



Ralph Kortewille | Katrin Boger

Traumasensible Begleitung bei Aggressionen

Praxiswissen für die pädagogische
und therapeutische Arbeit mit Kindern

Die Autor:innen

Ralph Kortewille, Diplom-Psychologe, ist seit 2007 im Bereich der ambulanten und stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie tätig und hat seit 2021 die Leitung der Interdisziplinären Trauma-Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie Elmshorn inne. Er ist Therapeut, Supervisor, Autor und Experte für Traumatherapie und Kinderschutz.

Katrin Boger, Dipl.-Päd., ist Kinder- und Jugendpsychotherapeutin, seit 2010 niedergelassen in eigener Praxis in Aalen, Traumatherapeutin, EMDR-Therapeutin und -Supervisorin, Begründerin und Trainerin der I.B.T.®-Methode, Enaktive Traumatherapeutin, Bindungsbasierter Psychotherapie, Hypnotherapeutin, Entspannungstherapeutin, Leitung des WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie, Leitung der Traumaambulanz Bereich Kinder und Jugendliche im Ostalbkreis.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Verlagsgruppe Beltz behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.

Dieses Buch ist erhältlich als:

ISBN 978-3-7799-9303-2 Print

ISBN 978-3-7799-9304-9 E-Book (PDF)

ISBN 978-3-7799-9305-6 E-Book (ePub)

1. Auflage 2026

© 2026 Beltz Juventa

Verlagsgruppe Beltz

Werderstraße 10, 69469 Weinheim

service@belitz.de

Alle Rechte vorbehalten

Satz: Helmut Rohde, Euskirchen

Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza

Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag
(ID 15985-2104-1001)

Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.belitz.de

Inhalt

Vorwort	<u>7</u>
Teil I:	
Trauma und Aggression verstehen – theoretische Grundlagen	<u>9</u>
1. Einleitung	<u>10</u>
2. Prä-, perinatale und frühe Traumatisierungen	<u>18</u>
3. Bindungstheorie und Trauma	<u>39</u>
4. Aggressive Impulsdurchbrüche verstehen	<u>55</u>
Teil II:	
Methoden für den bindungsorientierten Umgang mit Aggression – Praxis	<u>79</u>
1. Prävention durch trauma-sensibles Handeln	<u>81</u>
2. How to Ko-Regulation – Nutzen und Anwendung	<u>100</u>
3. How to Mismatch – Nutzen und Anwendung von Erwartungsbrüchen	<u>115</u>
4. How to Grenze – wofür feinfühlig gesetzte Grenzen notwendig sind und wie man sie anwendet	<u>120</u>
5. Praktische Ansätze im Umgang mit herausforderndem Verhalten im Alltag	<u>136</u>
6. Sicherheitsaspekte – was man tun muss, wenn es eskaliert	<u>148</u>
7. Nach dem Konflikt ist vor dem Konflikt	<u>158</u>
Teil III:	
Reflexion, Selbstfürsorge und Kooperation – was Fachkräfte brauchen	<u>167</u>
1. Die Rolle der Fachkraft – Voraussetzungen für bindungsorientiertes Handeln	<u>169</u>
2. Selbstfürsorge für Fachkräfte – emotionale Erschöpfung vermeiden	<u>185</u>
3. Ganzheitliche und nachhaltige Hilfen für Kinder mit Bindungs- und Entwicklungstraumatisierungen – Zusammenfassung	<u>200</u>
Literatur	<u>215</u>
Anhang	<u>221</u>
Arbeitsblatt 1: Ressourcen erforschen	<u>221</u>
Arbeitsblatt 2: Triggerliste	<u>223</u>
Arbeitsblatt 3: Verhaltensanalyse im traumpädagogischen Kontext	<u>224</u>
Arbeitsblatt 4: Verhaltensanalyse im traumpädagogischen Kontext (Einzelereignis)	<u>227</u>
Arbeitsblatt 5: Verhaltensanalyse im traumpädagogischen Kontext (Zeitraum)	<u>231</u>

Vorwort

Für ein Vorwort angesprochen zu werden, ist als Wissenschaftler immer eine Herausforderung. Einerseits verweist es natürlich auf einen gewissen Respekt der Autor:innen für die eigene Arbeit und fordert somit das (jedem/jeder Wissen-Schaffenden innewohnenden) eigene Ego heraus. Auf der anderen Seite bedeutet ein Vorwort auch, sich hinter ein Buch zu stellen, welches man zum Zeitpunkt der Zusage noch gar nicht kennt – und dies ist nie ganz ohne eine gesunde Skepsis möglich.

Aber das Reizvolle hat in diesem Falle gewonnen, vor allem aufgrund des interdisziplinären Charakters der Anfrage von Seiten der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an einen Pädagogen – bei gleichzeitigem Versprechen, es sei als Fachbuch eben ein solch interdisziplinäres Buch, sowohl für therapeutisch Tätige als auch für Mitarbeitende in der Kinder-, Jugend und Familienhilfe.

Und als ich im Sommer 2025 nun dieses Buch zu lesen begann, bestätigte sich schnell, dass die Zusage die richtige Entscheidung war, denn das vorliegende Buch vermag in der Tat einen Blickwinkel auf aggressive Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen zu eröffnen, dem eine große Reichweite, ein breiter Fachdiskurs sowie viel anknüpfendes Weiterdenken aus tiefem Herzen und fachlicher Überzeugung zu wünschen ist. Drei Aspekte möchte ich dabei kurz „spoilern“ – oder besser: als Aufforderung für sofortiges Vertiefen im Buch anreißen:

Erstens, das Buch ist im wahren Sinne des Wortes multiprofessionell. Der Satz: „Pädagogische und therapeutische Fachkräfte haben mehr gemeinsam, als sie trennt“ (Teil III, Kapitel 1) ist einerseits Programm (und habe ich mir sofort für meine Zitate-Sammlung herausgeschrieben), andererseits ist er detailliert mit Inhalt gefüllt. Auf der einen Seite werden im theoretischen Gerüst die Zusammenhänge umfassend beleuchtet. Wichtige Zusammenhänge werden neurobiologisch dargestellt, ohne selbstverliebt in das eigene Wissen auszuschweifen. Psychologische Theorien werden verständlich vorgestellt – wobei die Breite und Aktualität beeindruckt. Und schließlich nimmt das Buch auch zentrale Konzepte z. B. aus dem aktuellen Diskurs um sozialpädagogische Fallverständnis und pädagogische Diagnostik auf. Und auch im praktischen Teil widersteht das Buch konsequent der in der Praxis weit verbreiteten Tendenz zum Zuständigkeitsgerangel wie auch der Zuständigkeitsverweigerung: Es ist von Seite 1 an vollkommen klar, dass Kinder und Jugendliche, die sich im Kontext schwerer Traumatisierung aggressiver und gewaltförmiger Verhaltensweisen bedienen, nur dann eine gute Entwicklung machen können, wenn verschiedene Bezugssysteme von Therapie über Jugendhilfe über Bildungsinstitutionen und (wenn irgendwie möglich) einem familiären Umfeld zusammen ihre Verantwortung übernehmen. Vermeintliche Hierarchien in der Fachlichkeit oder fachliche Forderungen an einen Teilausschnitt des Gesamtsystems werden gemieden – und mehr eine Art „Mobile“ entfaltet, in dem die verschiedenen Aufgaben inhaltlich eng verwoben, in ihrer Gemeinsamkeit

betont und in ihren Details wertgeschätzt formuliert sind. Und über allem steht die Klammer der Partizipation des jungen Menschen selbst, wenn z. B. Anamnese und Diagnostik als „Entwicklung eines gemeinsamen Narrativs“ (Teil II, Kapitel 1) beschrieben wird.

Zweitens, das Buch schafft einen Verstehensrahmen für durch Traumata verzerrte Entwicklungswege. Dabei kommt ein sehr breit gefasster Verstehensbegriff zum Tragen, der mir persönlich sehr sympathisch ist. Es geht nicht nur darum, zu verstehen, was Traumatisierungen in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen anrichten. Es geht darum, die Eigenlogik des Kindes zu verstehen, warum es so offenkundig gegen die eigenen Interessen handelt und teilweise jeden fachlich noch so gut umgesetzten Impuls der Hilfe abwehrt – oder sich eben trotz aller Leid-Erfahrungen dennoch bedingungslos jedem noch so destruktiven Verführungsversuch fügt. Und im dritten Teil des Buches geht es maßgeblich darum zu verstehen, warum die Arbeit mit traumatisierten jungen Menschen so viel Widerstand in mir auslösen kann – und warum dieser Anteil unumgänglich zu einem „Fallverstehen“ dazugehört, da dieser Teil der Aggressionsspirale und des Hilfaversagens ist. Dabei gilt auch für die Fachkraft: Alle diese Reaktionen sind nicht ein Anzeichen für Schwäche oder Unfachlichkeit, sondern völlig „normal“ – man muss allerdings ihren Wirkungsraum beschränken, wofür das Buch hilfreiche Anregungen bietet.

