



Die Relevanz pädagogischer Bindungsorientierung in der Begleitung
komplex traumatisierter Kinder und Jugendlicher

Bachelorarbeit

Vorgelegt von:

Eike Reinke

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Studiengang: Soziale Arbeit

Im Sommersemester 2023

Hochschule Neubrandenburg

Erstprüfer: Hr. Pr. Dr. Daniel Rottke

Zweitprüferin: Fr. Dipl.-Soz.-Päd. Kristine Waack

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Einleitung | 1 |
| 1 Was ist ein Trauma? | 3 |
| 1.1 Trauma – Definition und Kategorisierung..... | 3 |
| 1.2 Neurobiologische Traumafolgen..... | 5 |
| 2 Traumaspezifische Symptomfolgen | 8 |
| 2.1 Posttraumatische Belastungsstörung | 8 |
| 2.2 Dissoziation | 11 |
| 2.3 Komplexe posttraumatische Belastungsstörung | 13 |
| 2.3.1 Entwicklungstrauma..... | 15 |
| 2.3.2 Beziehungstrauma..... | 17 |
| 3 Bindungsorientierung als sozialpädagogische Traumaintervention | 21 |
| 3.1 Grundlagen der Bindungstheorie..... | 21 |
| 3.2 Feinfühligkeit..... | 26 |
| 3.3 Kontinuität/Präsenz | 28 |
| 3.4 Pädagogische Resonanz | 30 |
| 3.5 Selbstwirksamkeitserleben | 34 |
| 4 Traumapädagogische Konzepte | 36 |
| 4.1 Das Konzept des guten Grundes | 36 |
| 4.2 Das Konzept des sicheren Ortes..... | 39 |
| 5 Fazit | 42 |
| Literaturverzeichnis | 44 |

Einleitung

Der Terminus *Trauma* ist im heutigen gesellschaftlichen Sprachgebrauch ebenso häufig inflationär in Anwendung, wie dessen tatsächliche Prävalenz in sozialen und therapeutischen Arbeitsfeldern. In diesem Sinne führt Gahleitner aus, dass ca. 80 % der in der stationären Jugendhilfe befindlichen Minderjährigen bereits traumatischen Faktoren ausgesetzt waren. Besonders frühe Traumatisierungen entwickeln in diesem Kontext einen signifikant hohen Stellenwert (vgl. Gahleitner 2020: 8). Auch das Statistische Bundesamt illustriert einen sukzessiven Anstieg von *Kindeswohlgefährdungen* in Deutschland. Seit Beginn der Zählung 2012 nahm die Anzahl der erfassten Gefährdungen im Vergleich zum Jahr 2020 um 58 % zu. Lagen die festgestellten Bedrohungen 2012 bei 38.283, waren es acht Jahre später 60.551. 2021 blieben die Zahlen mit 59.948 Fällen auf einem sehr hohen Stand. Dabei war jedes zweite betroffene Kind unter acht Jahre alt. Bei etwa jedem fünften Minderjährigen wurde eine Akkumulation von gefährdenden Einflüssen, wie z. B. Vernachlässigung oder Gewalt jeglicher Art, festgestellt (vgl. Statistisches Bundesamt 2022)¹. Diese Zahlen verdeutlichen nun, wie viele Minderjährige in Deutschland aus potenziell traumatischen Haushalten oder Erfahrungen als Klientel in sozialpädagogische oder therapeutische Settings kommen. Mit diesem eklatanten Anstieg der Bedrohungslagen von Kindern und Jugendlichen steigt auch der Hilfebedarf an (teil-)stationärer und psychiatrischer Hilfe (vgl. Gahleitner 2020: 8). In sozialpädagogischen Arbeitsfeldern stehen Sozialarbeiter*innen aufgrund der diffizilen und komplexen Problemlagen einiger ihrer Klient*innen vor hohen Herausforderungen. Jener Zustand führte schließlich zu einer stärkeren fachlichen Ausrichtung an die *Traumapädagogik* (vgl. Gahleitner 2012: 122 f.). Diese entwickelte sich nicht nur durch die Maximierung von Kindeswohlgefährdungen. Insbesondere der moderne Forschungsstand aus den Bereichen von *Neurologie, Psychotraumatologie und Bindungsforschung*, sorgten für eine neue Konzeptualisierung im Umgang mit betroffenen Menschen.² Dem immanent ist ebenfalls ein aktualisiertes Bild des traumaspezifischen Symptomverständnisses. Psychische Auffälligkeiten, wie Depressionen, Angst- oder Bindungsstörungen, werden in diesem Sinn als adäquater neuronaler Assimilationsvorgang in Folge hochbelastenden Erlebens interpretiert. Dies ist dienlich, der inhärenten Pathologisierung in Folge eines Traumas entgegenzuwirken (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 12 f.).

¹ Statistisches Bundesamt: [Kinderschutz: Kindeswohlgefährdungen bleiben auch 2021 auf hohem Niveau - Statistisches Bundesamt \(destatis.de\)](#) [27.02.2023].

² Die in der Psychotherapie verbreitete Traumakonfrontation kann nicht gelingen ohne eine grundsätzliche Gewährleistung von Sicherheit (vgl. Reddemann/Wöller 2017). Der Fokus richtet sich deshalb auch heute in der Sozialarbeit vermehrt auf die Stabilisation und die Ressourcen der Klientel (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 12).

Als essenzieller Aspekt in der Traumaverarbeitung zeigt sich das Verhältnis von belastenden und schützenden Faktoren. Klient*innen der Sozialen Arbeit bringen biografisch häufig eine ausgereifte Dimension an Risikofaktoren mit sich, bei einem parallel mangelnden Erleben an Sicherheit spendenden Faktoren (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 14). Dieser Mangel manifestiert sich insbesondere in *unsicheren und traumatischen Bindungserfahrungen*, denen die Kinder und Jugendlichen in ihren Familien oder anderweitigen sozialen Gefüge ausgesetzt waren. Traumatisierungen und zwischenmenschliche Bindungen stehen in unmittelbarer Korrelation zueinander (vgl. Gahleitner 2012: 123). Desto früher in der kindlichen Entwicklung Menschen einem oder mehreren traumatischen Ereignissen ausgesetzt sind, desto anfälliger ist der neuronale Organismus für tiefgreifende Veränderungsprozesse. Werden diese Situationen durch die jeweiligen Bezugspersonen hervorgerufen oder geduldet, gilt das daraus resultierende Trauma als außerordentlich komplex und kompliziert zu überwinden (vgl. Garbe 2015: 18). Für Sozialarbeiter*innen heißt es in diesem Zusammenhang nach dem Paradigma von Udo Bear in ihrer Arbeit zu handeln: „Beziehungsleid braucht Beziehungsheilung.“ (Bear 2020: 122)

In Anbetracht dessen soll sich in dieser Bachelorarbeit mit der Relevanz des bindungsorientierten Arbeitens im Umgang mit familiär hervorgerufenen komplexen Traumatisierungen von Kindern und Jugendlichen beschäftigt werden. Folgende Ausgangsfragen begleiten dabei diese Arbeit: Was macht die sozialpädagogische Beziehungsarbeit so fundamental für komplex traumatisierte Klient*innen und wie kann eine sichere Bindung in der pädagogischen Arbeit hergestellt bzw. aufrechterhalten werden?

Im ersten Kapitel richtet sich der Fokus auf die basale Erklärung des Traumabegriffes. Eingegangen wird dabei, neben einer definitorischen Einordnung, auf die gängige Klassifikation, Besonderheiten und neuronale Vorgänge in der Folge einer Traumatisierung. Darauf folgend werden im Kapitel zwei die elementarsten Symptomfolgen am Beispiel der posttraumatischen Belastungsstörung mit einem Fokus auf die Dissoziation dargestellt. Ein besonderer Blick richtet sich danach auf die komplexe posttraumatische Belastungsstörung mit ihren Unterdifferenzierungen der Beziehungs- und Entwicklungstraumatisierung. Kapitel drei beschäftigt sich mit den Grundlagen der Bindungstheorie und den Handlungsmaximen für den Aufbau einer sicheren Bindung. Bedeutend wird hier die pädagogische Feinfühligkeit, Kontinuität respektive Präsenz, Resonanz und die Selbstwirksamkeit der Klient*innen. Im Kapitel vier werden zwei Konzepte aus der Traumaarbeit vorgestellt, die jeweils einen besonderen positiven Effekt auf die Bindungsqualität aufweisen. Dabei handelt es sich um das Konzept des guten Grundes und des sicheren Ortes. Abgeschlossen wird die Bachelorarbeit im Kapitel fünf mit dem Fazit der gewonnenen Erkenntnisse und der Beantwortung der Forschungsfragen.

1 Was ist ein Trauma?

In dem ersten Kapitel soll die Basis eines grundsätzlichen Traumaverständnisses geschaffen werden. Dahingehend wird unter Punkt 1.1 das Phänomen Trauma definiert und unter der gängigen Klassifikation erklärt werden. Darauf folgend kommt es in dem Unterkapitel 1.2 zu einer neurobiologischen Darstellung eines Traumavorganges. Hier wird auf den in der Einleitung angesprochenen neuronalen Assimilationsvorgang genauer eingegangen.

1.1 Trauma – Definition und Kategorisierung

Die altgriechische Wortbedeutung des Begriffes ‚Trauma‘ heißt so viel wie eine *Wunde* oder *Verletzung* zu haben. Der Terminus bezieht sich in der medizinischen Profession auf einen physischen Schaden. In psychologischen und (sozial-)pädagogischen Arbeitsfeldern meint ein Trauma eine Beschädigung der Psyche eines Subjekts. In diesem Fall ist von einem *Psychotrauma* die Rede (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 20). Das Klassifikationssystem des ICD-11 beschreibt ein Trauma als eine desaströse und hochbelastende Situation oder eine Anreihung jener, denen ein Mensch ausgeliefert ist oder war (vgl. Dreßing/Foerster 2021: 49). Diese definitorische Einordnung bezieht sich jedoch nur auf das entsprechende Ereignis. Fundamental für die Entwicklung eines Traumas ist jedoch auch die Berücksichtigung der jeweiligen individuellen Empfindung, Einschätzung und Handlungsmöglichkeiten des Subjektes in der jeweiligen Lage (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 20 f.). Die betroffene Person ist während einer Traumatisierung einem starken Ohnmachtzustand ausgeliefert (vgl. Landolt 2012: 15). Von einem Trauma spricht man jedoch erst, wenn über einen gewissen Zeitraum das Individuum nicht in der Lage ist, das Erlebte zu bewältigen und entsprechend integrieren zu können (vgl. Görge/Hantke 2012: 53). Aufgrund dessen beschreibt Baierl eine Traumatisierung als einen dynamischen Prozess (vgl. Baierl 2016: 22). An das Erläuterte anschließend definieren Fischer und Riedesser ein Trauma als „vitaler Diskrepanzerleben zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (Fischer/Riedesser 2009: 84). Abzuleiten ist aus dieser Definition neben dem objektiven Erlebnis ebenfalls auch die subjektive Komponente einer Traumatisierung, sprich die Überforderung des Organismus, die Situation zu verarbeiten. Für Fachkräfte in der Sozialen Arbeit ist der individuelle Blick auf eine Belastung ihrer Klient*innen essenziell. So beschreiben Görge und Hantke, dass Kinder eher einer Stressüberregung ausgesetzt sind als Erwachsene. Vulnerable Menschen sind ebenfalls in ihren Verarbeitungsmöglichkeiten eingeschränkt. Von besonderer Relevanz nach einer

Traumatisierung zeigt sich die soziale Lebenslage eines Menschen. Treffen sie auf adäquate Unterstützungsbedingungen, ist die Wahrscheinlichkeit erhöht, das erlittene Trauma verarbeiten zu können (vgl. Görges/Hantke 2012: 54 f.). Baierl expliziert weiter, dass es durch das veränderte Selbst- und Welterstehen zu einer basalen Neuordnung des Denkens und Fühlens in Folge einer Traumatisierung kommen kann (vgl. Baierl 2016: 24).

Ein Trauma lässt sich grundsätzlich differenzieren in *akzidentelle Traumata*. Damit sind jene psychischen Verletzungen gemeint, welche nicht von einem anderen Menschen verursacht wurden. Die *interpersonellen Traumatisierungen* hingegen werden von anderen Individuen hervorgerufen und sind somit ‚man made‘ (vgl. Maercker/Augusburger 2019: 16). Des Weiteren gliedert sich ein Trauma in eine *Typ-I oder Typ-II-Traumatisierung*.³ Ein Trauma des Typ-I ist gekennzeichnet durch ein plötzliches schockartiges Erlebnis, welches nicht selten mit Lebensgefahr für die eigene oder andere Personen einhergeht. Die Typ-II-Traumatisierung hingegen attribuiert sich durch eine Kumulation unterschiedlicher und kaum vorhersehbarer traumatischer Erlebnisse (vgl. ebd.: 16 f.). Baierl nennt passend dazu einige Beispiele zur Illustration der bisher genannten Ausführungen. Dazu gehören insbesondere *physische und psychische Gefährdungen*, welche den (sexuellen) Missbrauch impliziert (vgl. Baierl 2016: 16). Geschieht seelische, körperliche oder sexuelle Gewalt einmalig, ist dies unter der Kategorie einer interpersonellen Typ-I-Traumatisierung zuzuordnen. Ist dieses Erleben chronifiziert durch bspw. dauerhaften Missbrauch oder Kriegserleben von Geflüchteten, kann sich daraus ein interpersonelles Typ-II-Trauma manifestieren. Speziell dieses persistente, sozial determinierte Trauma zeigt in ihrer Nachwirkung eine erhöhte Prävalenz von psychosomatischen Auffälligkeiten, welche in ihrer Intensität von anderen Formen divergiert. Diese Erkenntnis führte zu der Integration der *komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (KPTBS)* (s. Kap. 2.3) in den ICD-11. Ein akzidentelles Trauma kann aus gefährlichen Unfällen (Typ-I) oder aus langanhaltenden Katastrophen (Typ-II) resultieren (vgl. Maercker/Augusburger 2019: 16 ff.). Für die Begleitung von Betroffenen ist jedoch weniger ausschlaggebend, ob ein Trauma nach gängiger Definition vorliegt. Auch akkumulierte Belastungen wie Diskriminierungen, Diffamierungen oder Schädigungen (z. B. durch Mobbing) können entsprechende Traumasymptome hervorrufen (vgl. Baierl 2016: 23). Von besonderer Relevanz für die Sozialpädagogik und diese Arbeit erweist sich die Traumatisierung Minderjähriger durch frühe *Vernachlässigung* oder einer inadäquaten bzw. nicht existenten *Bindung* eines Kindes zu einer Bezugsperson. Häufige Beziehungsabbrüche oder gar der Verlust einer Bindungsperson lassen

³ Für eine vollständige Darstellung sind an dieser Stelle noch die in der Forschung befindlichen *medizinisch hervorgerufenen Traumata* zu erwähnen. Hier sind neben medizinischen Eingriffen auch chronische Krankheiten wie Schizophrenie zu nennen (vgl. Maercker/Augusburger 2019: 16).

sich ebenfalls diesem Sachverhalt zuordnen (vgl. Baierl 2016: 23). Zu beachten sei auch, dass Traumatisierungen mit entsprechender Symptomatik entstehen können, wenn Menschen nicht selbst direkter Gefährdungen ausgesetzt waren. Werden z. B. Kinder Zeuge von häuslicher Gewalt, können sie sich mit dem geschädigten Part (oft der Mutter) identifizieren und ein entsprechendes Angsterleben entwickeln (vgl. Bear 2020: 148). Abschließend sei anzumerken, dass auch Risikoschwangerschaften und -geburten als potenziell traumatisch für Föten und Schwangere gelten. Dies geschieht bspw. durch medizinische Komplikationen und/oder starken Ängsten respektive Traumatisierungen einer Mutter, welche durch die physiologische Anbindung zum Ungeborenen weitergegeben werden können (vgl. Brisch 2022: 114 ff.).

1.2 Neurobiologische Traumafolgen

Um gehirnspezifische Vorgänge in Folge eines Traumas zu verstehen, ist es sinnvoll, zunächst einen rudimentären Abriss der dementsprechenden Hirnstruktur zu erläutern. Das menschliche Gehirn lässt sich simplifiziert in drei Teilbereiche gliedern. Die untere Hirnregion, der *Hirnstamm* (auch Reptiliengehirn genannt) und das *Mittelhirn*, sind zuständig für existenziell lebenswichtige Abläufe wie der Atmung, den Rhythmus von Wach- und Ruhephasen oder des Herz-Kreislaufsystems (vgl. Dreiner 2020: 14). Im zweiten Bereich, im *Zwischenhirn*, liegt das *limbische System*. Dieses befindet sich oberhalb des Mittelhirns. Das limbische System beinhaltet u. a. den Hippocampus und die Amygdala (vgl. ebd.). Der *Hippocampus* „ist der Organisator des episodischen oder autobiographischen Gedächtnisses.“ (ebd.: 17) Der mit dem Hippocampus verbundene Mandelkern, die *Amygdala*, dient zur Einordnung des affektiven Erlebens und kann Daten zur Abspeicherung an den Hippocampus leiten. Sie spielt ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Ausschüttung von Stresshormonen. Zuletzt ist das *Großhirn* zu nennen, welches ihre Funktion im rationalen Denken und der Verarbeitung, als auch finalen Speicherung von Situationen wiederfindet (vgl. ebd.: 17 ff.).

Wie bereits erwähnt kennzeichnet sich ein Trauma durch ein überwältigendes Erleben, welches die subjektiven Verarbeitungsmöglichkeiten übersteigt. Jener Sachverhalt stört nach Schwerwath und Friedrich die neurophysiologische Balance eines Organismus. Ein gefährliches Ereignis sorgt für den Anstieg der Herz- und Atemfrequenz und zu einer starken Anspannung des Muskelgewebes. Ausgelöst werden diese somatischen Erscheinungen durch eine erhöhte Freisetzung von Hormonen wie Cortisol. Dieses Hormon ist für die Auslösung von Angst entscheidend. Durch Dopamin, Adrenalin und Noradrenalin wird der Körper bei Gefahr auf die im Hirnstamm angelegten Notfallprogramme vorbereitet. Dafür wird die Amygdala aktiv und sorgt mit der Ausschüttung von Stresshormonen für die Realisierung der Überlebenshandlungen

Flüchten oder Kämpfen (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 22 f.). Die Überlebensprogramme des Menschen werden ausgelöst durch das Abschalten der Funktionsbereiche des Großhirns und des Hippocampus. Rationales Denken und die Organisation von Erinnerungsteilen sind in diesem Zustand nicht mehr möglich. Die neuronale Verschaltung und die Zusammenwirkung der Hirnbereiche wird außer Kraft gesetzt (vgl. Dreiner 2020: 24). Ziel ist, dass jegliche Energie für die ausgelösten Notfallprogramme zur Verfügung steht (vgl. Görges/Hantke 2012: 63). Aufgrund der Desorganisation der aufgenommenen Erfahrungen kommt es zu einer fragmentierten Speicherung der Gedächtnisinhalte (vgl. Imm-Bazlen/Schmieg 2017: 56 f.). Gesonderte „Reize der ursprünglichen Hochgefahrensituation werden als Gefahrensignal gespeichert.“ (Baierl 2016: 30) Dieser Umstand sorgt dafür, dass Menschen starke Affektreaktionen in *Triggersituationen*⁴ entfalten. Darüber hinaus zeigt die Amygdala auch nach der Traumatisierung eine erhöhte Sensibilität (vgl. Imm-Bazlen/Schmieg 2017: 56 f.).

