahr von der betroffenen oder einer anderen Person handele. (Landolt, 2012, p. 15)

Klassifizierungssystem	Trauma Definition
ICD-10	Betroffene Person erlebt ein kurzes oder längeres Ereignis mit einer außergewöhnlichen Bedrohung und einem katastrophalen Ausmaß. Dadurch erlebt die betroffene Person eine tiefgreifende Verzweiflung.
DSM-IV	Die betroffene Person erlebt ein traumatisches Ereignis. Entweder erlebt, beobachtet oder wurde sie mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, bei der es um einen tatsächlichen oder drohenden Tod, einer ernsthaften Verletzung oder körperlichen Gefahr von der eigenen oder einer anderen Person geht. Oder die Reaktion auf das traumatische Ereignis äußert sich durch Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen

Abbildung 2: Trauma Definition vom ICD-10 und DSM-IV (Landolt, 2012, p. 15)

1.1.1 Ereignisfaktoren eines psychischen Traumas

Die Symptome, welche durch ein traumatisierendes Ereignis auftreten können, werden in Typ 1 und Typ 2 unterteilt. Zudem wird unterschieden, ob die Ereignisse von Menschen oder Naturkatastrophen bzw. technischen Katastrophen verursacht wurden. Hier spricht man dann von einem Akzidentiellen und Interpersonellen Trauma. (Rosner, 2013, p. 405)

	Trauma Typ 1	Trauma Typ 2
Interpersonelle Trauma	<ul style="list-style-type: none"> • Schwere Verkehrsunfälle mit plötzlichem Verlust einer nahen Bezugsperson wie Eltern, Geschwister • Vermisstes Geschwisterkind • Kurzandauernde Katastrophe wie ein Amoklauf oder ein Wohnungsbrand • Lebensbedrohliche Erfahrung durch eine Krebserkrankung, Ersticken, Ertrinken, Erfrieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Andauernde Naturkatastrophen wie Erdbeben oder Hochwasser • Technische Katastrophe wie Stromausfall

Akzidentielle Trauma	<ul style="list-style-type: none"> • Sexualisierte Gewalt wie Vergewaltigung • Kriminelle oder körperliche Gewalt wie Entführung, Banküberfälle oder Wohnungseinbrüche 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexuelle und körperliche Gewalt • Kriegserleben wie Folter, politische Inhaftierung, Vertreibung, Verfolgung und Flucht
-----------------------------	--	--

Abbildung 3: Ereignisfaktoren (Höwler, 2016b, p. 261)

Unter Trauma „Typ 1“ ist ein kurzandauerndes traumatisches Ereignis zu verstehen, welches einmalig geschieht. Sie haben somit einen Anfang und ein Ende. Diese Traumatisierungen nennt man auch Monotraumatisierungen. Sie resultieren zum Beispiel aus Unfällen, Operationen, Naturkatastrophen, einmalige Misshandlungen, Überfällen oder Vergewaltigungen. Durch vorhandene Ressourcen oder Resilienzfaktoren ist es möglich, diese zum Beispiel durch eine Therapie wieder sicher zu stellen. (Garbe, 2015, p. 29; Rosner, 2013, p. 405)

Beim Trauma „Typ 2“ handelt es sich um langandauernde, sich wiederholende traumatische Ereignisse. Hier spricht man auch von einer Komplextraumatisierungen. Die betroffene Person erleidet mehrere Traumatisierungen zum Beispiel durch körperliche und seelische Misshandlungen, Vernachlässigung, sexuellen Missbrauch, einen häufigen Wechsel der Bezugspersonen und dem Lebensmittelpunkt, die Flucht und Vertreibung aus dem Heimatland oder mit chronisch kranken Eltern. Die Erfahrungen die zu dem Trauma Typ 2 führen, beeinflussen das Leben der betroffenen Person stark. Bei Kindern können sie zum Beispiel die Entwicklung beeinträchtigen. (Garbe, 2015, pp. 25, 30; Rosner, 2013, p. 405)

Bei mehrfach langfristigen, akzidentiellen und interpersonellen Traumata soll es sich um den Grund für die Entstehung einer Traumafolgestörung, bei der es sich meistens um die Posttraumatische Belastungsstörung handeln. Besonders langandauernde und von Menschen verursachte Traumatisierungen können ernsthafte psychische Auswirkungen haben. (Höwler, 2016b, p. 261; Rosner, 2013, p. 405)

1.1.2 Risikofaktoren eines psychischen Traumas

Risikofaktoren sind nicht das Gleiche wie traumatische Ereignisse. Der Unterschied ist, dass Risikofaktoren zu einer Traumatisierung beitragen können. Von ihnen ist abhängig, inwieweit die traumatisierende Erfahrung sich auf das Leben des betroffenen Kindes auswirken kann. Risikofaktoren sind also belastende Lebensereignisse oder Lebensumstände, die eine psychische Störung verstärken. Durch konfliktreiche oder belastende Familienverhältnisse kann so zum Beispiel ein Kind das Trauma schlechter verarbeiten. (Fischer & Riedesser, 1998, p. 252; Weiß, 2003, p. 21)

Die Risikofaktoren können unterschieden werden zwischen Prätraumatischen Faktoren, die bereits vor der Traumatisierung vorhanden waren, Peritraumatische Faktoren, die zum Zeitpunkt der Traumatisierung auftreten und Posttraumatische Faktoren, welche nach der Traumatisierung auftreten. Diese Risikofaktoren werden in der folgenden Tabelle aufgelistet. (Rosner, 2013, p. 412; Steinhausen, 2010, p. 239)

Prätraumatische Faktoren	<ul style="list-style-type: none">• Junges Alter• Weibliches Geschlecht• Minoritätsstatus (Minderheit)• Niedriger sozioökonomischer Status• Psychiatrische Vorerkrankungen• Vortraumatisierungen• Funktionsniveau• Familienstruktur
Peritraumatische Faktoren	<ul style="list-style-type: none">• Ereignisschwere• Wahrgenommene Lebensgefahr• Tod oder Verletzung bekannter Person• Ressourcenverlust (zum Beispiel Zerstörung des Hauses)• Art des Ereignisses• Intensität der unmittelbaren emotionalen Reaktion• Eigene Verletzung• Verhalten der Eltern in der peritraumatischen Situation

Posttraumatische Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Akute Belastungsstörung • Psychopathologie (Ängstlichkeit, Depression) • Dysfunktionale Bewältigungsstrategien • Mangelnde soziale Unterstützung (auch der Eltern) • Posttraumatische Belastungsstörung der Eltern • Familiäre Faktoren • Weitere belastenden Lebensereignisse • Wohnortwechsel
----------------------------------	--

Abbildung 4: Risikofaktoren bei Kindern und Jugendlichen nach dem Trauma Typ I (Rosner, 2013, p. 412; Steinhausen, 2010, p. 239)

Bei der Aufrechterhaltung und Entstehung der Risikofaktoren spielen die Bezugspersonen eine große Rolle. Es kann zum Beispiel sein, dass das Kind gemeinsam mit seinen Bezugspersonen das Belastungereignis erlebt hat. Diese Eltern können in diesem Fall ebenfalls von einer ähnlichen Symptomatik betroffen sein. Auch kann es vorkommen, dass Eltern durch das Wissen, dass ihr Kind an einem Trauma leidet ebenfalls, traumatisiert werden. (Rosner, 2013, p. 412)

1.1.3 Traumatische Ereignisse

Nicht jedes traumatische Ereignis führt zu einer Traumatisierung. Dieses ist abhängig von den Lebenserfahrungen und traumatischen Erfahrungen, wie die Person darauf reagiert. Somit ist es von den Faktoren Art, Umstände, Dauer des Ereignisses, Entwicklungsstand des Betroffenen und ob unterstützende Bedingungen vorhanden sind oder nicht, abhängig, ob eine Traumatisierung auftreten kann. Doch auch ob das Ereignis in der Kindheit, der Jugend oder im Erwachsenenalter auftritt, ist ein entscheidender Faktor von dem Auftreten einer Traumatisierung. (Gahleitner et al., 2012, pp. 6-8)

Ein Faktor der zu einer Traumatisierung führen kann ist die **psychische Gewalt**. Dazu gehören verbale und nonverbale Entwertung, Missachtung, Ausgrenzung, Ablehnung, Ausnutzung, Zurückweisung, emotionale Unerreichbarkeit, Terrorisierung, Isolation, Verweigerung, Beschimpfung oder Bestrafung durch Schweigen. All diese Formen von seelischer Misshandlung sind geprägt durch die Beziehung, in der das Kind unzumutbar in der Interaktionen behandelt wird. Solche Situation entstehen oft, wenn Eltern oder anderen Bezugspersonen überfordert sind. (Garbe, 2015, p. 41; Weiß, 2003, pp. 23-24)

Durch wiederholende Verhaltensmuster von psychischer Gewalt, kann sich ein Mensch wertlos fühlen. Kindern und Jugendlichen werden dabei wichtige Bestandteile für die Entwicklung vorenthalten, da sie keine bedingungslose Zuwendung erfahren können. Dabei kann auch ein Verhalten des Erwachsenen hinzukommen, wodurch das Kind physische Verletzungen befürchten musste. (Gahleitner et al., 2012, pp. 12-13; Schickedanz & Plassmann, 2011, p. 436)

Kinder brauchen Bezugspersonen, die ihre Explorations- und Bildungsbedürfnisse stillen. Ist dieses nicht der Fall, spricht man von **Vernachlässigung**. Der betroffenen Person wird über längere Zeit materielle, emotionale und kognitive Versorgung vorenthalten. Von den verursachenden Personen, kann dieses aktiv (bewusst) oder passiv (unbewusst) passieren. Bei Vernachlässigung werden die Kinder nicht wirklich wahrgenommen oder es wird nicht auf sie eingegangen oder sie erfahren keine emotionale Zuwendung und Unterstützung. Diese Vernachlässigung kann sich zum Beispiel auch auf die Nahrung, Kleidung und die Wohnsituation auswirken. Selbst der körperliche Kontakt mit dem Kind findet meistens nur sehr selten statt. Es kann auch vorkommen, dass die Bedürfnisse der Kinder von den Eltern falsch wahrgenommen werden und durch das nicht vorhandene Verständnis Bestrafungen durch die Eltern entstehen. Gerade bei dem Unterlassen von Handlungen kann eine psychische Beeinträchtigung der Bezugspersonen der Auslöser sein. Durch Vernachlässigungen können Kinder körperliche, kognitive, emotionale oder soziale Beeinträchtigungen in ihrer Entwicklung entwickeln. (Gahleitner et al., 2012, p. 13; Weiß, 2003, pp. 21-23)

Jedes Kind braucht für die Entwicklung eine sichere Bindung zu einer Bezugsperson. Kann keine sichere Bindung zu einer Bezugsperson hergestellt werden, können ein unsicherer, vermeidender Bildungsstil oder eine reaktive Bindungsstörung entstehen. Wenn das Kind am Anfang der Bindungsentwicklung zusätzlich eine traumatische Erfahrung macht, kann es zu einem desorganisierten Bindungsstil kommen. Durch ihn können weitere Beziehungen im Leben des Kindes beeinflusst werden. Weiter auftretende **Bindungsabbrüche** können die Bindungsstörung verstärken. (Garbe, 2015, pp. 47-48) Bindungsabbrüche können zum Beispiel durch die Trennung und Scheidung der Eltern entstehen. Je jünger das Kind und umso dramatischer die Trennung ist, desto schneller kann die Situation zu einer Traumatisierung führen. Dabei spielen die Umstände der Trennung

eine wichtige Rolle. Besonders leiden Kinder dabei an einer Trennung von ihren Bezugspersonen. Oft fühlen sich Kinder mitschuldig an der Trennung und es können Auswirkungen auf das Bindungsverhalten des Kindes entstehen. (Schickedanz & Plassmann, 2011, p. 436; Weiß, 2003, p. 32)

Ein weiterer Faktor der zu einer Traumatisierung führen kann ist die **physische Gewalt**. Aus gewaltsamen Handlungen wie Schlagen, Kneifen, Beißen, Treten, Verbrennungen, Stiche, Schubsen, Kneifen, Stoßen, Festbinden, Einsperren, zum Essen zwingen und Schütteln können körperliche Verletzungen entstehen. Dazu gehört auch das Schütteltrauma, bei dem im ersten Lebensjahr ein Kind durch das Schütteln lebensgefährliche Verletzungen erleiden kann. Durch die physische Gewalt kann bei Kindern die Kompetenz von Vertrauen verringert werden. (Gahleitner et al., 2012, p. 15; Garbe, 2015, p. 41) Ein häufiger Grund für physische Gewalt sind meistens Äußerungen von körperlichen und seelischen Willensbedürfnissen von Säuglingen und Kleinkindern. So werden Kinder zum Beispiel geschlagen, weil sie neugierig sind, viele Fragen stellen oder aus der Sicht des Täters sich falsch äußern. Körperliche Gewalt hat bei Kindern primär Auswirkungen auf die kognitiven und sprachlichen Kompetenzen und bei Leistungsabfragen auf die Kompetenz, der Ausdauer und der Belastbarkeit. Zusätzlich kommt es bei körperlich misshandelten Kindern vor, dass diese mehr als nichtmisshandelte Kinder an Hyperaktivität leiden und häufig aggressiv wirken. Jedoch lässt sich auch sagen, dass viele misshandelte Kinder gelernt haben zu beobachten, was um sie herum geschieht und sich dadurch ihrem Umfeld anpassen können. Oft versuchen sie durch ihre Ängstlichkeit nicht aufzufallen und wollen keine Fehler begehen. Diese Kinder schwanken zwischen Angst und aggressivem Verhalten. (Weiß, 2003, pp. 24-25)

Ebenso kann es sein, dass das Kind **häusliche Gewalt** zwischen erwachsenen Bezugspersonen miterleben muss. Dabei ist es möglich, dass die Kinder während der Gewalttat anwesend sind oder es aus einem anderen Raum mitbekommen. Muss ein Kind die häusliche Gewalt miterleben, beeinträchtigt dieses die Eltern-Kind-Beziehung. Besonders wenn eine starke Bindung zum Familienmitglied, welches geschlagen wird, besteht, kann es sich beim Kind so anfühlen, als würde es selber geschlagen werden. Dabei kann es Schuldgefühle und Hilflosigkeit entwickeln. Muss ein Kind häusliche Gewalt erfahren, fällt es den Kindern häufig schwer eigene Gefühle auszudrücken. Sie wollen eventuell ihre Bezugspersonen nicht belasten und fühlen sich für vieles verantwortlich. Dieses kann

auch daraus resultieren, dass Kinder häufig als Schiedsrichter zwischen den sich streitenden und Gewalt anwendenden Bezugspersonen eintreten. Muss ein Kind häusliche Gewalt erfahren, leidet es häufig an Schlafstörungen, Aggressivität und Entwicklungsverzögerungen. Mögliche Formen von häuslicher Gewalt können Misshandlung der Mutter wegen einer Schwangerschaft, Gewalterfahrungen als Mitgeschlagene, Verlust von mütterlicher Kompetenz und Sicherheit, Verlust eines Elternteils durch Weggang, Selbstmord und Mord, Bedrohung von Geschwistern, Funktion als Stütze der misshandelten Mutter, Übernahme von Verantwortung von der Versorgung der Geschwister, Zeugenschaft der Gewalt, Gewalt nach der Trennung der Eltern oder Armut und soziale Benachteiligung sein. (Gahleitner et al., 2012, pp. 15-16; Weiß, 2003, pp. 26-27)

Ein weiterer Faktor der zu einer Traumatisierung führen kann, ist der **sexuelle Missbrauch**. Dabei handelt es sich um sexuelle Handlungen die entweder am Kind oder vor dem Kind ausgeübt werden. Der Täter ist in dieser Situation dem Kind überlegen und übt eine sexuelle Handlung aus. Diese Handlungen sind strafbar. (Gahleitner et al., 2012, p. 14; Garbe, 2015, p. 43) Das Opfer wurde auf sexueller Art berührt oder belästigt oder veranlasst das selbst mit dem Täter zu tun. Zusätzlich gehört dazu, wenn der Täter versucht oder sogar ausgeführt, auf verschiedene Arten Geschlechtsverkehr mit dem Opfer zu haben. Sexuelle Gewalt kann sich negativ auf die eigenständige sexuelle Entwicklung des Kindes auswirken. Oft sollen die Kinder vom Täter aus die Tat geheim halten, welches Einfluss auf die Traumatisierung hat. Sexueller Missbrauch kann somit zu kognitiven, emotionalen und sozialen Beeinträchtigungen führen. (Schickedanz & Plassmann, 2011, p. 436; Weiß, 2003, pp. 28-31)

Ein weiterer Faktor der zu einer Traumatisierung führen kann sind **Verkehrsunfälle**. Sie führen bei Verletzungen zur medizinischen Behandlung und können für das Kind zu einer objektiven und subjektiven Bedrohung werden. Das Kind erfährt in solchen Situationen das Gefühl von Angst und Hilflosigkeit. Bei Kindern sind Verkehrsunfälle oder Verbrennungsunfälle eine häufige Ursache für die Posttraumatische Belastungsstörung. (Landolt, 2012, p. 69)

Auch **Naturkatastrophen** wie Erdbeben, Wirbelstürme oder Überschwemmungen können bei Kindern zu einer Traumatisierung führen. In solchen Situationen sind viele Men-

schen gleichzeitig betroffen, Kinder erleben Verletzungen, Todesfälle und eine weitreichenden Zerstörung des Lebensumfeldes. Diese Katastrophen bewirken, dass Familien aus ihrem bisherigen Lebensumfeld fliehen müssen. (Landolt, 2012, p. 66)

Durch sie können die nächsten Gründe entstehen, indem Kinder durch **Migration und Flucht** eine Traumatisierung erleiden können. Das Trauma resultiert zum Beispiel aus Kriege, Rekrutierung als Soldaten, Zwangsheirat, Prostitution, Folter, Verfolgung und Asyl. Die Kinder sehen viele Tote und Verletzte, Verluste, Bombenangriffe, Erschießungen, Bedrohungen, Vertreibungen, Gefangenschaft, Vergewaltigung und Raub. Viele Familien werden in solchen Situationen getrennt, dem Kind wird die Sicherheit genommen, sie haben keine Zukunftsperspektiven und die Kinder sind abhängig von ihren zugeordneten Bezugspersonen. (Gahleitner et al., 2012, p. 16; Garbe, 2015, pp. 48-51)

Weitere Faktoren, die bei einem Kind zu einer Traumatisierung führen können, sind zum Beispiel, wenn ein Kind mit einem Suchtkranken, Alkoholiker oder Problemtrinker zusammenlebt. Das Kind muss dabei miterleben, wie illegale Drogen im Haushalt konsumiert werden. Auch kann es in der Familie des Kindes vorkommen, dass eine Person psychisch krank oder chronisch depressiv und eventuell sogar versucht hat eine andere Person oder sich selber zu töten. Ein weiterer Grund der beim Kind zu einer Traumatisierung führen kann ist, wenn ein Familienmitglied ins Gefängnis muss oder ein plötzlicher oder unbegleiteter Tod eines Elternteils vorkommt. (Schickedanz & Plassmann, 2011, p. 436; Weinberg, 2006, p. 70)

1.1.4 Erscheinungsbild einer traumatischen Stresserfahrung bei Kindern

Kindern ist eine Traumatisierung zum Beispiel zu erkennen, wenn sie gegen ihren Willen an die belastenden Situation denken müssen, Angst von einer Wiederholungen vor dem Ereignis haben, wenn sie Albträume bekommen, das Kind das Gefühl hat mit seinen Emotionen alleine zu sein oder nicht verstanden zu werden. Es gehört aber auch dazu, wenn die Kinder keine Freude mehr an Hobbys oder anderen Aktivitäten haben, an denen das Kind vor der Belastungssituation Spaß hatte, erhöhte Schreckhaftigkeit besitzen, an Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme oder Schuldgefühlen leiden und Orte und Dinge, die an das Trauma erinnern vermeiden. Welche Erscheinungsformen einer traumatischen Stresserfahrung beim Kind auftreten können, kann vom Alter des betroffenen Kindes abhängig sein. Diese werden in folgender Tabelle weiter erläutert. (Steinhausen, 2010, p. 239)

0 bis 1 Jahr	Bei den Kindern lassen sich Auffälligkeiten im Bindungsverhalten, beim Schlafen und Füttern und eine erhöhte Schreckhaftigkeit feststellen. Zudem schreien sie häufiger und lassen sich vermindert beruhigen. Eine Posttraumatische Belastungsstörung kann erst ab dem dritten Lebensjahr beginnen.
1 bis 3 Jahre	Zusätzlich zu den Erscheinungen, die im Alter von null bis ein Jahr auftreten können, sind folgende Merkmale teilweise erkennbar: Stimmungsschwankungen, Hyperaktivität, innerliche Unruhe, Überempfindlichkeit und Reizbarkeit, Schlafstörungen und Teilnahmslosigkeit, Angst, ängstlich angespannte Wachsamkeit, Jactatio capitis (Verhaltensstörung bei Säuglingen und Kleinkindern), Mutismus. Dabei können regressive Symptome wie anklammerndes Verhalten und Verzögerungen im kommunikativen und sozialen Bereich und Sprache, Motorik und dem Körperwachstum stattfinden.
3 bis 6 Jahre	Zusätzlich zu den Erscheinungen, die im Alter von ein bis drei Jahren auftreten können, sind folgende Merkmale teilweise erkennbar: Somatizierungen wie Bauch- und Kopfschmerzen, Reinszenierungen der traumatischen Erfahrungen zum Beispiel in Spielsituationen, intrusives Erleben in Form von Flashbacks und Albträumen, dissoziative Symptome, Tic-Störungen. Dabei können regressive Symptome wie Einnässen und Einkoten, sozialer Rückzug, eine rückläufige Sprachentwicklung, Mutismus, ein Verlust bereits erlangter sozialer Kompetenzen, autistische Symptome, dissoziatives Verhalten auftreten.
6 bis 10 Jahre	Zusätzlich zu den Erscheinungen, die im Alter von ein bis sechs Jahren auftreten können, sind folgende Merkmale teilweise erkennbar: zunehmende Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung oder andere Symptome die nach einer traumatischen Erfahrung auftreten können und im ICD-10 enthalten sind, Schulleistungsstörungen, Konzentrationsstörungen, veränderte und pessisemetrische Sicht auf die Welt, quälende Schuldgefühle, depressive Symptome, Risikoverhalten, selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität, konversive Symptome wie psychogene und motorische Anfälle, Zwangssymptome

Abbildung 5: Alterstypische Symptome nach traumatischen Stresserfahrungen im Kindes- und Jugendalter (Krüger, 2008, p. 50)

Kinder nutzen Spielsituationen häufig um Geschehenes zu verarbeiten. Im Spiel zeigen sich Symptome einer Traumatisierung oft durch Darstellung mit Puppen oder anderen Gegenständen. So kann es vorkommen, dass im Spiel erkennbar ist, ob eine Traumatisierung stattgefunden hat. Teilweise werden sogar Täter und Opfer der Traumatisierung dargestellt. In der Therapie wird daher oft mit Kindern gespielt, da das Kind spielerisch traumatische Erfahrungen bewältigen kann und es hilft die Situation des Kindes nachzuvollziehen. Eine vollständige Bewältigung der Traumatisierung ist durch das Spiel jedoch nicht möglich. (Garbe, 2015, p. 25; Sendera & Sendera, 2011, p. 288)