Und als dritten Aspekt möchte ich die Bildersprache hervorheben, die im Buch so ganz nebenbei entwickelt wird und die teilweise mit Humor („muttertaub“; „Mein Platz auf der Trauma-Party“), teilweise mit tiefgründigen assoziativem Potenzial zum Nachdenken („Traumafolgestörung als Teilleistungsstörung“), genau diejenigen Aspekte anknüpfungsfähig machen, wo der zweidimensionalen Linearität von Verbalsprache die Knotenpunkte im Netzwerk des Verstehens fehlen. Diese Bilder können enorm helfen, in Fachberatung, Supervision, in der Arbeit mit jungen Menschen und Familien eine Sprache zu treffen, die neue Blickwinkel ermöglicht.

Insofern sei dieses Buch dem Lesenden nahegelegt. Wir brauchen einen breiteren, multiprofessionellen Erfahrungs-, Wissens- und Praxisaustausch für die besonderen Herausforderungen im Umgang mit Aggressionen und Gewalt. Und dabei ist die Position des Buches selbstverständlich parteiisch: „Der Blick richtet sich auf das Kind, das Opfer von Gewalt geworden ist“ (Teil III, Kapitel 1) – ohne dabei zu verschweigen, dass dieselben Kinder- und Jugendlichen auch Täteranteile in sich tragen (können). Aber diesen Fokus fachlich klar zentriert zu begründen, methodisch anregend umzusetzen und durch Beispiele, Bildersprache und Reflexionsfragen in eine empathische Grundhaltung zu transferieren – das lese ich als Ansinnen dieses Buches.

Aber wie bei jedem guten Buch, liest vermutlich jede:r am Ende seine/ihre eigene Geschichte – und auf dieser Reise wünsche ich allen Lesenden viele spannende Impressionen.

Teil I:

Trauma und Aggression verstehen –
theoretische Grundlagen

1. Einleitung

Zielsetzung des Buches

Trauma muss neu gedacht werden: Trauma ist kein stilles Archiv vergessener Geschichten. Es ist ein lebendiges, oft schmerhaft aufblitzendes Netzwerk in unserem Innern. Die Neurowissenschaften haben uns ein neues Verständnis über die Speicherprozesse im Gehirn vermittelt und unsere Sichtweise auf die Entstehung und Verarbeitung belastender Erinnerungen grundlegend verändert. Wir wissen seit der Entwicklung der Magnetresonanztomografie in den 1990er Jahren, dass Erinnerungen keine statischen Abbilder vergangener Ereignisse sind, die wie Filme oder Fotografien aufbewahrt werden. Vielmehr wirken sie als dynamische Netzwerke, die bei jeder Reaktivierung neu konstruiert werden – vergleichbar mit einem mächtigen Gemälde, in dem man die bekannten ängstigende Elemente immer wieder als neuen Schreck erfährt. Eine beruhigende Gewöhnung tritt nicht ein. Aus der Forschung wissen wir aber auch, dass die bruchstückhaft gespeicherten traumatischen Eindrücke bearbeitet und ihre oft quälend empfundenen emotionalen Aufladungen neutralisiert werden können.

Die Methoden, die das ermöglichen, werden beispielsweise von Ecker (2016; 2024) beschrieben. Sie eröffnen bei genauer Betrachtung im therapeutischen und pädagogischen Bereich erstaunliche neue Möglichkeiten im Umgang mit den Auswirkungen von Traumatisierungen. Differenzen über Ausbildungen, Fachgebiete, Diagnosen, geeignete Therapieansätze und nicht zuletzt Menschenbilder können nun durch einen transdiagnostischen und transmethodischen Ansatz, wie ihn z. B. auch Hensel (2017; 2025) darstellt, überwunden werden. Ein aus wenigen Schritten bestehendes strukturiertes Vorgehen hilft, Erinnerungen zu verändern. Ecker weist nach, dass der methodische Kern dieses Vorgehens in zahlreichen Therapiemethoden wiederzufinden ist (Ecker 2020; Ecker 2024). Das aus wenigen logischen Schritten bestehende Verfahren kann in unterschiedlichsten Kontexten angewandt werden.

Es ist unser Anliegen, dass diese neuen Erkenntnisse noch mehr in das allgemeine Bewusstsein gelangen und zu einem zentralen Bestandteil der pädagogischen und therapeutischen Ausbildung werden. Es besteht die berechtigte Hoffnung, dass pädagogische, psychotherapeutische und medizinische Fachkräfte diese Methoden anwenden, um Säuglinge, Klein- und Schulkinder und Jugendliche dabei zu unterstützen, die oft belastenden Folgesymptome schwerer Traumatisierungen schnell und nachhaltig zu überwinden.

„Traumatisierte Kinder neigen dazu, das, was ihnen widerfahren ist, nicht in Worten auszudrücken, sondern vielmehr dadurch zu kommunizieren, dass sie die Welt als einen gefährlichen Ort wahrnehmen und neurobiologische Systeme aktivieren, die auf Überleben ausgerichtet sind – selbst dann, wenn sie objektiv in Sicherheit sind. Im Kern der

posttraumatischen Symptomatik steht die Tendenz, biologisch in einer Art ‚Fixierung‘ auf das Wiedererleben der traumatischen Vergangenheit zu verharren und sich neuen Erfahrungen zu verschließen, die potenziell zur Verarbeitung und Heilung beitragen könnten. Lernen aus Erfahrung ist nur dann möglich, wenn Kinder sich in einem physiologischen Zustand befinden, der es ihnen erlaubt, neue Möglichkeiten in Betracht zu ziehen. [...] Traditionelle Therapien haben sich entweder auf Sprache und Sinnstiftung oder auf medikamentöse Unterstützung zur Regulation dieser neurobiologischen Systeme gestützt. Eltern und Lehrkräfte helfen Kindern jedoch nicht unbedingt durch Gespräche oder Medikamente dabei, mit extremem Stress umzugehen, sondern indem sie ihnen ein körperlich erfahrbare Gefühle von Sicherheit vermitteln – etwa durch Halten und sanftes Schaukeln. Sie zeigen den Kindern, dass, wenn ihre eigenen Bewältigungsmechanismen versagen, jemand da ist, der die Kontrolle übernimmt und ein Gefühl von Sicherheit und Vorhersehbarkeit wiederherstellt. Fehlt eine solche beruhigende Präsenz, zeigen Kinder mit hoher Wahrscheinlichkeit Schwierigkeiten in den Bereichen Kognition, Impulskontrolle, Aggression und Emotionsregulation“ (van der Kolk 2003, S. 310, Übersetzung und Anmerkungen R. K.).

Nur in einem relativ entspannten und angstfreien Zustand können Kinder neue Erfahrungen machen. Bei der Vermittlung dieser neuen Erfahrungen – auch das ist eine zentrale Erkenntnis der Neurowissenschaften – spielt die Sprache eine eher untergeordnete Rolle. Früher hielt man es für richtig, den Versuch zu machen, Kinder, die infolge schwerer Belastungserlebnisse dysreguliertes Verhalten zeigten, zu ermahnen und mit gut gemeinten pädagogischen Maßnahmen zu erziehen („Das muss jetzt klappen, wir können nicht für jeden eine Ausnahme machen!“). Ein formalistischer Bezug auf ihr chronologisches Alter („Das musst du jetzt aber können!“) führt in der Regel zu ungesunden Konflikten. Es wurden z.B. Verstärkerpläne und auch sonst die gleichen Belohnungs- und Bestrafungsmethoden angewandt wie bei Kindern, die unter entwicklungsförderlicheren Lebensumständen aufgewachsen waren. Auch wenn diese Methoden als „natürliche Konsequenz“ gut getarnt vermittelt wurden, wurden sie von den hochsensibilisierten traumatisierten Kindern stets schnell als Akt der willkürlichen Machtausübung enttarnt. Es wurde ebenfalls versucht, Kinder von negativen Informationen fernzuhalten oder sie aus vermeintlich fürsorglichen Motiven unvollständig („Verstehst du noch nicht!“) oder falsch („Kleiner Pieks, tut gar nicht weh!“) zu informieren. Man tröstete sie über negative Erlebnisse hinweg („Ist nicht schlimm!“) oder forderte Normverhalten ein („Sei doch nicht so laut!“), das sich an nicht definierten Kriterien orientierte. Sich, wie van der Kolk es im obigen Zitat umschreibt, ausschließlich auf *Sprache* und auf das kognitiv ausgerichtete *Sinn-Machen* zu beschränken, zeigte jedoch wenig nachhaltige Wirkung für die Kinder unserer Zielgruppe.