Baierl spricht bei einem vom Stress aktivierten *Bindungssystem* von einem zweiten Überlebensmuster in Folge belastenden Erlebens. Wird das Bindungssystem aktiv, geschieht dies durch die Ausschüttung des Hormons Oxytocin, welches auch ‚Bindungshormon‘ genannt wird. Dessen Freisetzung reduziert die Funktion der Amygdala und Kampf- bzw. Fluchtverhalten wird minimiert (vgl. Baierl 2016: 28 f.). In der Begleitung von traumatisierten Menschen ist mit dieser neuronalen Erkenntnis ein Grundstein für die Relevanz bindungsorientierter Interventionen geschaffen.

Bei einer Traumatisierung führen jedoch Überlebensmuster, wie Kampf oder Flucht zu keiner Linderung der Situation. Es handelt sich in diesem Fall um eine persistente Stressreaktion, in der sich in Folge eine toxische Wirkung manifestieren kann (vgl. Imm-Bazlen/Schmieg 2017: 54). Können die vorherigen Notfallprogramme eine Bedrohungslage nicht bewältigen, gerät der Mensch in die *traumatische Zange* (vgl. ebd.: 58 f.). Dabei kann die impulsartig hervorgerufene, physisch aufgestaute Energie nicht ausgelebt werden (vgl. Görges/Hantke 2012: 61). Das Gehirn aktiviert essenzielle Funktionen, um das traumatische Ereignis mental überstehen zu können. Dies geschieht durch Wahrnehmungsveränderungen wie der *Freeze-Reaktion*, welches sich durch das Erstarren eines Individuums repräsentiert (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 23). Im Gegensatz zu der Freeze-Reaktion, in der die somatische Energie gelähmt wird, wird sie während des *Totstellreflexes* grundsätzlich heruntergefahren (vgl. Görges/Hantke 2012: 62).

⁴ Trigger werden als Schlüsselreize definiert, welche unbewusst die Notprogramme des Menschen auslösen. Grund dafür ist die hervorgerufene Erinnerung an eine unbewältigte Situation (vgl. Görges/Hantke 2012: 65).

Werden die dargelegten Überlebensprogramme innerhalb des frühkindlichen Reifungsprozesses kontinuierlich ausgelöst, sind weitreichende Folgen für den Organismus abzusehen. Grund dafür ist die Tatsache, dass sich das Gehirn eines Kindes in der Entwicklung befindet (vgl. Görge/Hantke 2012: 63). Das neuronale System eines Menschen ist nicht als ausschließlich determiniertes genetisches Programm zu verstehen. Vielmehr wird die Hirnstruktur durch externe Faktoren, sprich Entwicklungsbedingungen geformt (vgl. Hüther 2022: 94 f.). Realisiert wird dies durch die sog. *Neuroplastizität* des menschlichen Gehirns. Für ein Trauma ist dabei essenziell, dass alle früh erlebten Situationen, welche mit massiven Affekten einhergehen und sich eventuell als anhaltendes Phänomen manifestieren, tiefgreifende Neubahnungen der neuronalen Struktur zum Resultat haben (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 24 f.). Jene Veränderungen können dazu führen, dass die Notfallprogramme eines betroffenen Subjekts konstant aktiviert bleiben (vgl. Baierl 2016: 29).

Insbesondere das menschliche *Stresssystem* wird unter diesen Umständen neu ausgebildet. Dabei ist der Organismus deutlich empfindlicher gegenüber externen Reizen. Traumatisierte Menschen geraten in Stresssituationen leicht in eine körperliche Verfassung der *Unter- oder Überregung*. In einer Situation der Untererregung verfällt der Organismus in einen Zustand der Dissoziation (s. Kap. 2.2) (vgl. Imm-Bazlen/Schmiege 2017: 57 f.). Das Gehirn kann sich durch eine erhöhte Freisetzung von Endorphinen z. T. gegen Schmerzen schützen. In diesem Fall können Menschen je nach Situation apathisch, emotionslos und schmerzbehaftet wirken (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 25). Die Überregung, oder auch *Hyperarousal* genannt, kennzeichnet sich durch eine dauerhafte Alarmbereitschaft des Individuums (vgl. ebd.: 27). Schon minimale Trigger „können aufgrund der überhöhten physiologischen Reaktionsbereitschaft [...] eine deutlich überhöhte Ausschüttung von Cortisol und Adrenalin verursachen.“ (Baierl 2016: 29) Des Weiteren werden jene Neurotransmitter bei Betroffenen in einem signifikant geringeren Maße abgebaut (vgl. ebd.).

Durch das erste Kapitel ist nun deutlich geworden, was ein Trauma ist, welche Attribute es aufweist und wie es klassifiziert werden kann. Darüber hinaus wurden relevante Aspekte möglicher neurobiologischer Auswirkungen dargelegt. Sich diesen auch als Sozialarbeiter*in bewusst zu werden, ist essenziell, um Verhalten und Symptome einzuordnen, als auch die dazugehörigen Belastungen durch *Psychoedukation* mildern zu können (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 126 f.). Gängige Symptomatiken werden daher im folgenden Kapitel weiter expliziert.

2 Traumaspezifische Symptomfolgen

Durchleben Menschen eine traumatische Situation, kann sich aus diesen eine Vielzahl verschiedener Folgesymptome etablieren. Unter Kapitel 2.1 wird zur Spezifizierung die posttraumatische Belastungsstörung als Folge traumatischen Stresses näher erläutert. Ein besonderer Fokus richtet sich dabei auf die Dissoziation (2.2.). In Erweiterung dazu wird sich unter Punkt 2.3 mit der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung befasst werden. Weiter differenziert wird dieses Erscheinungsbild durch das Entwicklungsstrauma (2.3.1) und durch das Beziehungstrauma (2.3.2).

2.1 Posttraumatische Belastungsstörung

„Die nach Typ-I-Traumatisierung wahrscheinlich häufigste und sicherlich am besten untersuchte Störung im Bereich der Psychotraumatologie ist die *posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)* [Hervorhebung im Original].“ (Landolt 2012: 38) Oft entwickelt sie sich, wenn Menschen hochtraumatischen Bedingungen (wie z. B. schwerer Gewalt oder sexuellen Missbrauch) ausgeliefert waren oder diese als Beobachter*in miterlebt haben. Dabei gilt die jeweilige Wahrnehmung der Situation als fundamentaler Indikator für die Manifestation der Symptomatik (vgl. Dreßinger/Foester 2021: 48). Sind Betroffene bestimmten Risikofaktoren ausgesetzt, reduzieren sich die Möglichkeiten, ein Trauma zu verarbeiten. Daraus resultiert die kontinuierliche Präsenz, der damit einhergehenden Affekte (vgl. Dreiner 2020: 70). Risikofaktoren sind nach Hecker und Maercker Aspekte wie bisherige Traumatisierungen, Erkrankungen oder der Mangel an Ressourcen, wie bspw. geringe Bildungschancen oder die sozioökonomische Lage. Treffen Menschen auf inadäquaten sozialen Beistand in Form von mangelnder Anerkennung des Erlebten oder die verwehrte Möglichkeit zur Verbalisierung der Traumaerfahrung, hat dies erhebliche negative Auswirkungen auf die Entstehung einer PTBS (vgl. Hecker/Maercker 2015: 550 f.). Darüber hinaus ist eine Traumatisierung abhängig von dem jeweiligen geistigen, sozialen und emotionalen Entwicklungsstand der jeweiligen betroffenen Person (vgl. Riedesser 2022: 162).

Deutlich abzugrenzen von der PTBS ist die *akute Belastungsreaktion*.⁵ In diesem Fall handelt es sich um eine zeitweilige Auswirkung auf den Menschen in Folge einer existenziell belastenden Situation. Unter der Belastungsreaktion herrschen die gleichen Symptome vor, wie bei einer PTBS. Klient*innen können angst erfüllt oder apathisch wirken, sowie an Schlafstörungen und vorübergehenden Amnesien leiden. Werden jedoch die unter der traumatischen Situation

⁵ Bei Landolt (2012: 33-38) finden sich weitere posttraumatische Störungen. An dieser Stelle wird nicht auf die akute Belastungsstörung und die Anpassungsstörung eingegangen werden.

etablierten Symptome über einen Zeitraum von etwa einem Monat verfestigt und intensiviert, liegt die Vermutung einer PTBS nahe (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 26). Daneben ist es jedoch ebenfalls möglich, dass eine PTBS Monate oder Jahre nach der eigentlichen Situation zum Vorschein kommt (vgl. Imm-Bazlen/Schmieg 2017: 70). Brisch spricht erst von einer PTBS, wenn die Traumatisierung länger als ein halbes Jahr zurückliegt (vgl. Brisch 2022: 107).

Für eine PTBS-Diagnostik wird grundlegend zwischen vier Hauptsymptomgruppen differenziert. Als Erstes sei an dieser Stelle die *Überregung* oder das *Hyperarousal* zu nennen. Dieser Zustand charakterisiert sich für die traumatisierten Menschen durch hohe Aufmerksamkeit (*Hypervigilanz*) gegenüber ihrer Umgebung. Der Organismus ist darauf eingestellt, jederzeit flüchten oder kämpfen zu können. Betroffene fühlen sich daher in einer andauernd exponierten Lebenslage und zeigen somit stark angespanntes Verhalten. Die Überregung wird initiiert durch eine konstant hohe Stresshormonfreisetzung des Körpers, um diesen auf die Auslösung der Überlebensprogramme vorzubereiten. Daraus resultiert ein hypersensibles Stresssystem für den Menschen (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 27). Bereits minimale Belastungen können so zu einem maximierten Erregungsniveau führen. Eine erhöhte Schreckreaktion zeigt sich bereits bei der Konfrontation mit trivialen Reizen (vgl. Maercker/Augusburger 2019: 20). Des Weiteren attribuiert sich diese Symptomgruppe durch starke Konzentrations- und Schlafprobleme, was wiederum zu weiteren Komplikationen in der Schule oder auf der Arbeit führen kann. Traumatisierte sind darüber hinaus anfällig für Affektdurchbrüche (vgl. Garbe 2015: 24). Der letztgenannte Sachverhalt lässt sich als Versuch interpretieren, aufgestaute Spannungen zu kompensieren (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 28).

Menschen, die von einer PTBS betroffen sind, erleben oft, dass das traumatische Material ungewollt in das Bewusstsein gelangt. Diese *Intrusionen* werden durch äußere sensorische Reize hervorgerufen, welche mit dem Trauma assoziiert werden. Die auslösenden Reize werden Trigger genannt. Daneben können auch innere Emotionen, Gedanken oder körperliche Reaktionen, welche mit dem Trauma in Verbindung gebracht werden, die bereits genannten Notfallreaktionen auslösen. Werden die Intrusionen in Gang gesetzt, empfindet der Mensch das affektive Erleben aus der Ursprungssituation erneut. Dies kann sich in Panikattacken oder Ohnmachtsgefühlen widerspiegeln (vgl. Garbe 2015: 25). Differenziert wird diese Symptomgruppe durch wiederholende Erinnerungen an das Trauma, Angstträume oder starke psychosomatische Beschwerden bei einer Auseinandersetzung mit traumarelevanten Inhalten. Insbesondere bei Kindern manifestiert sich das Wiedererleben im *traumatischen Spiel*. Das erlebte Trauma wird dabei immer wieder in Szene gesetzt, ohne dass sich dabei eine lindernde

Wirkung einstellt (vgl. Landolt 2012: 39).⁶ Als eine besonders starke Form der Intrusion sind an dieser Stelle die sog. *Flashbacks* zu nennen. In diesen ebenfalls durch Trigger hervorgerufenen Zuständen der Retraumatisierung, fühlt sich das Subjekt mit all seinem/ihrem Erleben in die traumatische Situation zurückversetzt (vgl. Garbe 2015: 25). Das Trauma wird während eines Flashbacks erneut erlebt. Infolgedessen kann es zu einer Auflösung der Wahrnehmungsfunktion des Betroffenen kommen (vgl. Maercker/Augusburger 2019: 19). Intrusionen und Flashbacks können als versuchter Verarbeitungsprozess gedeutet werden, indem traumatische Erinnerungsfragmente hervorgerufen werden, um diese dem episodischen Gedächtnis zuordnen zu können (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 30). Sie treten spezifisch dann auf, wenn wenig bis keine Möglichkeiten zur Ablenkung gegeben sind. Dies kann in Entspannungsphasen, wie während der Mittagsruhe oder dem zu Bett gehen, der Fall sein (vgl. Baierl 2016: 34).

Als ein weiteres Symptom einer PTBS ist eine grundsätzliche *Umgestaltung der Kognitionen als auch der Emotionen* bei traumatisierten Klient*innen festzustellen. In der Praxis zeigt sich dies in einer kontinuierlichen negativen Grundeinstellung gegenüber der eigenen Person als auch gegenüber der Umwelt. Dies führt ebenfalls zu einer permanenten negativen emotionalen Verfassung des Menschen, was wiederum starke Gefühle wie Trauer, Interessenlosigkeit, Angst und Zorn impliziert. Es kommt zu kognitiven Verzerrungen, die zur Folge haben, dass z. B. die Schuld für das Erlebte bei sich selbst oder unbeteiligten Menschen gesucht wird. Oft können Traumatisierte sich durch (Teil-)Amnesien nicht mehr an relevante Aspekte eines Traumas erinnern (vgl. Maercker/Augusburger 2019: 21).

Leiden Traumatisierte an immer wiederkehrenden negativen Erinnerungen, versuchen sie mit allen Mitteln, die intrusiven Gedanken zu verdrängen. Dem immanent ist eine Anzahl diverser *Vermeidungssymptome*. Diese zeigen sich darin, dass Betroffene sich verweigern, Tätigkeiten auszuführen oder Orte zu besuchen, die als Trigger fungieren könnten. Damit ist oft ein Rückzug aus sozialen Situationen zu beobachten. Trotz der starken Verdrängungstendenzen funktioniert eine Vermeidung des traumatischen Materials in der Praxis kaum. Zu den versuchten Bewältigungsstrategien des Subjekts gehört ebenfalls der Vorgang des *Numbings*. Emotionen scheinen sich in diesem Zustand immer weniger zu unterscheiden (vgl. Hecker/Maercker 2015: 549 f.). Damit „geht zudem oft eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität sowie im Jugendalter ein Gefühl einer eingeschränkten Zukunft einher.“ (Landolt 2012: 40) Numbing bedeutet so viel wie die Betäubung von emotionalen Zuständen. Dieser Mechanismus soll das betroffene Individuum vor erneuten überwältigenden Affekten schützen (vgl. Riedesser 2022:

⁶ In diesen Fällen ist eine adäquate Intervention, das Implementieren eines weiteren, helfenden Parts in das traumatische Spiel, um positive Fortschritte erzielen zu können (vgl. Garbe 2015: 25).

169). Vermeidungsverhalten findet ebenfalls auf der Emotionsebene statt, indem versucht wird, bestimmte Gedanken und Gefühle nicht in das Bewusstsein zu lassen (vgl. Maercker/Augusburger 2019: 19). Diese Symptomatik sollte als Bestrebung des inneren Systems gewürdigt werden, für Entspannung zu sorgen. Auch Drogenkonsum und Dissoziationen sind ein Erscheinungsbild dieses Sachverhaltes, um sich von Belastungen isolieren zu können. Dissoziationen dienen als Schutz vor Überlastungen durch Abspaltung des menschlichen Erlebens aus der aktuellen Situation (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 30) und werden im folgenden Kapitel genauer erläutert.

Abschließend sei nach Hofmann und Besser darauf hinzuweisen, dass Kinder grundsätzlich vulnerabler auf Traumatisierungen reagieren. In der Folge lässt sich eine höhere Prävalenz in der Entwicklung einer PTBS bei Kindern und Jugendlichen feststellen. Die kindliche PTBS unterscheidet sich von der einer erwachsenen Person. Diese Distinktionen manifestieren sich u. a. darin, dass traumatisierte Minderjährige in vielen Fällen nicht alle Indikatoren für die Diagnose einer PTBS aufweisen. Des Weiteren zeigen sie häufigere und ausgeprägtere Veränderungen in ihrer Symptomatik als bei erwachsenen PTBS-Betroffenen (z. B. ein Wechsel von Dissoziationen zum Hyperarousal). Darüber hinaus sind Intrusionen bei Kindern und Jugendlichen weniger deutlich erkennbar und können meist nur bei genauem Nachforschen entdeckt werden. PTBS-Symptome bei Minderjährigen stehen in direkter Korrelation mit ihrem jeweiligen Entwicklungsstand. Das Hyperarousal kann sich bei Kleinkindern bspw. durch Schreikrämpfe und bei Jugendlichen durch Aggressionen repräsentieren (vgl. Hofmann/Besser 2022: 174). Für Sozialarbeiter*innen ist es besonders wichtig, auf die betroffenen Klient*innen zu schauen. Konzentrationsschwierigkeiten, hyperaktives Verhalten oder Aggressionen können eine Traumatisierung als Ursache haben. Diese werden jedoch oft als Aufmerksamkeitsstörung fehldiagnostiziert und damit nicht entsprechend behandelt (vgl. ebd.: 199).

2.2 Dissoziation

In Folge einer Traumatisierung können betroffene Menschen unter dissoziativen Symptomen leiden. Dissoziationen sind nicht per se etwas Pathologisches. Alltägliche Dissoziationen finden sich z. B. bei den Tagträumen wieder und können sogar bewusst gesteuert werden (vgl. Schroeder 2016: 215). In traumatischen Situationen dienen sie dazu, sich mental von den stark beanspruchenden Ereignissen entfernen zu können. Dissoziationen lassen sich als körpereigenen Schutz vor Überlastungen verstehen (vgl. Garbe 2015: 115 f.). Ihre Relevanz als Traumasymptom gewinnt sie, wenn nach der hochbelastenden Situation keine ausreichenden Unterstützungsleistungen für eine nachfolgende Verarbeitung geboten werden (vgl.