1.1.5 Entstehung einer Traumafolgestörung im Gehirn

Die Folgen früher Belastungserfahrungen von Kindern sind von der Entwicklung des Kindes, seinen Entwicklungsbedingungen, genetischer Ausstattung und der körperlichen Verfassung abhängig. Zudem sind auch das soziale Umfeld und Bezugspersonen des Kindes wichtige Ressourcen, die als Faktoren für den Resilienzaufbau für die Widerstandsfähigkeit des Kindes helfen können. (Streeck-Fischer, 2010, pp. 254-255)

Das Gehirn besteht aus verschiedenen Schichten. Die unterste und älteste Schicht ist das Stammhirn, welches für die basale vitale Funktion, sowie für die Lebenserhaltung, Reflexe und Instinkte zuständig ist. Dieses autonome Nervensystem schwankt zwischen dem sympathischen und parasympathischen Modus. Danach folgen die Schichten vom limbischen System, welches für die Emotionen zuständig ist und das emotionale Gedächtnis. Die äußerste Schicht ist das Großhirn, bei dem sich der Neocortex befindet. Hier werden eingehende Reize kontrolliert, beurteilt und versprachlicht. Das Großhirn ist den anderen Schichten übergeordnet und kann in einigen Fällen über die anderen Schichten hinweg entscheiden. Dieses ist davon abhängig, inwieweit es sich durch Erfahrungen der Selbstwirksamkeit und Werteorientierung bereits entwickeln konnte. (Eidmann, 2009, p. 22)

Tritt eine bedrohliche Situation auf, bewertet meistens erst der Neocortex die Situation und entscheidet die darauffolgende Handlung. Dabei überprüft er die erste Reaktion vom limbischen System und versucht eine Lösung für die kognitive Bewältigung zu finden. Tritt zum Beispiel ein Reiz im limbischen System, der Amygdala, auf, kann der Neocortex dieses wahrnehmen und als Angst erkennen und differenzieren. Dann werden vom Neocortex die weiteren Schritte veranlasst und versucht das Furchtsystem zu beru-

higen. Dabei können zum Beispiel gelernte oder eingetüpfte Lösungsmöglichkeiten abgerufen werden, wie zum Beispiel eine kognitive Lösung zu finden, zu kämpfen und zu gewinnen oder die Bedrohung ins kulturelle oder religiöse Wertesysteme einzuordnen. Bestehen all diese Möglichkeiten nicht, werden Hilflosigkeitssignale an das Bindungssystem übertragen, damit dort gegebenenfalls beruhigt werden kann. Auf diese Signale können eventuell Familienangehörige oder weitere Bezugspersonen reagieren. Sind die Möglichkeiten des Neocortex erschöpft, muss das restliche Gehirn die Funktion übernehmen und das limbische System wird eingesetzt. Im limbischen System werden unter anderem die Erinnerungen koordiniert. Durch den Thalamus, dem Zwischenhirn, gelangen Sinneseindrücke ins limbische System, die als Bedrohung gelten. Dadurch werden die Stresshormonsysteme wie Adrenalin und Noradrenalininsysteme aktiviert. In dieser Stresssituation sind die Verhaltensvarianten Kampf und Flucht möglich. Kann auch dieses nicht ausgeführt werden, wird das Stammhirn aktiv. Hier bleibt nur noch die Möglichkeit einer kompletten Entstarrung. Diese ist durch eine Übererregung oder einer Dissoziation zu erkennen. (Eidmann, 2009, pp. 22-23; Krüger, 2017, p. 52)

Durch die Überlastungen der sogenannten Notfallsysteme kann es zu einmaligen heftigen oder ständigen subtraumatischen Reizen führen, die eine Veränderung der Hirntätigkeit mit sich führen. Im Normalzustand ist das Gehirn dafür zuständig existenziell wichtige Erfahrungen zu speichern. Bei einer bedrohlichen Situation kommen nun diese Erfahrungen hinzu und werden auf einem unteren Stockwerk, unterhalb der Cortex- und dem Neocortex Stockwerk, gespeichert. Dadurch kann keine bewusste Überprüfung oder die Suche nach weiteren Lösungsmöglichkeiten mehr stattfinden. Daraus resultiert, dass die Reaktionskette vom Alarmsystem bei ähnlich erscheinen Situationen leichter aktiviert werden kann, da die Entscheidungen unabhängig von Neocortex getroffen werden. Beim betroffenen Menschen äußert sich dieses wie das Gefühl ausgeliefert zu sein. (Eidmann, 2009, p. 24)

Durch die Informationsverarbeitung ohne den Neocortex, gibt es keine Möglichkeit, die Bedrohung einzuordnen. Es besteht nicht mehr die Möglichkeit das ursprüngliche Reaktionsmuster bei einer traumatischen Situation zu festigen. Stattdessen ist die Situation nicht mehr vom Neocortex kontrollierbar. Das neue Reaktionsmuster wird gefestigt und jedes Mal entsteht eine neue Paniksituation. Dieses äußert sich in Intrusion und Flashbacks, die jedoch nicht vom Großhirn eingeordnet, relativiert oder versprachlicht werden können. (Eidmann, 2009, pp. 24-25)

Die Eincodierung der Erlebnisse im Gedächtnis passiert auf physiologischer und biochemischer Weise, woraus eine Unterscheidung in ein heißes und kühles Gedächtnissystem entsteht. So können zum Beispiel durch eine Aktivierung des heißen Gedächtnis Systems hochemotionale und gegenwärtige Ereignisse erlebt werden. Bei einer extremen Belastungssituation nimmt in den meistens Fällen die Verarbeitung der Bedrohung einen normalen Verlauf. Ist dieses nicht möglich, kann es zu einer Traumafolgestörung kommen, die bei keiner professionellen Behandlung chronisch werden kann. Eine Möglichkeit der Chronifizierung ist, dass das Vermeidungsverhalten zu einer sukzessiven Abstumpfung und einer depressiven Versteinerung führen kann. Dies bedeutet, dass der Neocortex versucht, durch eine Hemmung des ganzen limbischen Systems eine Lösung zu festigen. Das gelingt jedoch nur kurzfristig und bedeutet trotzdem langfristige Begleitsymptome somatischer Störungen. Dieser Zustand ist dann schwer zu verbessern. Es gibt noch eine andere Variante der Chronifizierung, welche einen ständigen übererregten Aktivierungslevel zeigt. Dabei ist das instabile Stressverarbeitungssystem die ganze Zeit mit weniger Komplexität beschäftigt. Dieses ähnelt den unteren Stockwerken des Gehirns. Eine komplexe Verarbeitung der Ereignisse ist nicht mehr möglich. Hier findet eine Ausprägung des Neocortexes statt. Dieser ist nicht mehr für die Regelung der Impulse des limbischen Systems zuständig. Die kognitiv differenzierte Art der Beurteilung und Einordnung von den Reizen kann somit auch nicht mehr stattfinden. Es findet eine kognitive Dissonanz statt, welche durch ein Trauma ausgelöst werden kann. Die neurophysiologischen Spuren und Beeinträchtigungen sind abhängig von den Auslöse- und Begleitsymptomen des Traumas. (Eidmann, 2009, pp. 25-26)

Zum Beispiel sind bei misshandelten Kindern biologische Spuren im Gehirn nachweisbar. Anhand eines MRT (Magnetresonanztomographie) lassen sich Angst und Aggressionen messen, wenn sie vorgelegte Bilder oder Gesichter wiedererkennen. Dabei reagiert ein Areal im Gehirn, das Amygdala, sehr aktiv. Dieses entsteht dadurch, dass eine Übersensibilität von bestimmten Neurotransmitterstoffen nach dem traumatischen Ereignis stattgefunden hat. Ebenfalls lassen sich Veränderungen im Hippocampus feststellen. Dort befinden sich die Gedächtnis- und Lernfunktion. Es kann entstehen, dass in einer Extrem-situation in der Nebennierenrinde über die Botenstoffachse vom Gehirn eine Hormonausschüttung wie zum Beispiel durch Cortison stattfindet. Dadurch kann eine Destabilisierung von bereits aufgebauten Gehirnnervenverschaltungen und Nervennetzwerken her-

vorgerufen werden. Der Energieumsatz wird dann im Gehirn verringert, die Wachstumsprozesse von den Hirnnerven werden gestört und teilweise können dann sogar Nervenstrukturen der Hirnrinde und Nervenfasern und Nervenzellen im Bereich des Hippocampus beschädigt werden. Durch eine Psychotherapie kann der Mandelkern, welcher für die Gefühlsqualität und dem emotionalen Verhalten zuständig ist, auf seine ursprüngliche Größe wieder schrumpfen. Jedoch lassen sich im Gehirn lebenslang Spuren der Traumatisierung wiederfinden. (Höwler, 2016b, p. 274; Krüger, 2017, pp. 52-53)

1.2 Die Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern

Es gibt verschiedene Traumafolgestörungen die ein Kind nach einem psychischen Trauma erleiden kann. Diese sind in folgender Tabelle aufgeführt. (Maercker, 2013, pp. 21-27)

Klassifikationssystem	Diagnose
DSM-IV-TR	<ul style="list-style-type: none"> • Akute Belastungsstörung (308.3) • Posttraumatische Belastungsstörung (309.81) • Anpassungsstörung (309.x)
ICD-10	<ul style="list-style-type: none"> • Akute Belastungsreaktion (F43.0) • Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) • Anpassungsstörung (F43.2) • Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (F62.0)

Abbildung 6: Klassifikation von Traumafolgestörungen (Rosner, 2013, p. 407)

Einer der bekanntesten Traumafolgestörungen ist die Posttraumatische Belastungsstörung. „Post“ bedeutet „danach“ und „Trauma“ seelische Verwundung. Im englischen heißt die Posttraumatische Belastungsstörung übersetzt „posttraumatic stress disorder“. (Höwler, 2016b, p. 273)

Dabei wird von einer Posttraumatischen Belastungsstörung und einer Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung unterschieden. Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung handelt es sich um eine verzögerte Reaktion, auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation mit außergewöhnlicher Bedrohung. Bei der komplex Posttraumatischen

Belastungsstörung handelt es sich um die Folge einer chronischen und sich wiederholenden traumatischen Reaktion, bei der die Therapie länger andauert, da mehrere Ereignisse zu verarbeiten sind. Die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung entsteht häufig aus dem Trauma „Typ 2“, die durch eine Person aus dem nahen Umfeld des Kindes verursacht wurde. (Höwler, 2016b, p. 273; Rosner, 2013, p. 407)

Kinder können ungefähr einem Alter von drei Jahren von einer Posttraumatischen Belastungsstörung betroffen sein. Sie ist bei Kindern zum Beispiel durch weniger lustvolles und wiederholtes Nachspielen der traumatischen Situation, körperliche Symptome wie Erregung, anklammerndes, regressives oder aggressives Verhalten, Angst vor Dunkelheit, Monstern, dem Alleinsein oder selbstschädigendes Verhalten zu erkennen. (Steil & Rosner, 2013, p. 352)

1.2.1 Symptomatik

International und in der Forschung wird sich bei der Posttraumatischen Belastungsstörung nach den Kriterien des ICD-10 und DSM-IV gerichtet. Im ICD-10 ist für die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung das Wiedererleben das entscheidende Kriterium, welches innerhalb von sechs Monaten nach dem Trauma auftreten muss. Im DSM-IV ist das Auftreten aller drei Symptome von Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung wichtig. Diese müssen für mindestens einen Monat auftreten und Beeinträchtigungen im sozialen und anderen Lebensbereichen hervorrufen. (Rosner, 2013, p. 407; Sendera & Sendera, 2011, pp. 274-275)

Jedoch wurden die Kriterien des ICD-10 für Erwachsenen entwickelt, wodurch bei Kindern und Jugendlichen eine Überdiagnostizierung stattfinden kann. Durch die Kriterien des DSM-IV wird die Symptomatik von Kindern und Jugendlichen unterschätzt. Demnach wird laut dem DSM-IV seltener eine Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen diagnostiziert. Daraufhin wurden von „Scheeringa und Zeanah“ basierend auf Studien die Kriterien für die Symptomatik besonders für Kindern bis sieben Jahre weiterentwickelt. (Kirsch & Izat, 2013, p. 246; Steil & Rosner, 2013, p. 352)

Das Amt für Gesundheit von Frankfurt am Main stellt jedoch in seinem Handbuch für die Praxis zum Thema Kinder- und Jugendpsychiatrie in Frage, inwieweit die Kriterien bei der Diagnostik von Kindern anwendbar sind. Es sei wichtig, dass die Kriterien für Erwachsene nicht auf Kinder übertragbar sind. In folgender Tabelle werden die Symptome

einer Posttraumatischen Belastungsstörung unterteilt im ICD-10 und DSM-IV dargestellt.
 (Amt für Gesundheit, 2012, p. 207)

Krite- rium	ICD-10	DSM-IV
A: Trauma	<ul style="list-style-type: none"> • Erleben von kurz- oder langanhaltenden Ereignissen wie eine außergewöhnliche Bedrohung oder einem katastrophalen Ausmaß • tiefgreifende Verzweiflung 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Person erlebt, beobachtet oder war bei einem oder mehreren Ereignissen dabei, bei der es sich um einen tatsächlichen oder drohenden Tod, einer ernsthaften Verletzung oder körperliche Gefahr von sich selber oder einer anderen Person handelt • Reaktion durch Flucht, Hilflosigkeit, Entsetzen • Aufgelöstes, agitiertes Verhalten bei Kindern • Handelt es sich um sexuelle Gewalt sind die Kriterien von A direkt erfüllt
B: Wie- dererle- ben	<p>Mindestens ein Symptom:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anhaltende Erinnerungen wie Flashbacks, Wiedererleben des Ereignisses, wiederholende Träume, sowie innere Bedrängnisse, die an das Belastungsereignis erinnern oder im Zusammenhang stehen 	<p>Mindestens ein Symptom:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erinnerungen mit Bildern, Gedanken, Wahrnehmungen, Trauma bezogenem Spielthema • Trauma bezogene Träume, Alpträume ohne Bezug • Handeln und Fühlen mit Illusionen, Halluzinationen, dissoziativen Flashbacks, traumatische Nachinszenierung • Psychische Belastungen bei interner oder externer Konfrontation • Physiologische Reaktion bei interner oder externer Konfrontation

C: Vermeidung	<p>Mindestens ein Symptom:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geschehnisse, die an das Belastungsergebnis erinnern oder im Zusammenhang stehen, werden vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem Belastungsergebnis. 	<p>Mindestens drei Symptome:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewusstes Vermeiden von Trauma bezogenen Gedanken, Gefühlen und Gesprächen • Bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten, Menschen • Unfähigkeit von Erinnerungen an bestimmte Trauma Erlebnisse • Vermindertes Interesse und die Teilnahme an Aktivitäten • Gefühl der Losgelöstheit und Entfremdung • Emotionale Abflachung • Gefühl einer eingeschränkten Zukunft
D: Autonome Übererregung	<p>Mindestens ein oder zwei Symptome aus der Autonomen Übererregung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Erinnerungen an wichtige Aspekte des Belastungsergebnisses sind teilweise oder sogar gar nicht mehr möglich. 2. Autonome Übererregung: <ul style="list-style-type: none"> • Ein- und Durchschlafstörungen • Reizbarkeit, Wutausbrüche • Konzentrationsschwierigkeiten • Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz) • Erhöhte Schreckhaftigkeit 	<p>Mindestens zwei Symptome, welche nicht vor dem Trauma vorhanden waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein- und Durchschlafstörungen • Reizbarkeit, Wutausbrüche • Konzentrationsschwierigkeiten • Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz) • Erhöhte Schreckhaftigkeit

E: Zeit & F: Belas- tung	<ul style="list-style-type: none"> • Die Kriterien von B, C und D müssen innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungereignis auftreten • Ausnahmen sind möglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Kriterien von B, C und D sind mindestens für einen Monat vorhanden und führen zu klinisch bedeutsamen Leiden und Beeinträchtigungen
---	--	---

Abbildung 7: Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach dem ICD-10 und dem DSM-IV, weiterentwickelt für das Kindesalter (Kirsch & Izat, 2013, pp. 246-248; Rosner, 2013, p. 408)

Das Amt für Gesundheit von Frankfurt am Main hat ein Handbuch für die Praxis zum Thema Kinder- und Jugendpsychiatrie herausgebracht, in dem steht, dass bei Säuglingen und Kleinkindern die Diagnose von einer Posttraumatischen Belastungsstörung sehr schwierig sein soll. Säuglinge und Kleinkinder können sich noch nicht verbal ausdrücken und sich nicht zu der Belastungssituation äußern. Jedoch lassen sich teilweise einige Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung am Verhalten des Säuglinge oder Kleinkinder erkennen. Häufige Symptome sind zum Beispiel bei der Konfrontation eine erhöhte Irritierbarkeit, körperliche Unruhe und vermehrtes Schreien. (Amt für Gesundheit, 2012, p. 211)

Des Weiteren schreiben sie, dass bei Vorschulkindern und Schulkindern häufig plötzlich auftretende Ängste, sowie Trennungsangst und ein anklammerndes oder aggressives Verhalten zu erkennen sein können. Hinzu komme, dass die Kinder wieder am Daumen lutschen, Einnässen oder Einkotzen. Bei Kindern in diesem Alter sind die Wiedererlebungen meist im Spiel erkennbar, indem die Kinder die Situationen nachspielen. Häufig haben Kinder auch Angst vor der Dunkelheit, vor dem Alleinsein und leiden an Schlafstörungen und Albträumen, Aufmerksamkeit- und Konzentrationsproblemen. Teilweise kommen sogar körperliche Symptome wie Bauch- und Kopfschmerzen hinzu. (Amt für Gesundheit, 2012, pp. 211-212)

Zu den typischen Symptomen die bei Kindern mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung auftreten können, zählen Erinnerungslücken, dissoziative Symptome, das emotionale Betäubtsein sein und hervorzuheben das Wiedererleben, das Vermeidungsverhalten und die autonome Übererregung gehören. (Amt für Gesundheit, 2012, p. 208)

Kinder können an **Erinnerungslücken** leiden, oder nach längeren Zeitabschnitten Erinnerungen wieder erhalten. Dazu gehört auch das Vermeidungsverhalten oder die emotionale Stumpfheit, welche nur selten als Symptome zusammen erscheinen. (Schulte-Körne, 2000, p. 236)

Dissoziation bedeutet Trennung oder Zerfall. Informationen, Wahrnehmungen oder Gedanken die normalerweise zusammengehören, können nicht zusammengefügt werden. Belastende Eindrücke wie Bilder, Geräusche, Gerüche und Körperempfindungen können die Kinder nicht mit dem Belastungseignis in Verbindung bringen und somit auch nicht in das Bewusstsein, Gedächtnis und dem Selbstbild integrieren. Hier kann man auch von einer Amnesie sprechen. Erst nach Tagen oder Wochen können Schuldzuweisungen an die eigenen Person oder andere Personen auftreten. Diese können dann in Form von Angst, Ärger, Schuld und Scham auftreten. (Höwler, 2016b, p. 261)

Das Amt für Gesundheit von Frankfurt am Main schreibt im Handbuch für die Praxis zum Thema „Kinder- und Jugendpsychiatrie“, das **Emotionales betäubt sein** bedeutet, dass Emotionen wie Wut oder Zuneigung nur eingeschränkt wahrgenommen werden können. Betroffene wirken dabei freud- und teilnahmslos und die Alltagspflichten werden vernachlässigt. (Amt für Gesundheit, 2012, p. 210; Höwler, 2016b, p. 274)

Außerdem schreiben sie, dass die **Instruktiven Symptomatik** bedeutet, dass nach einem traumatisierenden Ereignis die Symptome des Wiedererlebens vorliegen müssen. Durch Gefühle, Gedanken und körperliche Reaktionen kann sich an die traumatisierende Erfahrung zurück erinnert und zurück in das Flucht- und Verteidigungsverhalten versetzt werden. Dieser Moment nennt sich Trigger. Wenn sich diese Gedanken aufdrängen spricht man von einer Intrusion. Die betroffene Person befindet sich dabei in einem panischen Zustand. In den Flashbacks, erleben die betroffenen Personen die traumatisierenden Erfahrungen wieder und im Gehirn werden die Erinnerungen durch die Retraumatisierung verstärkt. (Amt für Gesundheit, 2012, p. 209; Garbe, 2015, p. 25)

Bei Kindern treten diese zum Beispiel durch Flashbacks, Erinnerungsbilder oder Albträumen auf. Albträume sind bei Kindern meistens unspezifisch. Ebenso können Flashbacks bei Kindern nur selten festgestellt werden. Allerdings lässt sich im Spiel die Instruktive Symptomatik erkennen. Kinder spielen zum Beispiel Szenen aus dem traumatisierenden Ereignis nach. Das Kind wirkt dabei lustlos, gequält, hat eine negative Stimmung, keine positiven Emotionen und kann an dissoziativer Amnesie leiden. (Höwler, 2016b, p. 261; Rosner, 2013, p. 406; Sendera & Sendera, 2011, p. 273)

Des Weiteren schreibt das Amt für Gesundheit von Frankfurt am Main im Handbuch für die Praxis zum Thema „Kinder- und Jugendpsychiatrie“, dass die **Konstriktive Symptomatik** bedeutet, dass Aktivitäten und Ereignisse, die an das traumatisierende Ereignis

erinnern, vermieden werden würde. Die betroffene Person versucht alle Situation zu vermeiden, die einen Trigger auslösen könnte. Dabei beeinflusst das Vermeidungsverhalten stark die Lebensart, da oft auch ein sozialer Rückzug sattfindet. Auch ist das Vermeidungsverhalten dann erkennbar, wenn es vorher Aktivitäten waren, die der betroffenen Person zuvor Spaß gebracht haben. (Amt für Gesundheit, 2012, p. 209; Garbe, 2015, p. 25) Das Vermeidungsverhalten kommt bei Kindern eher seltener vor. Emotionale Taubheit, wie das verringerte Interesse an etwas oder jemanden, zeigt sich bei Kindern hingegen öfter. Dabei spricht man auch von Entfremdung und Emotionslosigkeit. Kinder fühlen sich zum Beispiel fremd in ihrer Umgebung oder haben eine verringerte Wahrnehmung eigener Gefühle. Zudem kann es vorkommen, dass bereits erworbene Fähigkeiten verlernt werden und ein Kind wieder beginnt einzunässen. Es können ebenso eine psychogene Amnesie vorliegen und Erinnerungen an das Ereignis oder die gesamte Erinnerung an das Geschehene vergessen werden. (Rosner, 2013, p. 406; Sendera & Sendera, 2011, p. 273)

Außerdem beschreibt das Amt für Gesundheit von Frankfurt am Main, dass bei der **Hyperarousalen Symptomatik** von einer Übererregung gesprochen werde. Symptome bei erhöhtem Erregungsniveau lassen sich sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern feststellen. Die Symptome äußern sich in Schreckhaftigkeit, erhöhte Reizbarkeit, Trennungsangst, Aggressivität, erhöhte Wachsamkeit, Schlafstörungen und Konzentrationsprobleme. Die Übererregung ist eine Folge der Überausschüttung von Stresshormonen die während und nach einer Traumatisierung auftreten. Der Körper befindet sich in einem permanenten Alarmzustand, besitzt hohe Wachsamkeit, welches auch Vigilanzsteigerung bedeutet. Das hat zur Folge, dass bei Kindern zum Beispiel Schwierigkeiten in der Schule vorkommen können. (Amt für Gesundheit, 2012, p. 209; Garbe, 2015, p. 24; Rosner, 2013, p. 406) Bei Jüngeren Kindern äußert sich die Hyperarousale Symptomatik häufig durch Trennungsangst, Angst vor dem Dunklen und regressiven und aggressiven Verhalten. (Sendera & Sendera, 2011, p. 273)