Während solche erzieherischen Maßnahmen auch bei sicher gebundenen Kindern Irritationen auslösen können, kann das Gefühl, nicht verstanden zu werden, bei bindungsverunsicherten oder -traumatisierten Kindern schnell in eine (vermeidbare) existenzielle Krise führen. Dass Kinder darauf auch mit Aggressionen reagieren, wird niemanden ernsthaft überraschen.

Die oben genannten Sätze stehen stellvertretend für eine Vielzahl entwederter und mikroaggressiver Phrasen, die von Fachkräften im Kontext ihres beruflichen Umgangs mit Kindern mit schweren Belastungserfahrungen leider immer noch verwendet werden. Sie gehören sofort in die Mottenkiste der ausrangierten pädagogischen Methoden. Heute werden Kinder als gleichwürdige Personen gesehen, die verbindliche Rechte haben und daher einen alters- und Entwicklungsgerechten Umgang erfahren sollten, insbesondere dort, wo sie wegen ihrer trauma-assoziierten Schwierigkeiten betreut oder behandelt werden. Sie haben ein Grundrecht auf Teilhabe. Zum Schutz ihrer seelischen und körperlichen Gesundheit benötigen sie Verständnis, Schutz, Halt und Begrenzung. Im Hinblick auf schwere Belastungserfahrungen bedeutet das, dass Kinder eine passende (trauma-)pädagogische Rahmung und (trauma-)spezifische Gesprächs- und Behandlungsangebote erhalten sollten, die sich am Stand ihrer emotionalen und kognitiven Entwicklung orientieren, und darüber hinaus, dass ihre negativen Erfahrungen und deren Folgesymptome als genau die Überlebensleistung validiert werden, die sie tatsächlich sind.

Kinder brauchen verständnisvollen Halt und Begrenzung. Die Grenze zwischen einer ungesunden Schonhaltung, derentwegen ihr dysfunktionales Verhalten dann möglicherweise nicht konfrontiert wird, und einem am Kindeswohl ausgerichteten Umgang, der Schutz, Fürsorge und einfühlsame Begrenzungen vereint, wird dadurch definiert, wie gut die erwachsenen Personen in der Lage sind, Mehrdeutigkeiten und Widersprüche zu integrieren. Das Fachwort dafür ist Ambiguitätstoleranz. Es bezeichnet die Fähigkeit, Sicherheit zu gewinnen, auch angesichts widersprüchlicher und unvereinbar erscheinender Fakten und Handlungen. Für Fachkräfte im psycho-sozialen und medizinischen Bereich stellt die Ambiguitätstoleranz eine der wichtigsten Kompetenzen dar. Vor allem deswegen, weil Kinder mit Entwicklungstraumatisierungen, aufgrund der fehlenden Erfahrung von vertrauensvollen Bindungen zu primären Bezugspersonen, damit große Schwierigkeiten haben, sich ambiguitätstolerant zu verhalten.

Else Frenkel-Brunswick wurde in Lwiw geboren, das damals in Österreich-Ungarn lag, heute aber zur Westukraine gehört. Sie hat den Begriff der Ambiguität erstmals beschrieben (vgl. Frenkel-Brunswick 1949). Sie emigrierte und forschte gemeinsam mit Adorno zum autoritären Charakter. Ambiguität beinhaltet, dass man nur das, was man nachvollziehen kann, auch einordnen kann. Insofern ist ein Ziel dieses Buches, mit dem Verständnis für die trauma-bezogenen emotionalen Schwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten von Kindern, auch die Ambiguitätstoleranz der betreuenden Fachkräfte zu fördern.

An wen richtet sich dieses Buch?

Aus der Beschäftigung mit der Biografie eines Kindes kann ein individualisiertes und strukturiertes Vorgehen abgeleitet werden, um pädagogische und therapeutische Ziele zu definieren und zu erreichen. Mit einem strukturierten, abgestimmten und durchdachten Vorgehen wird die Chance, positive Veränderungen zu erreichen, deutlich größer, und die Arbeit kann befriedigender werden.

Obwohl es guten Willen auf allen Seiten gibt, erleben sich viele Fachkräfte wiederkehrend als hilflos oder werden fortwährend von heftigen Affekten durchgerüttelt. Sie benötigen mehr Unterstützung, um für die komplexen Herausforderungen der traumatherapeutischen bzw. -pädagogischen Arbeit besser gerüstet zu sein. Aus Supervisionen wissen wir, dass unbewusste schwelende Gefühle wie Wut, Ärger, Groll, Bestrafungswünsche und -ängste oder gar Racheimpulse nicht selten sind. Sie sind schmerhaft und müssen ins Bewusstsein gelangen dürfen, analysiert und bearbeitet werden. Um es ganz konkret zu sagen: In unserer supervisorischen und ausbildenden Tätigkeiten an verschiedenen Orten und mit unterschiedlichen Institutionen kommen wir, Ralph Kortewille und Katrin Boger, in Fallbesprechungen mit Teams leider oft zum gemeinsamen Ergebnis, dass Eskalationen von Hilfeprozessen durch eine bessere Planung, mehr Fachwissen und mehr Methodenkenntnisse hätten verhindert werden können. Dass manchmalhafte Planungen und Kenntnisse im persönlich-professionellen Handeln von Fachkräften und im Agieren von Institutionen bei misslingenden Hilfeprozessen immer wieder eine wesentliche Rolle spielen, alarmiert uns.

Dieses Buch richtet sich an pädagogische und therapeutische Fachkräfte, die mit belasteten Kindern und Jugendlichen arbeiten – insbesondere in Einrichtungen, als Familienhilfen, in Schulen, Kitas oder medizinischen Kontexten. Angesprochen sind Menschen, die in ihrer täglichen Arbeit herausforderndes Verhalten von Kindern mit schweren Belastungserlebnissen besser verstehen und wirksamer begleiten wollen.

Die Frage, die uns am häufigsten gestellt wird, lautet: „Wie kann ich ein wütendes Kind regulieren?“ Auf diese wichtige Frage wollen wir mit diesem Buch Antworten geben und damit der oft herrschenden, genauso belastenden wie vermeidbaren Überforderung entgegenarbeiten.

Es stimmt uns hoffnungsvoll, dass mit den bereits erwähnten Ergebnissen aus der Psychotherapieforschung zur Konsolidierung und Rekonsolidierung von Erinnerungsspuren (z. B. Ecker 2015; Ecker 2024) nachgewiesen werden konnte, dass zur Bewältigung psychischer Belastungen neben der ohnehin impulsiven und ungewollt auftretenden Aktivierung der traumatischen Emotionen lediglich eine „Erfahrung der Nichtübereinstimmung“ (das Fachwort dafür ist *Mismatch*) erforderlich ist, um diese belastenden Erinnerungen zu verändern.