Görges/Hantke 2012: 75). Während eines traumatischen Erlebnisses entstehen Dissoziationen unbewusst und reflexhaft. Sie ermöglichen das Erleben eines Traumas mit einem gewissen Abstand, befreit von Affekten und Schmerzempfinden zu überleben. Die jeweilige Situation wird dabei fragmentiert von dem Subjekt wahrgenommen (vgl. Garbe 2015: 116 f.). Im Normalfall durchlaufen aufgenommene Reize im menschlichen Gehirn einen Bewertungsprozess, in dessen Folge sie geordnet und integriert werden können. Die Divergenz während einer Dissoziation zeigt sich in der Abspaltung dieser Reize aus dem Bewusstsein eines Individuums. Durch die bruchstückhafte Speicherung wird die Körperwahrnehmung während einer existenziell gefährdenden Situation nicht mehr zugleich mit dem Erlebnis als Gesamtheit aufgenommen. Als Resultat können Betroffene emotionslos und schmerzbehaftet wirken. Sie können dabei den Eindruck erwecken, den eigenen Körper verlassen zu haben (vgl. Imm-Bazlen/Schmiege 2017: 61). Bei einem *dissoziativen Störungsbild* handelt es sich um Beeinträchtigungen des eigenen Bewusstseinszustandes, „bei denen es zu einer teilweisen oder völligen Desintegration psychischer Funktionen wie dem Gedächtnis, der Identität, der unmittelbaren Empfindung, der Wahrnehmung der Umgebung oder des Selbst kommt.“ (Allroggen 2013: 119) Auch nach der traumatischen Situation werden Dissoziationen hervorgerufen, um belastende Erinnerungen ertragen zu können. Sie sind damit ebenfalls ein Überlebensprogramm des Menschen (vgl. Garbe 2015: 117).

Grundsätzlich lassen sich die dissoziativen Hauptsymptome unter vier Kategorien differenzieren. Die erste Symptomgruppe betrifft die bereits angesprochene *Amnesie*. Dabei werden gezielt Erinnerungsanteile aus dem Bewusstsein des Menschen abgespalten (vgl. Imm-Bazlen/Schmiege 2017: 63). Jene (Teil-)Amnesien beziehen sich dabei auf den traumatischen Lebenskontext und können alle oder nur spezifische Situationen in einer Zeitspanne betreffen (vgl. Allroggen 2013: 120). Bei einer *Depersonalisation* empfinden sich die jeweiligen Menschen selbst oder einige ihrer Körperregionen als nicht zu ihnen zugehörig. Betroffene fühlen sich oft so, als würden sie sich selbst beobachten können. Durch eine *Derealisation* scheint die Umgebung für traumatisierte Klient*innen unwirklich und verfremdet. Auch Aufspaltungen der Persönlichkeitsstruktur im Sinne eines *Identitätswechsels* können durch dissoziierende Selbstanteile ausgelöst werden. Diese Anteile sind dabei jedoch Aspekte einer Persönlichkeit, besitzen aber die Fähigkeit zum eigenen Denken. Während z. B. ein Anteil in der traumatischen Situation stecken bleibt, kann ein anderer Teil versuchen, all die damit einhergehenden Elemente zu verdrängen (vgl. Imm-Bazlen/Schmiege 2017: 61). Diese dargestellten dichotomen Persönlichkeitsanteile sind charakteristisch für eine einfache PTBS. Manifestieren sich jedoch noch weitere Anteile, in dem bspw. diverse Aspekte oder Gruppierungen des Erlebten als Anteil aufgenommen werden, ist dies kennzeichnend für eine KPTBS (vgl. ebd.: 68 f.).

Eine Dissoziation zeigt sich in der Praxis nach Schwerwath und Friedrich durch das mentale Abwesend sein der Klient*innen. Sie fühlen sich abgespalten und nicht in der jeweiligen Situation präsent. Des Weiteren kann ihnen die Fähigkeit zur Selbststeuerung verloren gehen. Für Fachkräfte ist zu beachten, dass scheinbar impertinentes Verhalten wie Affektdurchbrüche oder Konzentrationsschwierigkeiten aus ungewollten Dissoziationen resultieren können (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 44). Wie bereits beschrieben, können durch Trigger weitere dissoziative Zustände wie Flashbacks hervorgerufen werden, indem alle Gefühle und unterdrückte Verhaltensimpulse aus der Ursprungssituation wieder hervorgerufen werden. Diese implizieren Kampf (z. B. Aggressionen), Flucht (z. B. Isolation) und Erstarrung (z. B. Apathie). Manche Minderjährige haben den Automatismus internalisiert, sich in belastenden Situationen psychisch aus der Realität zu entfernen (vgl. Baierl 2016: 34). Schroeder nennt in Ergänzung dazu mögliche stereotype Bewegungen dissoziierender Kinder und Jugendlicher. Manche Minderjährige zeigen autodestruktives Verhalten. Da sich diese Zustände dem jeweiligen Bewusstsein entziehen, können sich viele Betroffene auch nicht mehr an die Situationen erinnern. Für Sozialarbeiter*innen ist es fundamental, Dissoziationen zu erkennen, um adäquat darauf zu reagieren (vgl. Schroeder 2016: 215). Denn durch die erhöhte Stresssensibilität Traumatisierter, können dissoziative Symptome bereits durch alltägliche Phänomene hervorgerufen werden. Mit einer vorhergehenden *Triggeranalyse*, in der die auslösenden Reize transparent gemacht werden, können Adressat*innen durch die Unterstützung der Fachkraft, Techniken zur Stressregulierung und Dissoziationsstopps⁷ erlernen (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 45).

2.3 Komplexe posttraumatische Belastungsstörung

In Abgrenzung zu der klassischen PTBS, wurde die Diagnose der *KPTBS* aktuell in das ICD-11 implementiert. Insbesondere andauernde und sich wiederholende traumatische Erlebnisse haben das Potenzial, komplexe mentale Folgeerscheinungen auszubilden, welche mit der bisherigen PTBS-Diagnostik in nur einem inadäquaten Maß eingeordnet werden können. Für die Ausbildung einer KPTBS werden hochbeängstigende und kontinuierliche traumatische Aspekte relevant, in der es i. d. R. keine Möglichkeit gibt, diesen zu entfliehen. Jene Elemente können sich etwa in der häuslichen Gewalt, als auch im sexuellen Missbrauch wiederfinden (vgl. Dreßinger/Foester 2021: 49). Diese Form der Hochbelastung wird im gängigen Diskurs auch als *sequenzielle Traumatisierung* betitelt (vgl. Streck-Fischer 2022: 163). Es handelt sich häufig um

⁷ Um Kontrollverlusten entgegenzuwirken, bietet es sich an, ablenkende Reize zu suchen: Betroffene können z. B. Dinge nennen, die sie momentan spüren, hören oder riechen. Eine andere Möglichkeit wäre, sich sportlich zu betätigen. Fachkräfte können hier gezielte Angebote machen (vgl. Baierl 2016a: 94).

verschiedene Vorfälle, denen kein exakter Entstehungs- und Endpunkt zugeordnet werden kann. Garbe ergänzt als mögliche Ursachen die ständige Ersetzung von Bezugspersonen, das Leben mit erheblich erkrankten Elternteilen oder das Kriegserleben von Geflüchteten (vgl. Garbe 2015: 30). Diese Fälle lassen sich als *chronifizierte Traumatisierungen des Typ-II* beschreiben. In den Arbeitsfeldern der Sozialpädagogik ist diese Ausformung überwiegend vorzufinden (vgl. Bräutigam 2018: 151). Maercker verdeutlicht jedoch ebenfalls, dass singuläre Ereignisse eine KPTBS hervorrufen können. Auch der Umkehrschluss ist möglich, indem persistente Traumatisierungen eine einfache PTBS zur Folge haben. Komplexe Traumata können in jedem Alter entstehen, obwohl entsprechende Erfahrungen in der Kindheit und Jugend die häufigsten Ursachen darstellen (vgl. Maercker 2019: 48). Denn wie bereits redundant erwähnt, haben frühe und sequenzielle Traumatisierungen einen besonders einschneidenden psychischen Effekt auf die in der Entwicklung befindlichen Kinder und Jugendlichen (vgl. Garbe 2015: 32).

Eine KPTBS manifestiert sich in der Praxis nach Maercker zunächst durch die Hauptsymptome einer PTBS. Daneben kommt es in Belastungssituationen zu affektiven Störungen, welche sich in Impulsdurchbrüchen und autoaggressiven Verhalten repräsentieren können. Betroffene besitzen starke Dissoziationsneigungen, welche nicht selten durch eine ausgeprägte emotionale Betäubung weiter angeregt werden. Darüber hinaus bestehen häufig Komplikationen, triviale Belastungen zu überwinden. Die beeinträchtigte Identitätswahrnehmung komplex Traumatisierter spiegelt sich in generalisierten Minderwertigkeitsgefühlen wider. Den Betroffenen überkommen häufig Scham- und Schuldgefühle. Beziehungsprobleme sorgen für starke Schwierigkeiten, feste Bindungen einzugehen. Dieser Sachverhalt wird durch eine oft übertriebene Erwartungshaltung, bei einem gleichzeitigen Mangel an Vertrauen an eine Bindung, verschärft (vgl. Maercker 2019: 50). Jedoch lässt sich die Betrachtung der KPTBS nicht allein auf diese Punkte reduzieren. Eine komplexe Traumatisierung zeichnet sich im Gegensatz zur einfachen Traumatisierung durch ein chronifiziertes und damit noch beständigeres Niveau der Hoherregung aus (vgl. Bear 2020: 152). Sie kann schwerwiegende Folgen für den einzelnen Menschen, als auch für das soziale Milieu nach sich ziehen. Die bereits angesprochene mögliche dissoziative Persönlichkeitsaufspaltung in verschiedene Selbstanteile ist ebenso ein Erscheinungsbild, wie die Konfusion zwischen gefährlich und ungefährlich. Andere Menschen, die Gesellschaft und die Umwelt können als unsicher und instabil wahrgenommen werden (vgl. Streeck-Fischer 2022: 167 f.). Es lassen sich bei einigen komplex Traumatisierten körperbezogene Dissoziationen feststellen, die der Abspaltung der Traumaerinnerung in den menschlichen Körper dienen. Lethargie, Suchtverhalten als auch Essstörungen sind ein mögliches Resultat. Darüber hinaus können Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung auftreten. Diese wird ebenfalls als eine Traumafolgestörung angesehen (vgl. Imm-

Bazlen/Schmiegl 2017: 72 f.). An dieser Stelle sei noch einmal darauf aufmerksam zu machen, dass diese Komorbiditäten so präsent werden können, dass die dahinterliegende Traumatisierung nicht angemessen beachtet wird (vgl. Hofmann/Besser 2022: 175).

Betroffene können durch die andauernde Wahrnehmung der grundsätzlichen Hoffnungslosigkeit suizidal werden oder zumindest die dazugehörigen Gedanken entwickeln. Für Fachkräfte der Sozialen Arbeit gilt es, sich mit den belastenden biografischen Realitäten der Adressat*innen, wie Gewalt oder Vernachlässigung auseinanderzusetzen (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 32 f.). Biografiearbeit ist in der Traumapädagogik essenziell, um das Erlebte besser in die Vergangenheit einzuordnen. Des Weiteren können sie ein Verständnis für das jeweilige Verhalten der betroffenen Minderjährigen schaffen. Haben sie bspw. immer wieder Überschreitungen ihrer persönlichen Grenzen erfahren müssen, kann es sein, dass diese von den jeweiligen Klient*innen nicht mehr wahrgenommen werden. Als Folge können sie gegen jegliche Arten einer Grenzüberschreitung resignieren. Ebenfalls möglich ist impulsives und aggressives Verhalten als Reaktion auf alles, was ansatzweise als gefährlich eingeschätzt wird. Haben Betroffene kein adäquates Verständnis von Grenzen, kann dies dazu führen, dass Kinder und Jugendliche mit entsprechenden Erfahrungen selbst übergriffig werden (vgl. Baiertl 2016: 32 ff.).

2.3.1 Entwicklungstrauma

Durch das vorangegangene Kapitel wurde bis jetzt deutlich, dass frühe und sequenzielle Traumaerfahrungen einen besonders schwerwiegenden Effekt nach sich ziehen können. Nach Garbe haben insbesondere diese gemachten Erlebnisse in der frühen Kindheit eine pathologische Wirkung auf eine angemessene weitere Bewältigung der Entwicklungsaufgaben eines jungen Menschen. Diese Entwicklungstraumatisierungen können diffuse Störungsbilder zur Folge haben und gelten als Subkategorie eines komplexen Traumas (vgl. Garbe 2015: 30). Die sich daraus entwickelnden Symptombilder gleichen sich daher zu einem Teil mit denen, welche bereits unter dem Kapitel der KPTBS beschrieben wurden (vgl. Landolt: 2012: 47). An dieser Stelle sei noch einmal darauf hinzuweisen, dass Konsequenzen von Entwicklungstraumatisierungen in der Praxis durch generelle Entwicklungsanomalien mit deren spezifischen Symptomatiken, wie sie sich bspw. bei der ADHS finden, eingeordnet werden. Der mögliche kausale Zusammenhang eines zugrunde liegenden Traumas bleibt dabei oft unberücksichtigt. Da vorwiegend die basalen Erfahrungen während der frühen Lebenszeit eines Menschen die Determinanten der jeweiligen künftigen Verhaltensweisen darstellen, ist die Bedeutung einer Traumatisierung in dieser Lebensphase umso größer (vgl.

Schwerwath/Friedrich 2020: 33 f.). Der andauernd mit Stresshormonen überlastete Körper gerät in einen Zustand der dauerhaften Aktivierung, gepaart mit dem verinnerlichten Gefühl der existenziellen Bedrohung. Die Überlebensprogramme (Kampf, Flucht, Dissoziation) bilden so das Fundament für die gesamte spätere Persönlichkeitsentwicklung eines Kindes (vgl. ebd.: 34 f.).

Im Folgenden sollen an dieser Stelle verkürzt die relevanten Diagnosekriterien für traumaspezifische Entwicklungsstörungen zusammengefasst werden. Nach van der Kolk befasst sich *Kriterium A* mit dem Miterleben von *traumatischen Erfahrungen*. Diese lösen starke Affekte aus, welche sich z. B. in Aggressionen, Angst, Misserfolg oder dem Resignieren eines Kindes oder Jugendlichen widerspiegelt. *Kriterium B* impliziert die vorhandene *emotionale und physische Dysregulation*. Neben starken Vermeidungsverhalten wird das Trauma häufig als Opfer oder Täter reinszeniert oder es kommt zu körperlichen Beschwerden. Betroffene erwarten zukünftige Traumatisierungen und reagieren dementsprechend mit Stress und der Aktivierung der Notfallprogramme. Aus diesem Grund ist es möglich, dass sie Situationen falsch interpretieren, was wiederum eine Antwort mit einer starken emotionalen Erregung zur Folge haben kann (vgl. van der Kolk 2009: 581 f.). Betroffene können oft ihre Affekte nicht kontrollieren und ihnen fällt es schwer, sich von jenen Gefühlszuständen zu regenerieren, sowie diese in Worte zu fassen. Die *Dysregulation* bleibt darüber hinaus im *Kriterium C* im Bereich der *Aufmerksamkeit* und des *Verhaltens* bestehen. Traumatisierte befassen sich mit möglichen Gefahren oder können diese nicht angemessen wahrnehmen. Zu diesem Sachverhalt lässt sich ebenfalls riskantes oder autodestruktives Verhalten hinzufügen. Ihnen fällt es ebenfalls oft schwer, sich auf die Erreichung eines Ziels zu konzentrieren (vgl. Landolt 2012: 48). *Kriterium D* befasst sich mit der *Dysregulation des Selbst* und der *Beziehungsgestaltung*. In diesem Fall kommt es häufig zu einem verinnerlichten negativen Selbstkonzept. Sowohl die Empathie- als auch die Kontaktfähigkeit können stark eingeschränkt sein (vgl. Garbe 2015: 33). Das Beziehungsverhalten ist durch den Vertrauensbruch durch die Bezugspersonen gestört. Die Minderjährigen fühlen sich allein und versuchen weder verlassen noch Opfer zu werden. In der Praxis kann sich dies im Klammer- oder oppositionellem Verhalten repräsentieren. Die Kinder und Jugendlichen sind oft misstrauisch oder befassen sich mit Rachefantasien (vgl. van der Kolk 2009: 582). Das *Kriterium E* besagt, dass mindestens zwei *Symptome einer klassischen PTBS* vorliegen müssen. Alle diese Phänomene *halten dabei sechs Monate an (Kriterium F)* und führen zu wesentlichen *Behinderungen* in mindestens einem *essenziellen Bereich des Alltagslebens (Kriterium G)* (vgl. Landolt 2012: 49).

Entwicklungsbehinderungen durch traumatischen Stress entstehen, da die Energie der Entwicklungsdynamik durch die hervorgerufene Verstörtheit des Subjekts in Verbindung mit

dem Versuch, das Erlebte zu bewältigen, gehemmt wird. Aus diesem Grund erscheinen betroffene Klient*innen des Öfteren in ihrer Entwicklung verzögert (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 36). Kinder und Jugendliche sehen sich in verschiedenen Altersstufen mit unterschiedlichen Entwicklungsaufgaben konfrontiert. Bei Kleinstkindern ist das elementarste Entwicklungsthema die Etablierung einer sicheren Bindung (s. Kap. 3.1) zu einem anderen Menschen. Damit einher geht bspw. die spätere Fähigkeit zur Affektregulation oder der Ausbau der kognitiven und motorischen Fähigkeiten. Kinder im Schulalter stehen vor der Aufgabe, Sozialkontakte zu Gleichaltrigen (Peergroups) außerhalb des familiären Gefüges zu schließen. Dies impliziert eine sukzessive Ablöse der Minderjährigen von den Eltern. Eine typische Anforderung in Zeiten der pubertären Entwicklung ist die Anerkennung der eigenen physischen Umgestaltung (vgl. Riedesser 2022: 164). Weitere Beispiele für essenzielle Entwicklungsaufgaben im Schulalter sind die Entwicklung einer eigenen Identität und einer Moralvorstellung. Kommt es in der jeweiligen Entwicklungsphase eines jungen Menschen zu traumatischen Einschnitten, ist es wahrscheinlich, dass die folgende Entwicklungsstufe sehr fragil ist oder nicht abgeschlossen werden kann. Zur weiteren Illustration kann festgehalten werden, dass das Empathievermögen eines Individuums als Basis eines gesellschaftlichen Zusammenlebens schwer entwickelt wird, wenn das Fundament einer erlebten sicheren Bindung fehlt, indem dies gelernt werden konnte (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 37 f.).⁸ Ein weiteres entwicklungspezifisches Erscheinungsbild, auf das zum Abschluss in diesem Zusammenhang verwiesen werden soll, ist der mögliche Verfall eines traumatisierten Menschen in eine *Regression*. Diese ist der Versuch, wieder auf die sichere Basis eines prätraumatischen Entwicklungsstandes zu gelangen. Darüber hinaus sollten sie von Bindungspersonen als Zeichen interpretiert werden, dass die Minderjährigen in diesem Fall die gleiche Unterstützung und den gleichen emotionalen Beistand benötigen wie bei einem Kleinkind (vgl. Riedesser 2022: 169).