1.2.2 Epidemiologie

Wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, dass nach einem traumatisierenden Ereignis eine Posttraumatische Belastungsstörung entsteht, lässt sich nicht genau sagen. Dieses ist abhängig davon, um welches Belastungereignis es sich dabei handelt und in welchem Umfeld das Kind aufwächst. Gerade bei Kindern ist es regional unterschiedlich, wann es nach

einem traumatisierenden Ereignis zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung kommen kann. Wohnt das Kind in einer Region in der häufig Naturkatastrophen oder soziale Konflikte stattfinden, ist die Wahrscheinlichkeit für eine Posttraumatische Belastungsstörung höher. (Rosner, 2013, pp. 409-410)

Wichtig ist zu wissen, dass bei Mädchen die Posttraumatische Belastungsstörung häufiger vorkommt als bei Jungen. (Rosner, 2013, p. 410; Steinhausen, 2010, p. 237)

Interessant ist, dass die Posttraumatische Belastungsstörung häufig komorbid ist und somit mit mindestens einer weiteren Krankheit begleitend auftritt. Dabei handelt es sich meistens um depressive Störungen, somatoforme Störungen oder einen Substanzmissbrauch. (Rosner, 2013, p. 410)

In folgender Tabelle werden die Prävalenzraten der Posttraumatischen Belastungsstörung am Beispiel von einigen möglichen Entstehungsorten einer Traumatisierung aufgelistet. Die verwendeten Studien haben unterschiedliche methodische Vorgehensweisen, wodurch unterschiedliche und teilweise stark abweichende Prozentzahlen abgebildet werden. Durch die teilweise stark voneinander abweichenden Prozentzahlen, ist die Einschätzung wodurch eine Posttraumatische Belastungsstörung entsteht schwieriger. Jedoch lässt sich erkennen, dass die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind nach einer Naturkatastrophe oder Kriegserfahrung an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leidet, relativ hoch ist. (Landolt, 2012, p. 74)

Art des Traumas	Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung
Vernachlässigung	20 bis 30 %
körperliche und sexuelle Kindesmisshandlung	18 bis 58 %
Kriegserfahrung	27 bis 74 %
Terrorismus	10 bis 50 %
Naturkatastrophen durch:	
- Wirbelstürme	5 bis 63 %
- Erdbeben	24 bis 91 %
- Flutkatastrophen	7 bis 39 %
Verkehrsunfälle	6 bis 29 %
Verbrennungsunfälle	19%

Abbildung 8: Prävalenzraten der Posttraumatischen Belastungsstörung anhand der verschiedenen Formen von Traumatisierungen (Landolt, 2012, p. 73)

2 Unterstützung für das traumatisierte Kind

Kinder und Jugendliche befinden sich in der Explorations- und Entwicklungsphase. Tritt in dieser Zeit ein traumatisches Ereignis auf, können diese Phasen dadurch beeinflusst werden und sich auf das Leben auswirken. So kann es zum Beispiel zu Entwicklungsverzögerungen kommen. Traumatisierte Kinder brauchen ein stabiles soziales Umfeld, keine vorbelastende Familiengeschichte und positive Lebenserfahrungen. Sie benötigen Bezugspersonen, denen sie das Geschehene erzählen können, um es zu verarbeiten. Dadurch können sie gemeinschaftliche Erfahrungen sammeln, die sie bei der Bewältigung der Traumatisierung unterstützen können. (Gahleitner et al., 2012, pp. 8-10)

Die Bewältigungsstrategien lassen sich bei Kindern in innere und äußere Ressourcen unterteilen, auf die sie bei einer Traumatisierung zurückgreifen können. Doch nicht alle Ressourcen können dabei für das Kind bereit stehen und nicht alle Ressourcen kann das traumatisierte Kind ohne die Unterstützung von seinen Bezugspersonen aktivieren. (Levine & Kline, 2004, pp. 178-181)

Innere Ressourcen sind natürliche Begabungen zum Beispiel für Musik, Kunst oder Sport. Zusätzlich gehören auch die energischen und kinästhetischen Eigenschaften wie Energie, Humor, Leichtigkeit Freundschaften zu schließen und Gerechtigkeitssinn zu den inneren Ressourcen. Aber auch die charakteristischen Persönlichkeitsmerkmale und das innere spirituelles Zentrum gehören ebenfalls zu diesen Ressourcen. Zu den äußeren Ressourcen gehören liebevolle, verlässliche Bezugspersonen, die Bedürfnisse erkennen und diesen nachgehen. Genauso gehören dazu unterstützende Familienmitglieder, Freunde, Haustiere, eine natürliche Umgebung und Gegenstände und Faktoren. Dazu zählen Farbe, Licht, Räume, Musik, Kuscheltiere, Nahrungsmittel, Spielzeug, Bücher und eine fürsorgliche Gemeinschaft, Spielgruppen, Sportvereine oder ähnliches. (Levine & Kline, 2004, pp. 178-179)

2.1 Schutzfaktoren bei einem psychischen Trauma

Bei den Schutzfaktoren für ein psychisches Trauma wird zwischen personalen und sozialen Schutzfaktoren unterschieden. Personale Schutzfaktoren besitzt das Kind selber, soziale Schutzfaktoren erfährt das Kind von seinem sozialen Umfeld. (Hobmair, 2013, p.

534) Es ist möglich eine traumatisierende Situation ohne Folgen zu erleben, wenn Selbstsicherheit, Lebenserfahrungen und Vertrauen gegeben sind. Kinder hingegen haben eher wenige Lebenserfahrungen und konnten von selber auch noch nicht viele Probleme lösen. Ihre Selbstsicherheit ist noch am Wachsen. So lässt sich sagen, dass sie noch die Unterstützung von ihren Eltern und weiteren Bezugspersonen benötigen. Dennoch können Kinder auch Schutzfaktoren haben, die vor einer Traumatisierung helfen oder sie verringern können. Dieses sind zum Beispiel eine Familie, kompensatorische Elternbeziehung, Verfügbarkeit über einen tragenden Halt, Überdurchschnittliche Intelligenz, robustes, aktives und kotaktfreudiges Temperament, sicheres Bindungsverhalten, soziales Förderung, verlässliche unterstützende Bezugspersonen im Erwachsenenalter, Dauerhafte gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson, Humor und Partizipation. (Eckardt, 2013, p. 19; Weiß, 2003, p. 35)

Die Eltern fungieren dabei als Coping-Vorbilder. Sie geben dysfunktionale Bewältigungsstrategien wie Vermeidung, Grübeln und Gedankenunterdrückung an ihre Kinder weiter. Bei sexuellem Missbrauch spielt zum Beispiel auch eine Rolle, ob die Bezugspersonen dem Kind glauben oder nicht. Ebenfalls spielt es eine Rolle wie die Bezugsperson die Belastungssituation des Kindes bewerten. Je jünger die Kinder sind, desto wichtiger ist die soziale Bezugnahme auf das Belastungereignis des Kindes durch die Bezugspersonen. So können Bezugspersonen zum Beispiel durch ihren Gesichtsausdruck oder einfühlsame Gespräche die emotionale Reaktion des Kindes beeinflussen. (Rosner, 2013, p. 412)

Resilienz kann ebenfalls ein wichtiger Schutzfaktor vor einer Traumatisierung sein. Resilienz bedeutet, dass man Erkrankungen bekommen kann. Ein resilientes Kind hat gelernt mit schwierigen Situationen umzugehen. Kinder die in einem sozialen Umfeld aufgewachsen, welches Resilienz fördert, leben meist in einem sozialen Umfeld, indem viel Gewalt, Missbrauch oder Vernachlässigung vorkommt. Trotz dieser schwierigen Lebensbedingungen, können sie erfolgreich zu einem sozialisierten Erwachsenen heranwachsen. (Sendera & Sendera, 2011, pp. 277-278)

Mögliche Resilienzfaktoren sind zum Beispiel eine stabile emotionale Beziehungen zu mindestens einem Elternteil, soziale Unterstützung innerhalb und außerhalb der Familie, emotionale, offene und strukturierte Erziehung und soziale Modelle mit konstruktiven Bewältigungsverfahren. Die dosierte soziale Verantwortung und Leistungsanforderun-

gen, kognitiven Kompetenzen, Temperamenteigenschaften, Erfahrungen von Selbstwirksamkeit, Aktives Bemühen von Problemlösungen und Struktur und Bedeutung der eigenen Entwicklung gehören ebenfalls dazu. (Sendera & Sendera, 2011, pp. 277-278)

Eine Stärkung der Resilienzfaktoren hilft dabei, die Risikofaktoren zu mindern und die Schutzfaktoren zu stärken. (Hobmair, 2013, p. 534)

2.2 Erste Reaktionen auf das Verhalten des traumatisierten Kindes

Wenn es zu einer belastenden Situation beim Kind kommt, in der eine Traumatisierung stattfinden kann, sollten die ersten Reaktionen der Bezugspersonen sein, dass sie die Sicherheit und das Vertrauen wieder herstellen, das Kind bei der Bewältigung des Traumas unterstützen, beim Wiedereintritt ins Leben helfen und notfalls professionelle Hilfe einschalten. (Eckardt, 2013, p. 24)

Die erste Reaktion der Familienangehörigen sollte sein, dass sie abhängig von der Situation ihren eigenen Körper überprüfen. Handelt es sich zum Beispiel um einen Unfall oder einer Naturkatastrophen, bei denen die Eltern bei der Traumatisierung ihres Kindes anwesend waren, sollten die Eltern zunächst auf ihre eigene Angst und Betroffenheit achten, bevor sie ihrem Kind helfen können. Sie sollten sich die Zeit nehmen durchzuatmen und körperliche Reaktionen nachspüren. Dadurch kann die Fähigkeit gestärkt werden, dem eigenen Kind zu helfen. Nur wenn das eigene Geschehen vom Erwachsenen selbst akzeptiert wird, kann auf die Bedürfnisse des Kindes eingegangen werden. Ansonsten kann es beim Kind Angst und Verwirrung verstärken. (Levine & Kline, 2004, p. 138)

Daraufhin sollte das betroffene Kind aus der Gefahr heraus und in Sicherheit gebracht und an einem sicheren Ort beruhigt werden, schreibt die Diplom-Psychologin Sabine Morgan in ihrem „Ratgeber für Betroffene, Angehörige und dem weiteren sozialen Umfeld von Traumatisierten Personen“. Familienangehörige sollten die Situation einschätzen und herausfinden, ob das Kind durch die Belastungssituation einen Schock erlitten hat. Dabei hilft es ruhig und vertrauensvoll mit dem Kind zu reden und den weiteren Verlauf erst einmal langsam anzugehen. Ein Schock kann sich beim Kind durch glasige Augen, blasse Haut, einer schnellen oder flachen Atmung, einer Desorientierung oder einem übermäßigen und ungewöhnlich ruhigen Verhalten zeigen. Kinder fühlen sich erst an einem Ort geborgen, wenn dort keine Bedrohung mehr herrscht. Dafür können zum Beispiel Personen sorgen, denen das Kind vertraut und die sie beschützen können. So kann

das Kind wieder versuchen sich selbst zu vertrauen und sich auf die Belastungen einzulassen. (Baierl, 2014d, p. 56; Levine & Kline, 2004, pp. 138-139; Morgan, 2007, p. 32)

Wenn der Schock nachlässt, können die Eltern die Aufmerksamkeit auf die Empfindungen vom Kind lenken. Es kann helfen das Kind zu fragen, wie es sich fühlt. Damit die Eltern sicher gehen können, dass sie ihr Kind richtig verstanden haben, können die Eltern das Gesagte wiederholen. Dieses zeigt dem Kind zusätzlich, dass es verstanden wurde. (Levine & Kline, 2004, p. 139) Die Diplom-Psychologin Sabine Morgan schreibt in ihrem „Ratgeber für Betroffene, Angehörige und dem weiteren sozialen Umfeld von Traumatisierten Personen“, dass es deshalb so wichtig ist das Kind zu beruhigen, weil der Prozess der Erholung und der Heilung nur in einem ruhigen Zustand aktiv werden können. Ist dieses nicht möglich, kann das Kind zu sehr erschöpfen und der Zustand kann sich strecken. (Morgan, 2007, pp. 32-33)

Im nächsten Schritt können die Veränderungen durch die Traumatisierung beobachtet und dann darauf eingegangen werden. Dieses ist zum Beispiel durch ein Gespräch möglich. Im Gespräch mit dem Kind ist die Zeit wichtig, die dem traumatisierten Kind gewährleistet wird. Durch eine ruhige Gegenwart und Geduld kann das Kind die Situation realisieren. Ist bei dem Kind erkennbar, dass es sich beruhigt hat, bedeutet es nicht, dass die Bewältigung des Traumas abgeschlossen ist. Die Eltern sollten auf weitere Anzeichen achten und das Kind im Auge behalten. (Levine & Kline, 2004, pp. 139-140) Die Diplom-Psychologin Sabine Morgan schreibt in ihren „Ratgeber für Betroffene, Angehörige und dem weiteren sozialen Umfeld von Traumatisierten Personen“, dass die Eltern sich bewusst sein sollten, dass schreckliche Dinge im Leben jedes Menschen passieren können. Der Person, der eine traumatische Situation erlebt hat, sollte nicht aus dem Weg gegangen werden. Dennoch sollte die Person auch nicht dazu gezwungen werden, über das Ereignis zu reden. Ist das Kind jedoch dafür bereit, ist es wichtig, dass das Kind Zeit hat, über das traumatische Ereignis zu reden. (Morgan, 2007, pp. 34-35)

Zusätzlich sollten die körperlichen Reaktionen vom Kind wahrgenommen werden. Ist das Kind am Weinen oder am Zittern, sollte dieses nicht unterbrochen werden. Dem Kind sollte nicht eingeredet werden, dass die Situation zu Ende ist, es muss von alleine darauf kommen. Eltern können ihren Kindern durch Worte und Berührungen zeigen, dass es okay ist, wenn es weint und es eine normale Reaktion auf die Situation sei. Dabei kann

zum Beispiel Körperkontakt durch eine Hand auf dem Rücken oder in die Arme nehmen helfen. Eltern sollten dabei auch zulassen können, dass der Heilungsprozess beim Kind von alleine in Gang gesetzt werden kann. Das Kind besitzt diese Fähigkeit. Die Eltern können ihr Kind darin unterstützen, indem sie durch eine ruhige Stimme und einer unterstützenden Hand dem Kind zeigen, wenn es auf dem richtigen Weg ist. Dabei können die Eltern darauf achten, dass das Kind sich wieder an seiner Umwelt zu orientieren beginnt. (Levine & Kline, 2004, pp. 140-141)

Wichtig ist auch, dass die Eltern das Kind ermutigen sich auszuruhen. Eine Entlastung für das Kind können eine Ruhephase und Schlafen sein. Das Kind wird zeigen, wenn es das Bedürfnis oder Verlangen hat über das Ereignis zu sprechen, zum Beispiel durch eine Geschichte, Malen oder Spielen. Es kann auch sein, dass das Kind den Drang hat sich zu bewegen. Wichtig ist, dass das Kind eine ruhige und sichere Umgebung hat, in der es die Belastungssituation verarbeiten kann. Hatte das Kind die Möglichkeit sich auszuruhen, kann vielleicht schon am nächsten Tag mit dem Kind über die Gefühle, die das Trauma auch ausgelöst hat, gesprochen werden. Eltern können ihrem Kind zeigen, dass Gefühle wie Wut, Angst, Traurigkeit, Sorge, Verwirrung, Scham oder vielleicht sogar Schuld in Ordnung sind und dass die Eltern diese Gefühle nachvollziehen können. Eltern können vielleicht selber erzählen, wie sie die Situation wahrgenommen haben und sich so mit dem Kind austauschen. Wichtig ist, dass das Kind die Gefühle als normal anerkennt und es Zeit hat, diese zuzulassen. (Levine & Kline, 2004, pp. 141-142)

Die Diplom-Psychologin Sabine Morgan schreibt in ihren „Ratgeber für Betroffene, Angehörige und dem weiteren sozialen Umfeld von Traumatisierten Personen“, das primäre Ziele in der ersten Phase nach einer Traumatisierung das Beruhigen und eine Stabilisierung der Situation für das Kind sind. Dabei sollten in diesen Tagen nur Aktivitäten unternommen werden, die auch zu einer Beruhigung beitragen können. Dabei helfen vor allem Unternehmungen, die Entspannung bewirken. Neue Eindrücke sind meistens nicht hilfreich. Allgemein sollte auf die Bedürfnisse und Wünsche des Kindes geachtet werden. Dem Kind kann auch ein strukturierter Tagesablauf helfen. Neben den Aufgaben, die ein Kind im Alltag übernehmen kann, gehört ebenfalls eine Stabilisierung der Freizeitgestaltung. Dazu können Sport, Hobbys, Freunde treffen, Spaziergänge, Bücher lesen, Musik hören, ins Kino gehen, Zeit im Garten verbringen und Radtouren gehören. Gerade nach einer Traumatisierung sollten die Aktivitäten dem Kind Freude bereiten. Dabei können

die aktuellen Interessen des Kindes von vorherigen Interessen vor dem Trauma abweichen. Um eine Strukturierung in die Freizeitgestaltung zu bringen, kann zum Beispiel ein Plan für Freizeitaktivitäten erstellt werden. Der Tagesablauf sollte dabei das Kind nicht überfordern und sich besonders nach dessen Interessen richten, auch wenn diese unter Umständen tagesformabhängig sind. Nach einer Traumatisierung kann sich das Kind in einer starken Erregung befinden. Daher sollten Aktivitäten und Verhalten vermieden werden, die dieses fördern würden. Das Kind sollte erkennen, dass es gerade das Wichtigste ist, sich zu beruhigen und dass es nicht alleine ist. Die Eltern oder weitere Bezugspersonen sollten an der Seite des Kindes bleiben und für es da sein. (Morgan, 2007, pp. 32-33, 68-69)

2.3 Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung

Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung benötigt es, wie bei allen anderen psychischen Störungen bei Kindern eine intensive und breitangelegte Diagnostik, um eine Therapieplanung vorzunehmen. Es ist wichtig, dass bei einer Diagnose von Kindern anhand der Symptomatik nicht direkt von einer Traumatisierung und einer bestimmten Art von Traumatisierung ausgegangen wird. Die kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten des Kindes können die Diagnose erschweren. (Landolt, 2012, p. 42; Rosner, 2013, p. 412) Das Amt für Gesundheit von Frankfurt am Main schreibt im Handbuch für die Praxis zum Thema „Kinder- und Jugendpsychiatrie“, dass aus diesem Grund die Eltern des Kindes mit in die Diagnostik einbezogen werden. Sind die Eltern an der Belastungssituation involviert, sollte das Gespräch der Eltern differenziert betrachtet werden. Ebenfalls können auch andere Bezugspersonen, wie zum Beispiel Lehrer oder pädagogische Fachkräfte aus Kindertageseinrichtungen, für die Diagnostik herangezogen werden. (Amt für Gesundheit, 2012, p. 212) Des Weiteren sollte dabei beachtet werden, dass beide Elternteile befragt und nach ihren Einschätzungen gefragt werden. Häufig unterschätzen sowohl Eltern als auch Lehrer oder Erzieher die gezeigten Symptome des Kindes. Aus diesem Grund sollte während des Diagnoseprozesses genauer nach den Symptomen von Wiedererleben, Vermeidungsverhalten und Übererregbarkeit gefragt werden. (Schulte-Körne, 2000, p. 236)

Bei Kindern ist besonders auf das Spielverhalten zu schauen. Von diesem können besonders Bezugspersonen wie Eltern und Erzieher hilfreiche Hinweise geben, da diese im All-

tag des Kindes dabei sind. Deshalb werden auch das Spielen, Malen oder andere gestalterische Verfahren dafür genutzt, dass Kinder sich in einer Diagnostik ausdrücken können. (Schulte-Körne, 2000, p. 236)

Zu Beginn einer Diagnostik mit Kindern, welche die Anzeichen einer Posttraumatischen Belastungsstörung haben, findet eine Entwicklungsanamnese statt. Dazu gehört die Analyse von der körperlichen, emotionalen und sozialen Entwicklung des Kindes, genauso wie bedeutsame Lebensereignisse und psychopathologische Vorbelastung. Ebenfalls gehört zu einer Diagnostik die Abklärung der familiären und sozialen Umgebung, zu dem eine Familienanamnese, eventuelle schulische Bedingungen und sonstige soziale Bedingungen des Kindes gehören. Des Weiteren wird eine allgemeine Verhaltens- und Psychodiagnostik vom Kind durchgeführt, bei dem die Verhaltensauffälligkeiten und die Komorbiditäten, psychische Befindlichkeiten und das Funktionsniveau des Kindes abgefragt werden. Außerdem gehört zu einer Diagnostik des Kindes eine Traumaspezifische Diagnostik hinzu, bei welcher eine Traumaanamnese, der Phasenverlauf von einer posttraumatischen Verarbeitung und Trauma spezifische Verhaltensauffälligkeiten und Störungen analysiert werden. (Landolt, 2012, p. 51)

Um eine Diagnose stellen zu können, werden zum Teil Fragebögen hinzugezogen. Ein häufig verwendetes Fragebogen für die Diagnose bei Kindern und Jugendlichen, ist die „Children Revised Impact of Event Scale“. (Rosner, 2013, p. 416) Deutschsprachige Diagnostische Verfahren sind dagegen das IBS-KJ und Child PTSD Reaction Index. Die Fragen in der Diagnostik sollten der vorliegenden Belastungssituation angepasst werden. Dabei sollte das Trauma im Gespräch benannt und nicht in anderen Worten umschrieben werden. (Kirsch & Izat, 2013, p. 249; Landolt, 2009, pp. 617-618)

2.4 Psychotherapeutische Behandlung von Kindern

Bei Kindern wird von einer medikamentösen Behandlung abgeraten. Dafür gibt es bis heute zu wenige Erfahrungen und die Reaktionen darauf. (Sendera & Sendera, 2011, p. 280)

Handelt es sich um eine Posttraumatische Belastungsstörung ist jedoch eine Psychotherapeutische Behandlung notwendig. In der Therapie einer Posttraumatischen Belastungsstörung liegt der Fokus auf dieser psychischen Störung. Die Behandlung ist abhängig von der Schwere und den Beeinträchtigungen, die der Patient mit in die Behandlung bringt.