Im therapeutischen Setting wäre das gesteuerte Wiedererinnern eines Unfallereignisses unter Aktivierung von inneren Ressourcen im sicheren Setting einer traumatherapeutischen Behandlung ein Beispiel. Wir bitten das Kind, sich möglichst intensiv an den schlimmen Moment zu erinnern, gleichzeitig lenken wir das Kind ab und führen Augenbewegungen von rechts nach links und zurück aus, oder lassen das Kind selbst auf den Knien abwechselnd rechts und links klopfen. Diese (und andere Techniken) führen nachweislich zur einer stabilen Abschwächung der negativen Erinnerungen. Ein weiteres konkretes Beispiel, eher aus dem pädagogischen Alltag, wäre z. B. ein Kind in einem Gespräch dabei zu unterstützen, einen schmerzhaften Verlust eines geliebten Menschen zu verarbeiten. Dafür muss der Schmerz aktiviert, vom Kind direkt gespürt und vom Umfeld anerkannt und (aus)gehalten werden. Da man das Kind intuitiv eigentlich trösten oder ablenken will, ihm irgendwie helfen möchte, dass der Schmerz schnell besser wird, ist der Schritt, den wir empfehlen, eher ungewohnt. Dieser Schritt erfordert ein konsequentes Vorgehen der Fachkraft, auch wenn er schwierig ist und gegen frühere Vorstellungen und eventuell sogar gegen die eigene Intuition geht. Wenn schmerzhafte Erfahrungen auf diese Weise gefühlt werden können, sollten sie auch angesprochen werden (dürfen). Durch das Ansprechen und die zusätzliche Erfahrung des Mismatch ist es möglich, die belastenden emotionalen Erinnerungen und negativen Gedankenmuster aufzulösen. Wissenschaftliche Studien belegen, dass eine dauerhafte Auflösung der negativen Erlebniskomponenten möglich ist. Die Schmerzen und negativen Gedanken und Bilder können deutlich reduziert oder sogar gelöscht werden. Die Erinnerung bleibt als neutrales Ereignis im Gedächtnis. Dieser Effekt ist mindestens ein Jahr stabil (Ecker 2015; Ecker 2024), ohne dass eine erneute Intervention erforderlich ist.

Es ist eine hervorragende Nachricht, dass ein Weg gefunden wurde, um traumatische Erinnerungen zu neutralisieren. Dieses Methodenwissen ist so bedeutsam, dass es aus unserer Sicht nicht allein therapeutisch tätigen Personen vorbehalten bleiben darf. Die Schritte, um die es geht, sind nicht unbedingt therapeutisch. Die Prinzipien und Abläufe können auch in anderen Bereichen nutzbar gemacht werden. Überraschenderweise besteht bei vielen Fachkräften hier eine große innere Hürde. Man hat offensichtlich Respekt davor, belastende Gefühle anzusprechen. Man fürchtet sich davor, die Kinder zu retrauern. Als langjährig tätige Fachleute im traumapädagogischen und -therapeutischen Bereich können wir jedem versichern: das ist ein Missverständnis!

Es handelt sich um den sogenannten „Omission-Bias“, den Unterlassungsfehler. Man fürchtet, eine Handlung auszuführen sei riskanter, als diese zu unterlassen. Dies ist z. B. auch der psychologische Mechanismus, der dafür verantwortlich ist, dass weitgehend sichere Impfungen mit minimalem Risiko von Impfschäden unterlassen werden und man damit schwere Erkrankungen riskiert.

Um Kindern mit herausfordernden Verhaltensweisen nachhaltig zu helfen, benötigen sämtliche am Prozess beteiligten therapeutischen und pädagogischen Fachkräfte eine gemeinsame Sprache sowie eine gemeinsame traumsensible Haltung. Die Aufgaben können und müssen nicht alleine gelöst werden, vielmehr sind sie nur in guter Abstimmung und in Kooperation zu schaffen. Oftmals mangelt es den Helfersystemen nicht an gutem Willen, sondern an einer mittelfristig ausgerichteten gemeinsam abgestimmten Handlungsplanung. Die Professionen sollten einander auf Augenhöhe begegnen und im Austausch im Rahmen von Fallbesprechungen, Helferkonferenzen, Supervisionen oder runden Tischen eine gemeinsame traumsensible Haltung entwickeln und aus der geteilten Position auf das Kind blicken. Die Methoden der unterschiedlichen Fachkräfte sollten Hand in Hand gehen, sich gegenseitig ergänzen und befruchten. Einige der dazu erforderlichen Voraussetzungen und wichtige Aspekte des methodischen Vorgehens wollen wir im vorliegenden Buch darstellen und für pädagogische, therapeutische und medizinische Fachkräfte nutzbar machen.

Zum professionellen Arbeiten gehört auch zu wissen, wo die Grenzen des Machbaren sind. In diesem Buch werden wir uns mit aggressivem Verhalten im Alltagskontext in Einrichtungen und Familien beschäftigen. Die Denkanstöße und vorgeschlagenen Methoden sind nicht geeignet als Lösungsansätze für schwer destruktives Verhalten, z. B. strafrechtlich relevante Handlungen wie psychische, physische oder sexualisierte Gewalt. Jugendliche mit Erfahrungen von schwerster Gewalt, die Folgesymptomatiken wie Eigen- und Fremdgefährdung, Substanzkonsum und/oder selbstverletzendes Verhalten zeigen, brauchen spezielle Konzepte. Hier lohnt ein Blick in die Niederlande, wo Jugendlichen zweiwöchige Intensivbehandlungen im tagesklinischen Kontext angeboten werden, die vielversprechende Ergebnisse erzielen (vgl. Ooms-Evers et al. 2021).

Wenn Grenzen überschritten werden und nichts passiert: Wenn Sie als Mitarbeitende in Ihrer Einrichtung davon Kenntnis haben, Sie selbst davon betroffen sind oder Sie Minderjährige kennen, von denen Sie wissen oder befürchten, dass sie Opfer von Gewalt sind, oder wenn Sie Erwachsene oder Minderjährige kennen, die Gewalt ausüben, und sich aus Ihrer Sicht niemand verantwortlich darum kümmert, dann können und sollten Sie sich an Leitungskräfte, Vorgesetzte, Heimaufsichten, an Beschwerde- oder Ombudsstellen wenden. Die Möglichkeit zu einer Beratung nach § 8a oder § 8b steht jeder Person zu, auch wenn Vorgesetzte oder Kolleginnen im Einzelfall andere Ansichten haben. Diese Möglichkeit sollte vorab genutzt werden, um zu möglichst viel Transparenz und Handlungssicherheit zu gelangen.

Dass es in Ihrer (schulischen, pädagogischen, medizinischen) Einrichtung ein Schutzkonzept für die Arbeit mit Minderjährigen gibt, das gemeinsam entwickelt wurde und getragen wird, halten wir für unabdingbar, um sicher arbeiten zu können. Auch dies ist eine der Bedingungen für individuelle Handlungssicherheit.

Warum bindungsorientierte Ansätze?

In der Arbeit mit aggressiven Kindern und Jugendlichen ist es von zentraler Bedeutung, Ansätze zur Verfügung zu haben, mit denen sowohl auf die emotionalen Bedürfnisse als auch auf die Verhaltensmuster dieser Kinder reagiert werden kann.

Aggressionen bei traumatisierten Kindern sind oft eine Reaktion auf ungelöste emotionale Konflikte, die tief in ihren Bindungserfahrungen verwurzelt sind. Kinder, die in ihren ersten Lebensjahren unsichere oder gestörte Bindungen erfahren haben, haben oft Schwierigkeiten, Vertrauen in andere Menschen aufzubauen. Ihre Aggressionen sind alles andere als überraschend hereinbrechende Affekte. Sie entstehen nicht aus dem Nichts, sondern sind eine erwartbare Reaktion auf das Erleben eines Kindes, das sich in seinen ersten Lebensjahren in ständiger Alarmbereitschaft und tiefgreifender emotionaler Verunsicherung befunden hat. Ein Kind, das in seinen frühen Bindungsbeziehungen keine Fürsorge und Sicherheit erfahren konnte, entwickelt oft ein inneres Arbeitsmodell der Welt als einen gefährlichen und unberechenbaren Ort. Dieses und andere innere Modelle beeinflussen die Art und Weise, wie es zukünftig auf andere Menschen reagiert. In solchen Fällen wird Aggression zu einem Schutzmechanismus, der subjektiv sinnvoll ist, weil er dem Kind dazu dient, sich vor weiterem emotionalen Schmerz oder Ablehnung zu schützen.

„Dieses Arbeitsmodell ist im impliziten Gedächtnis kodiert, das vor allem regulatorisch, automatisch und unbewusst wirkt [...] und rechtslateralisiert ist [...]. Dieses rechte frontale System spielt eine einzigartige Rolle bei der Regulation der motivationalen Zustände und der Anpassung oder Korrektur emotionaler Reaktionen“ (Schore 2002, S. 125).