2.3.2 Beziehungstrauma

Die häufigsten Traumatisierungen von Kindern und Jugendlichen entstehen in der elterlichen Umgebung. So greift auch van der Kolk auf, dass die jeweiligen Bezugspersonen von Minderjährigen schätzungsweise in 80 % der Fälle für die traumatische Schädigung verantwortlich seien. Eine komplexe Traumatisierung lässt sich dabei in den meisten Fällen auf interpersonelle Ursachen zurückführen. Relevant wird hierbei auch ACE-Studie (*Adverse*

⁸ Hancheva nennt darüber hinaus das Vermeiden des Hineinversetzens in andere Menschen einen Abwehrmechanismus. Betroffene mutmaßen boshafte Intentionen von Seiten der Täter*innen. Daher sind sie gehemmt, den eigenen psychischen Zustand und denen von anderen Personen zu erforschen (vgl. Hancheva 2022: 154).

Childhood Experiences), welche sich mit traumatischen Kindheitsbelastungen beschäftigte. Befragte gaben in 11,0 % der Fälle an, emotionalen Missbrauch ausgesetzt gewesen zu sein. Bei 19,9 % war vom sexuellen Missbrauch die Rede. 30,1 % der Menschen mussten physische Gewalt erdulden und 23,5 % innerfamiliären Alkoholismus. Bei 18,8 % gab es psychische Krankheiten in der Familie. Häusliche Gewalt wurde in 12,5 % der Fälle angegeben und Drogenmissbrauch bei 4,9 % der Befragten (vgl. van der Kolk 2009: 573 f.).

Garbe vertieft die verschiedenen Formen traumarelevanter Beziehungserfahrungen. Sind Eltern in ihrer Erziehungsverantwortung überfordert, neigen sie dazu, das eigene schutzbedürftige Kind aus dem Affekt zu misshandeln, um sich durchzusetzen und ihr psychisches Gleichgewicht wiederherzustellen. Unterschieden wird zwischen physischer Misshandlung (z. B. Schlagen, Verbrennen oder Einsperren) und der psychischen Misshandlung (z. B. Anschweigen oder Erniedrigungen) (vgl. Garbe 2015: 40). Erleben Minderjährige häusliche Gewalt gegen Bezugspersonen, unterminiert dies den Glauben an die Schutzwirkung dieses Menschen. Es entstehen dabei eigene existenzielle Angstgefühle vor Schäden (vgl. Hancheva 2022: 154). An zweiter Stelle sei der sexuelle Missbrauch zu nennen. In diesem Fall handelt es sich um ein Abhängigkeitsverhältnis eines unterlegenen Minderjährigen zu einem Täter oder einer Täterin. Die Kinder und Jugendlichen werden für die Zufriedenstellung der Bedürfnisse nach Macht durch sexuelle Handlungen ausgenutzt. Dabei ist der Prozess des sexuellen Missbrauchs zu Beginn latent und wird langsam in die Beziehung von Opfer und Täter*in implementiert (vgl. Garbe 2015: 41-44). Betroffene können ein dysfunktionales Verständnis von Beziehungen entwickeln, indem Elemente von Bindung mit Gefährdung und Furcht einhergehen. Konkret kann das bedeuten, dass Kinder und Jugendliche ein Arbeitsmodell von einer Bindung entwickeln, welches Gewalt als Ausdruck von Verbundenheit impliziert. Darüber hinaus gilt die (sexuelle) Gewalt als zusätzlich traumatisch, wenn ein indirekt beteiligter Part die Misshandlung des schädigenden Parts nicht unterbindet.⁹ In diesen Fällen fungiert die indirekt beteiligte Person nicht als Schutzquelle und die Minderjährigen sind der Gefährdung ausgeliefert (vgl. Brisch 2022: 111 ff.). Als weitere Form der interpersonellen Traumatisierung charakterisiert sich die Vernachlässigung eines Kindes durch den eklatanten Mangel an physischer und emotionaler Interaktion seitens einer Bezugsperson mit dem jeweiligen Kind oder Jugendlichen. Jener fehlende Kontakt kann dazu führen, dass das Bedürfnis nach Exploration oder Bindung nicht befriedigt wird, da die elterliche Resonanz ausbleibt. Neben der Abwesenheit der physischen

⁹ Aus pädagogischer Sicht ist es daher notwendig, i. d. R. keinen Täter*innenkontakt aufgrund des hohen Risikos einer Retraumatisierung zuzulassen. Dazu zählt auch der indirekt beteiligte Part. Da Klient*innen jedoch oft emotional an den Täter*innen hängen, müssen stabilisierende Wege des Umgangs gefunden werden, wie z. B. durch Briefkontakt oder begleitete Besuche (vgl. Bear 2020: 40 ff.).

und emotionalen Zuwendung zählt ebenfalls der Mangel an kognitiver Stimulierung zu einer Vernachlässigung. Betroffene Minderjährige sind oft sehr introvertiert und ruhig. Sie haben die Überzeugung internalisiert, dass es keinen Sinn hat, die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken (vgl. Garbe 2015: 45 f.). Kleinstkinder reagieren am vulnerabelsten auf Vernachlässigungen. Es ist essenziell, dass ihre Affekte und Bedürfnisse extern reguliert werden. Geschieht dies nicht, geraten die Kinder schnell in eine starke Stressüberlastung, die Gefühle von existenzieller Bedrohung und Einsamkeit hervorrufen (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 40). Als letztes Beispiel zur Verdeutlichung der möglichen Formen einer Beziehungstraumatisierung, werden konstante Bindungswechsel eines Kindes oder Jugendlichen relevant. Diese benötigen mindestens eine sichere Bindung für eine angemessene Entwicklung. Fehlt diese fundamentale Bindungsperson, können sich Kinder nicht sicher fühlen. Haben sie Angst vor dem entsprechenden Menschen, fehlt ihnen die Möglichkeit diesen in Stresssituationen als Regulationshilfe zu nutzen. Infolgedessen sind sie mit der eigenständigen Bewältigung ihrer Affekte überstrapaziert. Wiederholen sich Bindungsabbrüche, kann der Aufbau eines Urvertrauens in die Welt ausbleiben, bis schließlich das Bindungsverhalten von Klient*innen grundsätzlich resigniert und diese sich nicht mehr oder nur mit vielen Komplikationen auf eine Bindung einlassen können (vgl. Garbe 2015: 47). Die dargestellten Beziehungstraumatisierungen zerstören das Vertrauen an familiärer psychosozialer Unterstützung. Die Kinder und Jugendlichen verinnerlichen dabei die Überzeugung, den Bedrohungen vollständig ausgeliefert zu sein (vgl. Hüther 2022: 102).

Neben den bereits geschilderten möglichen Symptomen einer Traumatisierung haben (insbesondere frühe) Beziehungstraumata einen erheblichen Einfluss auf die Entwicklung einer *Bindungsstörung*. Jenes Verhalten zeigt sich in bindungsrelevanten Momenten, also dann, wenn das Kind oder der Jugendliche mit unbekanntem und stressreichen Situationen konfrontiert ist. Die Spannweite an möglichen Bindungsstörungen zeigt sich in diversen Variationen:

- *Maximierten Unfällen*: Die Betroffenen denken, dass ihre Bindungsbedürfnisse ausschließlich in erheblichen Notsituationen beantwortet werden.
- *Klammerverhalten*: Das Explorationsbedürfnis kann nicht allein befriedigt werden. In Trennungssituationen reagiert das Kind mit massivem Stress (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 40 f.).
- *Reaktive Bindungsstörung*: Dieses Verhalten attribuiert sich durch hohe Angst und Distanzierung gegenüber anderen Erwachsenen.

- *Bindungsstörung mit Enthemmung*: In diesem Fall fordern die Betroffenen Bindung von willkürlich anderen Menschen ein. Ihr Verhalten ist dabei distanzlos gegenüber diesen Personen (vgl. Bräutigam 2018: 35).
- *Hemmung im Umgang mit der Bindungsperson*: Die Minderjährigen besitzen eine starke Zurückhaltung, ihre Bindungsbedürfnisse nach außen an die Bezugspersonen zu tragen. Sie offenbaren ihre Bindungswünsche eher fremden Menschen als ihren eigentlichen Bindungspersonen.
- *Rollenumkehr*: Das Bindungsverhalten der Kinder und Jugendlichen wird zugunsten der Eltern aufgegeben. Sie reagieren angepasst und feinfühlig auf die Bindungsperson, um sich so bspw. vor Gewalt zu schützen (vgl. Brisch 2022: 112).
- *Aggressive Umgangsformen*: Verborgene Bindungsbedürfnisse zeigen sich in provokativen und aggressiven Verhaltensweisen.
- *Psychosomatischen Phänomenen*: Betroffene reagieren auf negative Bindungssituationen mit massiven somatischen Beschwerden.

Die Manifestation einer Bindungsstörung hat oft zur Folge, dass das entsprechende Verhalten bis in das Jugend- oder Erwachsenenalter fortbesteht und so einer Beziehung nachhaltig schaden kann. Durch ihre gemachten Bindungserfahrungen neigen die Menschen dazu, ihr Beziehungstrauma an die eignen Kinder weiterzutragen (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 42). Ergänzend sei jedoch hinzuzufügen, dass Menschen ein inhärentes Bedürfnis nach engen sozialen Beziehungen haben. Daher versuchen manche Minderjährige die Bindung zu ihren Bezugspersonen damit funktionsfähig zu halten, indem sie sich selbst die Schuld für die traumatische Situation geben. Dadurch kann die beruhigende Vorstellung erhalten bleiben, dass die Bindungspersonen doch schützend und zuverlässig sind (vgl. Riedesser 2022: 167).

Für die sozialarbeiterische Praxis ist zu beachten, dass die Erfahrung nach dem Traumaerleben ein viel entscheidender Prädiktor für die Gesundheit des Menschen ist als die Situation selbst. Die Kinder und Jugendlichen brauchen Beistand, Verständnis und vor allem neue Bindungserfahrungen (vgl. Müller 2021: 39). Die Initiierung einer sicheren Bindungsbeziehung zwischen Fachkraft und Klient*in ist das Fundament einer erfolgreichen Traumabewältigung. Eine Traumatisierung hat oft das Arbeitsmodell von einer Bindung nachhaltig verletzt oder gar zerstört. Daraus schlussfolgernd besitzen Adressat*innen häufig ein inadäquates emotionales Sicherheitserleben, welches ihnen die Möglichkeit zur Affektregulierung und Stabilisation nehmen (vgl. Brisch 2022: 120 f.). Aus diesem Grund beschäftigt sich der zweite Teil dieser Arbeit mit den relevanten Aspekten der sozialpädagogischen Bindungsintervention für die Etablierung einer sicheren Bindungsrepräsentation auf Seiten der traumatisierten Menschen.

3 Bindungsorientierung als sozialpädagogische Traumaintervention

„Die Bindungsforschung hat durch eine Vielzahl von Längsschnittstudien grundlegende Erkenntnisse und Zusammenhänge aufgedeckt, die für die gesunde, sichere Bindungsentwicklung eines Kindes eine entscheidende Rolle spielen“ (Brisch 2022: 105). Das letzte Kapitel hat verdeutlicht, welche Auswirkungen sozial verursachte Traumatisierungen haben können und dass der Fokus für die Bewältigung auf das Konstituieren neuer Bindungserfahrungen liegen muss. Das folgende Kapitel beschäftigt sich zunächst mit der gängigen theoretischen Grundlage zum Thema Bindung nach Bowlby und Ainsworth (3.1). Danach werden die Handlungsmaximen für den Aufbau einer sicheren Bindung bedeutsam. Gliederungspunkt 3.2 beschäftigt sich mit der notwendigen Feinfühligkeit im Umgang mit Klient*innen. Im Anschluss folgt die Kontinuität respektive Präsenz der sozialarbeiterischen Fachkraft (3.3). Die pädagogische Resonanz wird im Kapitel 3.4 expliziert. Abgeschlossen wird dieser Themenbereich durch das Selbstwirksamkeitserleben der Adressat*innen (3.5).

3.1 Grundlagen der Bindungstheorie

John Bowlby war ein Mediziner, Kinderpsychiater und Psychoanalytiker. In den 1930er Jahren begleitete er delinquente Jugendliche, welche häufig distanzloses Verhalten aufwiesen oder sozial isoliert waren. Die meisten Fälle charakterisierten sich durch das Verwaisen der Betroffenen oder durch den Kontaktabbruch zu ihren Bezugspersonen. In den folgenden Jahrzehnten setzte er seine Studien in unterschiedlichen Settings mit seinen Forschungspartner*innen fort. Aus der Untersuchung der jeweiligen Hypothesen entwickelte sich die *Bindungstheorie* (vgl. Bear 2020: 49). Bevor die relevantesten Elemente dieser Theorie vorgestellt werden, wird zunächst der Begriff ‚Bindung‘ näher erläutert. Bräutigam beschreibt das Phänomen der Bindung als inhärentes soziales Bedürfnis eines Menschen, eine emotionale Verbindung zu anderen Personen einzugehen. Spezifizieren lässt sich dieser Sachverhalt durch das *bonding*, also die emotionale Beziehung der Eltern zu ihrem Kind und dem *attachment*, sprich die Verbindung von Minderjährigen an ihre Fürsorgeperson. Dem Bedürfnis nach Bindung steht das Bedürfnis nach *Exploration* entgegen. Damit ist die Bestrebung nach Erkundung und Autonomie zu verstehen. Ein adäquates Gleichgewicht zwischen diesen beiden Motivationslagen zu erlangen, bleibt eine lebenszeitbeständige Entwicklungsaufgabe. Im Regelfall entwickelt ein Kind im ersten Lebensjahr eine Bindung zu einer Bezugsperson. Ein Ausnahmefall stellt die emotionale und physische Deprivation von Kindern dar, in denen es ihnen durch die starke Vernachlässigung nicht möglich ist, eine Beziehung zu ihren möglichen Bindungspersonen aufzubauen (vgl. Bräutigam 2018: 32 f.). Treffen Minderjährige auf

befremdliche oder beängstigende Situationen, wird das biologisch determinierte Bindungssystem aktiviert. Befriedigt eine Bezugsperson das Bedürfnis nach Sicherheit und Bindung, kann das Explorationsverhalten wieder initiiert werden. Fehlt jedoch diese Stabilisierungswirkung, wird der Explorationswunsch blockiert und alle dazugehörigen kognitiven, sozialen und emotionalen Reifungsprozesse. Frühe Traumatisierungen kennzeichnen sich dadurch, dass diese primären Bedürfnislagen von den Menschen missachtet werden, von denen die Kinder und Jugendlichen abhängig sind (vgl. Gahleitner 2020: 41).

Die Bindungstheorie differenziert zwischen verschiedenen Bindungsstilen. Diese Bindungsqualitäten wurden von Mary Ainsworth, einer Bindungsforscherin und Schülerin Bowlbys, in ihrem *Fremde-Situations-Test* herausgearbeitet. In jenem Test kam es zu einer experimentell herbeigeführten Trennungssituation zwischen Mutter und Kind, während des gewohnten kindlichen Spiels. Ebenfalls anwesend war in dieser Untersuchung eine fremde Person, in dessen Nähe das Kind schließlich allein das Spiel fortführen sollte. Dieses Vorgehen wiederholte sich dabei. Die Forscher*innen beobachteten genau die emotionale Resonanz, als auch das jeweilige Handeln des Kindes als Reaktion auf die vorübergehende Trennung (vgl. Bear 2020: 50). Die Art und Weise wie Eltern, oder anderweitige essenzielle Betreuungspersonen in Kontakt mit dem jeweiligen Kind oder Jugendlichen kommen, ist ein entscheidender Faktor für die Etablierung des jeweiligen Bindungstypen. Diese Stile sind dabei nicht als statische Gegebenheiten anzusehen. Sie sind das Resultat auf die beeinflussenden externen Bedingungen (vgl. Gahleitner 2020: 41).

Als Ergebnis des Experimentes von Mary Ainsworth stellten sich drei verschiedene Bindungsformen heraus. Der Typ-A wird als *unsicher-vermeidender Bindungsstil* betitelt. Kinder mit diesem Bindungsverhalten reagieren äußerlich mit wenig Affekten auf den Entzug der Fürsorgeperson. Sie zeigen sich in ihrem Explorationsverhalten ungestört (vgl. Bräutigam 2018: 34). Das unverminderte Weiterspielen dient als ablenkende Maßnahme, um sich von den eigenen Bindungswünschen zu distanzieren (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 56). Auch bei der Wiederkehr der Mutter wird die emotionale Reaktion verborgen. Als Interpretationsansatz wird eingeschätzt, dass die Minderjährigen mit diesem Bindungsverhalten gelernt haben, ihr emotionales Erleben zu überspielen (vgl. Bear 2020: 51). Bei Messungen des Hormonhaushaltes zeigte sich, dass diese Kinder sehr wohl Stress in der Trennungssituation verspüren. Sie entnehmen aus der entgegengebrachten Resonanz ihrer Bezugspersonen, dass das Verdecken ihrer Gefühle ein angebrachtes und gefordertes Verhalten darstellt (vgl. Bräutigam 2018: 34). Dies kann bspw. der Fall sein, wenn die jeweilige Fürsorgeperson distanziert auf die Bindungsäußerungen des Kindes reagiert (vgl. Gahleitner 2020: 41). Vorzufinden sind jene

Reaktionen etwa bei abweisenden Erziehungsstilen, oder wenn die Betreuenden durch eigene Beeinträchtigungen außer Lage sind, adäquat auf die Signale des Kindes einzugehen (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 57).

Der *sicher gebundene Bindungsstil* ist der Typ B. Laut Untersuchungen lässt sich dieses Bindungsverhalten auf ca. 60-70 % der Kinder zuordnen. In dem Test attribuiert sich dieser Bindungstyp durch starke affektive Äußerungen des Kindes (z. B. Weinen) auf den Entzug der Bindungsperson. Nach dessen Wiederkehr lässt sich eine deutlich erkennbare Erleichterung feststellen. Mit etwa achtzehn Monaten ist das kleinkindliche Handeln zum Großteil kooperativ ausgerichtet. Zeigen die Betreuenden den Kindern gegenüber feinfühliges Verhalten (s. Kap. 3.2), können sie eine sichere Bindung zu diesem Menschen aufbauen (vgl. Bräutigam 2018: 34). Eine sichere Bindungsqualität gilt als ein elementarer Resilienz- und Schutzfaktor, um aktuelle und spätere Belastungen verarbeiten zu können.¹⁰ Die Bezugspersonen sind zu einer Sicherheitsbasis für das Kind geworden, die deren emotionale Anspannung durch empathisches Handeln aufheben können. Durch die Schutz vermittelnde physische und emotionale Präsenz der Fürsorgepersonen ist auch das Explorationsverhalten stark ausgeprägt (vgl. Brisch 2022: 106). Zu diesem Bindungstyp ist jedoch hinzuzufügen, dass dieser bei komplex traumatisierten Minderjährigen in sehr seltenen Fällen anzutreffen ist (vgl. Bear 2020: 50 f.).