Mit dem Patienten wird an der Wiederherstellung der äußeren Sicherheit, Beruhigung, Entspannung und der Ressourcenaktivierung im familiären und psychosozialen Netzwerk gearbeitet. (Kirsch & Izat, 2013, p. 254; Steinhausen, 2010, p. 240)

Das Amt für Gesundheit von Frankfurt am Main schreibt im Handbuch für die Praxis zum Thema „Kinder- und Jugendpsychiatrie“, dass die Methoden, die bei einer Psychotherapie mit Patienten einer Posttraumatischen Belastungsstörung angewendet werden, die Kognitive Verhaltenstherapie, Expositionstherapie, Psychodynamische Therapie und das Verfahren nach EMDR, auch Eye Movement Desensitization and Reprocessing genannt, sind. (Amt für Gesundheit, 2012, pp. 220-221) Die Therapieverfahren von Kindern- und Jugendlichen sind bis jetzt noch nicht ausreichend erforscht. Jedoch wurden bis jetzt viele gute Erfahrungen mit der Kognitiven Verhaltenstherapie erlangt. (Schulte-Körne, 2000, p. 237)

In der Kognitiven Verhaltenstherapie findet ein Expositionsverfahren statt. Dieses beinhaltet die Konfrontation mit traumrelevanten Inhalten durch mehrmaliges Wiedererleben des traumatischen Ereignisse oder Trauma relevanten Reizen und die Konfrontation durch eine Exposition mit sicheren Situation, die vom Klienten bis jetzt vermieden wurden. Auch soll das kognitive Verfahren dabei helfen dysfunktionale Gedanken und Interpretation des Traumas zu verändern. Diskriminierungstraining für Trigger und Erlernen von Emotionsregulation, Entspannungstechniken, Ressourcenaktivierung, Förderung positiver Gefühle werden durchgeführt. (Steinhausen, 2010, p. 240; Wagner, 2011, p. 564)

Die Vorgehensweise in der Therapie mit Kindern ergibt sich aus der erlebten Belastungssituation. Hat die Traumatisierung innerhalb der Familie stattgefunden, sind für den Aufbau der kindlichen Selbst- und Objektrepräsentanzen ein soziales Differenzierungslernen und die Möglichkeit von einer korrekten therapeutischen Beziehungserfahrung hilfreich. Des Weiteren sollte auf den Entwicklungsstand und den Entwicklungsaufgaben des Kindes eingegangen werden. Hierfür werden die Ressourcen und Stärken des Kindes in den Mittelpunkt gerückt und für die Verarbeitung der Belastungssituation genutzt. Wichtig ist auch, die Ressourcen aus dem sozialen Umfeld des Kindes zu nutzen. Hierfür können Bezugspersonen mit eingebunden werden und dem Kind bei der Trauma Bewältigung unterstützend zur Seite stehen. Eltern prägen mit ihrem Verhalten das Kind und somit den Umgang mit dem Trauma. (Fischer & Riedesser, 1998, p. 258; Schulte-Körne, 2000, p. 237)

In der Traumatherapie mit Kindern gibt es drei Phasen die als Leitlinien dienen können. Die Stabilisierung, Trauma Bearbeitung und Integration der Traumatisierung. (Rosner, 2013, p. 416)

Wichtig ist, dass das Kind in der Therapie nicht zu früh mit der Traumatisierung konfrontiert wird. Zunächst ist es notwendig eine stabile und tragfähige Beziehung zwischen dem Therapeuten und Klienten zu schaffen. Dadurch erfahren die Kinder Sicherheit, Geborgenheit und Verlässlichkeit, damit sie sich mit der Traumatisierung auseinandersetzen können. (Purtscher-Penz, 2015, p. 98) In der **Phase der Stabilisierung** geht es darum, das Kind somatisch, psychisch und sozial zu stabilisieren. Dadurch kann das Kind innere und äußere Sicherheit erfahren. Unter somatischer Stabilisierung versteht sich, dass die vergangenen und künftigen körperlichen Probleme abgeschlossen oder zunächst ärztlich betreut werden. Ist beim betroffenen Kind die Traumatisierung zum Beispiel aus einem Brand heraus entstanden und es stehen noch notwendige Operationen bevor, ist empfehlenswert die Trauma Bearbeitung hinauszuschieben. Unter sozialer Stabilisierung ist zu verstehen, dass das Kind soziale Unterstützung erfährt. Dabei ist auch sicherzustellen, dass bei einer Traumatisierung durch einen Menschen, zu dieser Person kein weiterer Kontakt besteht. (Rosner, 2013, p. 417)

Dann werden Coping-Strategien entwickelt, damit anschließend das Trauma benannt und bearbeitet werden kann. Durch Coping-Strategien lernt das Kind mit Gedanken und Gefühlen umzugehen und sie zugänglich zu machen. (Schulte-Körne, 2000, p. 237)

In der **Phase der Trauma Bearbeitung**, findet dabei eine Psychoedukation und Förderung der Erziehungskompetenz der Eltern, Entspannung, Emotionsregulation, kognitive Bewältigung und Verarbeitung statt. Ebenfalls gehören das Entwickeln eines Traumanarrativs, gemeinsame Eltern-Kind-Sitzungen und die Förderung künftiger Sicherheit dazu. Beim Einbezug der Eltern werden diese zum Beispiel als Ko-therapeuten eingebunden. Zudem nehmen Kinder und Eltern zunächst an getrennten Sitzungen teil und werden erst gegen Ende zusammen geführt. (Rosner, 2013, pp. 417-419)

Bei der Bearbeitung der Traumatisierung wird in der Therapie häufig auf Spieltherapeutische Ansätze zurückgegriffen. Wie oben bereits beschrieben, fällt es dem Kind leichter die Traumatisierung im Spiel wieder zu erleben und nachzuspielen. Der Therapeut kann

dabei immer wieder neue Gegenstände hinzugeben und die traumatische Situation für das Kind verändern und verbessern. (Schulte-Körne, 2000, p. 238)

In der **Phase der Integration** wird das traumatische Ereignis in den Lebensalltag des betroffenen Kindes einbezogen. Bei Kindern bedeutet dies auch den Blick in die Zukunft richten. (Rosner, 2013, p. 419)

Der Prozess der Bewältigung einer Belastungssituation kann nie abgeschlossen sein. Bei Kindern und Jugendlichen ist dabei auf die neuen Entwicklungsstufen der kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung zu achten, die immer wieder neue Reflexions- und Verarbeitungsmöglichkeiten benötigen. (Purtscher-Penz, 2015, p. 99) Im Handbuch für die Praxis vom Amt für Gesundheit von Frankfurt am Main steht, dass es das Ziel einer Therapie ist, dass das Kind und die Familienangehörigen Verständnis für die Situation bekommen, Handlungsspielräume für die Situation schaffen, Belastungsgeschehen weitestgehend bewältigt werden können, und eine Verhinderung eines chronischen Verlaufes der Posttraumatischen Situation und ein Entgegenwirkung vom Vermeidungsverhalten sattfindet. (Amt für Gesundheit, 2012, p. 218)

2.5 Belastungen für Familienangehörigen

Erleidet ein Kind ein psychisches Trauma, belastete dieses meistens die ganze Familie. Die traumatischen Belastungen beim Kind halten oft mehrere Wochen an und können nach gewisser Zeit sich wiederholen oder sogar verstärkt auftreten. Liegt eine Posttraumatische Belastungsstörung beim Kind vor, können sogar nach mehreren Jahren noch Symptome auftreten. Dieses bedeutet, dass wenn ein Kind ein Trauma erlebt hat, kann dieses für alle Familienmitglieder Einschränkungen im Leben bedeuten, unabhängig davon ob das Trauma gemeinsam erlebt wurde oder nur vom Kind alleine. Wenn Familienangehörige gemeinsam mit ihrem Kind das traumatische Geschehen erlebt haben und ebenfalls wie ihr Kind an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden, fällt es den Eltern häufig schwieriger ihre Kinder bei der Bewältigung der psychische Störung zu unterstützen. (Höwler, 2016b, p. 272; Korittko, 2015, p. 107; Steil & Rosner, 2013, p. 360)

Wird ein Elternteil ebenfalls traumatisiert oder entwickelt daraus ebenfalls eine Traumafolgestörung, kommt es häufiger zu Beziehungsprobleme zwischen den Elternteilen. Dieses kann zur Folge haben, dass sich die Eltern trennen und die Belastungssituation in der Familie umso größer wird. Dem Elternteil, welcher nicht an einer Traumatisierung oder einer Posttraumatischen Belastungsstörung leidet, fällt es schwerer sich in die Erfahrungen von seinem Partner und dem Kind hineinzuversetzen. Bei getrennt lebenden Eltern kann die vielleicht bereits angespannt Situation, sich verstärken. Dieses kommt zum Beispiel vor, wenn ein Elternteil dem anderen Elternteil die Schuld an der Traumatisierung des Kindes gibt. Der Konflikt wirkt sich dann zusätzlich auf das Kind aus und es kann in einen Loyalitätskonflikt geraten. (Krüger, 2017, pp. 80-81)

Eltern können durch das Leid des eigenen Kindes ebenfalls psychisch beeinflusst werden. Dazu zählen Antriebslosigkeit, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Stimmungsschwankungen und das Gefühl von Überforderung. Aber auch unkontrollierbare Gefühlsausbrüche, mögliche Wutausbrüche (verbal und nonverbal) und körperliche Symptome wie Depression, Burnout oder sogar Anzeichen einer Posttraumatischen Belastungsstörung sind möglich. Außerdem kann das traumatische Ereignis für das Kind die berufliche Situation der Eltern beeinflussen. Die Eltern nehmen eventuell die familiären Probleme mit zur Arbeit und es können Konflikte auf der Arbeit entstehen. Leidet ein Kind an einer Posttraumatischen Belastungsstörung fühlen sich häufig Eltern dafür verantwortlich, dass ihr Kind traumatisiert ist. Dieses kann einer der Gründe sein, warum die Situation in der Familie die Beziehung der Eltern belasten kann. Zwischen den Elternteilen können immer wieder Konfliktsituationen auftreten, bei denen alte Streitigkeiten und Probleme wieder hervorkommen. Bekommen die Kinder das mit, können bei Kindern weitere Belastungen zusätzlich zu der Traumatisierung und der Posttraumatischen Belastungsstörung entstehen. Meistens kommt es vor, dass die Kinder zunächst ruhig in solchen Situationen bleiben und dann später umso stärker auf solche Situationen reagieren. Es kann aber auch sein, dass die Elternteile unterschiedliche Auffassungen von der Situation haben und unterschiedlich mit dem Krankheitsbild ihres Kindes umgehen. Als Eltern fühlen sie eine große Belastung, in der Hilflosigkeit und Sorge um ihr Kind eine Rolle spielen. Sie müssen sich mehr als zuvor um ihr Kind kümmern. Auch kann eine soziale Isolation stattfinden, weil die Familie des betroffenen Kindes wenig Unterstützung und Verständnis von ihren sozialen Kontakten erfährt und eventuell sogar durch weit entfernte Arztbesuch viel unterwegs ist. (Höwler, 2016a, p. 80; Krüger, 2017, pp. 80-81)

Familien können durch die Traumatisierung ihres Kindes auch in eine finanzielle Notlage geraten. Es kann vorkommen, dass ein Elternteil durch die psychische Störung für das Kind Zuhause bleibt und nicht arbeiten gehen kann. Oder ein Elternteil ist ebenfalls von einer Traumatisierung betroffen und kann nicht arbeiten gehen. Weitere Belastungen, die auf die Familie zukommen können, sind juristische Verhandlungen, wie nach einem Unfall. Sie belasten die Familie bei der Auseinandersetzung mit dem Ereignis und kann ebenfalls zu Beziehungsproblemen zwischen den Familienmitgliedern führen. (Krüger, 2017, p. 81)

So lässt sich sagen, dass in der Familie große Sorgen, Schulgefühle, Hilflosigkeit, Ärger und Frustration herrschen kann, wenn ein Kind psychisch erkrankt. Eine Entlastung für die Familie ist hierbei die Diagnose, dass das Kind psychisch erkrankt ist. Denn dieses hilft den Eltern, dass sie nicht glauben, an der Erziehung ihres Kindes etwas falsch gemacht zu haben. Sie setzen ihre ganze Hoffnung in die Therapie, welche auch ihre Herausforderungen mit sich bringt. Meistens ist der Therapiebereich für die Familie etwas Neues. Die Eltern müssen sich mit den Gesetzen, den Kosten und der Suche nach einem geeigneten Therapeuten für ihr Kind auseinandersetzen. Hinzu kommt möglicherweise, dass sich das Kind weigert an einer Therapie teilzunehmen, wobei Überzeugungsarbeit der Eltern gefragt ist. Somit ist es wichtig, dass bei einer psychischen Erkrankung eines Kindes, auch die Eltern eine Unterstützung erfahren können, damit sie ihrem Kind bestmöglich zur Seite stehen können. Diese können sie zum Beispiel durch Elternarbeit, Psychotherapie oder Seelsorge erfahren. Wichtig ist, je schneller die Ressourcen von der Familie bereitgestellt werden, desto schneller kann es zu einer Stabilisierung und Genesung des Kindes und der ganzen Familie kommen. (Baierl, 2014f, p. 112; Höwler, 2016a, p. 80; Korittko, 2015, p. 107)

Eine besondere Herausforderung für die Familienmitglieder kann es sein, die Flashbacks des Kindes nachzuempfinden. Da sie selber nicht diese Erfahrung gemacht haben, ist es schwierig, sich solche Situationen vorzustellen und das Kind zu verstehen. Es kann dann dazu kommen, dass von den Familienmitgliedern unbewusst in Situationen von Flashbacks, das Kind Ignoranz erfährt. Das Kind fühlt sich dadurch allein gelassen, wenn die erlebten Situationen es immer wieder im Inneren belastet. Von den Bezugspersonen sollten Kinder emotionale Sicherheit und strukturelle Stabilität erfahren. Musste ein Elternteil zum Beispiel sexuellen Missbrauch erfahren, fällt es diesem Elternteil eventuell auch

schwer mit dem Kind darüber zu sprechen und das Kind kann sich abgelehnt fühlen. Auch kann es vorkommen, dass Eltern nach einem Verkehrsunfall Schuldgefühle haben und ihr Kind daraufhin verwöhnen. Das Kind, welches eventuell das Trauma gut verarbeitet hat, kann sich daraufhin inkompotent oder sogar krank fühlen. (Krüger, 2017, p. 80; Steil & Rosner, 2013, p. 359)

Handelt es sich bei der Traumatisierung des Kindes um ein Geschehen, welches im häuslichen Umfeld passiert ist, benötigt das Kind eventuell einen Ortswechsel, da die Flashbacks das Kind zu stark im alltäglichen Leben beeinflussen und an einer Genesung hindern. Dieses kann für einzelne Familienmitglieder oder sogar für die ganze Familie einen Ortswechsel oder vielleicht sogar einen Umzug bedeuten. (Krüger, 2017, p. 81)

Es kann auch vorkommen, dass das traumatisierte Kind die Erfahrung in Verbindung mit Handlung eines Elternteils bringt. Das Kind fängt dann an, diesen Elternteil zu meiden oder eventuell sogar anzugreifen. Eher selten werden in solchen Situationen die Schuldzuweisungen vom Kind angesprochen, sondern eher abgestritten. Hier ist besonders eine dritte Person wichtig, die zwischen den Familienmitgliedern vermittelt. Wenn es sich bei der Traumatisierung des Kindes um eine Missbrauchserfahrung innerhalb der Familie handelt, werden besonders beim Kontakt mit dieser Person Flashbacks beim Kind ausgelöst. Zu dieser Person wird vom Kind bewusst der Kontakt vermieden. Reagiert das Familienmitglied daraufhin verletzt oder gekränkt, können beim Kind Schuldgefühle entstehen, die bei der Bewältigung der Traumatisierung und der Posttraumatischen Belastungsstörung hinderlich sind. (Krüger, 2017, p. 79)

Ebenfalls kann es vorkommen, dass durch die Traumatisierung des Kindes ein Familienmitglied an eine frühere traumatische Erfahrung erinnert wird. Daher kann es sich zum Beispiel um eine Missbrauchserfahrung oder eine Kriegstraumatisierung handeln. Bei dem jeweiligen Elternteil können dann Schuldgefühle hervorkommen, weil sie ihr Kind nicht vor einer solchen Erfahrung schützen konnten. Schuldgefühle hindern zum Beispiel dem Elternteil gänzlich ihrem Kind zur Seite zu stehen. Es kann zu einer Überforderung seitens des Elternteils kommen und dem Kind können unbewusst Vorwürfe vermittelt werden. (Krüger, 2017, p. 79)

Ist ein Kind in der Familie psychisch erkrankt, stellt dieses eine große Herausforderung für die ganze Familie dar. Dies kann im Besonderen die Geschwisterkinder betreffen. Der

Tag braucht eine Struktur, welche dem betroffenen Kind hilft Stabilität zu erhalten. Dieses bedeutet, dass der neue Tagesablauf nach und nach zur Routine wird. In solchen Situationen versuchen die Geschwisterkinder es allen Familienangehörigen so recht wie möglich zu machen, welches sich doch als schwierig erweist, da das psychisch kranke Kind immer wieder in den Mittelpunkt rückt. Geschwisterkinder haben dabei das Gefühl wenig Aufmerksamkeit und Zuwendung von ihren Eltern zu erfahren und fühlen sich vernachlässigt, weil sie vieles alleine tun müssen. In ihrer hilflosen Situation versuchen die Geschwisterkinder immer mehr Aufgaben im Alltag zu übernehmen, in denen sie mehr Zeit mit ihren Eltern haben können. Vor ihrem psychisch erkrankten Geschwisterkind verhalten sich die gesunden Geschwisterkinder dabei stets so, als würde es ihnen gut gehen. (Höwler, 2016a, pp. 80-81)

Geschwisterkinder halten sich mit ihren Sorgen meistens zurück, wenn ein Kind in der Familie traumatisiert ist, um ihre Eltern nicht noch weiter zu belasten. Auf diese Kinder sollte ebenfalls geachtet und ihre Sorgen ernst genommen werden. Auch Geschwisterkinder können von Schuldgefühlen geplagt werden, weil sie ihr Geschwisterkind nicht vor der Traumatisierung schützen konnten. Sie wünschen sich eventuell, dass sie selbst die Traumatisierung erleiden hätten. Diese Gefühle können Depressionen, Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität oder weitere körperliche Symptome auslösen. (Krüger, 2017, p. 83)

Ein traumatisiertes Kind kann von seinen Eltern sehr viel Aufmerksamkeit bekommen, welches das Geschwisterkind in den Hintergrund rücken lässt. So kann ein Konkurrenzgefühl beim Geschwisterkind auftreten, welches es dazu veranlasst, durch Auffälligkeiten wieder in den Vordergrund zu rücken. Dabei können die Geschwisterkinder zum Beispiel Tic-Störungen entwickeln. Bei Tic-Störungen handelt es sich zum Beispiel um ein nervöses Zucken im Gesichtsbereich oder ständigem Hüsteln. Häufig wird dieses begleitet durch Infektionskrankheiten. Auch kann es sein, dass Kinder die Aufmerksamkeit ihrer Eltern erlangen wollen, in dem sie ein verändertes Verhalten im Alltag zeigen. Die Geschwisterkinder versuchen mit starker Anstrengung die Aufmerksamkeit ihrer Eltern zu erlangen. (Krüger, 2017, p. 84)

Handelt es sich um jüngere Geschwisterkinder, können sie in ihrem älteren Geschwisterkind nicht mehr das Vorbild sehen und nehmen ihn als hilflos wahr. Dem Kind fehlt die

Unterstützung in der Entwicklung durch das ältere Geschwisterkind. Die Rollen Erstgeborener und Zweitgeborener werden vertauscht. Handelt es sich um das jüngere Geschwisterkind, welches traumatisiert ist, löst dieses beim älteren Geschwisterkind den Beschützerinstinkt aus. Es kann zu einer Überforderung führen, wenn es dem jüngeren Geschwisterkind helfen will und Frustrationen und Selbstwertkrisen können entstehen. (Krüger, 2017, pp. 83-84)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Geschwisterkinder darunter leiden, dass sie bereits einige Verantwortung im Haushalt übernehmen und um die Aufmerksamkeit ihrer Eltern kämpfen müssen. Dabei stellen sie ihre eigenen Bedürfnisse beiseite und fühlen sich teils als Außenseiter in der Familie. Auch leiden die Geschwisterkinder darunter, wenn bei Ausflügen in der Öffentlichkeit die ganze Aufmerksamkeit auf das psychische Kind gerichtet ist und die Familie dabei durch das Verhalten des psychisch kranken Kindes auffällt. Zusätzlich kann es vorkommen, dass sich der Freundeskreis der Geschwisterkinder ändert, da nicht alle sozialen Kontakte die psychische Störung nachvollziehen können. (Höwler, 2016a, p. 81)

Geschwisterkinder brauchen in der Zeit der Erkrankung ebenfalls Unterstützung und Eltern, die sie bei den Veränderungen in der Familie begleiten. Dabei können Fragen zum Verhalten des betroffenen Kindes geklärt werden. Es kann aber auch besprochen werden, warum es das betroffene Kind viel Aufmerksamkeit bekommt, warum andere Geschwisterkinder auch traumatisiert sein können oder nicht und wie Geschwister mit dem Verhalten des betroffenen Kindes umgehen können. (Baierl, 2014f, p. 112) Alles in allem zeigt dies, dass eine Traumatisierung des Kindes die Familienmitglieder und die Beziehungen der einzelnen Familienmitglieder stark verändert. (Krüger, 2017, p. 84)

3 Die Traumafachberatung

Beratung unterstützt Menschen in Krisensituationen einen guten Lösungsweg zu finden. Somit ist es wichtig, dass während der Behandlung oder der Therapie des psychisch kranken Kindes, auch die Familienangehörigen eine Betreuung nutzen können. (Höwler, 2016a, p. 81; Schwing & Fryszer, 2013, p. 12)

Eine Traumafachberatung ist dann notwendig, wenn die Selbstheilungskräfte der Familie des psychisch kranken Kindes nicht mehr helfen oder die Familie eine traumatische Starre erleidet und ihre Ressourcen nicht mehr aktivieren kann. Durch eine Traumafachberatung kann die Familie wieder ihre Ressourcen aktivieren und es können eventuell auch neue hinzukommen. (Korittko, 2015, p. 109) In der Beratung bekommen die Betroffenen und Angehörigen Informationen, um die psychischen Reaktionen des Kindes zu verstehen und nachzuvollziehen. So bekommen die Eltern Anregungen, wie sie den Alltag mit dem psychisch kranken Kind gestalten können. Insgesamt soll die Traumafachberatung die Familienangehörigen des Kindes unterstützen und entlasten. Denn die Bezugspersonen spielen durch ihr Verhalten bei der Reduzierung der Belastung ihres Kindes eine große Rolle. Sie stehen im Alltag in vielen Interaktionen mit ihren Kindern. (Baierl, 2014f, p. 108; Heinrichs & Lohaus, 2011, p. 77) Eltern kann darin geholfen werden, dass das betroffene Kind weniger Risikofaktoren ausgesetzt ist. In der Beratung kann besprochen werden, welchen Einfluss das Verhalten der Eltern auf das Kind haben kann. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in der Traumafachberatung eine Unterstützung der Elternfunktion und eine Stabilisierung der allgemein familiären Situation, genauso wie eine Psychoedukation stattfinden. (Baierl, 2014f, p. 112; Kirsch & Izat, 2013, p. 250)

3.1 Kompetenzen für das professionelle Handeln als Berater/in

Berater/in arbeiten in der Traumafachberatung mit ihren Klienten an komplexen Themen und Problemen. Daher ist es wichtig, dass eine vertrauensvolle Zusammenarbeit geschaffen wird. Der Berater oder die Beraterin sollte eine empathische Haltung einnehmen, bei der dem Klienten offen und genau begegnet und Verständnis für die Situationen von jedem einzelnen Familienmitglied gezeigt wird. Jedem Familienmitglied muss gleichermaßen Empathie entgegengebracht werden. Je besser sich ein Berater oder die Beraterin in die einzelnen Klienten hineinfühlen kann, desto besser fühlen sie sich in ihren Meinungen verstanden und lassen sich auf die Veränderung ein. (F. Mattejat, 2000, p. 378; Reichel,