Der elfjährige Benjamin war in desolaten häuslichen Verhältnissen aufgewachsen. Die Mutter hatte ihn wenige Tage nach der Geburt zurückgelassen. Der Vater, ein Alkoholiker, konnte mit dem Baby nichts anfangen. Es blieb im Unklaren, wer sich Ben angenommen hatte und wie er seine frühe Kindheit überleben konnte. Mit acht Jahren lebte Ben nun seit acht Monaten in einer Einrichtung und hatte sich auf eine Beziehung zu seiner Betreuerin eingelassen. Schon mehrfach hatte er sich von ihr trösten und sogar begrenzen lassen. Er geriet in eine schwere emotionale Krise, als die Betreuerin ihm ankündigte, dass ein neues Kind in die Einrichtung einziehen würde. Für Ben war es schlimm, dass das neue Kind sogar in die gleiche Gruppe kommen würde und sie, Bens Lieblingsbetreuerin, auch die Bezugsperson für dieses neue Kind werden würde. Als er das hörte, begann Ben sie als „Arschloch“ zu beschimpfen, streckte ihr die Zunge raus und lief Türen knallend in sein Zimmer. Als Ben wieder herauskam und beim Abendbrot saß, versuchte die Betreuerin ihm ganz freundlich zu erklären, dass es „normal“ sei, dass er sie mit anderen Kindern teilen müsse, dass sie ihn selbstverständlich „weiter lieb“ habe und auch „weiter mit ihm Zeit verbringen werde“. Überraschenderweise folgte auf die lieb gemeinte Erläuterung der

nächste Wutausbruch. Die Worte hatten Ben nicht erreicht. Sein Problem lag tiefer. Er war schwer getroffen, kam mit seinen heftigen Emotionen, vermutlich waren es Verlustängste und Eifersucht, nicht klar.

Bindungsorientierte Ansätze greifen genau diesen Punkt auf, indem sie das Kind in sicheren und unterstützenden Beziehungen begleiten und so Vertrauen wieder aufbauen. Aggressionen entstehen, wenn Kinder mit überwältigenden Gefühlen wie Angst, Wut oder Frustration konfrontiert sind und ihnen keine inneren Modelle zu Verfügung stehen, um diese Emotionen zu regulieren. Das ist das Defizit, mit dem die Kinder kommen. Ein zentraler Aspekt bindungsorientierter Ansätze ist daher die Unterstützung der emotionalen Regulation. Durch eine stabile Bindung erfahren Kinder die emotionale Unterstützung, die sie benötigen, um ihre Gefühle zu identifizieren, zu benennen und zu verstehen. Dies fördert nicht nur ihre emotionale Selbstregulation, sondern reduziert auch die Neigung zu impulsiven und aggressiven Reaktionen. Die Zeit, in der das Kind diese Bindung eigentlich hätte erfahren sollen, liegt aber oft weit in der Vergangenheit. Das Fenster dieses Entwicklungsschrittes ist geschlossen. Gerade deswegen sollten wir als Fachkräfte jedem einzelnen Kind einen individuellen, sicheren und Halt gebenden Rahmen bieten, in dem das Kind die Chance erhält, Vertrauen aufzubauen und zu lernen, dass es sich lohnt, in die pädagogischen oder therapeutische Beziehung zu investieren. Positive Erfahrungen führen zu einer Reduktion der aggressiven Impulse. Korrektive Erfahrungen der Bindungsverunsicherungen sind möglich.

2. Prä-, perinatale und frühe Traumatisierungen

Ein Arbeitsfeld mit besonderen Herausforderungen

In unseren sehr unterschiedlichen Arbeitskontexten behandeln wir Kinder und Jugendliche, die wegen der Folgen pränataler Erkrankungen, schwieriger Geburtsverläufe, pränataler oder sehr früher Gewalterfahrungen oder kumulierenden Erfahrungen von Unsicherheit und Beziehungsabbrüchen vorgestellt werden. Der Zeitraum zwischen der Zeugung und dem Ende des zweiten Lebensjahres ist für die Persönlichkeitsentwicklung von Kindern die prägendste Phase (Roth/Strüber 2016). Es ist eine Zeit einer enormen Neuroplastizität. Unter neuronaler Plastizität versteht man die Fähigkeit von Nervenzellen und -verbindungen, sich nutzungs- und erfahrungsabhängig in ihrer Anatomie, Funktion und in Bezug auf den Grad der Vernetzung zu verändern. Die Formbarkeit von Synapsen, Neuronen und ihren Schaltkreisen in Abhängigkeit der Nutzung oder den gemachten Erfahrungen ermöglicht eine Anpassung an die Umwelt und steigert damit die Effizienz des Gehirns. Die Anzahl der neuronalen Verknüpfungen im Gehirn vervielfacht sich in den ersten drei Lebensjahren (Roth/Strüber 2016). Es entwickelt sich in rasanter Geschwindigkeit, zwischen Geburt und dem Ende des zweiten Lebensjahrs verdoppelt sich das Gehirnvolumen. Niemals lernen Kinder mehr und schneller als in diesem Zeitraum. Kinder in diesen ersten Jahren beobachten und begleiten zu dürfen, ist wunderbar.

Sind Kinder in dieser Zeit jedoch Ereignissen mit traumatisierendem Potenzial ausgesetzt, wirken sich diese auf die gesamte Gehirnentwicklung aus, auf ihre Stressregulation, ihre Selbstwahrnehmung und die der anderen Menschen und damit auf sämtliche Verhaltensweisen und Interaktionen zwischen dem Individuum und seinem Umfeld im weiteren Lebensverlauf. Die Folgen können sowohl für die Betroffenen als auch die Mitmenschen höchst belastend sein. Solche Erlebnisse können so schwere Folgen haben, dass daraus für die Kinder später ein Bedarf an intensiver pädagogischer Unterstützung und gleichzeitig ein Bedarf an längerfristiger psychotherapeutischer und/oder psychiatrischer Behandlung entsteht.

Frau Freundlich kam mit ihrem fünfmonatigen Sohn in die Praxis. Nach einer Geburt, die die Mutter als traumatisch erlebt hatte, weinte der Sohn sehr viel, ließ sich von ihr schwer beruhigen und wachte im Stundenrhythmus nachts auf und musste gestillt werden. Es war für Frau Freundlich kaum möglich, den Sohn abzulegen, ständig musste er getragen werden. Mutter und Kind waren mit ihren Nerven am Ende. Der Vater fühlte sich oft nutzlos, da er kaum Tätigkeiten übernehmen konnte, obwohl er dies gerne wollte, sich aktiv bemühte und anbot.

Für die therapeutische und pädagogische Arbeit mit Kindern mit Belastungserlebnissen ist es von größter Bedeutung, Klarheit darüber zu haben, ob traumawertige Erlebnisse vorliegen oder ob das Kind Stressbelastungen ausgesetzt war, die noch innerhalb des Toleranzbereichs lagen. Nicht alle negativen Erlebnisse führen zu einer Traumatisierung, nicht jede Traumatisierung ist schwer oder komplex. Eine Verallgemeinerung oder Bagatellisierung des Traumabegriffs muss unbedingt vermieden werden, weil es den Betroffenen schadet, wenn weniger schwere Erlebnisse als schweres Trauma dargestellt werden.

Frau Freundlich berichtete weiter, sie habe in ihrer Kindheit unter Gewalt durch ihre schwer alkoholkranke Mutter gelitten. Ständig habe die Mutter sie im Suff beschimpft und entwertet. Gleichzeitig habe sie den Alkoholismus der Mutter decken und ab der Schulkindzeit sogar den Haushalt machen müssen, aus Angst, ins Heim zu kommen. Sie sei dann früh, mit 16 Jahren, ausgezogen. Der damalige Freund habe sie psychisch und körperlich schlecht behandelt, sei krankhaft eifersüchtig gewesen. In ihrer jetzigen Beziehung zum Vater des Kindes sei sie glücklich. Gewalt komme nicht vor. Massiv belastend habe sie die Geburt erlebt, die sich hingezogen habe und schließlich zum Stillstand gekommen sei. Sie habe sich zuvor in jeder erdenklicher Art vorbereitet, aber alles sei „ganz anders gelaufen“, als sie gehofft hatte. Die Ärzte hätten zum Kaiserschnitt gedrängt und ihr Angst gemacht. In diesem Augenblick sei sie vollständig von Panik ergriffen worden, habe sich überfordert und entscheidungsunfähig gefühlt. Ab diesem Moment habe sie alle weiteren medizinischen Prozeduren als überwältigend und sich selbst als völlig machtlos erlebt. Als die Anästhesistin ihr die Maske für den Notkaiserschnitt aufgelegt habe, habe sie Erstickungsgefühle und Todesangst bekommen.