Der Typ C umfasst ein *unsicher-ambivalentes Bindungsverhalten*. Kinder dieses Bindungstypen zeigen in Trennungssituationen ebenfalls starke Gefühlsregungen. In Disparität zur sicheren Bindung weisen sie jedoch Komplikationen auf, ihren emotionalen Zustand zu beruhigen bzw. von der fremden Person lindern zu lassen. Das Gleiche gilt auch, wenn die Bezugsperson wieder anwesend ist (vgl. Bräutigam 2018: 35). Das ambivalente Verhalten manifestiert sich durch konträre Beziehungssignale. Unsicher-ambivalent gebundene Minderjährige reagieren bei der Aktivierung des Bindungssystems „fast panikartig und mit klammerartigem Bindungsreflex gegenüber ihrer Bezugsperson.“ (Schwerwath/Friedrich 2020: 57) Bringen die Betreuenden dem Kind Beziehungsangebote entgegen, reagieren diese jedoch häufig mit Feindseligkeit oder Trotzverhalten. Die Exploration ist bei diesem Bindungsstil gehemmt, da die Minderjährigen nicht wissen, in welcher Verfasstheit sich ihre Fürsorgepersonen befinden. Denn eine unsicher-ambivalente Bindungshaltung kann entstehen, wenn Kinder die Erfahrung machen, dass ihre Bezugspersonen in einer Situation mit hoher Sensibilität auf ihre Bindungssignale eingehen und in einer anderen wiederum mit einem deutlichen Mangel an Empathie. Die Bindungspersonen sind somit nicht berechenbar und das Kind verwendet viel Energie, um deren Gefühlswelt zu

¹⁰ Für die Entstehung und Bewältigung eines Traumas gilt dementsprechend die unsichere und ambivalente Bindung als Risikofaktor (vgl. Baierl 2016: 42).

verstehen, umso Zuverlässigkeit und damit Sicherheit zu erlangen (vgl. ebd.: 57). Die Minderjährigen können zeitweilig ihre Gefühle offenbaren, wie z. B. Furcht oder Traurigkeit. Eine beständige Auseinandersetzung mit diesen emotionalen Zuständen ist ihnen jedoch häufig nicht möglich (vgl. Bear 2020: 53).

Das *desorganisierte Bindungsmuster* oder auch Typ D genannt, wurde Jahre nach der bisher dargestellten Klassifikation als Ergänzung für die Kinder und Jugendlichen eingeführt, welche durch ihr Extremverhalten nicht zu den anderen Bindungstypen nach Ainsworth zugeordnet werden konnten. Minderjährige mit einem Bindungsstil der Kategorie D charakterisieren sich durch unbeständige Verhaltensweisen. Das kann der Fall sein, indem Kinder sich bspw. über ihre Bezugsperson freuen, sie jedoch gleichzeitig schlagen. Sie zeigen stereotype und konfuse Bewegungs- und Handlungsmuster. Im Alter von sechs Jahren sind die Kinder des Öfteren kontrollierend gegenüber ihren Bezugspersonen und deuten somit auf Verhaltensweisen einer Rollenumkehr (vgl. ebd.). Die Uneindeutigkeit dieser Bindungshaltung geht häufig einher mit der Erstarrung der Mimik und Gestik und lässt sich etwa bei 5-10 % der untersuchten Minderjährigen feststellen. Die desorganisierte Bindung korreliert mit traumatischen Erfahrungen, welche wie bereits geschildert u. a. die Misshandlung, sexuelle Gewalt und Vernachlässigung impliziert (vgl. Bräutigam 2018: 35). Minderjährige erleben nach Gahleitner eine sogenannte *Double-Bind-Situation*, welche einen Bindungskonflikt auslöst. Auf der einen Seite besitzen sie das fundamentale Bedürfnis nach Bindung, andererseits fühlen sie sich von den dafür zuständigen Menschen bedroht (vgl. Gahleitner 2020: 41). Anhand dessen beschreibt Bear den Typ D als eine grundsätzliche Abwesenheit einer Bindung, da den jeweiligen Individuen unter den gegebenen Voraussetzungen es nicht möglich ist, eine Beziehung zu einem anderen Menschen aufzubauen. Betroffene Minderjährige besitzen als Folge einer desorganisierten Bindung häufig ein reduziertes Selbstwertgefühl, welches sie oft versuchen, mit impertinentem Verhalten zu verdecken. Sie begegnen anderen Menschen mit Aggressionen, was u. a. auch daran liegt, dass sie Bedrohungen von anderen Personen vermuten (vgl. Baer 2020: 53 f.). Desorganisationen sind jedoch nach Brisch keineswegs ein ausschließliches kindliches Erscheinungsbild. In dem *Erwachsenen-Bindungs-Interview* kennzeichnen sich unbewältigte Traumatisierungen ebenfalls durch desorganisierte Reaktionen auf die Ansprache von traumarelevanten Aspekten. Die dabei wahrnehmbaren Beobachtungen können bspw. abrupte Gedankenabbrüche, unlogische Erzählweisen oder Unstimmigkeiten bzgl. des Geschehens sein. Jene Resultate aus dem Interview deuten auf eine mögliche posttraumatische Belastungsreaktion oder einer -störung hin. Das Arbeitsmodell einer Bindung dieser Erwachsenen wurde durch traumatische Erfahrungen von eigenen damaligen Bezugspersonen zerstört. In vielen Fällen sind Fürsorgepersonen, welche Kinder und Jugendliche Misshandlungen aussetzen, in ihrer Kindheit

selbst misshandelt worden (vgl. Brisch 2022: 107). Bekommen traumatisierte Bezugspersonen ein neugeborenes Kind, so wird mit einer Wahrscheinlichkeit von ca. 80 % der junge Mensch ebenfalls ein desorganisiertes Bindungsverhalten internalisieren. Denn diese Bindungspersonen reagieren auf die Signale des Kindes eher feindlich und entwickeln so einen verängstigenden Effekt auf sie. Auf der anderen Seite können sich die Betreuenden maßlos überfordert und hilflos in der Interaktion mit dem Kind fühlen. Den Minderjährigen wird auf diese Weise keine emotionale Sicherheitsbasis zur Verfügung gestellt. Die Fürsorgepersonen werden zur gleichen Zeit als schädigend und potenziell zuverlässig wahrgenommen, was eine Ursache für die Desorganisation darstellen kann (vgl. Brisch 2022: 107 f.).

Insbesondere negative Lebensereignisse, welche den Mangel an Sicherheitsfaktoren im sozialen Umfeld von den Betroffenen bedeuten, sind ein Indikator für die Entwicklung von inadäquaten Bindungsmustern. Als Beispiele können hier Scheidungen, (psychische) Erkrankungen der Bezugsperson oder Todesfälle angeführt werden. Jedoch kann die Entstehung der jeweiligen Bindungsmuster und auch der Bindungsstörungen nicht monokausal betrachtet werden. Sie sind in einem Prozess integriert, welcher durch diverse Geschehnisse und Erfahrungen geformt wird (vgl. Bear 2020: 56). Manifeste Bindungsstrukturen aus der frühen Kindheit bilden die Basis für nachfolgende Beziehungsqualitäten. Es sei denn, diese unsicheren und desorganisierten Bindungshaltungen der Minderjährigen werden durch dezidierte neue kompensatorische Erfahrungen korrigiert (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 57). Elementar für diesen Vorgang ist nach Bear eine akzeptierende und verstehende innere Haltung (s. Kap 4.1) der evtl. neuen Bezugsperson (z. B. Sozialarbeiter*innen, Erzieher*innen, Lehrkräfte). Die betroffenen Klient*innen konnten keine angemessene Bindungskompetenz erlernen. Aus diesem Grund fällt es ihnen häufig schwer, sich sozial zu verhalten. Antizipierend zu den nachfolgenden Kapiteln, sei an dieser Stelle zu betonen, dass diese Minderjährigen für den Aufbau einer sicheren Bindungsrepräsentation mindestens eine erwachsene Person brauchen, mit denen sie eine Bindung entwickeln können (vgl. Bear 2020: 57 f.). Dieser Prozess muss von Verlässlichkeit und Sicherheit geprägt sein. Als notwendig erweist sich bspw., dass abrupte Trennungssituationen vermieden und somit vorbereitet werden. Das Kind muss die Möglichkeit bekommen, das Nähe- und Distanz-Verhältnis selbst zu regulieren. Die Minderjährigen dürfen altersentsprechend eigene Erfahrungen sammeln. Mit Kindern ist es wichtig, gemeinsam zu spielen. Jugendliche benötigen Unterstützungsleistungen bei auftretenden Problematiken (vgl. ebd.: 58 f.). Nach Landolt ist essenziell, dass sich Minderjährige im zwischenmenschlichen Kontakt sicher fühlen, um sich auf neue Personen einlassen zu können. Aber insbesondere komplex traumatisierte Adressat*innen benötigen dafür einen langen Zeitraum und stellen die Beziehung immer wieder probierend infrage (vgl. Landolt 2012: 122).

3.2 *Feinfühligkeit*

Die Konzeption der Feinfühligkeit hat ihren Ursprung in der Betrachtung und der Ausbildung der frühen Interaktion zwischen Eltern und Kind. Das feinfühlige Verhalten der Fürsorgepersonen ist ein entscheidender Prädiktor für den Aufbau eines sicheren Bindungsmusters der Kinder und Jugendlichen (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 90). Besitzen die Bezugspersonen (häufig die Eltern) eine sichere, verinnerlichte Bindungsrepräsentation, ist es ihnen möglich, eine empathische und wertschätzende Beziehung zu gestalten. Kommt ein Kind in diese Partnerschaft hinzu, fällt es ihnen leichter, sich feinfühlig gegenüber ihrem Kind zu verhalten (vgl. Brisch 2020: 105). Die Feinfühligkeit attribuiert sich durch das zügige Wahrnehmen und der korrekten Interpretation der kindlichen Signale. Darauf folgt eine adäquate und umgehende Antwort der Bezugsperson, die weder eine Unter- noch Überstimulation des Kindes impliziert. Des Weiteren muss die Reaktion in einem entwicklungsfördernden Rahmen stattfinden (vgl. ebd.). So brauchen Säuglinge im Normalfall eine sofortige Bedürfnisbefriedigung, während Kinder zwar eine Antwort auf ihr Bedürfnis benötigen, dessen Befriedigung sie situationsspezifisch jedoch etwas verschieben können (vgl. Bräutigam 2018: 36).

Bei einigen Klient*innen ist es jedoch möglich, dass sie sich in ihrem traumatisierten Persönlichkeitsanteil befinden (s. Kap. 2.2). Dieser geht einher mit einer erhöhten Emotionalität. Müssen die Betroffenen in solch einer Situation auf die entsprechende Reaktion warten, kann es sein, dass die Überforderung und Frustration so groß werden, dass die entsprechende Selbstregulationsfähigkeit außer Kraft gesetzt wird. Ebenfalls zu beachten ist, dass sich Minderjährige durch das Warten herabgesetzt fühlen könnten, was für manche Kinder und Jugendliche eine Triggersituation darstellt. Das innere Stresssystem wird aktiviert und ohne den Schutz einer sicheren Bindung entlädt sich das gesamte affektive Erleben (vgl. Imm-Bazlen/Schmiege 2017: 98 f.). Auch Schwerwath und Friedrich erläutern, dass Adressat*innen mit frühen Traumatisierungen sich in ihren Bedürfnislagen in einer sehr frühen Phase befinden. Aufkommende Problematiken können somit schnell überlastend werden. Die in den Signalen enthaltene Bedürfnisäußerungen benötigen in diesem Sinn i. d. R. eine sofortige Antwort, um Vertrauen in die Bindung aufzubauen (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 92). Fachkräften sollte bewusst sein, dass die inneren Persönlichkeitsanteile eines traumatisierten Menschen in einen infantilen Zustand gelangen können. Dabei haben sie zwei Interventionsmöglichkeiten. Sie können einerseits so auf den Menschen eingehen, wie es seinem/ihrem kindlichen inneren Anteil entspricht. Andererseits besitzen sie die Möglichkeit, durch eine Reorientierung der Person sie ihrem realen Alter zurückzuführen, umso z. B. ein wichtiges Anliegen zu bearbeiten (vgl. Imm-Bazlen/Schmiege 2017: 99).

Erleben Minderjährige feinfühligere Antworten auf ihr Verhalten, vermittelt dies motivierende Gefühle von Selbstvertrauen. Darüber hinaus entwickelt Feinfühligkeit einen positiven Effekt auf die sozialen, verbalen und kognitiven Kompetenzen. Für die Traumaaarbeit ist jedoch die durch Feinfühligkeit hervorgerufene Stärkung der Bindungssicherheit als Basis für Vertrauen entscheidend. Dies bildet das Fundament für die Begleitung von Menschen mit traumatischen Erfahrungen (vgl. Imm-Bazlen/Schmiege 2017: 98). Die Feinfühligkeit erweist sich somit als elementarer Faktor, bisherige traumabedingte Bindungserfahrungen zu korrigieren. In der pädagogischen Praxis ist dies jedoch mit einigen Komplikationen verbunden. Fachkräfte stellen häufig ein von traumatischen Erfahrungen geprägtes Übertragungsobjekt für ihre Adressat*innen dar. Ergänzend kommt hinzu, dass zwischenmenschliche Bindungen per se Trigger für die betroffenen Personen sein können (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 90).

Diese Klient*innen befinden sich in einer grundsätzlichen Dilemmasituation zwischen den Bedürfnislagen von dem Wunsch nach Nähe und den gleichzeitig internalisierten Kognitionen, dass Bindungen eine Gefährdung darstellen. Im sozialarbeiterischen Kontakt schwanken die Minderjährigen zwischen exzessiven Bindungsverhalten und der gleichzeitigen Zurückweisung von anderen Menschen. Jene Dynamiken stellen sich als eine äußerst gravierende Problematik für die professionelle Beziehungsgestaltung heraus (vgl. Baierl 2016: 32). Es erweist sich als elementar, diese Handlungsmuster der Klientel nicht als negativ oder impertinent aufzufassen. Solche Interpretationsweisen von Sozialarbeiter*innen unterbinden das feinfühligere Verhalten. Vielmehr geht es darum, die Feinfühligkeit zu maximieren, indem die geäußerten Signale als *Selbstoffenbarung* gewürdigt werden. Konkret bedeutet dies, dass hinter dem Verhalten die jeweiligen Problematiken, Bedürfnisse oder guten Gründe der Handlung (s. Kap 4.1) in den Mittelpunkt der Denkprozesse gelangen. So ist es Fachkräften z. B. möglich, Klammerverhalten von Minderjährigen als grundsätzliche Angstreaktion vor einem Bindungsabbruch zu verstehen oder die Ablehnung gegenüber anderen Menschen als Selbstschutzmaßnahme. Betreuungspersonen benötigen für diese Interpretationen viel Empathievermögen, damit sie herausforderndes Verhalten auch ohne weitere Begründungen einordnen und angemessen darauf reagieren können (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 91). Dabei sollte jedoch „alles vermieden werden, was Angst macht oder traumatisches Geschehen frühzeitig berührt und damit die gemeinsame Arbeit unnötig belastet.“ (Garbe 2015: 204) Die Feinfühligkeit transportiert sich durch die empathische verbale Reaktion auf die wahrgenommenen Signale einer Person. Verbalisiert werden dabei die Handlungen, Gefühle und mögliche Intentionen (vgl. Brisch 2022: 105). Die sprachliche Resonanz sollte dabei fürsorglich artikuliert und mit einer teilnehmenden Körperhaltung umgesetzt werden (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 92), was jedoch unter den folgenden Kapiteln noch einmal genauer expliziert wird.

3.3 Kontinuität/Präsenz

„Um die für Feinfühligkeit notwendige Aufmerksamkeit zu geben, ist die Voraussetzung die innere und äußere Präsenz von Fachkräften oder Bindungspersonen.“ (Schwerwath/Friedrich 2020: 92) Darüber hinaus erleben traumatisierte Kinder und Jugendliche sich selbst als minderwertig, und sie nehmen andere Personen als bedrohlich wahr. Aus diesem Grund ist es notwendig, dass Betroffene zur Überwindung ihrer Traumaerfahrungen einen personellen sicheren Ort als Basis zur Verfügung haben, der ihnen Schutz bietet. Dies gilt insbesondere dann, wenn externe Gefahren drohen oder die Minderjährigen die Bedrohung in sich selbst sehen. Ist der personelle sichere Ort gegeben, ist es möglich, dass die Kinder und Jugendlichen sich explorativ in die Welt öffnen. Erleben die Betroffenen keine sicherheitsspendenden Erwachsenen, sind sie gezwungen, diese Sicherheit für sich selbst herzustellen, was i. d. R. eine Überlastung für sie bedeutet (vgl. Baierl 2016b: 60).

In der Traumapädagogik ist der Anspruch an die Präsenz der Sozialarbeiter*innen hoch. Sie wird von den Kindern und Jugendlichen wahrgenommen, wenn die Fachkräfte sowohl reell anwesend als auch für die entsprechenden gesendeten Signale erreichbar sind. Daneben spielt jedoch auch aufmerksames, engagiertes und unterstützendes Verhalten eine elementare Rolle. Der pädagogische Mehrwert der tatsächlichen zuverlässigen Präsenz von Betreuenden liegt in der Implementierung einer tragfähigen Bindung (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 92). Um dies zu erreichen, kommt auf das Fachpersonal die Aufgabe zu, Unterstützung zu leisten und transparente Beziehungsangebote zu formulieren. Diese Angebote beziehen sich auf die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen, beachten jedoch gleichzeitig diejenigen der Sozialarbeiter*innen. Der wohlwollende und fürsorgliche Bindungsaufbau darf nicht unter der Prämisse von deplatzierten Bedingungen an die Minderjährigen vollzogen werden. Sozialarbeiter*innen benötigen des Weiteren Wissen bzgl. der Mechanismen der Übertragung und Gegenübertragung.¹¹ Als wesentlichster Aspekt sei festzuhalten, dass die Beziehungen sicher, kontinuierlich und von Wertschätzung geprägt sein müssen, damit diese in einer sicheren Bindung münden können. Dabei sind Bindungsabbrüche durch bspw. wechselnde Fachkräfte weitestgehend zu unterlassen (vgl. Baierl 2016b: 61). Die traumatisierten Klient*innen benötigen eine verlässliche und transparente Sicherheitsbasis mit der gleichzeitigen Kenntnis darüber, welche Fachkraft zu welcher Tageszeit für sie als Ansprechpartner*in fungiert und wie

¹¹ Neben der professionellen Beziehung ist es möglich, dass sich in pädagogischen Arbeitsfeldern eine Mutter- bzw. Vaterübertragungsbeziehung manifestiert. Für die traumatisierten kindlichen Anteile kann sich aufgrund von neuen positiven Beziehungserfahrungen ein kurierender Effekt einstellen. Für den Entwicklungsprozess eines Betroffenen ist es jedoch nicht hilfreich, wenn die regressiven Selbstanteile die Beziehungsgestaltung dominieren. In diesem Fall muss eine Ausgewogenheit bzgl. der kindlichen Bedürfnisse und der realen Bindung in der Gegenwart geschaffen werden (vgl. Garbe 2015: 207 f.).

die Betreuten diese erreichen können. Damit die Minderjährigen sich in dem Kontakt mit dem pädagogischen Fachpersonal sicher fühlen können, erweitert sich die postulierte Kontinuität auch auf das Verhalten der Sozialarbeiter*innen. Für den emotionalen Zustand der Betroffenen ist es essenziell, dass die jeweilige Betreuungsperson für sie einschätzbar ist. Sie benötigen die Gewissheit, dass sie in jedem Kontext mit Feinfühligkeit und Wertschätzung angenommen werden. Machen die Minderjährigen die Erfahrung, dass sie in einer Situation feinfühlig und in einer anderen unzuverlässig behandelt werden, kann aus dieser Sachlage keine sichere, sondern eine ambivalente Bindungsqualität resultieren (vgl. Imm-Bazlen/Schmiege 2017: 85 f.).