2005, p. 19) Die wertschätzende Haltung den Eltern gegenüber hilft somit bei deren Annahme von Hilfemöglichkeiten von den Eltern. Genauso wichtig ist ein respektvoller Umgang mit den Klienten. Dadurch zeigt der Berater oder die Beraterin dem Klienten, dass sie ernst genommen werden und die Situation in der Familie verstanden wird. (Baierl, 2014f, p. 110; Weinberg, 2006, p. 244) Das Anerkennen von positiven Absichten und Einbeziehen in die Veränderungen zeigt den Klienten die positive Absicht vom Berater oder der Beraterin. Hilfreich kann hierbei sein, sich als Berater oder Beraterin in die Welt der Klienten hineinzuversetzen und diese nachzuvollziehen. Dabei müssen Berater und Beraterinnen darauf achten, in ihrer eigenen Situation zu bleiben und nicht mitgerissen zu werden. Auch ist es wichtig, dass der Berater oder die Beraterin sich in ihrer Macht und Stärke bewusst ist und nur zum Wohle der Klienten einsetzt. (Baierl, 2014c, pp. 48-51)

3.1.1 Fachkompetenz

Fachkompetenz hilft die Absichten der Klienten nachzuvollziehen und fachlich darüber zu urteilen. Dafür benötigen Berater und Beraterinnen die Bereitschaft, die eigenen pädagogischen Ansichten, Kompetenzen und Verhaltensweisen erweitern und reflektieren und sich auf die Klienten einzulassen. Zur Fachkompetenz gehört das Wissen über Psychotraumatologie, welche wichtig ist, um die Sichtweisen und Forschungsergebnisse zu den Traumatisierungen zu kennen. Auch sollte ein Grundwissen der Entwicklungsrisiken, Entwicklungschancen und unterstützenden Faktoren von Traumatisierungen vorhanden sein. Hinzu kommt ein Basiswissen über Ausmaß, Dynamik, Folgen und Strategien von Tätern zum Beispiel beim Missbrauch, die Grundkenntnisse über Dynamik von traumatischen Übertragungen und Gegenreaktionen. Auch das Wissen zum Methodentraining wie Biografiearbeit, Genogrammarbeit, Aufklärungsarbeit, der Enttabuisierung, dem Umgang mit Geschlechtsdifferenz und weiteren Beratungsmethoden. Zusätzlich ist das Grundwissen über Beziehung und Bindung, sowie Reflexionsmöglichkeiten und das Grundwissen über die Pflege der eigenen Psychohygiene notwendig. (Baierl, 2014c, p. 53; Weiß, 2003, pp. 154-155, 224-225)

Eine Methode, die in der Traumafachberatung häufig angewendet wird, ist die Systemische Beratung. In dieser wird angenommen, dass Symptome und Probleme nicht als Defizite gesehen werden, sondern als misslungene Lösungsversuche. Ressourcen und Stärken stehen dabei in der Beratung im Mittelpunkt, wobei Lösungen gefunden werden und

weniger die Probleme zentrales Thema sind. Dabei soll die Kraft für das Finden von Lösungsstrategien von den Klienten ausgehen. Die Aufgabe des Berater oder der Beraterin ist es, auf die Fähigkeiten vom Klienten zu achten und auf sie zu vertrauen. Durch Fragetechniken kann der Berater oder die Beraterin den Blick des Klienten auf die Fähigkeiten und Erfolgserlebnisse lenken und somit auf die Ressourcen aufmerksam machen. Auch ist es wichtig, dass der Berater oder die Beraterin davon ausgeht, dass das Verhalten des Klienten durch den Lebenszusammenhang, also dem Kontext entstanden ist. In der systemischen Beratung werden die Lebenszusammenhänge erforscht. Dadurch lernen die Klienten wie aus dem Problem herausgefunden und beim nächsten Mal die Krise verhindert werden kann. Dafür sollte der Berater oder die Beraterin den Klienten respektvoll und interessiert gegenüber treten, um einen wertschätzenden, wohlwollenden und liebevollen Zugang zu schaffen. (Schwing & Fryszer, 2013, pp. 11, 12, 20-25, 30, 50, 55)

3.1.2 Selbstfürsorge

Supervision bedeutet eine begleitete Reflexion von Beratung, deren Arbeitsprozesse, der beruflichen Rolle und den Tätigkeiten. Durch sie können die Zufriedenheit auf der Arbeit und der persönliche Wachstum erhöht werden. (Reichel, 2005, p. 20; Weiß, 2011, p. 229) Von den persönlichen Erfahrungen des Beraters, der Beraterin ist es abhängig, inwieweit die Klienten sich auf die Beratungssituation einlassen können. Dabei spielen die eigenen Bindungserfahrungen auch eine wichtige Rolle. Hierbei ist eine Supervision hilfreich, in der der Berater oder die Beraterin über ihre eigenen Erfahrungen und Bindungserfahrungen sprechen können. In der Selbstreflexion kann somit eine bewusste Auseinandersetzung mit der eigenen Kindheit und den eigenen Werten stattfinden. Durch prägende Erfahrungen wird die eigene Gefühlswelt positiv oder negativ beeinflusst, welches zu einem Interessenkonflikt führen kann. Es sollten die eigenen Bindungsmuster wahrgenommen werden, Normen von Familie, Sexualität, Beziehungen reflektiert und Klarheit über die eigene Handlungsfähigkeit geschaffen werden. Ebenfalls zur Selbstreflexion gehört die Auseinandersetzung von der beruflichen Situation. Dazu gehören der Umgang mit Gegenübertragung und Übertragung in der Beratung und die Wertschätzung, die den Klienten entgegengebracht werden sollte. (Suess, 2010, p. 274; Weiß, 2011, pp. 227-229)

Als Berater oder Beraterin ist es wichtig auf die eigene Selbstfürsorge zu achten. Sie ist wichtig für die berufliche Identität und der psychischen Unversehrtheit. Außerdem kann

so einem Burnout entgegenwirken und bei der Akzeptanz von Leiden und der Wahrnehmung von Gefühlen eigenen Klarheit geschaffen werden. Es ist wichtig als Berater oder Beraterin auf sich selbst zu achten und ein Gegengewicht zur Arbeit zu finden. Ist dieses einem Berater oder einer Beraterin möglich, können ein professionelles Selbstverständnis und eine Rollenklarheit sattfinden und professionelle Nähe kann eingehalten werden. (Weiß, 2003, p. 161) Möglichkeiten für eine Selbstfürsorge können zum Beispiel erhöhte Selbstaufmerksamkeit, Akzeptanz von Leiden, Wahrnehmung und Umgang mit beeinträchtigten Gefühlen, körperliche Aktivitäten, Urlaub, Umgebungswechsel, keine Überlastung sowohl beruflich als auch privat, sich eine schöne Umgebung schaffen, kreativ ausdrücken, Entspannung, Naturkontakt, Mediation und gute Beziehungen pflegen. (Weiß, 2011, p. 232)

Hilfreich kann auch sein sich Kooperationen im Team zu schaffen und die Möglichkeiten im kollegialen Austausch, Verantwortlichkeiten abzuklären, Fachwissen anzueignen und Fortbildungen zu besuchen und zu nutzen. Geschilderte Erfahrungen können dem Berater oder der Beraterin sehr nahe gehen, Ängste können ausgelöst werden oder die Schilderungen der Familien sind schwer zu verarbeiten. In diesem Fall ist neben den eigenen Selbsterfahrungen und der Selbstreflexion eine Teamsupervision hilfreich. Eine Teamsupervision kann dabei weiterhelfen, die Geschichte des Kindes zu verstehen und nachzuvollziehen. Es kann eine Absprache getroffen werden, wie mit der Familie weiter gearbeitet wird und welche Unterstützungsmöglichkeiten sie bekommen kann. (Baierl, 2014b, p. 126; Gotthardt-Lorenz & Steinhardt, 2015, pp. 209, 211-212)

3.1.3 Herausforderungen in der Traumafachberatung

Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen lassen sich auch auf Probleme in den Familien und familiären Beziehungskonflikten zurückführen. Aber sie können auch Probleme im Familiengeschehen hervorrufen. Somit sollten bei psychischen Störungen des Kindes immer auch die Familien des Kindes mit in die Behandlung einbezogen werden. Dieses kann eine Herausforderung in der Traumafachberatung sein, denn es handelt sich dabei um mehrere Personen in einer Beratung. Von den zwischenmenschlichen Beziehungen ist das Wohlergehen jedes einzelnen Familienmitgliedes abhängig. Dabei beeinflusst auch jedes Familienmitglied das Familiensystem und die bestehenden Familienbeziehungen. Ob in der Familie etwas verändert wird oder nicht, ist somit von den einzelnen Familienmitgliedern abhängig (Erler, 2003, p. 129; Juul, 2015b, p. 17; F. Mattejat,

2000, p. 375) Um das Familiensystem zu verstehen, muss der Berater oder die Beraterin herausfinden, wie die Familie miteinander kommuniziert. Das Amt für Gesundheit von Frankfurt am Main hat ein Handbuch für die Praxis zum Thema Kinder- und Jugendpsychiatrie herausgebracht, in dem steht, dass es wichtig ist, auffälliges Verhalten angemessen einzuschätzen, Fragen ehrlich zu beantworten und spontane Gespräche zuzulassen. (Amt für Gesundheit, 2012, pp. 224-225) Handelt es sich um eine Traumatisierung, die die ganze Familie gleichzeitig erlitten hat, spricht man von einer Simulanten Traumatisierung. Dieses bedeutet, dass die ganze Familie mit den neurologischen und interaktionsellnen Einwirkungen vom Trauma sich beschäftigen muss. Dieses kann zum Beispiel bei einem Autounfall der Fall sein. Wichtig ist dabei, dass jedes Familienmitglied das Trauma anders erlebt haben kann und auch durch die unterschiedlichen Entwicklungsstufen, unterschiedlich mit dem Ereignis umgehen kann. Diese müssen wahrgenommen werden und auf jedes einzelne Familienmitglied muss mit seinen individuellen Bedürfnissen eingegangen werden. (Korittko, 2015, pp. 109-110) Auch kann es sein, dass der Berater Sekundärtraumatisierungen erkennen muss und auf diese eingehen sollte. Verhaltensweisen und Emotionen von Familienangehörigen können aus dem Wissen entstehen, dass eine nahestehende Person eine Traumatisierung erlitten hat oder an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leidet. Dieses stellt in der Beratung die Herausforderung, diese so zu gestalten, dass keine Familienangehörigen Sekundärtraumatisierung erleiden. (Gies, 2009)

Als Berater oder Beraterin ist es auch wichtig mit unbearbeiteten und unausgesprochenen Konflikten zwischen den Elternteilen zu rechnen und diese im Notfall auch auffangen zu können. Erst wenn dieser Konflikt, eventuell auch durch externe Unterstützung, bearbeitet wurde, können sich die Elternteile ganz auf die Traumfachberatung einlassen. Eine herausfordernde Aufgabe für den Berater kann es somit auch sein, die Familienmitglieder dahin zu bringen, sich zu öffnen und auf das Thema der Traumatisierung einzulassen. Durch einen anerkennenden und respektvollen Umgang miteinander und durch eine klare Rollen- und Aufgabenverteilung, kann es den Familienmitgliedern leichter fallen sich auf eine Selbstreflexion und die gesamte Beratung einzulassen. (Gies, 2009; Juul, 2015b, pp. 102-105)

3.2 Familieninterventionen

Die Zusammenarbeit mit den Eltern und weiteren wichtigen Bezugspersonen ist bei einer psychischen Störung des Kindes von großer Bedeutung. Die Arbeit mit den Eltern soll die Arbeit der Einzeltherapie des Kindes ergänzen und die Eltern sollen die Therapie ihres Kindes verstehen und nachvollziehen können. (F. Mattejat, 2000, p. 376)

Eine Familie ist eine komplexe soziale Einheit, bei der die Familienmitglieder zusammen funktionieren und voneinander abhängig sind. Kommt es zu einer Belastungssituation eines Familienmitgliedes, kann sich dieses auf die ganze Familie auswirken. Die Gestaltung der Eltern-Kind-Beziehung kann somit auch zu Veränderungen in der gesamten Familie beitragen. (Siegler, DeLoache, & Eisenberg, 2011, p. 461)

Kommt es dadurch zu Veränderung der Familienstrukturen, kann dieses eine Herausforderung für die ganze Familie sein. Wenn es zum Beispiel zu einer Scheidung und Trennung innerhalb der Familie kommt, können neuen Strukturen in der Familie entstehen. Durch die neuen Strukturen kann es zu einer neuen Chance für die Familienstruktur kommen, aber auch zu einem Scheitern von Lebensanforderungen. Aber auch ein traumatisiertes Kind verändert die Rollenverteilung in der Familie. Durch systemische Aufstellungsarbeit in der Beratung, wie zum Beispiel durch das Familienbrett, lässt sich dieses gut erkennen. Auch Ressourcen, Krankheiten und weitere Symptome können dabei dargestellt werden. In der Familienberatung soll auf die neue Strukturierung eingegangen werden und die Veränderung bearbeitet werden. (Gies, 2009; Langhirt, 2017, p. 152)

Zu den verhaltenstherapeutischen Familieninterventionen gehört die Psychoedukation, das Elterntesting und falls notwendig, die Vermittlung zu einer kognitiven Familientherapie. Eine Familientherapie wird dann notwendig, wenn eine Behandlung für die Veränderung der familiären Beziehungen notwendig ist. Denn Familienbeziehungen und psychische Störungen beeinflussen sich gegenseitig. In der Traumafachberatung kann den Familienangehörigen somit zu einer strukturierten oder beziehungsorientierten Familientherapie geraten werden. Bei der strukturierten Familientherapie sollen die Eltern Hilfsstellungen erfahren wie sie ihre Kinder bei der Bewältigung der psychischen Störung unterstützen können. Hierfür wird den Eltern die Wechselwirkungen zwischen der Symptomatik des Kindes und den Reaktionen der Eltern darauf nähergebracht. Einige Reaktionen von Eltern verstärken oder erhalten die Symptomatik aufrecht, wobei eine Veränderung in den Interaktionen zwischen Eltern und Kind notwendig ist. Bei der beziehungsorientierten Familientherapie geht es um konflikthafte und unbefriedigte familiäre Beziehungen.

Die Symptome des Kindes sind nicht im Themenvordergrund. Dafür finden eine Klärung familiärer Interaktionen und von Beziehungskonflikten statt. Die Bedürfnisse der einzelnen Familienmitglieder sollen beachtet werden und neue Entwicklungsmöglichkeiten in der Familie geschaffen werden. (F. Mattejat, 2000, pp. 278, 375-376)

3.2.1 Psychoedukation und Kooperationen

Eine Psychoedukation ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung eines traumatisierten Kindes. Sie enthält die Aufklärung der Eltern und weiteren Bezugspersonen über die psychische Störung des Kindes und wie sie mit dem Krankheitsbild des Kindes umgehen können. (Knaevelsrud, Liedl, & Stammel, 2012, p. 22; Fritz Mattejat, 2009, p. 278) Eine Psychoedukation bietet Informationen zum Krankheitsbild des Kindes und mögliche Problemlösungsstrategien. Auch liefert sie Informationen zu möglichen Hilfen, finanziellen und rechtlichen Fragen, sowie Risiko- und Schutzfaktoren. Durch eine Psychoedukation kann es zu erheblichen Entlastungen in der Familie führen, da sie das Krankheitsbild nachvollziehen und weitere Sorgen besprechen können. Hierfür ist ausreichend Zeit und Ausführlichkeit notwendig, damit Fragen und Anliegen der Eltern und weiteren Bezugspersonen besprochen werden können. So ist es auch wichtig, dass in der Psychoedukation mit der Angst der Eltern richtig umgegangen wird. Besonders bei der Aufklärung sollte auf die Ängste und Sorgen der Eltern geachtet und eingegangen werden (Baierl, 2014f, p. 112; Höwler, 2016a, p. 81; Knaevelsrud et al., 2012, p. 22; Weinberg, 2006, p. 241)

Um sich mit dem Krankheitsbild des Kindes auseinanderzusetzen und den Umgang mit ihm zu gestalten, können Familienangehörige auch auf Ressourcen durch Kooperationen zurückgreifen, die ihnen in dieser Zeit zur Seite stehen können. Dadurch können sie einen effektiven Zugang zu den Ressourcen für das Kind zu schaffen. (Korittko & Pleyer, 2014, p. 66)

Die Familien können zum Beispiel mit pädagogischen Fachkräften in der Kindertageseinrichtung oder Lehrern in der Schule sprechen, dass die Konflikte konstruktiv gelöst werden. Diese Fachkräfte können den Eltern ebenfalls Beobachtungen mitteilen, aber auch das Kind verstehen und es unterstützen, sobald dieses notwendig ist. Es können Verhaltensabsprachen getroffen und gemeinsam für das Kind gearbeitet werden. (Baierl, 2014a, p. 117; Sendera & Sendera, 2011, p. 292; Weinberg, 2006, p. 241)

Als weitere Hilfen, können Psychologen oder Ärzte aufgesucht werden, es kann ein Wohnungs- oder Schulwechsel in Frage kommen oder das Kind darauf vorbereitet werden, dass eventuell eine Beerdigung, Gerichtsverhandlung oder ein Krankenhausbesuch bevorsteht. Auch können Turngeräte angeschafft werden, an denen sich das Kind auspowern und ablenken kann. Dem Kind sollten Fähigkeiten vermittelt werden, die es bei eventuellem Auftreten einer ähnlichen Situation schützen könnte. Dafür kann sich mit dem Jugendamt, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der ambulanten Erziehungshilfe ausgetauscht und Informationen eingeholt werden. (Rothdeutsch-Granzer, Weiß, & Gahleitner, 2015, p. 179; Weinberg, 2006, pp. 242-243)

Für die Eltern kann auch eine Vernetzung, mit anderen Eltern, die ähnliche Erfahrungen machen, wichtig sein. (Weinberg, 2013, pp. 197-198) Dort können sie sich über Erfahrungen, Ängste, Unsicherheiten, Scham und der Integration des Störungsbildes in den Familienalltag austauschen. Denn Eltern werden während der Behandlung ihres Kindes zum Experten des Störungsbildes. (Höwler, 2016a, p. 81)

3.2.2 Elterntraining

Für ein Kind, welches an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leidet, sollte der Alltag soweit es geht vorhersehbar gemacht werden. Gewohnheiten und Rituale sollten geschaffen werden. Auch stressige Situationen sollten vermieden werden und gegebenenfalls sollte eine angepasste förderliche Lernumgebung für das Kind geschaffen werden, welches einen Ausgleich zur Schule ermöglicht. (Weinberg, 2013, pp. 196-197)

Das Elterntraining ist meistens für Eltern mit Kindern im Alter bis zwölf Jahre und ist eine Ergänzung zur Elternberatung und soll den Bezugspersonen im Umgang mit ihren Kindern helfen. (Heinrichs & Lohaus, 2011, p. 77; Schwenck & Reichert, 2012, p. 37) Eltern sollen positive Verhaltensstrategien entwickeln und diese im Alltag anwenden. Damit können die kindlichen Verhaltensauffälligkeiten verringert werden und die Eltern-Kind Interaktion gestärkt werden. (Fritz Mattejat, 2009, p. 278)

Eltern lernen durch Verhaltensübungen und Verhaltensrückmeldungen die Erziehungs-kompetenzen zu erweitern. Dabei geht es darum die Ressourcen und Fähigkeiten von den Eltern festzustellen, die das Kind bei der Trauma Bewältigung unterstützen können. (Baierl, 2014f, p. 108; Heinrichs & Lohaus, 2011, p. 78) Auch können Eltern durch die Techniken von Verhaltenssteuerung, Emotionsregulation und Impulsregulation lernen, dem Kind zu zeigen, dass es sich auf sie verlassen kann und die Bezugspersonen die

Beschützer sind. Sie lernen das Verhalten des Kindes zu beobachten, klare verhaltensbezogene Ziele zu setzen, klare Anforderungen und Anweisungen zu geben und einen positiven Kommunikationsstil zu benutzen. (Fritz Mattejat, 2009, p. 285; Sendera & Sendera, 2011, p. 293) Wichtig ist bei den Techniken, dass die Eltern ihre eigenen Gedanken und Gefühle einbringen können und sich so mit den Verhaltensweisen besser identifizieren können. Gleichzeitig kann ein Austausch zwischen den Elternteilen sattfinden und sie gegenseitig stärken. (Schwenck & Reichert, 2012, p. 26)

Durch die Förderung verschiedener Kompetenzbereiche der Eltern kann das Kind eine positive Entwicklung durchlaufen und die Selbstwirksamkeit steigern. Zur kindbezogenen Kompetenz gehört die Empathiefähigkeit, die Bereitschaft das Kind zu unterstützen und der Respekt und die Möglichkeit der Autonomie. Eine weitere Kompetenz ist die Kontextbezogenheit. Dabei geht es um die Bereitstellung von entwicklungsfördernden Situationen für das Kind. Hierfür spielen jedoch auch soziale und materielle Voraussetzungen wie zum Beispiel Arbeitslosigkeit, eine Rolle. Eine weitere Kompetenz von Eltern kann die Selbstbezogenheit sein. Darunter sind das Erziehungs-, Bildungs- und Beziehungswissen der Eltern, aber auch deren eigenen Bedürfnisse und Vorstellung von Werten und Strategien zu verstehen. Ebenfalls gehört die handlungsbezogene Kompetenz dazu. Wenn die Eltern vom Kind in speziellen Interaktionssituationen ein bestimmtes Verhalten erwünschen, können die Eltern ein konsequentes Handeln, Entschlossenheit und Vertrauen anwenden. (Schwenck & Reichert, 2012, p. 25)

Beim Elterntraining wird häufig die verhaltenstherapeutischen Methode angewendet, bei dem, zum Beispiel mit Rollenspielen zur Vermittlung von Hilfestellungen und Erfolgserlebnisse gearbeitet wird. Die Selbstbeobachtung, Selbstverstärkung und Selbstbewertung soll den Eltern dabei helfen eine Verbindung zum Alltag zu schaffen und praktische Inhalte zum Familienalltag auszuprobieren. Auch wenden die Berater die Methode der positiven Verstärkung an, bei dem es um ein gezieltes Nachfragen und Anleiten vom Berater oder der Beraterin geht, damit die Eltern Probleme, Ziele und kritische Situation genau beschreiben können. Danach erhalten die Eltern von der Fachkraft eine Rückmeldung. Durch das Chaining werden vom Berater die Lösungswege unterteilt und miteinander verknüpft und durch das Shaping die richtigen Lösungsstrategien und Erziehungsstrategien verstärkt. Des Weiteren gibt es die Methode der kognitiven Umstrukturierung, bei

der die dysfunktionalen Gedanken den Eltern gespiegelt und durch eine Anleitung ersetzt werden. (Schwenck & Reichert, 2012, pp. 64-65)

3.3 Themen der Traumafachberatung

Bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung eines Kindes werden die Eltern sehr viel in die Behandlung einbezogen. Der Einbezug nimmt mit dem Jugendalter des betroffenen Klienten ab. Die Eltern sollen in ihren Fertigkeiten im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten und emotionalen Schwierigkeiten Unterstützung erfahren. Auch werden sie als Kotherapeuten einbezogen. So lernen sie wie sie Selbsthilfestrategien im Alltag einbauen können, werden mit einbezogen beim Teilen des Traumanarrativs des Kindes, erfahren wie sie das Kind emotional stärken und stabilisieren können und die Eltern erfahren, wie sie das zukünftige Wohl des Kindes sichern können. (Kirsch & Izat, 2013, p. 257)

Der Umgang zwischen den Eltern und dem traumatisierten Kind ist eine Herausforderung, bei welchem Unterstützung benötigt wird. In der Beratung können Eltern lernen mit den Krisen umzugehen und frühe Zeichen einer psychischen Erkrankung wahrzunehmen. Sie sollten ihrem Kind zeigen, dass sie sich gemeinsam etwas zutrauen können und sie gemeinsam die Zeit der Erkrankung meistern. (Baierl, 2014f, p. 108; Höwler, 2016a, p. 82)