Eine differenzierende Diagnostik ist unverzichtbar, um trauma-wertige Ereignisse von weniger gravierenden zu unterscheiden. Die erforderlichen Diagnosen dürfen ausschließlich von Fachpersonen gestellt werden. Dies ist in der Regel ein:e Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:in oder ein:e Kinder- und Jugendpsychiater:in mit zusätzlicher Ausbildung (DeGPT, EMDRIA usw.). Auch wenn die Erlaubnis, Diagnosen stellen und Kinder behandeln zu dürfen, den Berufsgruppen mit Approbation vorbehalten ist, besitzen speziell geschulte (z. B. DeGPT, FVT) und andere sehr erfahrene pädagogische Fachkräfte auf jeden Fall auch die Expertise, eine Traumatisierung erkennen und beschreiben zu können. Wir treten für einen Dialog auf Augenhöhe ein, arbeiten für die gemeinsame Verantwortungsübernahme und erkennen aber auch die unterschiedlichen Aufgabenstellungen an.

Das eindeutig größte Problem zurzeit ist jedoch, dass Traumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen, speziell komplexe Traumafolgestörungen, zu häufig nicht korrekt erfasst werden. Das Problem besteht in einer Unterdiagnostizierung, nicht in einer Überdiagnostizierung, da in den bisherigen diagnostischen Manualen die Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen nur teilweise

berücksichtigt wurden (Eilers et. al 2024, S. 410). Das gilt auch für prä- und perinatale Traumatisierungen und sehr frühe Gewalterfahrungen. Immer noch geistert die Behauptung herum: „Kleine Kinder vergessen sowas!“. Daher setzen wir in diesem Buch einen besonderen Fokus auf die frühen Belastungserlebnisse.

Nachdem Frau Freundlich sich in drei Sitzungen als Bezugsperson stabilisieren konnte, brachte sie ihren inzwischen sechs Monate alten Sohn mit und bat um eine Behandlung für ihn. Als sie dem Sohn die Geschichte seiner Geburt zum ersten Mal vollständig erzählte, zeigte er extreme Unruhe und schrie. Als die Geschichte zum guten Ende kam und die Therapeutin ergänzte, dass Mutter und Kind schließlich wohlauf waren, gelangte der Sohn in einen Zustand von erstaunlicher Ruhe und Entspannung. Beim nächsten Termin eine Woche später berichtete Frau Freundlich, dass die Nächte inzwischen deutlich besser geworden seien. Der Sohn strahlte und schaute interessiert und entspannt um sich. Es schien, als ob ein anderes Kind gekommen wäre.

Die Fachwelt wartet ungeduldig darauf, dass das neue Manual ICD-11 in Deutschland endlich zur Anwendung kommt. Die Hoffnung ist, dass mit der Freigabe der Missstand der Unterdiagnostizierung endlich behoben wird. In der ICD-11 wird die Diagnose „Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung“ eingeführt, die sich nach der bisherigen klinischen Erfahrung als besonders gut geeignet zeigt, um die Symptome von Kindern und Jugendlichen zu beschreiben, die schwere und chronische Misshandlungen erlebt haben (vgl. Vasileva/Petermann 2020). Die Folgen negativer Kindheitserlebnisse sind inzwischen gut untersucht und müssen nun auch als Erkenntnis ins Gesundheitssystem diffundieren und zu einem veränderten diagnostischen Standard führen. Behauptungen auf dem Niveau, dass „ein paar Ohrfeigen noch niemand geschadet haben“ und (besonders jüngere) Kinder Belastungserfahrungen durch Scheidung, Verletzung und Bestrafung sowieso schnell vergessen, kann man endgültig dem Hasen geben. Die einzige gerechtfertigte Reaktion auf solche Aussagen ist Empörung und der Hinweis auf die vorliegenden Untersuchungen, die schwerste Folgen frühkindlicher Belastungen klar belegen (Teicher et al. 2003; Teicher/Samson 2016; Scheeringa et al. 2012; van der Kolk/van der Hart 1991; van der Kolk 2021). Empörung ist nebenbei bemerkt auch die einzige korrekte Antwort auf die gravierende Unterversorgung der betroffenen Kinder und Jugendlichen in Bezug auf therapeutische Behandlungsoptionen.

Typ II Traumata, die wiederholt stattfanden und von Menschen verursacht wurden, von denen wir hier vorwiegend sprechen, entstehen sowohl durch dauerhafte Überstimulation, wie es z.B. das Überschreiten von Körbergrenzen durch körperliche oder sexualisierte Gewalt ist, als auch durch wiederholte oder andauernde Unterstimulation, wie es z.B. das Aufwachsen unter

Vernachlässigungsbedingungen darstellt. Wenn Kinder wiederholt schweren Grenzverletzungen oder Deprivation ausgesetzt sind, kann das zu Bindungs- oder Entwicklungstraumatisierungen führen.

Wiederholte Erlebnisse dieser Art vergrößern das Risiko einer Traumatisierung mit schwerwiegenden Folgen für Gesundheit und Wohlbefinden über die gesamte Lebensspanne hinweg. Die kumulative (wiederholte, gehäufte) Exposition (das Ausgesetztsein) und die fehlende Modulation (die Gleichförmigkeit) ergeben eine pathogene (krankmachende) Dosis an Stress (Schore 2002). Dabei ist nicht die Anzahl der Ereignisse entscheidend, sondern ob das Kind bereits vorbelastet ist und ob es sich bei der Verarbeitung eines einzelnen oder mehrerer dieser Erlebnisse auf die Unterstützung durch Bezugspersonen verlassen konnte, gesehen, verstanden, getröstet wurde.

Jüngere Kinder sind kaum in der Lage dazu, ihre direkte Lebensumwelt kritisch zu hinterfragen und gehen zunächst naiv davon aus, dass alles, was um sie herum geschieht, richtig ist. Das kindliche Denken in der Form „Wenn es die Eltern tun, kann es nicht verkehrt sein!“ herrscht bis zum achten oder neunten Lebensjahr vor. So kommt es vor, dass Kinder, die Gewalt ausgesetzt sind, nicht in der Lage sind, diese als falsch zu erkennen. Aufgrund der Machtverhältnisse ist es für sie ohnehin schwer bis unmöglich, sich zur Wehr zu setzen. Manchmal schaffen sehr starke und resiliente Kinder den Schritt, sich selbst an eine Lehrperson, Schulsozialarbeiter:in oder an das Jugendamt zu wenden. Dafür haben sie den allerhöchsten Respekt verdient. Der stärkste protektive (schützende) Faktor für Kinder in solchen Lagen ist ein Erwachsener, der ihnen glaubt (vgl. Werner 1993).

Bei Kindern besteht eine reale Abhängigkeit von Erwachsenen. Die Naivität und Abhängigkeit der Kinder wird auch von Tätern ausgenutzt, um ihnen einzureden, dass die missbräuchlichen Tathandlungen völlig normal seien. Daher kann es vorkommen, dass die Betroffenen, auch noch als Erwachsene, keine korrekte Wahrnehmung davon haben, dass Erlebnisse, die ihnen als Kind widerfahren sind, möglicherweise abnorm und falsch waren. Manchmal können Traumatisierte ihr Trauma nicht erkennen.

Herr Hausmann, Jahrgang 1947, litt unter verschiedenen Ängsten (Höhenangst, Erkrankungs- und Verschmutzungssängste) und Schlafstörungen. Er berichtete davon, dass er als Vorschulkind wegen des Verdachts auf Keuchhusten im Krankenhaus habe behandelt werden müssen. Auffallend emotionslos schildert er, dass er mehrere Wochen lang an's Bett festgebunden worden sei, weil er einmal wegen seines großen Heimwehs versucht hätte, aus dem Kinderkrankenhaus zu türmen. Dass er durch die körperliche Fixierung eine Traumatisierung erlitten haben könnte, war ihm nie in den Sinn gekommen. Seine Ängste nahm er, passiv wirkend, als schicksalhaft hin. Auf die Idee, sich ihnen mit therapeutischer Hilfe entgegenzustellen, war er noch nie gekommen.