Doch trotz der benannten Aspekte wird die Kontinuität der Betreuung, insbesondere während der Aufbauphase einer professionellen Beziehung, durch gewisse traumatische Bindungsdynamiken vor massive Herausforderungen gestellt. Denn wie bereits beschrieben, schwanken die Minderjährigen in ihrem Verhalten häufig zwischen Nähe und Ablehnung zu anderen Bindungspersonen. Wenn betroffene Kinder und Jugendliche erleben, dass eine Beziehung aufgebaut und damit die Bindung immer stärker wird, wächst gleichzeitig die durch traumatische Vorerfahrungen bedingte Angst vor dieser. In der Praxis kann sich dies darin repräsentieren, dass z. B. das Stressniveau so maximiert wird, dass es zu erheblichen Affektdurchbrüchen kommen kann. Ebenfalls ist es möglich, dass Traumatisierte durch unbewusstes oder auch bewusstes Fehlverhalten massive Disharmonien in der Beziehung auslösen, was wiederum Nähebedürfnisse hemmen und den Wunsch nach Abstand befriedigen (vgl. Baierl 2016: 32). Minderjährige, welche traumatische Verletzungen von nahestehenden Bezugspersonen erlitten haben, werden mit hoher Wahrscheinlichkeit das Hilfesystem nach ihrer Vertrauenswürdigkeit testen. Erst wenn diese Prüfungen über einen längeren Zeitraum bestanden wurden, ist es möglich, einen sukzessiven weiteren Beziehungsaufbau zu generieren. Als letztes Phänomen nennt Baierl, dass einige Kinder und Jugendliche ein derart negatives Bindungsmodell und Selbstkonzept internalisiert haben, dass es für sie nicht vorstellbar sei, dass eine sichere Bindung anhält. In diesen Fällen initiieren sie lieber selbst einen Beziehungsabbruch, als erneute Schädigungen von außen ertragen zu müssen. All jene genannten Bindungsdynamiken werden Handlungsmuster von den Betroffenen hervorrufen, welche die professionelle Beziehung stark gefährden können. Diese krisenbehafteten Phasen werden geprägt von der Angst der Minderjährigen vor einer Beziehung und sind gleichzeitig für den Aufbau einer Bindungssicherheit als elementare Schritte anzusehen (vgl. ebd.: 32 f.).

Aus diesem Grund erweist es sich aus einer bindungsorientierten Perspektive als nicht angebracht, scheinbare Impertinenz mit pädagogischen Interventionen wie Time-outs zu konfrontieren. Vielmehr wird postuliert, in solchen Situationen mit Feinfühligkeit die Präsenz

zu der Klientel zu erhöhen, umso Sicherheit herzustellen (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 93). Zu der psychischen Stabilisation zählt in erster Linie die sozialpädagogische Förderung der Stressregulation. Wie bereits expliziert, charakterisieren sich Traumafolgeerscheinungen durch ein konstant aktiviertes und maximiertes Stresssystem. Insbesondere Menschen mit komplexen Traumageschichten nehmen Stress als existenzielle Gefahr wahr. Bindungsorientierte Interventionen stellen sich in diesem Fall als ein adäquater Faktor heraus, um ein erhöhtes Bindungssicherheitserleben zu erlangen. Dabei übernimmt das pädagogische Fachpersonal die Aufgabe, die Beruhigung des betroffenen Minderjährigen zu unterstützen (vgl. ebd.: 96). Dies kristallisiert sich als wesentlich heraus, da Traumatisierte in vielen Fällen außer Stande sind, ihre emotionalen Zustände und Verhaltensweisen in angemessener Form zu stabilisieren. Um selbstregulatorische Kompetenzen zu erlangen, besteht die Option, die Bezugsperson als *Co-Regulator*in* zu nutzen. Ähnlich wie Eltern die Signale ihres Kindes wahrnehmen und deren jeweiligen Emotionszustand beruhigen, gilt dasselbe in der Begleitung von Traumatisierten. Durch die Präsenz von Sozialarbeiter*innen besitzen sie die Chance, ihren Adressat*innen Trost zu spenden, ihr hohes Erregungsniveau zu begrenzen und so als Sicherheitsbasis zu fungieren (vgl. Imm-Bazlen/Schmiege 2017: 102). Dabei kann es ausreichen, zusammen mit den Minderjährigen zu schweigen, ihre Affekte auszuhalten, körperliche Nähe herzustellen (z. B. Hand halten) oder das Bedürfnis nach Distanz zu akzeptieren. Die Betroffenen erfahren, dass ihre Gefährdungsgefühle nicht mehr in diesem Maße bedrohlich sein können, wenn ihre sichere Bindungsperson selbst Ruhe ausstrahlt. Dabei haben die sogenannten Spiegelneurone eines Menschen eine bedeutsame Wirkung. Sie bilden das neurobiologische Fundament für das Imitationslernen. Daher haben die Bezugspersonen einen besonderen Stellenwert in der Begleitung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Sie dienen dabei nicht nur als Regulationshilfe, sondern auch als maßgebliches Vorbild für eine positive Bindung (vgl. ebd.).

3.4 Pädagogische Resonanz

Als ein Element der feinfühligsten Interaktion zwischen Sozialarbeiter*in und Klient*in gilt die Kompetenz, die emotionalen Prozesse, Erfahrungen und Intentionen eines Menschen zu verbalisieren. In diesem Kontext geht es weniger darum, problemspezifische Lösungsangebote zu entwickeln, sondern im Sinne eines empathischen Verstehens das mögliche Fühlen eines Menschen wahrzunehmen und daraufhin zu äußern (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 94). Karl Heinz Brisch nennt diese Form der Kommunikation auch Ammensprache. Diese ermöglicht, das Verhalten, die Gedanken und die Affekte von Kindern und Jugendlichen einer Begrifflichkeit zuzuordnen (vgl. Brisch 2022: 105). Die verbale empathische Resonanz von Fachkräften auf die Handlungen und psychischen Prozesse einer traumatisierten Person wirken insbesondere

entspannend auf den Organismus, dienen dem Aufbau der Bindungssicherheit und haben eine Stabilisationswirkung auf die Persönlichkeitsstruktur (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 94).

Wie bereits beschrieben, benötigen Traumatisierte in Situationen von affektiver Hoherregung eine stabile Beziehung, damit die Kinder und Jugendlichen die Kompetenz entfalten, einen adäquaten Umgang mit diesen Situationen zu gewinnen. Werden sie z. B. getriggert, kann daraus ein Kontrollverlust resultieren. Das pädagogische Fachpersonal sollte in solchen Momenten die Rolle eines spiegelnden Gegenparts übernehmen. Imm-Balzen und Schmiegl schlagen vor, das sogenannte *Containing* anzuwenden. Dabei fungieren die Sozialarbeiter*innen als Container für all die Dinge, die für die Adressat*innen nicht aushaltbar, verbalisierbar oder verstehbar sind. Die begleitende Person hat dabei die Aufgabe, die entgegengebrachten Inhalte zu ordnen, zu verstehen und schließlich in Worte zu fassen, damit sie in das Bewusstsein des Minderjährigen gelangen können (vgl. Imm-Bazlen/Schmiegl 2017: 99 f.). „Gerade vor dem besonderen Hintergrund von erstarrten inneren Prozessen und Sprachlosigkeit als klassischen Traumafolgeerscheinungen ist das Überwinden der Sprachlosigkeit und das Etwas-in-Bewegung-Bringen ein zentrales Ziel zur Integration traumatischen Erlebens“ (Schwerwath/Friedrich 2020: 94). Kommt es bei diesem Vorgang zu einer zusätzlichen anerkennenden Resonanz des Fachpersonals bzgl. des pathogenen Effekts einer psychischen Verletzung, kann dies eine Erleichterung für die Adressat*innen bedeuten. Werden bei diesem Vorgang die entsprechenden Symptome als normale Reaktion auf ein hochbelastendes Erlebnis interpretiert, lindert es in vielen Fällen die Angstgefühle der Betroffenen (vgl. Brisch 2022: 121).

Das *Containing* hat zum Ziel, die Gefühle des Kindes oder des Jugendlichen aufzugreifen und auszuhalten, ohne dabei von den eigenen Emotionen kontrolliert zu werden. Die Klient*innen sollen anhand dessen eine neue Handhabung mit ihren inneren Zuständen erlangen. Für viele, insbesondere komplex traumatisierte Personen gilt, dass sie nicht gelernt haben, ihre Affektregungen detailliert zu untersuchen, um damit auch einen positiven Umgang mit ihnen zu erarbeiten. Es kann jedoch ebenfalls sein, dass Betroffene aufgrund ihres Traumas den Kontakt zu ihren inneren Zuständen verloren haben. In diesem Fall hat die Fachkraft die Möglichkeit, durch feinfühliges spiegelndes Verhalten in der zwischenmenschlichen Interaktion, eine neue Verbindung zu den psychischen Prozessen eines Menschen zu schließen (vgl. Imm-Bazlen/Schmiegl 2017: 100). Nach Bear ist bei vielen traumatisierten Minderjährigen die Fähigkeit verschwunden oder nie erworben worden, die jeweiligen eigenen Bedürfnislagen zu präsentieren, da diese in der Vergangenheit systematisch übergangen wurden. Die Bindungsperson bringt einen Nutzen für die Kinder und Jugendlichen, wenn sie mit ihnen in einen spiegelnden Kontakt treten. Konkret kann dabei kommuniziert werden, was die

Bezugsperson in der Klient*in wahrnimmt, was festgestellt werden kann oder auch, welche Resonanzen die Minderjährigen in der Begleitperson auslösen. Da das Verhalten von komplex Traumatisierten häufig eine Widersprüchlichkeit impliziert, ist es angebracht, diese Diskrepanz zu kommunizieren (vgl. Bear 2020: 82). Wenn sich z. B. ein junger Mensch um ein Verhalten oder einen Zustand bemüht, dies jedoch noch nicht erreichen kann, ist eine passende Intervention, diese beobachteten Vorgänge transparent zu würdigen und zu versprachlichen. Im Speziellen besitzt die emotionale Spiegelung aufgrund häufiger Mangel Erfahrungen der Klientel eine fundamentale Relevanz im pädagogischen Kontakt. In diesem Kontext werden fragend, vermutete emotionale Zustände an Betroffene weitergegeben. So ermöglichen Sozialarbeiter*innen, den Kindern und Jugendlichen, ihre subjektiven Gefühlszustände mitzuteilen (vgl. ebd.: 82 f.). Dieser Sachverhalt erfordert einen hohen fachlichen Anspruch, denn in der Beschäftigung mit Emotionen können auch die mit der traumatischen Erfahrung verbundenen Affekte ausgelöst werden (vgl. Imm-Bazlen/Schmiege 2017: 100). Erleben Minderjährige feinfühligere Spiegel Erfahrungen, entwickeln sie die Möglichkeit, die eigenen Emotionszustände von den eines anderen Menschen zu unterscheiden. Diese sogenannte *Mentalisierungsfähigkeit* ermöglicht, soziale Situationen zu verstehen und dabei die eigene Handlungsfähigkeit zu bewahren. Auf Seiten der Sozialarbeiter*innen unterstützt diese Kompetenz den Beziehungsaufbau zu den Adressat*innen (vgl. Bräutigam 2018: 53).

Die pädagogische Resonanz beschränkt sich jedoch nicht nur auf die verbalen Handlungen einer Fachkraft. In diesem Kontext entwickelt das erste Axiom von Paul Watzlawick über die menschliche Kommunikation ihren signifikanten Stellenwert. Dieses impliziert die Unmöglichkeit, nicht zu kommunizieren. In diesem Sinn ist der Mensch in einem persistenten kommunikativen Austausch durch verbale und körpersprachliche Ausdrucksformen. Damit ist jegliche Dynamik in einem Beziehungssystem als Kommunikation anzusehen (vgl. ebd.: 180). Ein besonderer Fokus richtet sich hiermit auf die nonverbale Interaktion zweier oder mehrerer Subjekte. Der Körpersprache immanent ist zum einen die Mimik eines Menschen. Die Fachkräfte stehen hierbei vor der Aufgabe, ihre Resonanzen kontinuierlich zu reflektieren. Der mimische Ausdruck sollte Zuwendung, Wertschätzung und Annahme ausdrücken. Fühlen sich Traumatisierte gefährdet, wird Dissoziations-, Angriffs- bzw. Fluchtverhalten initiiert. Ein friedvoller Gesichtsausdruck gilt als effektives Element, um bei diesen auftretenden Dynamiken deeskalierend zu wirken. Traumatisierte reagieren oftmals sehr sensibel auf äußere Umstände, um sich aufgrund ihres negativen Welterlebens zu schützen. Aus diesem Grund versuchen sie, aus dem Gesichtsausdruck von Begleiter*innen zu erkennen, ob sie sich bei ihnen in Sicherheit befinden. Jedoch ist es in der pädagogischen Praxis nicht möglich, kontinuierlich eine

zugewandte und verständnisvolle Mimik beizubehalten. In diesem Fall hilft es sich zu vergewissern, dass die negativen Emotionen der Situation entstammen, aus dem Handeln der Klient*innen oder der eigenen Handlungsmuster, jedoch nicht aus den Minderjährigen selbst. Für die Kinder und Jugendlichen reicht es in einigen Fällen schon aus, auf einen gestressten Gesichtsausdruck ihrer Begleiter*in zu treffen, um starke Affekte hervorzurufen. Nicht zuletzt auch dadurch, dass die Mimik bereits als Trigger ausreichen kann. In dieser Situation ist angebracht, den Sachverhalt gemeinsam zu reflektieren. Insgesamt ist in der zwischenmenschlichen Interaktion auf einen positiven und teilnehmenden Blickkontakt zu achten, der i. d. R. zu einem weiteren Dialog anregt (vgl. Imm-Bazlen/Schmiege 2017: 89 ff.).

Neben der Mimik repräsentiert die Gestik die grundsätzliche Einstellung eines Menschen. Wenn die verbale Resonanz einer Fachkraft den Klient*innen Unterstützung zusichert, die körperlichen Handlungen jedoch inkongruent dazu sind, signalisieren Sozialarbeiter*innen, dass die Bedürfnisse der Minderjährigen nicht ernst genommen werden. Das ist z. B. dann der Fall, wenn sich das Fachpersonal in dem Gespräch den eigenen Dokumentationen zuwendet. In diesem Moment liegt die Priorität damit nicht bei dem Kind oder dem Jugendlichen und die jeweilige Resonanz vermittelt keine Präsenz. Je nach Traumaerfahrung ist es möglich, dass jene Handlungen als Ablehnung interpretiert werden, was intrusive Gedanken auslösen kann, z. B., dass die Betreuten sich wertlos fühlen (vgl. ebd.: 91). Aufgrund dieses Sachverhaltes besteht eine erhöhte Sensibilität und Fragilität der Kinder und Jugendlichen auf scheinbar unachtsames Verhalten der Fachkräfte (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 94).

Abschließend sei zu diesem Unterkapitel hervorzuheben, dass die Implementierung einer sicheren Bindung zu traumatisierten und bindungsverletzten Kindern und Jugendlichen in der pädagogischen Arbeit ein fundamentaler Schritt für die psychische Neuorganisation der Adressat*innen darstellt. Dabei ist das Favorisieren einer Sozialarbeiter*in als Bindungsperson von einer Klient*in als Indikator für den Aufbau einer sicheren Bindungsqualität zu würdigen. Ein fundamentales Ziel einer bindungsorientierten Pädagogik ist es, die Bezugsperson in den Hilfeplanprozess als einen elementaren Faktor anzusehen. Manifestiert sich eine sichere Bindung durch feinfühliges Verhalten, kann die Bindungsperson zu einem *positiven Introjekt*, also zu einer inneren Repräsentanz eines hilfreichen und sorgsamen Persönlichkeitsanteils werden (vgl. ebd.: 98). „Einen anderen Menschen in sich haben, indem ich dessen Resonanzmuster in mir hervorrufen kann [...], unterstützt langfristig Prozesse von Selbststärkung, Selbstbemächtigung und Selbstfürsorge.“ (ebd.: 99)

3.5 Selbstwirksamkeitserleben

Säuglinge sind bei ihrer Geburt existenziell abhängig von ihren schützenden Bezugspersonen. Erst in den nachfolgenden Jahren gewinnen sie an Autonomie und damit an Verantwortung hinzu. Erfahren Minderjährige eine positive Rückmeldung auf die eigene Handlung, führt dies zu einem Zustand der emotionalen Zufriedenheit. Damit ist das Selbstwirksamkeitserleben als eine inhärente Motivationslage eines Menschen zu verstehen, welche ebenfalls der Selbstentwicklung dient (vgl. Imm-Bazlen/Schmieg 2017: 104 f.). Aus der Resilienzforschung ist bekannt, dass Selbstwirksamkeitserfahrungen neben einem positiven Selbstkonzept und Problemlösefähigkeiten, als elementarer präventiver Schutzfaktor gegenüber Belastungssituationen anzusehen ist. Daneben besitzt die Selbstwirksamkeit jedoch auch kurative Auswirkungen auf den Genesungsprozess bei einer bereits entstandenen Traumatisierung (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 94).

Erleben Kinder und Jugendliche jedoch Unwirksamkeitserfahrungen (z. B. durch Vernachlässigung oder Missachtung ihrer Grenzen), streben sie massiv nach Selbstwirksamkeit. Udo Bear unterscheidet zu dieser Thematik zwischen *destruktiver und konstruktiver Selbstwirksamkeit*. Die Distinktion, welche von diesen Wirksamkeitsbemühungen ausgeht, ist der Effekt des Handelns. Die destruktive Selbstwirksamkeit einer Klient*in attribuiert sich durch ihre maßlose und aggressive Wirkung auf die jeweilige Umwelt. Nicht selten leidet auch das betroffene Subjekt unter den negativen Folgen der eigenen Handlungsmuster. Dieser Sachverhalt repräsentiert sich u. a. durch Suizidalität oder Autoaggressionen der Minderjährigen. Die gesellschaftlichen Konsequenzen, die diese Form der Wirksamkeit nach sich zieht, führt in aller Regel zu einer Steigerung des zerstörerischen Effekts (vgl. Bear 2020: 110). Betroffene erhalten (finanzielle) Strafen oder werden sozial isoliert. Des Weiteren manifestiert sich bei diesen Handlungen eine Notwendigkeit zur Wiederholung. Die Kinder und Jugendlichen haben zwar Selbstwirksamkeit erlebt, jedoch erfahren sie dadurch wenig Wertschätzung und soziale Verbundenheit. Dies bildet die Grundlage für einen erneuten Impuls zu negativem Verhalten (vgl. ebd.: 110 f.). Die konstruktive Wirksamkeit hingegen schafft eine nachhaltige Befriedigung des motivationalen Systems der Selbstwirksamkeit. Sie kennzeichnet sich durch ihre Integration in soziale Beziehungen. Die sozialarbeiterische Herausforderung in der Begleitung von Traumatisierten besteht darin, die destruktiven Wirksamkeitsbemühungen in konstruktive zu transferieren. Dies ist ein kompliziertes Vorhaben, welches auch immer wieder Rückschläge in der Arbeit impliziert. Wenn Klient*innen jedoch psychoedukativ die Ursachen ihres Verhaltens nähergebracht werden, mit dem gleichzeitigen Zusammenhang, dass sie keine positive Selbstwirksamkeit erlernen konnten, ist dies ein erster Schritt in die Konstruktivität.