Zunächst geht es darum, für das traumatisierte Kind einen sicheren Ort zu schaffen und die Grundbedürfnisse des Kindes sicherzustellen. Zusätzlich sollten Resilienzfaktoren für die Reduzierung von Risikofaktoren gefördert werden und Personen in der Nähe des Kindes sein, von denen es Vertrauen und Schutz bekommt. Wichtig ist auch, dass Lebensbedingungen im Alltag des Kindes geschaffen werden, in denen sich das Kind wohlfühlt und sich mit dem traumatisierenden Ereignis auseinandersetzen kann. Dabei können, zum Beispiel Strukturen, einen Halt im Leben des Kindes geben. Auch sollte dem Kind geholfen werden, sich selbst und seinen Fähigkeiten zu vertrauen. (Baierl, 2014d, pp. 56-57)

Resilienz bedeutet psychische Widerstandskraft, auf das im Kapitel 2.1 „Schutzfaktoren bei einem psychischen Trauma“, bereits näher eingegangen wurde. Um die Resilienzfaktoren eines Kindes zu fördern, sollten Eltern angemessene Erwartungen an das Kind stellen, Aktivitäten gegebenenfalls beaufsichtigen, dem Kind zur Seite stehen, ein geordnetes häusliches Umfeld schaffen und eine starke Bindung zum Kind haben, in der sich die Sorgen des Kindes angehört werden. (Berk, 2011, p. 11; Siegler et al., 2011, p. 2)

Bei den Resilienzfaktoren kann zwischen kindbezogenen Faktoren, personalen Faktoren und sozialen Ressourcen unterschieden werden. Zu den kindbezogenen Faktoren gehören die positive Temperamenteigenschaften, interkulturelle Fähigkeiten, erstgeborenes Kind und das weibliche Geschlecht. Unter möglichen personalen Resilienzfaktoren versteht man die Selbstwahrnehmung, Selbstwirksamkeit, Selbststeuerung, Soziale Kompetenz, Umgang mit Stress und Problemlösefähigkeiten des Kindes. Mögliche soziale Ressourcen der Familie können zum Beispiel mindestens eine stabile Bezugspersonen mit Vertrauen und Autonomie, Zusammenhalt und Stabilität genauso wie eine konstruktive Kommunikation in der Familie, enge Geschwisterbindung, altersangemessene Verpflichtungen des Kindes im Haushalt, hohes Bildungsniveau der Eltern, unterstützendes Netzwerk innerhalb der Familie zum Beispiel durch Großeltern, Verwandte, Nachbarn oder ein hoher sozioökonomischer Status sein. (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2014, p. 29)

Nicht jedes Kind kann alle Schutzfaktoren besitzen und kann vor allem auch nicht gegen alle Belastungen resilient sein. Kinder können die Resilienzfaktoren dafür nutzen, bei Belastungssituationen sie als Schutzfaktoren, bei der Bewältigung der Erfahrung zu nutzen. Je mehr ein Kind von der Familie in seinen Resilienzfaktoren gestärkt wird, desto mehr kann das Kind sie auch bei der Bewältigung einer Traumatisierung einsetzen. (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2014, p. 30)

Wichtig kann auch sein, dass mit den Bezugspersonen immer wieder angesprochen wird, dass es eine Unterscheidung zwischen der Situation in der das Trauma entstanden ist und dem aktuellen Stand gibt. (Sendera & Sendera, 2011, p. 292) Dabei liegt die Konzentration auf die gemeinsame Veränderung und nur kurze Sichtweise auf die Frage der Schuld. Handelt es sich um eine Zusammenarbeit mit Bezugspersonen die schädlichen Einfluss auf die Traumatisierung hatten, sollte dieses thematisiert werden. Dabei sollten primäre Bemerkungen, Hinweise, Beobachtungen kritischer Situationen angesprochen werden, konkrete Erfahrungen in der Familie erfragt werden und genauer Schilderungen vom Berater oder der Beraterin gewünscht werden. (Korittko & Pleyer, 2014, p. 66; Weinberg, 2006, pp. 241-242)

In einer Traumafachberatung kann den Eltern auch nochmal aufgezeigt werden, dass Geschwisterkinder ihren Interessen nachgehen dürfen. Dabei haben sie Zeit für sich und können sich auf sich selber konzentrieren. Dieses können zum Beispiel Aktivitäten sein, in denen sie Entspannung und Erfolgserlebnisse erfahren können. Außerdem können Eltern in der Traumafachberatung lernen mit Diskriminierung und Stigmatisierung durch

die Gesellschaft umzugehen. Sie sollten sich auf die Fortschritte, die ihr psychisch krankes Kind macht, konzentrieren und darüber freuen. Gemeinsam können sie in der Beratung sich von ihren Schuldgefühlen befreien und nach vorne schauen. Sie können an sich arbeiten und dem Kind helfen die psychische Erkrankung zu bewältigen. (Höwler, 2016a, p. 82)

3.3.1 Grundbedürfnisse des Kindes sicherstellen

Um das oder ein Kind bei der Bewältigung nach einer Traumatisierung zu unterstützen, erfahren Eltern in einer Traumafachberatung, wie sie zunächst die Grundbedürfnisse des Kindes sicherstellen können. Dazu gehört eine liebevolle Beziehung, körperliche Sicherheit, entwicklungsangemessene Erfahrungen im Leben mit Grenzen und Strukturen, eine stabile und sich gegenseitig unterstützende Gemeinschaft und eine gesicherte Zukunft. Die psychischen Bedürfnisse eines Menschen wurden von Maslow in eine Bedürfnispyramide zusammengefasst. Dabei handelt es sich um ein Stufenmodell, in dem die menschlichen Bedürfnisse in fünf Stufen unterteilt und hierarchisch eingesortiert wurden. Je weiter unten die Bedürfnistafel sich in der Pyramide befindet, umso wichtiger ist dieses Bedürfnis für das Kind. Es gibt dabei eine Unterscheidung zwischen Defizitbedürfnissen und Wachstumsbedürfnissen. Defizitbedürfnisse sind die unteren Bedürfnisse in der Pyramide und sollten auf jeden Fall erfüllt werden. Die Wachstumsbedürfnisse sind die oberen Bedürfnisse in der Pyramide und haben erst, wenn die Defizitbedürfnisse erfüllt sind ihre Bedeutung. Sie sollen neben der Zufriedenheit auch zum Glück des Kindes führen. Konnte ein Bedürfnis gestillt werden, entstehen neue Bedürfnisse. (Hobmair, 2013, pp. 284-285; Suess & Burat-Hiemer, 2009, pp. 118-121)

Ganz unten in der Bedürfnispyramide stehen die physiologischen Bedürfnisse wie Hunger und Durst, welche im gesamten Leben des Menschen von großer Bedeutung sind. Als nächstes ist nach Maslow die Erfüllung von Sicherheit ein wichtiges Bedürfnis. Jeder Mensch hat das Bedürfnis nach Schutz, Stabilität und einer sicheren Struktur und Orientierung. Als drittes stehen in der Bedürfnispyramide die sozialen Bedürfnisse nach Zugehörigkeit, Zuwendung und Liebe. Kinder können in ihrer Entwicklung zurückbleiben, wenn sie keine oder wenig Zuwendung erfahren. Dieses lässt sich auf die Bindungstheorie von Bowlby zurückführen, in der im Folgenden noch genauer eingegangen wird. Auf Stufe vier folgt das Bedürfnis nach Wertschätzung und Anerkennung. Der Mensch möchte Zugehörigkeit und Liebe erfahren, ansonsten kann ein Gefühl von Minderwertig-

keit entstehen. Können Erwachsene zum Beispiel dem Kind das Gefühl von Zugehörigkeit und Liebe geben, kann dieses das Selbstvertrauen des Kindes stärken. An oberster Stelle in der Pyramide und somit als letzte Stufe steht die Selbstverwirklichung. Ein Mensch will sich vollkommen fühlen, sich verwirklichen und seine Persönlichkeit entdecken. (Hobmair, 2013, pp. 285-286; Suess & Burat-Hiemer, 2009, pp. 118-121)

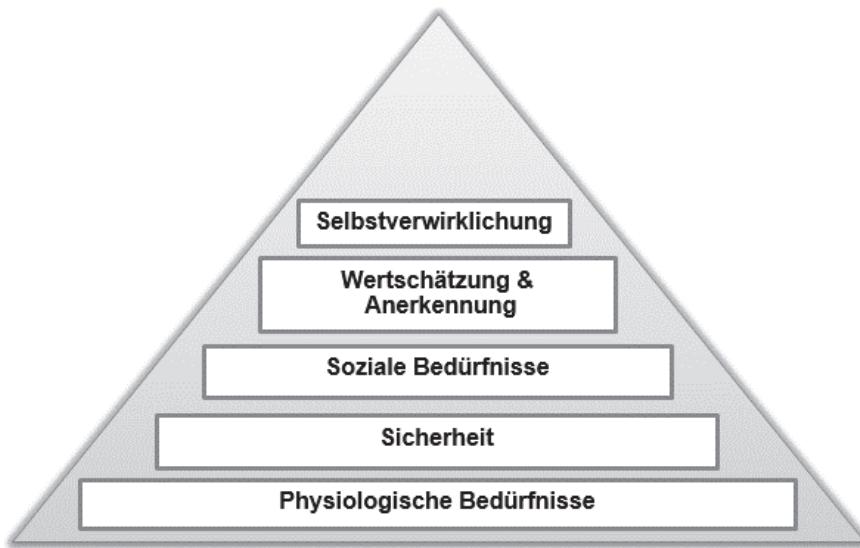


Abbildung 9: Bedürfnispyramide nach Maslow (Hobmair, 2013, p. 287)

Besonders in den ersten Lebensjahren sind vor allem die Bedürfnisse gesunder Ernährung, Liebe, Wärme, Geborgenheit und Sicherheit wichtig. Dabei soll vermieden werden, dass das Kind vernachlässigt wird, da so zum Beispiel eine Traumatisierung entstehen kann. Betrachtet man die Bedürfnispyramide nach Maslow, kann es zu Verzögerungen und Störungen der Entwicklung des Kindes kommen, wenn fundamentale Bedürfnisse nicht erfüllt werden können. Dadurch können die darauffolgenden Bedürfnisse verhindert werden. Auch sagt die Bindungsforschung, dass wenn es gravierende Störungen bei der Erfüllung der sozialen Bedürfnisse und Sicherheit gibt, dies zur Beeinträchtigung der kindlichen Selbstständigkeitsentwicklung führen kann. Gerade bei Störungen des Grundbedürfnisses von Schutz vor Gefahren von materieller und sexueller Ausbeutung, kann dieses zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung führen. (Hobmair, 2013, pp. 286-288; Lenz, 2014, p. 542)

Zu der Erfüllung der Grundbedürfnisse gehört auch die Herstellung und Festigung einer Bindung zwischen den Eltern und ihrem Kind. Bindung ist eine emotionale Beziehung zu

Personen mit räumlichem und zeitlichem Bestand. Vom englischen Psychiater und Psychoanalytiker John Bowlby wurde eine Bindungstheorie entwickelt, bei dem es sich um ein Modell für die Entstehung der sozialen Beziehungen handelt und wie sich diese Bindungsbeziehungen wiederspiegeln. Die Bindungstheorie besagt, dass die Anwesenheit einer Person, der das Kind vertraut, dem Kind Sicherheit gibt. Dieses ist eine Grundlage dafür, die Umwelt zu erforschen und zu explorieren. Es kann Wissen erwerben und Kompetenzen entwickeln. Kommt es zu einer bedrohlichen Situation, sucht das Kind bei seinen Bezugspersonen Sicherheit, einen sogenannten sicheren Hafen. Bowlby geht sogar davon aus, dass durch die Bindung des Kindes zu seinen Bezugspersonen die Überlebenschancen erhöht werden. Inwieweit die Bindung der Bezugspersonen zum Kind ausgeprägt sein kann, hängt wiederum von den Bindungserfahrungen ab, die die Bezugspersonen gemacht haben. (Siegler et al., 2011, pp. 417-418; Strauß, 2005, p. 105)

Mary Ainsworth arbeitete seit 1950 mit John Bowlby zusammen. Sie untersuchte die Mutter-Kind-Interaktionen und wie Kinder auf die Trennung zur Mutter reagierten. Daraufhin entwickelte sie verschiedene Bindungstypen. Die sichere Bindung, die unsichere vermeidende Bindung, die unsichere ambivalente Bindung und die unsichere desorganisierte Bindung. (Siegler et al., 2011, p. 419; Strauß, 2005, p. 107)

Kinder mit einer **sicheren Bindung** wissen, dass ihnen ihre Eltern in Stress- oder Angstsituationen verlässliche Ansprechpartner sind. Den für den Explorationsdrang förderlichen Rückhalt bildet in den frühen Lebensjahren meist die Mutter, indem sie feinfühlig auf die Signale ihres Kindes reagiert, es schützt oder tröstet und sich ihm liebevoll zuwendet. Das sicher gebundene Kind ist in der Lage positive und negative Gefühle zu zeigen und kann somit auch in Trennungssituationen Stress zeigen. So zeigt das Kind bei einem Wiedersehen mit Bezugspersonen eine aktive Begrüßung. Kommt es zu Situationen, in denen das Kind beruhigt werden muss, gelingt dieses und das Kind kann sich nach der Beruhigung auf das Spiel konzentrieren. Eltern können die sichere Bindung zu ihrem Kind fördern, indem sie hilfsbereit, aufmerksam und sensibel auf das Kind reagieren und es selbst bei Misserfolgen ermutigen. Eine sichere Bindung kann in dem Fall dann besonders bei einer notwenigen Therapie für das Kind hilfreich sein. (Bowlby, 2010, pp. 101-102; Strauß, 2005, p. 107)

Kinder, welche ein **unsicheres vermeidendes** Bindungsmuster aufzeigen, erfahren häufig Ablehnung von ihren Eltern. Aus diesem Grund verzichten sie auf Zuneigung und

fremde Hilfe. Das unsicher-vermeidende gebundene Kind geht durch Vermeidung, den schmerzvollen Zurückweisungen aus dem Weg und zeigt nicht öffentlich, dass es gestresst ist. Zudem werden die Bezugspersonen beim Wiedersehen ignoriert und die Aufmerksamkeit des Kindes liegt besonders auf der eigenen Exploration. (Bowlby, 2010, p. 101; Strauß, 2005, p. 107)

Das **unsichere ambivalent** gebundene Kind zeigt oft Angst und Wut und ist oft gestresst und lässt sich nicht leicht beruhigen. Zudem sucht dieses Kind gleichzeitig Kontakt und Nähe, aber auch Abwendung von seinen Bezugspersonen. Kinder mit einer unsicher-ambivalenter Bindung entwickeln Trennungsängste, da sie in der Ungewissheit leben, ob und wenn ja, wann sie auf ihre Eltern zählen können. Dieser Bindungstyp entsteht meistens, wenn das Kind häufig Trennungen erlebt hat und dabei nur wenig Unterstützung von seinen Eltern erfahren hat. (Bowlby, 2010, p. 101; Strauß, 2005, p. 107)

Durch eine Traumatisierung wird die Bindungssicherheit des Kindes beeinflusst. Dabei wird die psychische Entwicklung des Kindes gestört, besonders, wenn die Bezugsperson am Trauma beteiligt ist. So ist es möglich, dass aus einer Traumatisierung eine Bindungsstörung oder weitere psychische Störungen entstehen. Einige dieser psychischen Störungen lassen sich keiner der genannten Bindungsmuster zuordnen. Sie können zum Beispiel durch Misshandlung, Vergewaltigung, eine manisch-depressiven Mutter oder den frühen Tod der Eltern entstehen. Durch mehrfache Traumatisierungen in der Kindheit kann sich der sogenannte **desorganisierte Bindungstyp** beim Kind entwickeln. Dadurch kann das Kind andere Verhaltensweisen und Überlebungsstrategien entwickeln. (Brisch, 2009, pp. 108-109, 114; Strauß, 2005, p. 112) Durch die Entstehung zeigt sich, welchen Einfluss das Bindungsverhalten der Eltern zum Kind haben kann. Bei der Erfüllung der Bedürfnisse benötigen Kinder Bindungspersonen an ihrer Seite, die ihnen helfen, ihre Bedürfnisse sicherzustellen. (Bowlby, 2010, pp. 102, 111)

In der Beratung können die Eltern darin unterstützt werden, die Bedürfnisse des Kindes wahrzunehmen und auf sie einzugehen. Es kann gemeinsam nach einer Motivation geschaut werden, wie diesen Bedürfnissen nachgegangen werden kann und wie die Anforderungen an die Bedürfnisse des Kindes nach und nach gesteigert werden können. Kinder brauchen sichere, langfristige, verlässliche, wertschätzende und wohlwollende Beziehungserfahrungen. Die Bezugspersonen sollten innerlich als auch äußerlich anwesend

sein. Des Weiteren sollten die Bezugspersonen dem Kind ihre Nähe anbieten, aber nicht aufzwingen. Das Kind sollte die Möglichkeit haben, sich selbst entscheiden zu können, diese Nähe in Anspruch zu nehmen oder nicht. Wichtig ist auch, dass die Beziehungsangebote auf das Kind und seinen Bedürfnissen abgestimmt sind. (Baierl, 2014d, p. 61; Bowlby, 2010, p. 111)

3.3.2 Trauma-pädagogische Haltung

Kinder brauchen einen Trauma sensiblen Alltag, woraufhin die Konzepte der Trauma Pädagogik ausgerichtet sind. Trauma-pädagogische Haltung bedeutet Wertschätzung, Partizipation, Transparenz, Spaß und Freude. Für die psychisch kranken Kinder soll ein sicherer Ort geschaffen werden, der ihnen Schutz, Verlässlichkeit und Bewältigungsmöglichkeiten bietet. Durch die Trauma-pädagogische Haltung können Berater und Beraterinnen die Familienangehörigen unterstützen, wie sie den Alltag für ihre Kinder traumasensibel gestalten können. (Purtscher-Penz, 2015, p. 99; Rothdeutsch-Granzer et al., 2015, pp. 178-179)

Gerade Kinder brauchen eine Verbindung therapeutischer und pädagogischer Unterstützungen. Für Sicherheit im Alltag brauchen Kinder zuverlässige Bezugspersonen, die Vereinbarungen und Absprachen einhalten. Dafür ist es wichtig, dass die Familie die Belastung des Kindes anerkennt. (Purtscher-Penz, 2015, p. 99; Rothdeutsch-Granzer et al., 2015, pp. 178-179)

Außerdem sollten die Eltern bewusst mit Übertragung- und Gegenübertragung umgehen können. Bei einer Übertragung gelangen frühere psychische Erlebnisse wieder in den Vordergrund und werden als etwas Aktuelles angesehen. Es kann sich dabei um unbewusste Gefühlsaspekte und Haltungen gegenüber einer anderen Person handeln. Bei einer Gegenübertragung handelt es sich um die Gesamtheit der unbewussten Gefühle und Haltungen auf einen anderen Menschen. Damit sind somit auch die Reaktionen und Haltungen, die durch eine Übertragung beim anderen Menschen entstehen, gemeint. Teilweise wird die Gegenübertragung auch als eine ausschließlich unbewusste Handlung bezeichnet. Durch eine Übertragung und Gegenübertragung kann es zum Beispiel sein, dass ein Kind durch seine Angst ein aggressives Verhalten zeigt und die Eltern darauf ebenfalls aggressiv reagieren und sich die Angst beim Kind verstärkt. Allerdings können die Eltern lernen auch in solchen Situationen das Verhalten des Kindes nachzuvollziehen und Verständnis zeigen und es besteht die Möglichkeit, dass dadurch sich beim Kind die Angst verringert. (Hartwich & Grube, 2015, p. 158; Rothdeutsch-Granzer et al., 2015, p. 179)

3.3.3 Einen traumasensiblen Alltag für das Kind schaffen

In einer Traumafachberatung können Eltern erfahren, wie sie den Alltag des Kindes traumasensibel gestalten und so bei der Trauma Bewältigung unterstützend zur Seite stehen können.

Zunächst ist es wichtig, dass die Familie die aktuelle Situation und die Veränderungen, die durch das Krankheitsbild des Kindes entstehen, akzeptiert. Dadurch können sie schnell Ressourcen aktivieren und durch Teamfähigkeit und Kooperationen, gegenseitiger Geduld, Rücksicht und Akzeptanz einen traumasensiblen Alltag für das traumatisierte Kind schaffen. Die Familienmitglieder können sich gegenseitig unterstützen und sind flexibel in ihren Rollenaufteilungen und Aufgaben. (Korittko & Pleyer, 2014, p. 66) Die Diplom-Psychologin Sabine Morgan schreibt in ihrem „Ratgeber für Betroffene, Angehörige und dem weiteren sozialen Umfeld von Traumatisierten Personen“, dass eine Familie gemeinsam schauen kann, welche Ressourcen innerhalb der Familie für das traumatisierte Kind zur Verfügung stehen. Es kann aber auch Menschen außerhalb der Familie geben, die das Kind bei der Verarbeitung des Traumas unterstützen können. (Morgan, 2007, p. 72)

Wichtig für das traumatisierte Kind im Alltag ist, dass ein Lebensraum mit klaren Grenzen, festen Strukturen in den Abläufen, Regeln und Absprachen geschaffen wird, welches für eine Sicherheit in der Vorhersehbarkeit und Berechenbarkeit sorgt. So können zum Beispiel im Haushalt Karten mit wichtigen Sicherheitsmaßnahmen und Notfall-Telefonnummern beim Kind für Sicherheit sorgen. (Baierl, 2014d, p. 58; Sendera & Sendera, 2011, p. 291) Zudem braucht das psychisch kranke Kind auch eine eigene Entscheidungsfreiheit, indem es eigene Entscheidungen treffen darf und ihm etwas zugetraut wird. Leben die Eltern in großer Sorge, überträgt sich dieses auf das Kind und es können zum psychischen Krankheitsbild Depressionen hinzukommen. Dem betroffenen Kind hilft es Vertrauen zu erhalten und dabei das Leben wieder positiv zu betrachten. In der Beratung können Eltern lernen mit ihren Unsicherheiten umzugehen und ihre Einstellung zu der Erkrankung ändern. Zudem kann den Eltern gezeigt werden, wie eine Normalität im Familiengeschehen aufrechterhalten werden kann. (Höwler, 2016a, p. 82)

Kinder brauchen das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit, sowie Personen mit denen sie über ihre Erfahrungen sprechen können. Dabei können Puppen und Stofftiere hilfreich

sein, mit denen sich kuscheln und ihre Sorgen teilen können. Das Kind sollte die komplette Freiheit haben, was es spielen möchte. Bezugspersonen können dabei dem Kind, zum Beispiel Spielsachen zur Verfügung stellen, die es hierfür eventuell benötigen kann. Wenn das Kind das Erlebte nachspielt, bekommt es das Gefühl, die Kontrolle über das Erlebte zu bekommen. Hilfreich für solche Spiele sind zum Beispiel Kasperlefiguren, Puppen, Stofftiere oder andere Aktionsfiguren. Beim Spiel ist das Kind Spielleiter, wobei die Eltern die nachgespielte Situation nicht korrigieren sollten. Durch das Spiel findet das Kind von selbst eine Lösung. Ist dieses nicht der Fall können die Bezugspersonen vorsichtig dem Kind ihre Unterstützung anbieten. Dieses kann zum Beispiel durch Fragen wie: „Was wäre wenn...?“ geschehen. Durch das Spielen lernt das Kind sowohl seine Angst als auch seine Sorgen zu vergessen. Auch gibt es weitere kreative Bewältigungsmöglichkeiten, die dem Kind angeboten werden können. Dabei sollten dem Kind keine Anweisungen gegeben werden, sondern gegebenenfalls Anregungen. Weitere kreative Möglichkeiten, die bei einer Bewältigung helfen können, sind zum Beispiel das Schreiben, Malen, Musik hören oder das Durchführen von Projekten. (Eckardt, 2013, pp. 49-52, 69-71; Sendera & Sendera, 2011, p. 291)