Wer als Kind Gewalt erfahren musste, hat dabei auch gelernt, dass die eigenen Gefühle durch die Eltern oder das Umfeld nicht validiert wurden. Dem Betroffenen fehlt möglicherweise auch im Erwachsenenalter die Wahrnehmung für eigene Gefühle und Bedürfnisse – eindrücklich beschrieben am Beispiel der Generation der Kriegskinder (vgl. Bode/Reddemann 2015).

Zur Beurteilung, ob die von einem Kind gezeigte Symptomatik als Folge einer Traumatisierung verstanden werden kann, muss erfragt werden, ob belastende Umstände wie fehlende Fürsorge, mangelnde Wertschätzung, Gewalterfahrungen oder andere Bedingungen in Familien vorhanden waren. Das Risiko für Kinder, eine Traumatisierung zu erleiden, ist dann groß, wenn sie unter Bedingungen aufwachsen, in denen die Erwachsenen nicht in der Lage sind, ihre Verantwortung zu übernehmen, die Bedürfnisse des Kindes wahrzunehmen und/oder auf sie angemessen und feinfühlig zu reagieren. Dies ist auch der Fall, wenn Umstände dazu führen, dass das Kind sich um die Elternpersonen sorgen oder sie gar versorgen muss und es sich eben nicht darauf verlassen kann, dass die Eltern es bedingungslos und durchgängig schützen, ernähren, wärmen, versorgen und wertschätzen. Aus der Abwesenheit fürsorglicher und schützender Erwachsener ergibt sich die Bindungs- oder Entwicklungstraumafolgestörung. Das gilt auch für die Zeit vor der Geburt.

Bei akzidentiellen (zufälligen) Ereignissen (Typ I Trauma) ist eine Verbindung zwischen Schweregrad und Auswirkungen weniger einfach vorherzusagen als intuitiv vermutet. Einen einfachen zu prognostizierenden Zusammenhang zwischen der Schwere des Ereignisses und dem Schweregrad der Belastung gibt es nicht. Ein Beispiel: Leichte Kopfverletzungen gehören zu den häufigsten pädiatrischen Notfällen (Sinopidis et al. 2023, S. 2). Ein Drittel der Kinder, die nach leichten Kopfverletzungen untersucht wurden, gaben noch nach einer Woche an, sich davon psychisch belastet zu fühlen. Ein sehr großer Teil der Kinder schilderte erhöhte Wachsamkeit für Gefahren und bei einem Zehntel der Kinder war noch ein Monat nach dem Unfall vermehrter Stress im Fragebogen zu traumatischem Belastungserleben nachzuweisen. Von den ebenfalls befragten Eltern wurde abgegeben, dass ein Fünftel nach einer Woche und weniger als fünf Prozent nach einem Monat weiterhin von erhöhtem Stress bei ihren Kindern ausgingen. Diese Ergebnisse zeigen einerseits, dass leichte Kopfverletzungen keineswegs immer ohne psychisches Belastungserleben verlaufen, sondern im Gegenteil, Stresserleben auslösen können. Zweitens, dass die psychischen Folgen von jeweils der Hälfte der Eltern als weniger gravierend eingeschätzt wurden als von den Kindern selbst. Die Aussagen von Eltern, das wird damit noch einmal belegt, sind nur wenig zuverlässig für die Beurteilung des Schweregrads der psychischen Folgesymptomatik ihrer Kinder, weil die Problematik von ihnen tendenziell unterschätzt wird.

Auch für Typ II Traumata gilt, dass ein einfacher Zusammenhang zwischen Schweregrad der Ereignisse und Belastungserleben schwer nachzuweisen ist. In Forschungen konnte gezeigt werden (Verlinden et al. 2013), dass die unmittelbare

emotionale Reaktion des Umfeldes des Kindes auf Gewalterfahrungen für die Entstehung von Traumafolgestörungen eine wesentliche größere Rolle spielt als die Massivität der traumatischen Erfahrung. In einer Untersuchung an Erwachsenen wurde herausgearbeitet, dass körperliche und emotionale Vernachlässigung, also kumulative Erfahrungen, für die nur indirekt das Kriterium Todesangst nachgewiesen werden kann, eine weit größere Rolle für das Entstehen von psychiatrischen Störungen spielen, als z. B. sexueller Missbrauch (Schalinski et al. 2016, S. 8).

Mit dieser und anderen aktuellen Studien rückt das Ereignis-Kriterium (A1-Kriterium), das für den bisherigen diagnostischen Standard erfüllt sein muss, inhaltlich ein Stück in den Hintergrund, ohne dass dadurch die Trauma-Diagnose bagatellisiert wird. Dieser Perspektivwechsel in der Betrachtung der Auswirkungen von belastenden Ereignissen auf die Entwicklung von Kindern sollte zukünftig mehr Beachtung erfahren. Ansonsten besteht das Risiko, dass es zu einer Häufung falscher negativer Diagnosen von Traumatisierung und damit auch zu falschen bzw. ausbleibenden Behandlungen kommt.

Neurobiologische Grundlagen traumatischer Belastungen

Traumatische Erlebnisse sind dadurch gekennzeichnet, dass es zu einer schädlichen physiologischen Überbelastung des Organismus kommt. Das Individuum erlebt eine außergewöhnliche Schock-, Schreck- oder Bedrohungssituation, in der es nicht die Möglichkeit hat, die Situation unbeschadet zu überstehen, sich zu verteidigen oder zu fliehen. Die Optionen Kampf oder Flucht als Reaktionen auf Bedrohung stehen nicht zur Verfügung. Je stärker der körperliche Stress durch die Bedrohung und Ausweglosigkeit der Situation ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Dissoziationen auftreten. Dissoziationen sind dadurch gekennzeichnet, dass die betroffene Person das Erleben hat, zwar körperlich in der Situation anwesend zu sein, seine Gefühle und Gedanken, das Selbst der Person, werden jedoch als abwesend erlebt. Durch Dissoziation wird die Wahrnehmung der äußeren Ereignisse abgeschaltet, um den Körper und die Psyche vor weiterem eindringenden Stress zu schützen. Der Mechanismus kann mit der Sicherung im Haus verglichen werden, die dazu dient, einen größeren Schaden an der Elektrik oder einen Brand im Haus zu verhindern.

Mark berichtete, dass er mit 14 Jahren einen sexuellen Übergriff erlebt hatte. Er war gutgelaunt in den Bus gestiegen. Ein Mann hatte sich direkt neben ihn gesetzt und begonnen, ihn am Oberschenkel zu streicheln. Die Hand des Mannes rutschte in Marks kurze Sommerhose und immer weiter nach oben, bis in seine Unterhose. Er erinnerte, dass er völlig erstarrt und nicht in der Lage gewesen war, sich zu bewegen oder zu sprechen. Es dauerte

fast eine halbe Stunde, bis er es schaffte, auszusteigen. Es war ihm nicht erinnerlich, wie er es hinbekommen hatte, aus dieser Übergriffssituation zu entfliehen. Als er von dem Ereignis berichtete, war er 24 Jahre alt und brach sofort in Tränen aus.

Da der Organismus im Moment der Bedrohung auf den Modus „Überleben“ schaltet, verändern sich die physiologischen Abläufe und die Wahrnehmungen. Im Moment der Stressreaktion werden unter anderem die Hormone Adrenalin und Cortisol vermehrt ausgeschüttelt. Dadurch wird die Durchblutung in den Extremitäten erhöht, der Herzschlag schneller, die Sinne geschärft. Gefahren können besser wahrgenommen werden. Der ganze Körper ist alarmiert und bereit, schnell zu handeln. Gleichzeitig wird die Möglichkeit zum reflektierenden Denken und Schmerzen wahrzunehmen reduziert. Sowohl das Nachdenken als auch das Empfinden von Schmerz sind in der auf Überleben ausgerichteten Reaktionskette nachrangig.

Die Aktivierung der Stressreaktionen erfolgt unglaublich schnell. Es reichen wenige Augenblicke, um den Körper hochzufahren. Der Abbau der in der Notfallreaktion ausgeschütteten Stoffe dahingegen dauert länger. Wenn das Individuum sich in einer Situation befindet, in der es fortgesetzten oder wiederholten Bedrohungen ausgesetzt ist, dann wird der Abbau der Stressreaktionen mit jeder neu ablaufenden Alarmreaktion immer langsamer. Adrenalin steht im Übermaß zur Verfügung. Dieser Dauerstress kann sich schädigend auf den Organismus auswirken. Er wird zum toxischen Stress. Als Folge von Dauerstress vergrößern sich bestimmte Regionen im Gehirn, andere werden kleiner. Je häufiger die Alarmreaktionen ablaufen, desto sensibler wird das Individuum. Auch wenn man es hoffen könnte: Eine Gewöhnung im positiven Sinn findet nicht statt.