Konkret können Sozialarbeiter*innen mit ihren Klient*innen Projekte durchführen. Bei erlebnispädagogischen Ausflügen oder künstlerischen Aktionen können Erfahrungen der Unwirksamkeit kompensiert werden. Dabei ist darauf zu achten, die Angebote nicht zu überfordernd zu gestalten, da traumatisierte Menschen oft eine geringe Stresstoleranz besitzen. Um eine nachhaltige Wirkung zu erzielen, müssen diese Selbstwirksamkeitserfahrungen über einen langen Zeitraum bestehen bleiben (vgl. Bear 2020: 111 f.).

Bezogen auf die pädagogische Praxis ist es die Aufgabe der Bezugspersonen, durch feinfühliges Verhalten wahrzunehmen, welche Kompetenzen die Kinder und Jugendlichen bereits besitzen und wo sie noch gefördert werden müssen. Zu diesem Prozess gehört ebenfalls, den Adressat*innen Vertrauen entgegenzubringen. Dieses Zutrauen bezieht sich sowohl auf die Anwendung der erworbenen Fähigkeiten als auch auf die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben. Traumatisierte Minderjährige sind bereits durch ihre eigenen Ängste und negativen Gefühle eingeschränkt. Aus diesem Grund sind Bezugspersonen, die ihnen kaum Zutrauen entgegenbringen oder sie aus dem eigenen Angsterleben schützen wollen, kontraproduktiv. Im Gegenteil ist es essenziell, die Klientel dahingehend zu unterstützen, Selbstwirksamkeit zu erlangen (vgl. Imm-Bazlen/Schmiege 2017: 105). Von Traumata betroffene Minderjährige haben häufig aus ihrer Biografie heraus ein verinnerlichtes Ohnmachtsgefühl entwickelt. Aufgrund ihres negativen Selbstkonzepts nehmen sie die Herausforderungen ihrer Umwelt als nicht realisierbar wahr. Die Hilfeplangestaltung sollte aus diesem Grund ressourcenorientiert jene Aktionen und Vorgehensschritte beinhalten, welche ein positives Ergebnis versprechen. Sozialarbeiter*innen arbeiten diesbezüglich nach der Handlungsmaxime, dass Stärken fokussiert und stabilisiert werden, anstatt Schwächen zu beheben. Im Mittelpunkt des bindungsorientierten Kontakts stehen bspw. Aspekte, was die Kinder und Jugendlichen bereits gut können, was ihnen Freude bereitet und wie diese Elemente stärker in den pädagogischen Alltag integriert werden können (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 114 f.). Zu diesem Sachverhalt erweist es sich als förderlich, dass Klient*innen die Möglichkeit bekommen, das auszuführen, was sie bereits beherrschen. Sehen sie sich mit Komplikationen konfrontiert, leisten die Begleiter*innen ihnen Hilfestellungen. Diese können umgesetzt werden, indem die Kinder und Jugendlichen motiviert und ihnen Korrektur- und Reflexionsmöglichkeiten angeboten werden. Das Vertrauen den Klient*innen gegenüber ist jedoch der elementarste Voraussetzungsfaktor für diese Hilfeprozesse. Die Kinder und Jugendlichen lernen Verantwortung für sich zu übernehmen, wenn sie in diesem Prozess auf feinfühliges Unterstützung treffen (vgl. Imm-Bazlen/Schmiege 2017: 105).

4 Traumapädagogische Konzepte

Traumapädagogische Konzepte helfen dabei, die Handlungsmaximen aus dem vorherigen Kapitel in der Praxis weiter umzusetzen. Sie fördern einerseits den bindungsorientierten zwischenmenschlichen Zugang zu den Minderjährigen (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 67). Andererseits gewährleisten sie in institutionellen Settings dessen Aufrechterhaltung durch sichere Räume, indem Schutzverfahren einen heilenden Effekt auf die Minderjährigen entwickeln können (vgl. ebd.: 75). Dementsprechend wird in diesem Kapitel unter Punkt 4.1 auf das Konzept des guten Grundes eingegangen. Diese Konzeption bezieht sich auf die pädagogische Grundhaltung der Sozialarbeiter*innen im Kontakt mit ihren Klient*innen. Darauf folgend spezifiziert sich das Unterkapitel 4.2 mit dem elementaren Rahmungsprozess der Alltagspraxis in dem Konzept des sicheren Ortes.

4.1 *Das Konzept des guten Grundes*

Verhaltensweisen von traumatisierten Kindern und Jugendlichen sind für die betreuenden Bezugspersonen häufig strapaziös und von abstruser Natur. Stimmungsschwankungen und unberechenbare, aggressive Verhaltensweisen sind häufige emotionale Reaktionen auf Situationen, die für Außenstehende lediglich Trivialitäten darstellen. Aus einer traumasensiblen Perspektive heraus verfolgt jedoch jedes Verhalten eines Individuums eine eigene Logik (vgl. Klappstein/Kortewille 2020: 15 f.). Traumatisierte Menschen benötigen tatsächliche Wertschätzung als elementare Korrekturfahrung. Durch affektive Durchbrüche, aktivierte Notfallprogramme und unverständliche Verhaltensweisen der Betroffenen, belasten diese Handlungsmuster die zwischenmenschlichen Beziehungen zunehmend (vgl. Weiß 2018: 32 f.). Als ein zentraler Aspekt der Traumapädagogik erweist sich eine zwischen Klient*innen und Begleiter*innen entwickelte Haltung, die das *Konzept des guten Grundes* zum Vorschein bringt. Einzelne Elemente wurden bereits in vorherigen Kapiteln dieser Arbeit angesprochen. Sie impliziert das Verstehen, dass die Handlungen der Minderjährigen aus ihren Entwicklungsbedingungen heraus, als natürliche Reaktionen anzusehen sind, welche auf ein signifikantes (chronifiziertes) Belastungserleben zurückzuführen seien. Dieses Konzept als innere Grundhaltung zu verinnerlichen ist in diesem Sinne elementar, da in der pädagogischen Praxis die Anerkennung des Verhaltensmusters als Überlebensstrategie leicht verloren gehen kann. In der Annahme des guten Grundes wird der psychoanalytische Ursprung dieses Denkens erkennbar, welcher den Grundsatz vertritt, dass jegliches Verhalten eines Subjekts nicht willkürlich, sondern aus der jeweiligen Biografie und den innerpsychischen Prozessen heraus resultiert (vgl. Müller 2021: 225).

Um das Konzept des guten Grundes in der sozialarbeiterischen Praxis besser umsetzen zu können, postulieren Schwerwath und Friedrich drei Grundannahmen. Das erste Axiom vermittelt die Botschaft, dass *Individuen immer aus ihren Bedürfnissen heraus handeln*. Wie es bereits unter dem Punkt der Feinfühligkeit (s. Kap. 3.2) angesprochen wurde, werden Verhaltensauffälligkeiten unter diesem Gesichtspunkt als spezifisch geäußerte Bedürfnislagen wahrgenommen. Insbesondere komplexe Traumata kennzeichnen sich durch massive Verletzungen und Mangelerfahrungen in der Befriedigung der Grundbedürfnisse. Als adäquate Intervention kann sich die Fachkraft fragen, welche grundlegenden Bedürfnisse in der aktuellen Situation nicht beantwortet werden, oder in der Vergangenheit mangelversorgt wurden. So kann das Defizit bearbeitet und evtl. beseitigt werden. Als Beispiel lässt sich anführen, dass Kinder, welche z. B. Vernachlässigungs- oder Gewalterfahrungen gemacht haben, häufig nicht in der Lage sind, ihre Bedürfnisse mitzuteilen. Haben sie den Wunsch nach Bindung, können sie diesen durch provokantes oder aggressives Verhalten zum Ausdruck bringen (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 67). Jene Betrachtungsweise ermöglicht ein besseres Verständnis für die Klient*innen zu entwickeln, ohne dabei mit den Handlungen einverstanden sein zu müssen. Interpretieren die Bezugspersonen die Verhaltensweisen der Betroffenen als gegen sie gerichtet, maximiert dies das Stresserleben der Kinder und Jugendlichen (vgl. Weiß 2018: 33).

Das zweite Axiom beschäftigt sich mit dem Verständnis, dass *hinter jeder Handlung eine positive Absicht* vertreten ist. Als nötig für diese Annahme erweist sich ein Perspektivwechsel, welcher den Fokus von den (destruktiven) Konsequenzen des Verhaltens zu den funktionalen Bestrebungen der Minderjährigen lenkt. In diesem Fall erforschen Sozialarbeiter*innen, welches Ziel die Adressat*innen mit ihren Handlungen umsetzen wollen. Denn oft befinden sich hinter den traumatisch erzeugten Verhaltensweisen, positive Intentionen, wie z. B. die Bekämpfung der eigenen Ohnmacht, der Schutz vor erneuten Bedrohungen oder den grundsätzlichen Erhalt des Überlebens (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 68 f.). Diese empathischen Interpretationen können schließlich gemeinsam mit den Kindern und Jugendlichen auf ihre Unverzichtbarkeit in der Vergangenheit reflektiert werden. Das gemeinsame Identifizieren der herausfordernden Handlungsmuster legen die Basis für eine wirkungsvolle Erarbeitung für alternative Umgangsweisen (vgl. Weiß 2018: 33). Auch wenn die Erklärungen der Minderjährigen für ihr Tun für die meisten Bezugspersonen nicht nachzuvollziehen sind, sind sie erforderlich in dem Verständnis des traumatisierten Persönlichkeitsanteils eines Betroffenen. Selbst wenn die Gefahrenlage für die Klient*innen beseitigt ist, bleiben die Annahmen über die gemachten Erfahrungen bestehen. Negative Kognitionen können verinnerlicht werden, wie in etwa die Überzeugung, dass der junge Mensch auf sich allein gestellt ist und von niemanden adäquat

versorgt und geschützt wird. Damit einher geht die Manifestation von individuellen Überlebensmechanismen. Befindet sich z. B. eine Adressat*in mit schwerer Vernachlässigungserfahrung in einer Einrichtung mit sicherer und geregelter Nahrungsversorgung, kann dennoch der kindliche traumatisierte Persönlichkeitsanteil dafür sorgen, dass Lebensmittel gestohlen oder gehortet werden. Das scheinbar paradoxe Verhalten der Klient*in ist jedoch schlüssig und angemessen in der Logik der internalisierten Überlebensstrategien (vgl. Klappstein/Kortewille 2020: 16 f.). Wie gerade beschrieben, kann pädagogisch wertvoll interveniert werden, indem in einem Gespräch das Verhalten unter dem Gesichtspunkt der gemachten Erfahrungen erläutert wird. Der betroffenen Person kann angeboten werden, unverderbliche Nahrungsmittel in dem eigenen Zimmer aufzubewahren, bis genügend Gewissheit und Bindungssicherheit bezogen auf die Versorgung aufgebaut wurde (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 70).

Als letztes Axiom sei an dieser Stelle das *traumaspezifische Symptomverstehen* anzuführen. Neben den bereits dargestellten möglichen Symptomatiken in den vorherigen Kapiteln, lohnt es sich, als Fachkraft zu erforschen, welche Auffälligkeiten ein fragmentierter Bestandteil oder eine versuchte Kompensation einer Traumatisierung darstellen könnte. Das Ziel dieses Verstehens besteht darin, das gegenwärtige Symptom in einen umfassenden Kontext zu stellen, um es für die betroffenen Personen verständlicher zu gestalten. Bei einer symptomatischen Gefühlslosigkeit kann z. B. untersucht werden, wann in der Vergangenheit es nötig war, keine Emotionen zuzulassen, um sich zu schützen (vgl. ebd.: 70). Wird der gute Grund des devianten oder auffälligen Verhaltens der Minderjährigen von den Bezugspersonen wahrgenommen, maximiert sich die Chance, dass die Klient*innen sich in ihren emotionalen Zustand verstanden und als Subjekt geachtet fühlen (vgl. Klappstein/Kortewille 2020: 16 f.).

Alle drei vorgestellten Ansätze können als basale Bedingung angesehen werden, um eine empathische Wahrnehmung der Kinder und Jugendlichen zu erreichen. Eine solche Feinfühligkeit ist essenziell, um die Biografie der traumatisierten Menschen adäquat zu analysieren, umso auch mit geeigneten Interventionen in der pädagogischen Praxis zu reagieren. Dies ist von zentraler Bedeutung für die Ausgestaltung einer professionellen Beziehung im Rahmen der traumapädagogischen Arbeit (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 72). Abschließend sei hinzuzufügen, dass es sich im sozialarbeiterischen Alltag als kompliziert erweisen kann, die Axiome in angemessener Form wahrzunehmen und umzusetzen. Als unterstützendes Element „bedarf es als Voraussetzung Supervision, Intervention oder eine Methode kollegialer Fallreflexion.“ (Müller 2021: 226)

4.2 Das Konzept des sicheren Ortes

Der Begriff des ‚sicheren Ortes‘ generiert in der Traumapädagogik eine dichotome Bedeutung. Einerseits stammt der Terminus aus der Methodik im Sinne von Imaginationsübungen.¹² Auf der anderen Seite, auf die sich in diesem Kontext spezifiziert werden soll, handelt es sich bei dem *Konzept des sicheren Ortes* um die Implementierung eines schützenden pädagogischen Kontextes. Dies kann als grundlegende Konzeption des traumapädagogischen Arbeitens angesehen werden (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 73 f.). Sie beherbergt das Ziel, „in einer menschlich warmen Atmosphäre, die den Aufbau neuer fördernder Bindungen ermöglicht, klare Strukturen zu schaffen.“ (Garbe 2015: 159) Wie bereits redundant erwähnt, nehmen traumatisierte Klient*innen ihre Umwelt als bedrohlich wahr. Um den Kindern und Jugendlichen jedoch Sicherheit vermitteln zu können, bedarf es neben einer sicheren Bezugsperson einen äußeren sicheren Ort, der eine transparente Rahmensetzung regelt (vgl. Baierl 2016b: 56). Minderjährige, welche in die Jugendhilfe eingegliedert werden, haben bereits viele Unsicherheitserfahrungen machen müssen. Der primäre Eindruck, den eine Institution vermittelt, bildet das Fundament für ein künftiges Vertrauensverhältnis (vgl. König 2016: 163).

Das erste Element, welches eine pädagogische Einrichtung für einen sicheren Ort berücksichtigen muss, ist die *strukturelle Transparenz*. Diese Klarheit besitzt eine signifikante Bedeutung für die Minderjährigen und gewährleistet die erhöhte Bedürfnisbefriedigung nach Verständnis und Kontrolle. Dazu gehört zum einen, dass die Bewohner*innen einer Einrichtung zu jeder Zeit einen Einblick in den aktuellen Dienstplan erlangen, um sicherzugehen, wer zu welcher Zeit für sie verantwortlich ist (vgl. ebd.: 164). Eine gleichbleibende Struktur innerhalb des institutionellen Settings vermittelt Sicherheit und dient als fester Orientierungsrahmen für die Klient*innen als auch für das Fachpersonal. Kontinuierliche Prozesse in der Gruppe stehen der Unberechenbarkeit entgegen, denen die Kinder und Jugendlichen in ihrer Vergangenheit ausgesetzt waren. Zu beachten sei, dass Strukturanforderungen per se eine hohe Belastung für die Klient*innen darstellen, an welche sie sich zunächst assimilieren müssen (vgl. ebd.: 167). Zu der strukturellen Transparenz lässt sich des Weiteren ein klar geregelter Alltag zählen, welcher von deutlich gemachten Regeln und Konsequenzen untermauert wird. In diesen Fällen bietet es sich an, Reglementierungen, Abläufe und geplante Aktivitäten zusätzlich schriftlich

¹² Die Imaginationsübung der Methode des *sicheren Ortes* umfasst eine professionell angeleitete Fantasiereise, in der sich die Klient*innen an einen subjektiv geschützten Ort begeben sollen. Dieser fungiert als innere Zufluchtsstätte, die die Menschen lernen, zu aktivieren, wenn sie sich bedroht fühlen. In der Begleitung von komplex traumatisierten Minderjährigen geht die Vorstellungskraft positiver Bilder jedoch häufig mit negativen Szenarien einher. Begleiter*innen benötigen in diesen Fällen besondere Kompetenzen, den Betroffenen Schutz zu signalisieren und ihnen in dem Wechsel von dysfunktionalen zu konstruktiven Imaginationen zu verhelfen (vgl. Bear 2020: 36 f.).

auszuhängen. Ritualisierte Vorgänge in der Alltagspraxis vermitteln zusätzlich Sicherheit (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 76). Muss eine Konsequenz in Folge eines Verstoßes der institutionellen Regeln erfolgen, bietet es sich an, Verständnis für das Verhalten zu zeigen (z. B., dass es schwer ist, sich an Regeln zu halten, denen man nicht zustimmt). Dieses Verständnis in Verbindung mit Transparenz festigt den Bindungsaufbau (vgl. Imm-Bazlen/Schmieg 2017: 104).