Auch Rituale können dem Kind bei der Trauma Bewältigung helfen, da sie zum Beispiel Sicherheit in Tages und Wochenabläufen schaffen. Auch kann ein Kind durch Rituale lernen Trauer zuzulassen und die Gefühle an sich heranzulassen. Ist dieses nicht der Fall, sollte darüber gesprochen werden und andere Ritual gefunden werden. Rituale können zum Beispiel Trauerrituale, Treffen mit Menschen, die ebenfalls ein Trauma erlebt haben und die Gestaltung und der Besuch von Gedenkstätten sein. Aber auch das Erstellen und Anschauen von Fotoalben, das Schreiben von Gedichten oder vom Tagebuch, der Besuch vom Unfallort und sich für einen guten Zweck zu engagieren können zu solchen Ritualen zählen. Handelt es sich bei der Traumatisierung zum Beispiel um einen Tod einer nahe sehenden Person, ist neben der Arbeit mit Trauerritualen auch die Trauerarbeit hilfreich. (Baierl, 2014d, p. 59; Eckardt, 2013, pp. 48-49; Sendera & Sendera, 2011, p. 292)

Zeiten der Entspannung haben auf traumatisierte Kinder einer wohltuende Wirkung. Die Entspannung ist ein Gegengewicht zur Anspannung und hilft dem Kind seine Belastungen für gewisse Zeit los zu werden und zu verarbeiten. Die Bezugspersonen können dem Kind Anregungen geben, wie es sich erholen kann. Dazu können eine ausgewogene Er-

nährung, Lachen, Sport, Pläne für die Zukunft machen, Konzentrationsübungen, Atemübungen, Progressive Muskelentspannung, Entspannungsgeschichten, Ablenkgeschichten, Visualisierungen und Rhythmische Übungen zählen. (Eckardt, 2013, pp. 53-69)

Die Diplom-Psychologin Sabine Morgan schreibt in ihrem „Ratgeber für Betroffene, Angehörige und dem weiteren sozialen Umfeld von Traumatisierten Personen“, dass besonders eine ausgewogene Ernährung dem Körper und der Seele des Kindes bei einer Bewältigung der Traumatisierung helfen kann. Gemeinsam kann in der Familie überlegt werden, was gekocht wird und die Wünsche des Kindes berücksichtigt werden. Besonders Lieblingsspeisen können dem Kind helfen. Eltern können aber auch darauf achten, dass eine regelmäßige Ernährung auch zu festen Zeiten stattfindet. Auch können die Eltern darauf achten, dass es sich vorwiegend um basische Lebensmittel (verschiedene Sorten von Obst und Gemüse) handelt. Auf Grund der Traumatisierung ist der Säurewert im Blut angestiegen. Um dieses auszugleichen, benötigt der Körper basische Lebensmittel. Eltern können sich dazu auch in Reformhäusern und Apotheken beraten lassen. Das Kind sollte sich besonders mit biologischen Lebensmitteln und weniger mit Fertigprodukten, welche Schadstoffe enthalten, ernähren. Dieses kann zusätzlich dem körperlichen und seelischen Immunsystem bei der Verarbeitung des Traumas helfen. Wichtig ist auch, dass das Kind mit den Lebensmitteln Vitamin C und Vitamin E zu sich nimmt. (Morgan, 2007, pp. 70-71)

Auch ausreichender Schlaf durch geregelte Einschlafzeiten kann dem Kind helfen. Dabei können zum Beispiel Einschlafrituale oder Entspannungsübungen unterstützen. Wenn Schlafstörungen bei Kindern auftreten, kann es helfen die Schlafsituationen vorübergehend, bis sich die Situation gebessert hat, zu verändern. Dem Kind kann es außerdem helfen mit Bezugspersonen die Albträume zu besprechen, damit es diese nachvollziehen und verstehen kann. (Sendera & Sendera, 2011, p. 292)

Handelt es sich beim Kind um eine Traumatisierung durch die Trennung oder Scheidung der Eltern, ist es wichtig, dass das Kind den Kontakt zu beiden Elternteilen braucht. Damit kann das Kind eine gesunde, psychische Entwicklung für die Identitäts- und Persönlichkeitsentwicklung durchlaufen. Bei einer Trennung oder Scheidung der Eltern sollte somit auf einen regelmäßigen Umgang geachtet werden. Besonders ein traumatisiertes Kind braucht Verlässlichkeit und ein Gefühl von Sicherheit, damit sie wieder einen Alltag haben, der ihnen Orientierung gibt. Und auch bei problematischen Familienverhältnissen

sind die Kinder Belastungen ausgesetzt, in dem sie zum Beispiel einen Elternteil schützen wollen oder die Verantwortung übernehmen wollen. In solchen Situationen sollte auf die Kinder geachtet werden. (Höwler, 2016b, p. 262) Durch eine intensive Vorbereitung einer bevorstehenden Scheidung oder Trennung, kann das Kind vor einem zu großem Schockzustand geschützt werden. Dazu gehört auch eine bewusste Planung, welche Informationen dem Kind zur Verfügung gestellt werden. Das Kind braucht Unterstützung und sollte nicht mit seinen Fragen und Sorgen alleine gelassen werden. Besonders die Situation in der das Kind von der Trennung oder Scheidung erfährt, ist für das Kind sehr belastend. Hinzu kommen verschiedene Situationen, welche von einem Kind bewältigt werden müssen, wenn ein Elternteil auszieht, es werden Vereinbarung für das Sorgerecht festgelegt, finanzielle Regelungen getroffen, das Leben in den Wohnungen von beiden Elternteilen geregelt, der eventuell entfernte Umzug eines Elternteils und die Situation, falls ein Elternteils wieder heiratet und eine Stieffamilie neu gestaltet wird. Die Elternteile können dem Kind dahingehend unterstützen, indem es eine Stetigkeit im Tagesablauf, sensible Übergänge und regelmäßigen Kontakt zu beiden Elternteilen ermöglicht. Auch sollte keine Herabwürdigung des anderen Elternteils stattfinden, da ein Kind sich immer mit beiden Elternteilen identifiziert und somit das Selbstwertgefühl des Kindes beeinflusst wird. Genauso wichtig ist dabei, dass das Kind nicht die Verantwortung für den fehlenden Erwachsenen übernimmt. (Levine & Kline, 2004, pp. 243-245, 252-253)

Handelt es sich um ein sexuelles Trauma, halten diese Kinder häufig die Tat geheim oder sprechen nicht oder erst später über das Ereignis. Besonders wenn es sich bei dem Täter um eine nahestehende Person handelt, kommen Peinlichkeit, Scham und Schuld hinzu und das Kind fühlt sich schlecht und hat Angst vor Schuld und Bestrafung. Die Eltern können ihr Kind unterstützen, indem sie ihm zeigen, dass niemand das Kind berühren oder anfassen darf, wenn es das Kind nicht möchte. Auch kann dem Kind erklärt werden, wie sie erkennen, dass sie Hilfe benötigen oder Personen erkennen, die dem Kind nichts Gutes wollen. Auch kann das Kind im Alltag lernen „Nein“ sagen zu dürfen. Wichtig ist auch, dass Familienangehörige dem Kind vermitteln, das es immer zu ihnen kommen kann, wenn es sich Sorgen macht oder ihm andere Angelegenheiten auf dem Herzen liegen. (Levine & Kline, 2004, pp. 280-282)

3.3.4 Der empathische Umgang mit dem Kind

Unter Einfühlungsvermögen versteht sich eine verlässliche Fürsorge der Eltern zu ihrem Kind, sich in das Kind hineinversetzen zu können, und empathisch und konsequent zu sein. Die Signale des Kindes sollten gelesen werden können und ein positiver Austausch in der Eltern-Kind-Beziehung stattfinden. Dieses ist ein entscheidender Faktor der zu einer sicheren Bindung zwischen dem Kind und seinen Eltern beiträgt. (Siegler et al., 2011, p. 425) Robert Brooks und Sam Goldstein schreiben in ihrem Buch „Ratschläge und Anleitungen für Eltern um ihr Kind resilient zu fördern“, dass Eltern sich in ihr Kind hineinversetzen können sollten. Dabei geht es nicht darum, das Verhalten des Kindes zuzulassen, sondern die Sichtweise nachvollziehen zu können. Durch Empathie kann das Kind Verantwortungsbewusstsein, Mitgefühl und soziales Gewissen entwickeln. Empathie zeigt dem Kind, dass es gehört wird. (Brooks & Goldstein, 2015, p. 42)

Besonders nach dem traumatisierenden Ereignis benötigen Kinder Unterstützung. Dabei ist das Da-Sein, der Körperkontakt, das Halten, Trösten und Beruhigen von den Bezugspersonen sehr wichtig. (Sendera & Sendera, 2011, p. 291) Familienmitglieder können dem Kind mit Freude, Anerkennung, Verbundenheit, aber auch mit Schmerz, Trauer und Verzweiflung und die Gefühle offen, direkt, verbal oder auch nonverbal auszudrücken. (Korittko & Pleyer, 2014, p. 66) Die Erwachsenen sind das Vorbild und können dem Kind zeigen, dass man Gefühle zulassen darf. Sie können das Kind dadurch ermutigen über seine Gefühle zu sprechen und sie auch zu zeigen. Eltern können dem Kind ruhig zeigen, wenn sie Trauer empfinden. Dieses sollte jedoch ohne impulsive Handlungen passieren und nur die Botschaft vermitteln, dass man seine Gefühle zeigen darf, aber auch weiß, wie man mit ihnen umgeht. Wichtig ist, dass das Kind keine Gefühle hervorzaubern muss, denn Gefühle sind wertneutral. Trotzdem sollte dem Kind gezeigt werden, dass die Bezugspersonen an den Gefühlen des Kindes interessiert sind und ernstgenommen werden. Auch sollten die Eltern wissen, dass sie dem Kind nicht für alle Gefühle Lösungen empfehlen können. Dabei hilft ein einfühlsames Verhalten, indem die Gefühle akzeptiert werden. Außerdem kann dem Kind geholfen werden, die Gefühle zu neutralisieren. Das kann zum Beispiel passieren, indem das Kind erfährt, dass es anderen Kindern eventuell auch so oder ähnlich geht. Zusätzlich kann es helfen, wenn die Bezugspersonen von eigenen Erfahrungen erzählen. Mit dem Kind kann darüber gesprochen werden, was das Kind zu diesen Gefühlen empfindet, ob zum Beispiel Angst mit im Spiel ist, oder was es sich

wünscht. Ist dieses auf Grund des Alters des Kindes nicht möglich, können die Bezugspersonen es mit Hypothesen versuchen. Auch kann es vorkommen, dass das Kind schubweise Gefühlsausbrüche hat. Beim Wieder Auftreten der Gefühle, sollte das Kind wieder seine Gefühle zulassen dürfen. Einigen Kindern hilft es auch, wenn es die Gefühle spielerisch ausdrücken kann. (Eckardt, 2013, pp. 39-42)

Dem traumatisierten Kind kann es helfen offen über alle Themen zu sprechen. Je offener im Bezugsfeld des Kindes geredet wurde, desto leichter fällt es dem Kind nach dem Trauma über die Situation zu sprechen. Jedoch darf das Kind auf keinen Fall dazu gezwungen werden zu reden. Mag das Kind nicht reden, können den Kind Hilfestellungen gegeben werden, wie es sich zum Beispiel ausdrücken kann. Das Kind darf die Erfahrung machen, dass es wichtig ist über das Ereignis zu sprechen und dieses bei der Heilung hilft. Dafür sollte es aber auch erfahren, dass die Bezugspersonen zuhören können. Dieses zeigen die Bezugspersonen dem Kind zum Beispiel durch die Körpersprache. Außerdem bedeutet ein Gespräch nicht immer, dass Kinder Ratschläge oder Lösungsvorschläge von den Bezugspersonen verlangen. Ist dieses aber der Fall, kann sich das Kind dieses wünschen. Damit sich das Kind verstanden fühlt, können Bezugspersonen, zum Beispiel, das Gesagte des Kindes wiederholen und sich so gleichzeitig vergewissern, dass sie das Kind richtig verstanden haben. Auch sollten Themenwechsel des Kindes zugelassen werden. Beim Reden mit dem Kind, ist es wichtig, dass die Erwachsenen sich klar ausdrücken und nicht versuchen alles zu umschreiben. Jedoch sollte dabei darauf geachtet werden, dass altersgerechte Worte verwendet werden. Wenn dem Kind die Wahrheit vermittelt wird, bemerkt es, dass es keine Geheimnisse gibt. Ebenso sollten die Bezugspersonen in Gesprächen mit dem Kind von Hoffnung sprechen, dabei dem Kind aber keine Versprechen geben, die eventuell nicht eingehalten werden können. (Eckardt, 2013, pp. 42-48; Korittko & Pleyer, 2014, p. 66)

Im Fachratgeber von der Diplom-Psychologin Dorothea Weinberg steht, dass für die Kommunikation mit dem Kind es wichtig ist, dass die Eltern sich über ihre eigenen Gefühle im Klaren sind. Sie müssen sich diesen bewusst sein und sollten sie zulassen, damit sie sich ganz auf die Kommunikation mit dem Kind und dessen Gefühle einlassen können. Es kann aber auch vorkommen, dass das Kind nach einer Traumatisierung nicht reden kann, beziehungsweise es ihm schwerfällt. Dabei tritt im Gehirn eine Blockade des Hippocampus auf. Dem Kind fällt es dann besonders schwer, über das Ereignis zu sprechen.

Gelingt es dem Kind nicht seine Gefühle zu versprachlichen, kommuniziert es über Körpersignale, also nonverbal. Aufgabe der Eltern ist es, diese Signale wahrzunehmen und deuten zu können. Zudem sollten sie sich in das Kind hineinfühlen können und ihr empathisches Verhalten zeigen. (Weinberg, 2017, pp. 67, 72)

3.3.5 Förderung des Selbstverständnisses vom Kind

Das Konzept des „Selbst“ besteht aus Gedanken und Einstellungen über sich selbst und ist wichtig für die Entwicklung des Selbstkonzeptes, der Selbstsicht und des Selbstwertgefühls des Kindes. (Siegler et al., 2011, p. 429)

Traumatisierte Kinder können kein stabiles und kohärentes Selbst entwickeln. Die eigenen Verhaltensweisen, Einstellungen, Emotionen und Erinnerungen zum Beispiel durch Albträume beeinflussen das Selbstkonzept. Kinder haben dann ein negatives Selbstbild, sind geprägt von Schuld- und Schamgefühlen und erleben einen Verlust vom Selbstwirksamkeitserleben. Durch sie werden dadurch das Verhalten und die Gefühle des Kindes gelenkt. Eltern können ihren Kindern dabei helfen positive Erfahrungen mit ihrem Selbstwert, ihren Kompetenzen und ihrer Selbstwirksamkeit zu machen, da sich dieses positiv auf die Bewältigung einer Traumatisierung auswirken kann. Auch können Eltern das Kind bei der Klärung der Scham- und Schuldgefühle das Kind unterstützen. (Scherwath & Friedrich, 2014, p. 121; Weiß, 2011, p. 120) Wollen die Eltern mit dem Kind über Schuldgefühle sprechen, sollten sie sich sicher sein, dass sie ihr Kind in der Situation auffangen können. Im Gespräch sollte das Kind alles sagen dürfen, jederzeit das Gespräch beginnen und beendet dürfen. Genauso sollten alle Lösungsversuche der Schuldfrage des Kindes akzeptiert werden. Die Eltern sollten im Gespräch mit dem Gefühl von Mitleid und Empathie gewählt umgehen und dem Kind vermitteln, dass die Situation wirklich ernstgenommen wird. Außerdem sollten Eltern darauf achten, Schuldzuweisungen zu vermeiden, um das negative Selbstwertgefühl nicht noch weiter zu stärken. (Baulig, 2002; Krüger, 2017, pp. 136-137)

Vom Selbstwertgefühl ist abhängig, wie zufrieden das Kind mit sich und seinem Leben ist. Mit einem niedrigen Selbstwertgefühl, kann es dem Kind schwerer fallen mit bedrohlichen Situationen umzugehen. Kinder mit einem großen Selbstwertgefühl haben weniger Probleme mit Autoaggressionen und Aggressionen anderen gegenüber. Das in der Familie Gefühle zugelassen werden durften und diese auch geschätzt wurden, kann zum Beispiel zu einem hohen Selbstwertgefühl führen. Die Eltern sollten den Fähigkeiten ihres

Kindes vertrauen. Durch Kooperation, Anpassung und einer empathischen Begleitung durch die Eltern kann das Kind lernen den Eltern zu vertrauen. Kinder mit einem geringeren Selbstwertgefühl sind häufig schüchtern, unentschlossen, unsicher, kritisch eingestellt und können mit Belastungen schwieriger umgehen. (Juul, 2015a, pp. 80-81; Siegler et al., 2011, p. 448)

Wenn Kinder durch eine Traumatisierung ein aggressives und unverständliches Verhalten zeigen, sollten die Eltern dem Verhalten des Kindes nicht durch strenge Regeln und Bestrafungen Beachtung schenken. Dieses kann beim Kind zu einer Retraumatisierung führen und zu einer Entfernung von seinen Bezugspersonen. Eher sollte verständnisvoll reagiert und versucht werden, sich in das Kind hineinzuversetzen, um daraufhin gemeinsam mit dem Kind die Situation zu besprechen. Verändert sich das Verhalten beim Kind durch eine Traumatisierung, kann dieses auch im Umfeld auffallen. Das Kind kann dadurch Schuld empfinden und sich schlecht fühlen. Dem Kind kann dabei geholfen werden, diese Verhaltensweisen nachvollziehen zu können. Eltern können ihre Kinder darin fördern, Verständnis für das eigene Verhalten zeigen und Verhaltensalternativen zu entwickeln. Indem das Kind sein eigenes Verhalten bewusst wahrnehmen und es reflektieren kann, stärkt dieses das Selbst des Kindes. Die Selbstwahrnehmung eines traumatisierten Kind ist beeinflusst durch die Verzerrungen, Verleugnungen und Schuldzuweisungen. Kinder sollten lernen können ihre Gefühle reflektiert wahrzunehmen und zwischen Gefühlen des Körpers, des Verstandes, der Sinne, der Energie, des Stresses und der Grenzen zu unterscheiden. Dadurch kann die Selbstkontrolle und Selbstregulierung gefördert werden. Im Alltag können Eltern die Gefühle von Wut, Angst und Fantasien zum Beispiel zulassen und sie integrieren. Dabei können beispielweise Spielsituationen hilfreich sein. Wird nicht auf ein aggressives Kind eingegangen, kann dieses die Gefühle des Kindes stärken und dazu führen, dass sich das Kind zurückzieht. Kinder sollten also im Alltag ihre Gefühle verbal ausdrücken dürfen oder im Spiel zeigen können. (Baulig, 2002; Weiß, 2011, pp. 121-127)

Eltern können dem traumatisierten Kind auch dabei helfen, das Trauma einzuordnen und nachvollziehen zu können und somit eine Entlastung für das Kind zu schaffen. Wichtig ist aber, dass dabei darauf geachtet wird, welche Informationen das Kind verarbeiten kann und welche zu einer Stabilisierung beitragen. Durch die Selbstbemächtigung kann das Kind sich von der Abhängigkeit und Ohnmacht befreien. Sie haben mehr Selbstwirksamkeit, Selbstbestimmung, Autonomie und bestimmten mehr ihr Leben. Dafür braucht das

Kind die Unterstützung seiner Bezugspersonen beziehungsweise seiner Eltern. Durch die Erfahrung von Sicherheit und Geborgenheit in Beziehungserfahrungen, kann zum Beispiel das Gefühl von Selbstwahrnehmung des Körpers und der Gefühlen wieder erlangt werden. Durch ein akzeptierendes Selbstverständnis, der Akzeptanz von der traumatischen Erfahrung und der Selbstregulierung von Übererregung und den Flashbacks, kann dem Kind geholfen werden, sich wieder als ein Teil seines Lebens zu fühlen. (Scherwath & Friedrich, 2014, p. 122; Weiß, 2013, pp. 146-147)

Für traumatisierte Kinder ist es wichtig, ihre Selbstwirksamkeit und Selbstbemächtigung zu fördern damit sie sich selbst, ihre Körper- und Sinneserfahrungen, ihre Emotionsregelung und Selbstregulation und mögliche Resilienz Kompetenzen besser nachvollziehen können. Dabei ist es hilfreich das Kind zu beobachten und es für bereits kleine Schritte und Erfolge zu loben. Es sollte nichts einfach nur hingenommen werden, sondern auch Situationen, die normal erscheinen, wahrgenommen werden. Routine und Rituale sollten dabei aufrechterhalten bleiben und dem Kind gezeigt werden, dass es geliebt, unterstützt und verstanden wird und an seine Fähigkeiten geglaubt wird. Auch darf dem Kind Verantwortung im angepassten Maße übertragen werden. Wenn dieses hilfreich scheint, kann die Übertragung einer bestimmten Verantwortung dem Kind bei der Trauma Bewältigung helfen. Das kann zum Beispiel die Verantwortung für ein Haustier, oder die Pflege für ein Beet oder einen Blumenkasten sein. Ebenso kann es eine Patenschaft für ein anderes Kind, in einem anderen Land, oder eine Brieffreundschaft sein. Einige Schulen bieten, zum Beispiel, auch Patenschaften innerhalb der Schule an. Außerdem gibt es die Möglichkeiten der Mitarbeit in einer karitativen Gruppe, Arbeitsgemeinschaften oder einem Verein. Das Kind kann zum Beispiel auch Konfliktlotse in der Schule werden, sein Taschengeld, Spielsachen oder Kleidung für einen guten Zweck spenden oder im Internet Ratschläge geben. Das Kind kann sich politisch einsetzen, mit einem Brief an den Bürgermeister oder anderen Veröffentlichungen. Dieses ist immer abhängig von der traumatischen Situation und dem Kind. Es kann zum Beispiel helfen, das Kind zu fragen was seine Ziele sind und wofür es sich zum Beispiel einsetzen möchte. (Eckardt, 2013, pp. 71-73; Rothdeutsch-Granzer et al., 2015, p. 179) Kinder brauchen das Gefühl, für sich selbst sorgen zu können, auf ihre Umwelt einwirken zu können und sie auch gestalten zu dürfen, um selbstwirksam zu sein. Traumatisierte Kinder haben eine negative Erfahrung gemacht und benötigen von Anfang an Unterstützung. Wenn dem Kind gezeigt wird, dass die Situation eine Struktur und Bedeutung hat, kann das Kind eventuell seine Kräfte mobilisieren und es bei der Bewältigung der Traumatisierung helfen. Das Kind braucht das

Gefühl in einer kontrollierbaren Welt zu leben. Durch Transparenz kann die Sicherheit des Kindes gesteigert werden und durch Partizipation das Ohnmachtsgefühl unter Kontrolle gebracht werden. Kinder sollten ihre Meinung im Alltag äußern dürfen, sich beteiligen und Verantwortung übernehmen. So erfährt das Kind, dass es das Leben steuern kann. Wichtig ist jedoch, dass dabei zwischen Kindeswille und Kindeswohl unterschieden wird. (Weiß, 2011, pp. 133-136)