Auch insgesamt ist der Mensch darauf ausgerichtet, Bedrohungen möglichst schnell zu erkennen. Der Mensch ist von seiner Konstitution her ein Angsthase: Dass diese Abläufe automatisch vollzogen werden, ohne dass das Individuum bewusst Einfluss darauf nehmen kann, hat der Gattung Mensch vermutlich einen Überlebensvorteil erbracht und dient damit der Arterhaltung.

Die Auswirkungen von toxischem Stress auf das limbische System und die HPA-Achse

Frühkindlicher chronischer Stress beeinflusst das Gehirn in seiner Entwicklung. Der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (HPA-Achse) kommt dabei eine Schlüsselrolle zu, da sie für die Stressregulation verantwortlich ist. Bei PTBS-Betroffenen ist dieses System oft nachhaltig dysreguliert. Sie weisen häufig eine ausgeprägte Unterfunktion der stressbedingten und basalen Cortisolfreisetzung auf. Anstatt eine normale Stressreaktion mit einem Anstieg des Cortisolspiegels zu zeigen, weisen Patient:innen mit PTBS unterschiedlich hohe

Basalspiegel von Cortisol auf. Während viele paradoxeweise eine erniedrigte basale Cortisolfreisetzung zeigen, haben andere durchschnittliche oder sogar erhöhte Werte. Eine veränderte Cortisolantwort des Körpers auf Bedrohungen kann mit einer beeinträchtigten Stressverarbeitung und Anpassungsfähigkeit des Systems einhergehen.

Bei früh misshandelten Kindern kann sich die basale morgendliche Cortisolausschüttung bereits im Alter von 19 Lebensmonaten verringern (Strüber 2019). Schwere, langanhaltende Misshandlungen können dazu führen, dass diese Veränderungen bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben, wenngleich es auch interindividuelle Unterschiede gibt. Langfristig kann es zu einer Hyperaktivität der Amygdala kommen, was zu erhöhter Wachsamkeit und intensiveren emotionalen Reaktionen führt. Nach einer erfolgreichen Traumaverarbeitung kann sich die Cortisolreaktion wieder normalisieren, auch wenn die subjektive Stresswahrnehmung häufig erhöht bleibt (Strüber 2019). Bleibt die verringerte Cortisolfreisetzung aufgrund ausbleibender Traumaintegration bestehen, hat dies negative Folgen für die psychische und körperliche Gesundheit der Betroffenen. Nach einer Traumaverarbeitung wird von den Betroffenen der Stress zwar weiterhin stärker wahrgenommen, aber die Cortisolreaktion unterscheidet sich nicht mehr von nicht-traumatisierten Menschen (Strüber 2019).

Für die Entwicklung des prosozialen Verhaltens, von Vertrauen und Empathie, spielt das Bindungshormon Oxytocin eine wesentliche Rolle. Es unterstützt im Gehirn die Vernetzung zum reflektierten Verarbeiten von Emotionen und deren Regulation und ist für die Hemmung von Cortisol mitverantwortlich (Strüber 2019). Hohe mütterliche Feinfühligkeit in den ersten zwei Lebensjahren ist mit einer erhöhten Oxytocinausschüttung gekoppelt, eine geringe mütterliche Feinfühligkeit mit einer geringen Ausschüttung des Bindungshormons. Insbesondere frühe Vernachlässigung in der sensiblen Phase der ersten zwei Lebensjahre beeinträchtigt dauerhaft die Funktion des Oxytocinsystems. Auch bei Erwachsenen mit negativen Kindheitserfahrungen kann das Ausbleiben einer erhöhten Oxytocinausschüttung noch nachgewiesen werden, die normalerweise bei Körperkontakt erfolgt. Veränderungen in der Regulation des Oxytocinsystems sind nicht zwangsläufig irreversibel. Studien zeigen, dass Oxytocintherapien (Berger et al. 2024), sichere Bindungserfahrungen (Roth/Strüber 2018) und unterstützende Beziehungen in der Lage sind, das System teilweise wieder zu normalisieren.

Neuere Forschungen (Hakamata et al. 2022) haben gezeigt, dass eine posttraumatische Belastungsstörung mit einer Zunahme geringgradiger entzündlicher Prozesse im Körper verbunden sein kann. Chronischer Stress führt scheinbar zu einer erhöhten Ausschüttung entzündungsfördernder Zytokine, was das Risiko für körperliche Krankheitszustände wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und chronische Schmerzen erhöht. Besonders bei Kindern, die sich in einer sensiblen Phase der physischen und psychischen Entwicklung mit hoher Neuroplastizität befinden, können diese Veränderungen langfristige gesundheitliche

Beeinträchtigungen nach sich ziehen (Straub 2022). Pädagogische Fachkräfte, die Kinder achtsam und feinfühlig begleiten, insbesondere in ihren spontanen Verarbeitungsprozessen, können die gezielte Traumaintegration durch Therapeut:innen wirksam unterstützen. Dabei kann es sogar gelingen, bestimmte gehirnphysiologische Veränderungen sowie deren Folgen zumindest teilweise rückgängig zu machen.

Die neurobiologischen Grundlagen von Traumafolgestörungen sind wichtig für das Verständnis dieser Kategorie von Erkrankungen: Kindheitstraumata beeinflussen die Gehirnentwicklung und das Wachstum von Teilen des Gehirns. Von den sensiblen Regionen sind die Volumina des Hippocampus und des präfrontalen Kortex in der Regel dauerhaft verkleinert, die der Amygdala häufig vergrößert. Diese Veränderung in der Gehirnarchitektur kann zu intensiveren und nachhaltigeren Reaktionen auf Stress führen, was langfristig die emotionale Regulation und das Gedächtnis beeinflussen kann. Dieser Mechanismus führt, wie schon erwähnt, zu einer Überaktivierung der Stressantwort, was die Verarbeitung von traumatischen Erinnerungen erschwert. Betroffene Personen sind dauerhaft hyperaktiviert, was mit kognitiven Defiziten in Gedächtnis und Aufmerksamkeit sowie erhöhter Reizbarkeit und Wut einhergeht (Teicher et al. 2003, S. 34).

Wenn Kinder bereits vorgeburtlich wiederholt schweren Stresserfahrungen ausgesetzt sind, z.B. weil die Mutter in der Schwangerschaft psychische oder körperliche Bedrohung und Gewalt erfährt, dann verändern sich der Stoffwechsel und die Hormonkreisläufe des Ungeborenen. Da der sensible Organismus des Fötens mit der Abwehr von Bedrohungen beschäftigt ist, wächst das Kind weniger schnell und ist insgesamt anfälliger für Störungen. Es kommt häufiger zu Komplikationen bei der Geburt. Kopfumfang und Geburtsgewicht sind geringer als bei nicht vorgesägten Neugeborenen. Als Säuglinge sind vorgeburtlich stressgeschädigte Kinder schneller irritiert und schwerer zu beruhigen. Ihr Körper reagiert rascher und häufiger mit Entzündungen und das Risiko, körperliche oder psychische Erkrankungen zu erleiden, ist insgesamt deutlich erhöht (Brückl/Binder 2017). Im Uterus ist das Ungeborene in dieser Hinsicht seiner direkten Umwelt ausgesetzt. Es kann kaum eigenaktiv agieren, weder Kampf noch Flucht sind möglich.

Bei Erwachsenen besteht die spontane Reaktion auf Bedrohungen unter anderem darin, dass sich die Körperhaare aufstellen, die Pupillen weiten, die Atmung schneller wird und die Frequenz des Herzschlags ansteigt. Der Adrenalinspiegel im Blut, der die Kampf-oder-Flucht-Reaktion primär steuert, steigt ebenfalls signifikant an. Während das Blut in die Muskeln schießt, wird die Blutzufuhr zu den inneren Organen reduziert. Anders beim Ungeborenen: Wird ein relevanter Abfall des Sauerstoffgehalts (Asphyxie) im Blut beobachtet, etwa durch eine Nabelschnurkompression oder eine vorzeitige Plazentalösung, löst dies beim Fötus eine akute Stressreaktion aus. Dabei kommt es zur Freisetzung von Adrenalin.