Neben der strukturellen Transparenz charakterisieren sich sichere Orte durch *intakte Räumlichkeiten*. Einrichtungsbezogene Umgebungsbedingungen haben einen elementaren Effekt auf den psychischen Zustand eines Individuums. Aus diesem Grund sollten sichere Orte Unversehrtheit verdeutlichen (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 79 f.). Dazu lassen sich insbesondere eine unbeschädigte Einrichtung samt Ausstattung zählen. Beschädigungen sollten zügig behoben werden, damit die Umgebung keinen Eindruck von Zerstörung oder Instabilität vermittelt. Außentüren müssen stets abgesichert sein, damit keine unbefugten Menschen in die Institution gelangen können. Darüber hinaus sollte deutlich gemacht werden, welche möglicherweise gefährlichen Gegenstände (z. B. Küchenmesser) unter welchen Bedingungen den Bewohner*innen zur Verfügung stehen oder nicht (vgl. Baierl 2016b: 57 f.). Jedoch sieht es in der Praxis der Jugendhilfe nicht selten so aus, dass die Institutionen den Anschein des mangelhaften oder beschädigten vermitteln. Traumatisierte benötigen aber einen Lebenskontext, der ihnen Sicherheit, Geborgenheit und Klarheit verschafft. Um die Räumlichkeiten besser erhalten zu können, ist es fundamental, strukturelle Zuständigkeiten für dessen Pflege zu bestimmen. Die pädagogische Konzeption kann Reglementierungen bzgl. der Ordnungsstrukturen schaffen. Werden Bewohner*innen in die Gestaltungs- und Instandhaltungsprozesse integriert, ermöglicht diese Partizipation eine erhöhte Verbundenheit mit der Einrichtung (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 80). Für das subjektive Sicherheitsempfinden der Bewohner*innen ist es elementar, die Einrichtung durch Ausstattung und Größe so zu gestalten, dass sie einerseits Rückzugsräume als auch Gemeinschaftserfahrungen ermöglichen. Insbesondere die eigenen Zimmer der Klient*innen müssen abschließbar sein, um als Sicherheitsbasis zu dienen. Lediglich das Fachpersonal darf durch ihre Schlüssel einen Zugang zu diesen Räumlichkeiten haben (vgl. Baierl 2016b 57). Zwischen den Minderjährigen und den Betreuer*innen sollten im Sinne der Transparenz klare Absprachen zum Eintritt des Zimmers getroffen werden. Unabdingbar ist es, vor dem Betreten des Zimmers anzuklopfen. Den Bewohner*innen könnte ermöglicht werden, Türschilder anzubringen und geschützte Plätze für die eigenen Wertsachen zu schaffen. Erleben Kinder und Jugendliche, dass ihnen Möglichkeiten zum Schutz und zum Rückzug zur Verfügung stehen, hemmt dies den Kampf- oder Verteidigungsimpuls (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 81).

Die *Partizipation* besitzt in der modernen Jugendhilfe einen hohen Stellenwert. Unter diesem Terminus lassen sich die Teilhabe, Einbindung und Mitgestaltung der Bewohner*innen in den pädagogischen Alltag subsumieren. Insbesondere in der Begleitung von Traumatisierten ermöglichen partizipative Strukturen die Vermittlung eines Sicherheitsgefühls. Die Minderjährigen empfinden, dass ihnen zugehört wird und ihre Meinung zählt. In Analogie zu den Teamsitzungen der Fachkräfte können solche Treffen ebenfalls zusammen mit den Kindern und Jugendlichen durchgeführt werden. In diesen werden den Bewohner*innen wichtige Thematiken aus den Teamsitzungen nähergebracht. Darüber hinaus bekommen sie die Möglichkeit, sich zu äußern und mitzubestimmen (vgl. König 2016: 165). Durch diesen Prozess manifestiert sich ein positives Selbstwirksamkeitsgefühl bei den Betroffenen. Die Gruppensitzungen sollten immer am gleichen Ort in einer sicheren Atmosphäre durchgeführt werden. Auch im Kontext der Hilfeplangespräche bekommen die Klient*innen die Gelegenheit zur Mitbestimmung im Hilfeprozess. Ihnen sollte im Vorfeld verdeutlicht werden, dass es um ihre eigene Zukunftsgestaltung geht und sie mit ihren Anliegen geachtet werden (vgl. ebd.).

Ein maßgeblicher Indikator für einen sicheren Ort spiegelt sich in der *Gewaltfreiheit* wider. Insbesondere komplex Traumatisierte haben kumulative Gewalterfahrungen machen müssen. Dabei ist jedes traumatische Erlebnis als Gewalt anzusehen, da es in jedem Fall totale Ohnmacht impliziert. Die Gewährleistung der Gewaltfreiheit ist jedoch mit Komplikationen verbunden, da die Klient*innen nicht selten ihre gemachten Traumaerfahrungen reinszenieren. Dies kann als Unterfangen gedeutet werden, sich mit biografischen Erlebnissen zu befassen. Darüber hinaus kann aus einer Triggersituation ebenfalls Kampfverhalten resultieren, indem das Geschehen mit dem Trauma assoziiert wird (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 81 f.). Fachkräfte müssen fähig sein, Dynamiken in der Gruppe zu steuern und auffangen zu können und sich parallel dazu als offene und vertrauenswürdige Bindungsperson anzubieten (vgl. König 2016: 166). Moralisches Appellieren und die Ausweitung der Regeln werden bei gewaltvollem Verhalten ohne Wirkung bleiben. Es bietet sich an, dass gemeinsam über die Ursachen und Konsequenzen von Gewalt kommuniziert wird. Dabei nehmen die Sozialarbeiter*innen eine klare Haltung gegen diese Handlungen ein. Es gilt, die Absichten und Bedürfnisse hinter dem Verhalten zu klären und den Wunsch nach Sicherheit zu erläutern. In Gruppensitzungen kann Gewalt erklärt und analysiert werden. Dabei können Regeln für eine gemeinsame sichere Alltagspraxis aufgestellt werden, bei gleichzeitig formulierten Konsequenzen für einen Verstoß. Auf diesem Weg kann eine gemeinsame Moral für die institutionelle Sicherheit verdeutlicht werden. Fachkräfte begleiten diesen Prozess, indem sie den Klient*innen Reflexionsmöglichkeiten und Alternativlösungen für ihre Handlungen anbieten (vgl. Schwerwath/Friedrich 2020: 82 f.).

5 Fazit

Vor der Beantwortung der Forschungsfragen sei zunächst zusammenfassend festzuhalten, dass mit dem Begriff des Traumas, eine anhaltende und unbewältigte psychische Verletzung eines Subjekts zum Ausdruck gebracht wird. Bei dessen Manifestation sind subjektive Risiko- und Schutzfaktoren entscheidend. Minderjährige sind in Bezug auf eine Traumatisierung als besonders vulnerable Personengruppe anzusehen, da sie empfindlicher auf ein Trauma reagieren und i. d. R. ihren potenziell traumatisierenden Bezugspersonen ausgeliefert sind. Eine der häufigsten Traumafolgen ist die PTBS. Durch neurobiologische Veränderungen und versuchte Bewältigungsstrategien etablieren sich eine Vielzahl von möglichen Traumasymptomen. Zu den Hauptsymptomen gehören die Überregung oder das Hyperarousal des Organismus, Intrusionen und Flashbacks, negative Kognitionen und das Vermeidungsverhalten. Unter dissoziativen Zuständen wird das Empfinden des Menschen von der Situation abgespalten. Diese Symptome gelten als Überlastungsschutz und als versuchter Aufarbeitungsprozess des traumatischen Materials. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen ist die Diagnose einer PTBS kompliziert, da sie sich im Gegensatz zu erwachsenen Betroffenen unterscheiden kann.

Um auf die schwerwiegenden Folgen eines chronifizierten Traumaerlebens aufmerksam zu machen, wurde in dem ICD-11 die KPTBS erstmals aufgeführt. Sie kennzeichnet sich durch die Hauptsymptome der PTBS. Jedoch sind affektive Störungen und Dissoziationsvorkommnisse deutlich maximierter. Die KPTBS lässt sich in das Entwicklungs- und Beziehungstrauma segmentieren. Ersteres attribuiert sich durch traumabedingte Entwicklungsstörungen. Zweiteres kennzeichnet den besonders pathogenen Effekt, wenn psychische Verletzungen innerhalb von Beziehungssystemen (z. B. Familien) auftreten. Zu der Beantwortung der Forschungsfragen ist grundlegend der Punkt entscheidend, dass komplexe, sozial determinierte Traumata eine destruktive Auswirkung auf die Beziehungsfähigkeit und das Bindungsverständnis der Minderjährigen nach sich ziehen können. Sie besitzen nicht selten Bindungsstörungen, was sich als erhebliche Komplikation herausstellt, neue Beziehungen einzugehen. Eine sichere Bindung zwischen Klient*in und Fachkraft ist jedoch fundamental, ein Trauma zu verarbeiten. Sie gilt als eine der größten Schutzfaktoren in der Traumabewältigung. Ohne sichere Bindungen erleben die Betroffenen keine Sicherheitsbasis, die es ihnen ermöglicht, ihre emotionalen Zustände zu regulieren und sich selbst zu stabilisieren. Betroffene Kinder und Jugendliche benötigen mindestens eine erwachsene Person, mit der sie neue korrigierende Beziehungserfahrungen machen können, umso eine sichere Bindung aufzubauen. Die Zeit und der Umgang nach der traumatischen Situation sind entscheidend für die weitere

psychische Gesundheit der Adressat*innen. Fachkräfte müssen dafür sorgen, dass sich die Minderjährigen in der zwischenmenschlichen Interaktion sicher und verlässlich aufgehoben fühlen. Dies erweist sich bei Klient*innen mit komplexen Traumaerfahrungen als langwieriger Prozess, indem die Bindung kontinuierlich getestet wird. Zum Aufbau einer sicheren professionellen Beziehung gibt es verschiedene Handlungsmaximen, nach denen Fachkräfte agieren sollten. Feinfühliges Verhalten in der Arbeit, ermöglicht die Kinder und Jugendlichen durch Empathie in ihren Bedürfnislagen wahrzunehmen und angemessen darauf zu reagieren. Damit dieses Verhalten von dem Fachpersonal umgesetzt werden kann, müssen sie kontinuierlich emotional und physisch präsent für die Kinder und Jugendlichen sein. Bei der pädagogischen Resonanz treten die Sozialarbeiter*innen in einen spiegelnden Kontakt zu ihren Adressat*innen, um wahrgenommene Zustände der Minderjährigen zu kommunizieren. Dies kann als Basis für einen weiteren Dialogprozess gelten. Resonanzen transportieren sich ebenfalls auf der nonverbalen Ebene. Hier sollten Fachkräfte auf eine akzeptierende Mimik und Gestik achten. Konstruktive Selbstwirksamkeitserfahrungen in der pädagogischen Arbeit gelten als elementarer Resilienzfaktor und verhelfen den Minderjährigen, die traumatisch bedingten Ohnmachtsgefühle zu kompensieren.

Als fundamentale Haltung zum Bindungsaufbau hat sich das Konzept des guten Grundes in der Traumaarbeit bewährt. Es verhilft Fachkräften, die Bedürfnisse und positiven Absichten hinter scheinbar impertinenten Verhalten der Adressat*innen zu suchen. Es wird davon ausgegangen, dass jedes Verhalten oder die auftretenden Symptome aus den gemachten Erfahrungen heraus einen guten Grund besitzen und somit gewürdigt werden sollten. Damit der sichere Bindungsaufbau in einem adäquaten Rahmen vonstattengehen kann, ist in der institutionellen Begleitung von Traumatisierten das Konzept des sicheren Ortes bedeutend. Dieses Konzept umfasst transparente und deutliche Strukturen für die Klient*innen, um Sicherheit und Orientierung zu vermitteln. Durch unversehrte und schützende Räumlichkeiten in der Einrichtung wird das essenzielle Gefühl der Geborgenheit vermittelt. Die Einbettung der Klient*innen in partizipative Strukturen ist ein weiteres Element, um ihnen die Wiedererlangung von Sicherheit und Kontrolle zu ermöglichen. Damit Einrichtungen als sicherere Orte fungieren können, ist darüber hinaus die Gewaltfreiheit von basaler Bedeutung, um einen notwendigen Schutzrahmen zu bilden. Diese Arbeit verdeutlicht, dass ein adäquater Bindungsaufbau multidimensionale Aspekte aufweist. Neben professionellen Kompetenzen und der inneren Haltung der Fachkraft, welche eine von Empathie getragene Vertrauensbeziehung im Hilfesystem hervorbringt, spielt der alltägliche sichere Rahmungsprozess der Kinder und Jugendlichen eine elementare Rolle. Erst wenn auf allen Ebenen Sicherheit hergestellt ist, können betroffene Kinder und Jugendliche anfangen, ihr Trauma zu verarbeiten.

Literaturverzeichnis

Allroggen, M. (2013): Dissoziative Störungen. In: Fegert, J. M./Kölch, M. [Hrsg.]: Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 2. überarbeitete und erweiterte Aufl., Heidelberg: Springer-Verlag, S. 117-130.

Baer, U. (2020): Was hochbelastete Kinder brauchen – Praxishandbuch für die Begleitung und Betreuung. 2. Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta.

Baierl, M./Frey, K. [Hrsg.] (2016): Praxishandbuch Traumapädagogik – Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. 3. Aufl., Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht.

Baierl, M. (2016): Mit Verständnis statt Missverständnis: Traumatisierung und Traumafolgen. In: Baierl, M./Frey, K. [Hrsg.]: Praxishandbuch Traumapädagogik – Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. 3. Aufl., Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht, S. 21-47.

Baierl, M. (2016a): Dir werde ich helfen: Konkrete Techniken und Methoden der Traumapädagogik. In: Baierl, M./Frey, K. [Hrsg.]: Praxishandbuch Traumapädagogik – Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. 3. Aufl., Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht, S. 80-108.

Baierl, M. (2016b): Mit Sicherheit ein gutes Leben: Die fünf sicheren Orte. In: Baierl, M./Frey, K. [Hrsg.]: Praxishandbuch Traumapädagogik – Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. 3. Aufl., Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht, S. 56-72.

Bräutigam, B. (2018): Grundkurs Psychologie für die Soziale Arbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Brisch, K. H. (2022): Bindungsstörungen und Trauma. In: Brisch, K. H./Hellbrügge, T. [Hrsg.]: Bindung und Trauma – Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. 7. Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta, S. 105-136.

Brisch, K. H./Hellbrügge, T. [Hrsg.] (2022): Bindung und Trauma – Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. 7. Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta.

Dreiner, M. (2020): Trauma verstehen und bewältigen – Hilfe für Betroffene und Angehörige. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Dreßing, H./Foester, K. (2021): Traumafolgestörungen in ICD-10, ICD-11 und DSM-5. In: Forens Psychiatr Psychol Kriminol 15, S. 47-53, [online] <https://doi.org/10.1007/s11757-020-00645-6>.

Fegert, J. M./Kölch, M. [Hrsg.] (2013): Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 2. überarbeitete und erweiterte Aufl., Heidelberg: Springer-Verlag.

Fischer, G./Riedesser, P. (2009): Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4. Aufl., München: Ernst Reinhardt Verlag.

Gahleitner, S. B. (2012): Traumapädagogik. In: Soziale Arbeit, 61(4), S. 122-130, [online] <https://doi.org/10.5771/0490-1606-2012-4-122>.

Gahleitner, S. B. (2020): Das pädagogisch-therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen – Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen. Köln: Psychiatrie Verlag.

Garbe, E. (2015): Das kindliche Entwicklungstrauma – Verstehen und bewältigen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Görges, H.-J./Hantke, L. (2012): Handbuch Traumakompetenz – Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik. Paderborn: Junfermann Verlag.

Hamburger, A./Hancheva, C./Volkan, V. [Hrsg.] (2022): Soziales Trauma – Ein interdisziplinäres Lehrbuch. Berlin: Springer-Verlag.

Hancheva, C. (2022): Entwicklungstrauma und Gesellschaft. In: Hamburger, A./Hancheva, C./Volkan, V. [Hrsg.]: Soziales Trauma – Ein interdisziplinäres Lehrbuch. Berlin: Springer-Verlag, S. 149-163.

Hecker, T./Maercker, A. (2015): Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. In: Psychotherapeut, 60(6), S. 547-562, [online] <https://doi.org/10.1007/s00278-015-0066-z>.

Hofmann, A./Besser, L.-U. (2022): Psychotraumatologie bei Kindern und Jugendlichen – Grundlagen und Behandlungsmethoden. In: Brisch, K. H./Hellbrügge, T. [Hrsg.]: Bindung und Trauma – Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. 7. Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta, S. 172-203.

Hüther, G. (2022): Die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen im Kindesalter auf die Hirnentwicklung – Das allgemeine Entwicklungsprinzip. In: Brisch, K. H./Hellbrügge, T. [Hrsg.]: Bindung und Trauma – Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. 7. Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta, S. 94-104.

Imm-Balzen, U./Schmiege, A.-K. (2017): Begleitung von Flüchtlingen mit traumatischen Erfahrungen. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Klappstein, K./Kortewille, R. (2020): Traumatisierte Kinder im Alltag feinfühlig unterstützen – Psychoedukation im Überblick. Wiesbaden: Springer.

König, N. (2016): Der Tanz auf dem Tisch: Intensivpädagogische Wohngruppenarbeit mit traumatisierten Kindern. In: Baierl, M./Frey, K. [Hrsg.]: Praxishandbuch Traumapädagogik – Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. 3. Aufl., Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht, S. 157-171.

Landolt, M. A. (2012): Psychotraumatologie des Kindesalters – Grundlagen, Diagnostik und Interventionen. 2. überarbeitete und erweiterte Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Maercker, A. [Hrsg.] (2019): Traumafolgestörungen. 5. Aufl., Berlin u. a.: Springer-Verlag.

Maercker, A./Augusburger, M. (2019): Die posttraumatische Belastungsstörung. In: Maercker, A. [Hrsg.]: Traumafolgestörungen. 5. Aufl., Berlin u. a.: Springer-Verlag. S. 13-47.

Maercker, A. (2019): Komplexe PTBS. In: Maercker, A. [Hrsg.]: Traumafolgestörungen. 5. Aufl., Berlin u. a.: Springer-Verlag. S. 47-61.

Müller, C. (2021): Pädagogisch arbeiten in traumatischen Prozessen – Geflüchtete Kinder und Jugendliche in der Schule. Wiesbaden: Springer VS.

Reddemann, L./Wöller, W. (2017): Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Riedesser, P. (2022): Entwicklungspsychopathologie von Kindern mit traumatischen Erfahrungen. In: Brisch, K. H./Hellbrügge, T. [Hrsg.]: Bindung und Trauma – Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. 7. Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta, S. 160-172.

Scherwath, C./Friedrich, S. (2020): Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierungen. 4. aktualisierte Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Schroeder, M. (2016): Umgang mit Kontrollverlusten und Förderung der Steuerungsfähigkeit im Gruppenalltag. In: Baierl, M./Frey, K. [Hrsg.]: Praxishandbuch Traumapädagogik – Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. 3. Aufl., Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht, S. 211-224.

Statistisches Bundesamt (2022): Kinderschutz: Kindeswohlgefährdungen bleiben auch 2021 auf hohem Niveau, Statistisches Bundesamt, [online] URL: [Kinderschutz: Kindeswohlgefährdungen bleiben auch 2021 auf hohem Niveau - Statistisches Bundesamt \(destatis.de\)](https://www.destatis.de/DE/Presseportal/Neuerscheinungen/Kinderschutz/Kinderschutz_2022.html) [27.02.2023].

Streeck-Fischer, A. (2022): Komplexe und sequenzielle traumatische Belastungsstörung. In: Hamburger, A./Hancheva, C./Volkan, V. [Hrsg.]: Soziales Trauma – Ein interdisziplinäres Lehrbuch. Berlin: Springer-Verlag, S. 163-173.

Van der Kolk, B. A. (2009): Entwicklungstrauma-Störung: Auf dem Weg zu einer sinnvollen Diagnostik für chronisch traumatisierte Kinder. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 58(8), S. 572-586, [online] <https://doi.org/10.23668/psycharchives.11404>.

Weiß, W. (2018): Phillip sucht sein Ich – Über die pädagogischen Möglichkeiten zur Unterstützung von Traumabewältigung. In: Pädiatrie & Pädologie, 53, S. 32-35, [online] <https://doi.org/10.1007/s00608-017-0539-0>.