Die Unterstützung den Bezugspersonen sollte dabei dosiert erscheinen, da das Kind lernen soll, sich selbst zu helfen. Zudem sollte sich über jeden Schritt gefreut werden, welches dem Kind hilft, selbstständiger zu werden. Auch können Kindern Erfolgserlebnisse ermöglicht werden. Es sind Fehler erlaubt, es sollten Aufgaben gestellt werden, die möglich sind zu bewältigen. Physischer Kontakt wie Umarmungen, Küsse, Kitzeln, auf die Schulter klopfen, vor dem Einschlafen kuscheln oder massieren, kann dem Kind zeigen, dass die Eltern es wertschätzen. Dieses sollte immer an die Wünsche des Kindes angepasst werden und das traumatische Ereignis beachtet werden. (Eckardt, 2013, pp. 75-81)

Eine Korrektur der Selbstbemächtigung beziehungsweise der Selbstwirksamkeitserfahrungen ist notwendig für die Behandlung der Traumatisierung. Zunächst geht es darum die Selbstbemächtigung, also das Selbstverstehen, zu stärken, indem das Kind das Trauma nachvollziehen kann. Dieses ist die Grundlage für die Selbstregulation. (Weiß, 2013, p. 145) Damit das Kind lernt sich selbst zu regulieren, benötigt es ein positives emotionales Familienklima. Die Familie sollte offen darin sein, mit Gefühlen umzugehen. Gefühle dürfen angesprochen werden und es werden Möglichkeiten angeboten, wie mit ihnen umgegangen wird. Das Kind kann dazu angeregt werden, sich selbst zu beobachten, die Gefühle differenziert wahrzunehmen und sie zu interpretieren, sich eine Rückversicherung zu holen und Handlungs- und Regulationsstrategien zu entwickeln. Durch einen sicheren Ort können die Kinder wieder zur Ruhe kommen, lernen an sich zu glauben und sich selbst zu regulieren. Kinder sollten erkennen, bei was es sich um einen Stimuli handelt, welcher zu einer Übererregung führt. Eltern können ihre Kinder dabei unterstützen, auf die eigenen Empfindungen zu achten und dann rechtzeitig in solchen Situationen zu reagieren. Die Eltern können zum Beispiel als externe Denker fungieren und ihr Kind so dabei unterstützen. Die Erfahrungen, die Kinder bei dem Umgang mit Stress und weiteren Gefühlen machen, können bei der Selbstregulation und Autonomieentwicklung helfen und zu einer emotionalen kognitiven Stabilität des Kindes führen. (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2014, pp. 47-49; Weiß, 2011, pp. 130-132)

4 Schlussfolgerung

Nun noch einmal zum Ausgangsthema zurück: **Wenn bei Kindern aus einer traumatischen Erfahrung eine Posttraumatische Belastungsstörung entsteht - Wie Eltern ihrem Kind durch eine Traumafachberatung bei der Trauma-Bewältigung unterstützen können.**

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein psychisches Trauma, bei dem es sich um ein kurzes oder längeres Ereignis handelt, von dem Kind als eine außergewöhnliche Bedrohung wahrgenommen wird und sehr unterschiedlich bewältigt werden kann. Dabei spielen die Risikofaktoren, wie Lebenserfahrungen und Lebensumstände, das belastende Ereignis und die Schutzfaktoren eine Rolle. Bei Kindern lässt sich eine Traumatisierung zum Beispiel anhand von Veränderungen im Bindungsverhalten, bei Schlafstörungen, in der Scheckhaftigkeit, Stimmungsschwankungen, Überempfindlichkeit und verändertem Verhalten in Kommunikation und sozialem Verhalten erkennen. Gut lässt sich eine Traumatisierung auch in Spielsituationen von Kindern erkennen, da diese häufig ihre erlebten Ereignisse nachspielen oder Anteile von der Belastungssituation im Spiel erkennbar sein können. (Krüger, 2008, p. 50; Landolt, 2009, p. 611)

Eine mögliche Traumafolgestörung, die durch eine Traumatisierung beim Kind entstehen kann, ist die Posttraumatische Belastungsstörung. Betroffene erleben nach einem kurzen oder langandauernden Ereignis eine außergewöhnlichen Bedrohung und können Symptome von Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung, sowie Erinnerungslücken und Dissoziation aufweisen. Traumatisierte Kinder benötigen ein soziales Umfeld, positive Lebenserfahrungen und somit Unterstützung von ihren Eltern, um das Trauma zu bewältigen. Die Eltern sollten bei einem traumatisierenden Ereignis zunächst Sicherheit und Vertrauen für das Kind wieder herstellen und gegebenenfalls professionelle Hilfe einschalten. Dazu gehört das Kind an einen sicheren Ort zu bringen und auf körperliche Reaktionen zu untersuchen. Außerdem kann mit dem Kind über das Ereignis und dessen Gefühle gesprochen und Ausruhmöglichkeiten geschaffen werden. Jedoch sollte das Kind zu nichts gezwungen werden. (Levine & Kline, 2004, pp. 138-142; Maercker, 2013, pp. 21-27)

In der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung und der Psychotherapeutischen Behandlung des Kindes, sind die Eltern ebenfalls hilfreich und können eventuell vom Belastungereignis und Ereignisse aus dem Alltag des Kindes berichten. Denn jüngere Kinder können sich eventuell noch nicht in Worten ausdrücken und brauchen somit

Unterstützung von ihren Eltern. Diese können auch an den psychotherapeutischen Sitzungen des Kindes teilnehmen und als Ko-Therapeuten eingebunden werden. (Berger, 2015, p. 110; Rosner, 2013, pp. 417-419)

Kommt es bei einem Kind zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung, können daraus aber auch für die restlichen Familienmitglieder Belastungen entstehen. Eltern können mitleiden und entwickeln eventuell Schuldgefühle, weil sie sich verantwortlich fühlen, es können Streitigkeiten zwischen den Elternteilen entstehen, sowie finanzielle Schwierigkeiten auftreten oder juristische Verhandlungen anstehen. Auch hat das veränderte Verhalten des traumatisierten Kindes Auswirkungen auf das daraus resultierende Verhalten der Familienmitglieder. Zum Beispiel können Geschwisterkinder das Gefühl haben, zu wenig Aufmerksamkeit und Zuwendung zu bekommen. (Höwler, 2016a, pp. 80-81; Krüger, 2017, pp. 80-83)

In einer Traumafachberatung gibt es Familieninterventionen mit einer Psychoedukation, die Vermittlung von Kooperationen und einem Elterntesting, in der sich Eltern Unterstützung holen können, wie sie ihr traumatisiertes Kind bei der Bewältigung begleiten können. Dabei erhalten sie Informationen, um das Verhalten ihres Kindes zu verstehen und nachvollziehen zu können. Zudem bekommen sie Anregungen, wie sie den Alltag mit ihrem Kind gestalten können und die Belastung vom Kind reduzieren können. Das Verhalten von Eltern und somit die familiären und erzieherischen Faktoren, können dazu beitragen, dass sich das traumatisierte Verhalten des Kindes verbessert. In einer Traumafachberatung können die Eltern lernen mit Krisen umzugehen und gemeinsam die Belastung vom Kind zu meistern. Eltern können ihr traumatisiertes Kind stärken, indem sie zum Beispiel die Resilienzfaktoren stärken und dem Kind Vertrauen, Zusammenhalt und Stabilität vermitteln. (Baierl, 2014f, p. 108; Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2014, p. 29) Auch erfahren die Eltern die Wichtigkeit des Sicherstellens der Grundbedürfnisse des Kindes. Dazu gehört besonders die Festigung oder Wiederherstellung einer sicheren Eltern-Kind Bindung, durch die das Kind Schutz und Sicherheit erfährt und die Traumpädagogische Haltung kennenlernen. (Hobmair, 2013, pp. 286-288; Lenz, 2014, p. 542) Eltern sollten die Veränderungen, die durch das Krankheitsbild des Kindes in der Familie und im Alltag entstehen, akzeptieren. Sie sollten dem Kind trotz Traumatisierung etwas zutrauen und auf den Heilungsprozess des Kindes vertrauen. Das Kind benötigt Sicherheit, Geborgenheit und Möglichkeiten sich über die Gefühle und Erfahrungen auszutau-

schen. Zum Beispiel Rituale, wie Einschlafrituale oder Entspannungsmöglichkeiten, können dem Kind bei der Bewältigung helfen. Wichtig ist auch der empathische Umgang zwischen den Eltern und dem traumatisierten Kind. Eltern lernen in einer Traumafachberatung das Verhalten und die Sichtweisen ihres Kindes nachzuvollziehen. Dieses vermittelt dem Kind das Gefühl verstanden zu werden, die Gefühle zuzulassen und sich darüber austauschen zu können. (Eckardt, 2013, pp. 39-52, 69-71; Sendera & Sendera, 2011, pp. 291-292)

Neben dem empathischen Umgang erfahren Eltern in der Traumafachberatung auch, wie sie das Selbstverständnis ihres Kindes wieder stärken können. Sie erfahren, wie sie für das Kind Entlastungen und Stabilität schaffen können und wie das Kind von Abhängigkeit und Ohnmacht befreit werden kann. Dadurch kann das Selbstbild des Kindes wieder aufgebaut werden und das Gefühl von Sicherheit und Selbstwertgefühl und die Selbstwahrnehmung beim Kind gestärkt werden. (Scherwath & Friedrich, 2014, p. 121; Weiß, 2011, pp. 120-127, 146-147)

Psychosoziale Belastungen in der Kindheit können somit zu sozialen Beeinträchtigungen im Leben des Betroffenen und seinen Angehörigen führen und auch weitreichend Folgen in der emotionalen, kognitiven und sozialen Entwicklung eines Kindes haben. Kann dem traumatisierten Kind nicht geholfen werden und es erfährt keine Unterstützung bei der Trauma-Bewältigung, kann es im späteren Leben zum Beispiel Schwierigkeiten bei Sinneserfahrungen, emotionalen Regulationen, zwischenmenschlichen Beziehungen oder dem Selbstwertgefühl haben. Häufig resultieren daraus zum Beispiel Kriminalität, Drogenmissbrauch, Suizid, Essstörungen und Schlafstörungen. Aus diesem Grund ist es notwendig, dass ein Kind schnellstmöglich Unterstützung nach einem Trauma und bei der Feststellung einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfährt. Und dazu gehört nicht nur eine Psychosoziale Behandlung, sondern auch die Unterstützung im alltäglichen Leben durch die Eltern und weiteren Familienangehörigen. Eine Traumafachberatung kann den Eltern dabei zur Seite stehen und dem Kind einen Umgang mit dem traumatisierenden Ereignis ermöglichen. (Berger, 2015, p. 109; Purtscher-Penz, 2015, pp. 95, 100)

Literatur- und Quellenverzeichnis

- Amt für Gesundheit, F. a. M. (2012). *Kinder- und Jugendpsychiatrie für Pädagogik und soziale Arbeit: Ein Handbuch für die Praxis*. Frankfurt am Main: Stadt Frankfurt am Main.
- Baierl, M. (2014a). Gemeinsam können wir dich halten: Vernetzung. In M. Baierl & K. Frey (Eds.), *Praxishandbuch Traumapädagogik: Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche* (pp. 116-120). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Baierl, M. (2014b). Ist der Mitarbeiter gesund, freut sich das Kind: Mitarbeiterfürsorge und Selbstfürsorge für Mitarbeiter. In M. Baierl & K. Frey (Eds.), *Praxishandbuch Traumapädagogik: Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche* (pp. 121-127). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Baierl, M. (2014c). Liebe allein genügt nicht, doch ohne Liebe genügt nichts: Werte und Haltung in der Traumapädagogik. In M. Baierl & K. Frey (Eds.), *Praxishandbuch Traumapädagogik: Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche* (pp. 47-55). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Baierl, M. (2014d). Mit Sicherheit ein gutes Leben: Die fünf sicheren Orte. In M. Baierl & K. Frey (Eds.), *Praxishandbuch Traumapädagogik: Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche* (pp. 56-71). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Baierl, M. (2014e). Mit Verständnis statt Missverständnis: Traumatisierung und Traumafolgen. In M. Baierl & K. Frey (Eds.), *Praxishandbuch Traumapädagogik: Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche* (pp. 21-46). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Baierl, M. (2014f). Zusammen auf der Seite des Kindes stehen: Eltern- und Familienarbeit. In M. Baierl & K. Frey (Eds.), *Praxishandbuch Traumapädagogik: Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche* (pp. 108-115). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Baulig, A. (2002). Wie kann traumatisierten Kindern pädagogisch begegnet werden?
- Berger, R. (2015). *Stress, Trauma, and posttraumatic growth: Social Context, Environment, and Identities*. New York: Routledge.
- Berk, L. E. (2011). *Entwicklungspsychologie* (5. aktualisierte ed.). Hallbergmos: Pearson.
- Bowlby, J. (2010). *Bindung als sichere Basis: Grundlagen und Anwendungen der Bindungstheorie* (2. ed.). München: Ernst-Reinhardt.
- Brisch, K. H. (2009). Bindungsstörungen und Trauma: Grundlagen für eine gesunde Bindungsentwicklung. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Eds.), *Bindung und Trauma: Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (3. ed., pp. 105-135). Stuttgart: Klett-Cotta.

- Brooks, R., & Goldstein, S. (2015). *Das Resilienz Buch: Wie Eltern ihre Kinder fürs Leben stärken* (6. ed.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Eckardt, J. (2013). *Kinder und Trauma: Was Kinder brauchen, die einen Unfall, einen Todesfall, eine Katastrophe, Trennung, Missbrauch oder Mobbing erlebt haben* (2. durchgesehene ed.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Eidmann, F. (2009). *Trauma im Kontext: Integrative Aufstellungsarbeit in der Traumatherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Erler, M. (2003). *Systemische Familienarbeit: Eine Einführung*. Weinheim, München: Juventa.
- Fischer, G., & Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Ernst Reinhard.
- Fröhlich-Gildhoff, K., & Rönnau-Böse, M. (2014). *Resilienz* (3. ed.). München: Reinhardt.
- Gahleitner, S. B., Loch, U., & Schulze, H. (2012). Psychosoziale Traumatologie - eine Annährung. In H. Schulze, U. Loch, & S. B. Gahleitner (Eds.), *Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen: Plädoyer für eine psychosoziale Traumatologie* (pp. 6-53). Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren GmbH.
- Garbe, E. (2015). *Das kindliche Entwicklungstrauma. Verstehen und bewältigen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gies, H. (2009). Sekundäre Traumatisierung und Mitgefühlserschöpfung am Beispiel familienähnlicher stationärer Betreuungen in der Jugendhilfe. Retrieved 22.07.2018 from <http://www.traumapaedagogik.de/?p=181>
- Gotthardt-Lorenz, A., & Steinhardt, K. (2015). Supervision für Traumafachkräfte im Schnittpunkt persönlicher, professioneller und organisationeller Herausforderungen. In S. B. Gahleitner, C. Frank, & A. Leitner (Eds.), *Ein Trauma ist mehr als ein Trauma: Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik* (pp. 208-219). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Hantke, L., & Görges, H.-J. (2012). *Handbuch Traumakompetenz: Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik*. Paderborn: Junfermann.
- Hartwich, P., & Grube, M. (2015). *Psychotherapie bei Psychosen: Neuropsychodynamisches Handeln in Klinik und Praxis* (3. ed.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Heinrichs, N., & Lohaus, A. (2011). *Klinische Entwicklungspsychologie Kompakt: Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Hobmair, H. (2013). *Psychologie* (5. ed.). Köln: Bildungsverlag EINS.

- Höwler, E. (2016a). Die Situation der Familienangehörigen. In E. Höwler (Ed.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie: Für Gesundheitsberufe, Erzieher und Pädagogen* (pp. 79-88). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Höwler, E. (2016b). Kinder und Jugendliche in Belastungssituationen. In E. Höwler (Ed.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie: Für Gesundheitsberufe, Erzieher und Pädagogen* (pp. 257-287). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Juul, J. (2015a). *Aggression: Warum sie für uns und unsere Kinder notwendig ist* (3. ed.). Frankfurt am Main: Fischer.
- Juul, J. (2015b). *Familienberatung: Worauf es ankommt, wie sie gelingt*. München: Kösel.
- Kirsch, V., & Izat, Y. (2013). Reaktionen auf schwere Belastungen. In J. M. Fegert & M. Kölch (Eds.), *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* (pp. 240-259). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Knaevelsrud, C., Liedl, A., & Stammel, N. (2012). *Posttraumatische Belastungsstörungen: Herausforderungen in der Therapie der PTBS*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Korittko, A. (2015). Das erstarrte Mobile: Wenn eine Familie ein Trauma von außen trifft. In S. B. Gahleitner, C. Frank, & A. Leitner (Eds.), *Ein Trauma ist mehr als ein Trauma: Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik* (pp. 106-117). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Korittko, A., & Pleyer, K. H. (2014). *Traumatischer Stress in der Familie: Systemtherapeutische Lösungswege*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Krüger, A. (2008). *Akute psychische Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen: Ein Manual zur ambulanten Versorgung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Krüger, A. (2017). *Erste Hilfe für traumatisierte Kinder* (7. ed.). Ostfildern: Patmos.
- Landolt, M. A. (2009). Posttraumatische Belastungsstörung. In S. Schneider & J. Margraf (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Störungen im Kindes- und Jugendalter* (Band 3 ed., pp. 609-628). Heidelberg: Springer.
- Landolt, M. A. (2012). *Psychotraumatologie des Kindesalters: Grundlagen, Diagnosik und Interventionen* (2. überarbeitete und erweiterte ed.). Göttingen: Hogrefe.
- Langhirt, V. (2017). *Psychoanalytische Familientherapie: Bedeutung und Anwendung in der Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lenz, G. (2014). Hilfen zur Erziehung. In R. Braches-Chyrek, C. Röhner, H. Sünder, & M. Hopf (Eds.), *Handbuch Frühe Kindheit* (pp. 539-549). Opladen, Berlin, Toronto: Barabra Budrich.

- Levine, P. A., & Kline, M. (2004). *Verwundete Kinderseelen heilen: Wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können* (10. ed.). München: Kösel.
- Maercker, A. (2013). Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. In A. Maercker (Ed.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (pp. 13-34). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Mattejat, F. (2000). Familientherapie. In H. Remschmidt (Ed.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung* (pp. 375-382). Stuttgart: Thieme.
- Mattejat, F. (2009). Familieninterventionen. In S. Schneider & J. Margraf (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Störungen im Kindes- und Jugendalter* (Band 3 ed., pp. 277-291). Heidelberg: Springer.
- Morgan, S. (2007). *Wenn das Unfassbare geschieht - vom Umgang mit seelischen Traumatisierungen: Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und ihr soziales Umfeld* (2. aktualisierte ed.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Puttscher-Penz, K. (2015). Traumatisierung in der Kindheit und Jugend: Hilfe zur Psychotherapie und Traumapädagogik. In S. B. Gahleitner, C. Frank, & A. Leitner (Eds.), *Ein Trauma ist mehr als ein Trauma: Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik* (pp. 95-105). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Reichel, R. (2005). Die Beratungslandschaft. In R. Reichel (Ed.), *Beratung Psychotherapie Supervision: Einführung in die psychosoziale Beratungslandschaft* (pp. 17-88). Wien: facultas.
- Rosner, R. (2013). Posttraumatische Belastungsstörung. In F. Petermann (Ed.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (7. überarbeitete und erweiterte ed., pp. 405-422). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Rothdeutsch-Granzer, C., Weiß, W., & Gahleitner, S. B. (2015). Traumapädagogik - eine junge Fachrichtung mit traditionsreichen Wurzeln und hoffnungsvollen Perspektiven. In S. B. Gahleitner, C. Frank, & A. Leitner (Eds.), *Ein Trauma ist mehr als ein Trauma: Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik* (pp. 171-185). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Scherwath, C., & Friedrich, S. (2014). *Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung* (2. überarbeitete und erweiterte ed.). München: Ernst Reinhardt.
- Schickedanz, H., & Plassmann, R. (2011). Belastende Kindheitserfahrungen und körperliche Erkrankungen. In G. n. H. Seidler, H. J. Freyberger, & A. Maercker (Eds.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (pp. 435-449). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schulte-Körne, G. (2000). Belastungs- und Anpassungsstörungen. In H. Remschmidt (Ed.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung* (pp. 234-239). Stuttgart: Thieme.

- Schwenck, C., & Reichert, A. (2012). *Plan E - Eltern stark machen!: Modulares Training für Eltern von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen*. Weinberg, Basel: Beltz.
- Schwing, R., & Fryszer, A. (2013). *Systemische Beratung und Familientherapie: Kurz, bündig, alltagstauglich*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sendera, A., & Sendera, M. (2011). *Kinder und Jugendliche im Gefühlschaos: Grundlagen und praktische Anleitungen für den Umgang mit psychischen Auffälligkeiten und Erkrankungen*. Wien: Springer.
- Siegler, R., DeLoache, J., & Eisenberg, N. (2011). *Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter* (3. ed.). Heidelberg: Springer.
- Steil, R., & Rosner, R. (2013). Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. In A. Maercker (Ed.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (pp. 351-376). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Steinhausen, H.-C. (2010). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* (7. neu bearbeitete und erweiterte ed.). München: Elsevier.
- Strauß, B. (2005). Vernachlässigung und Misshandlung aus der Sicht der Bindungstheorie. In U. T. Egle, S. O. Hoffmann, & P. Joraschky (Eds.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung: Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen* (3. ed., pp. 105-115).
- Streeck-Fischer, A. (2010). Neurobiologie von Trauma, Traumagedächtnis und Traumafolgen: Eine kinderpsychiatrische und psychotherapeutische Perspektive. In J. M. Fegert, U. Ziegenhain, & L. Goldbeck (Eds.), *Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zur Versorgung und Betreuung* (pp. 254-267). Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Suess, G. J. (2010). Belastungen durch die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen: Die Bedeutung eigener Bindungserfahrungen der HelferInnen. In J. M. Fegert, U. Ziegenhain, & L. Goldbeck (Eds.), *Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zur Versorgung und Betreuung* (pp. 268-274). Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Suess, G. J., & Burat-Hiemer, E. (2009). *Erziehung in Krippe, Kindergarten, Kinderzimmer: Kinder fordern uns heraus*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wagner, F. (2011). Die kognitive Verhaltenstherapie. In G. n. H. Seidler, H. J. Freyberger, & A. Maercker (Eds.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (pp. 563-568). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weinberg, D. (2006). *Traumatherapie mit Kindern: Strukturierte Trauma-Intervention und traumabezogene Spieltherapie* (2. ed.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Weinberg, D. (2013). *Psychotherapie mit komplex traumatisierten Kindern: Behandlung von Bindungs- und Gewalttraumata der frühen Kindheit* (2. ed.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Weinberg, D. (2017). *Verletzte Kinderseele: Was Eltern traumatisierter Kinder wissen müssen und wie sie richtig reagieren* (3. ed.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Weiβ, W. (2003). *Philipp sucht sein Ich: Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen*. Weinheim, Berlin, Basel: Beltz.

Weiβ, W. (2011). *Philipp sucht sein Ich: Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen* (6. überarbeitete ed.). Weinheim, Basel: Juventa.

Weiβ, W. (2013). Selbstbemächtigung/Selbstwirksamkeit - ein traumapädagogischer Beitrag zur Traumaheilung. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreeae de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiβ, & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (pp. 145-156). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ausschließlich unter Nutzung der verzeichneten Quellen angefertigt und die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle Quellen, die ich wörtlich oder sinnhaft entnommen habe, wurden durch mich im Text kenntlich gemacht und verweisen auf die im entsprechenden Verzeichnis notierten Literaturangaben und Quellen.

Neubrandenburg, den