

Traumapädagogik

Herzlich Willkommen zum Workshop im Rahmen des Fachtags
„Hilfen für psychisch belastete Kinder und Jugendliche“
mit Daniela Liebe & Birgit Bucher

Birgit Bucher | www.birgitbucher.de

Kultur- und Sozialwissenschaftlerin (M.A.)

Master Soziale Arbeit (FHP, i.A.)

Psychologische Beraterin (tiefenpsychologisch IFB/EZI) und Traumafachberatung



Warm-up: Skalierungs-Barometer im Raum

- Wer arbeitet in stationären Einrichtungen, wer ambulant, wer ganz anders?
- Wer hat bereits mit Traumapädagogik zu tun gehabt, wie intensiv?
- Wie häufig (1-10>) haben Sie es mit Traumatisierung in Ihrem Arbeitsalltag zu tun?
- Wie häufig gibt es bei Ihnen im pädagogischen Alltag Gefühle von Hilflosigkeit (1-10>)?
- Wie gut achten Sie auf Selbstfürsorge in Ihrem beruflichen Alltag? (1-10>)?



Auf Zuruf: Welcher Aspekt war für Sie am Vormittag bedeutsam? Welche Erwartung haben Sie an den Workshop?



Warum Traumapädagogik als Workshop dieses Fachtages?



Was wir heute vorhaben

- Im Dschungel von Begrifflichkeiten, Klassifikationen, psychiatrischer Diagnostik – was ist eigentlich ein Trauma und wie häufig kommt es vor?
- Neurobiologischer Hintergrund
- Trauma als Beziehungsstörung: Reinszenierung traumatischer Erfahrung
- Traumapädagogisches Fallverstehen



Traumatherapie

- Fünf Phasen der Traumatherapie
 - Stabilisierung (Psychoedukation)
 - Stabilisierung (Ressourcenorientierung)
 - Stabilisierung (Distanzierung)
- Realisierung (dosierte Exposition in Balancierung mit Ressourcen)
- Integration (Trauerprozesse und Neuorientierung begleiten)
- Adaptiert verschiedene psychotherapeutische Verfahren (VT, PA, Hypnotherapie) und entwickelt eigene (EMDR, Ego-State, PITT)

(Korittko 2017a)



Traumapädagogik

- Orientiert sich an den Erkenntnissen der Psychotraumatologie und der Traumatherapie.
- Entwickelt Handlungsstandards und strukturelle Voraussetzungen aus traumasensibler Haltung.
- Nutzt traumaspezifische Interventionen.
- Unterscheidet verschiedene Handlungsfelder (z.B. Kinder- & Jugendhilfe, Flucht, Geriatrie).
- Kooperiert im Netzwerk zur bestmöglichen Versorgung.

(Lang et al. 2013, Weiß 2016, Zimmermann/Rosenbrock/Dabbert 2017)



Traumadefinition

- Trauma in aller Munde und **inflationär** gebraucht? Die Weite des Begriffsfeldes erschwert Einordnung.
- „Trauma“ [altgriechisch]: Wunde, ursprünglich medizinisch-körperlich, später auch psychisch als seelische Verletzung
- Ein Psychotrauma wird definiert über das Ereignis und die individuellen Folgen für den Menschen.
- Nicht jedes traumatische Ereignis muss also zu einem Trauma führen – dies passiert erst, wenn es eine tiefe Wunde in die psychische Haut schlägt und nicht ohne Weiteres (z.B. durch Trauerarbeit) heilt.
- Ohne eine solche Bewältigung entstehen meist **Traumafolgestörungen**.



Traumadefinition

Einem Trauma liegen ein Erlebnis oder sich wiederholende Erlebnisse zugrunde, die

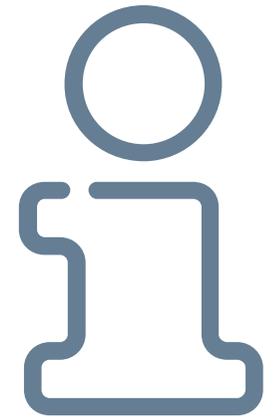
- als potenziell lebensbedrohlich empfunden wurden,
- mit überwältigenden Gefühlen von Angst und Ohnmacht verbunden waren und darum
- nicht zeitsynchron, also in der Situation selbst, verarbeitet werden konnten, und
- für deren Verarbeitung auch danach die dafür nötigen Ressourcen fehlten. (Hantke/Görges 2012:54)

Ein Trauma ist ein „vitaless Diskrepanzerlebnis“ zwischen

- bedrohlicher Situation und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten,
- es geht mit Gefühlen von absoluter Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einher und
- bedeutet eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis. (Fischer/Riedesser 1998)

Das Trauma ist also insgesamt:

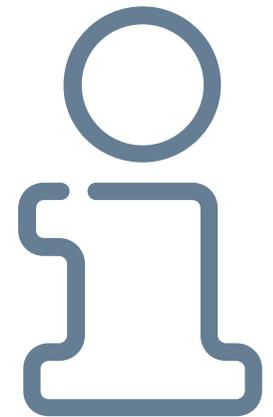
- das traumatische Ereignis selbst als auch die individuelle Verarbeitung oder die Chronifizierung**



Traumadefinition

Einflussfaktoren, die Ereignisse zum Trauma machen:

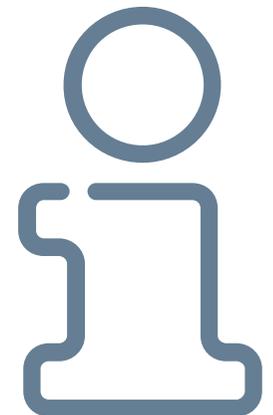
- unausweichliche Lebensbedrohung für sich oder eine nahestehende Person
- unvorhergesehene, plötzlich eintretende Bedrohung
- zwischenmenschliche Gewalterfahrungen
- langanhaltendes Geschehen
- keine Hilfe von außen
- Versagen des Schutzes durch andere
- Bedrohung durch einen nahestehenden Menschen
- **ALTER (besonders verwundbar als Kleinkind)**



Traumadefinition

Schutzfaktoren, die zur Resilienz beitragen:

- Gute Beziehungen (z.B. Eltern, Erzieher, Freunde)
- Hohe Reflexionsfähigkeit und Bildung
- Selbstbewusstsein
- Erfolgserlebnisse in Schule, Ausbildung, Freizeit
- Fördernde außerfamiliäre soziale Umwelt
- Gute materielle Ausstattung
- Emotional kompetente Bezugspersonen
- Repertoire an Bewältigungsstrategien bei Kind und Eltern
- Zusammentreffen mehrerer schützender Faktoren



Einflussfaktoren, die Ereignisse zum Trauma machen:

Bewältigungsfaktoren in Wechselwirkung von Trauma, Individuum und Umwelt (Landolt 2021)



- von dieser Wechselwirkung hängen die kognitiven Bewertungen, das Bewältigungsverhalten und die psychotraumatische Symptomatik ab
- die vielfältigen Risiko- und Einflussvariablen erklären, warum nicht alle Menschen gleich betroffen sind

Klinische vs. Sozialpädagogische Diagnostik

„Diagnose“: (griech.) Unterscheidung, Entscheidung, Erkenntnis

Klinische Diagnostik

- Klassifikatorischer Ansatz mit dem Ziel, eine Therapie gegen eine Krankheit bzw. psychische Störung einzuleiten
- Leitlinien orientiertes Vorgehen

Sozialpädagogische Diagnostik

- Rekonstruktiver Ansatz, der dem Verstehen und dem Selbstverstehen dient
- Berücksichtigt individuelle, soziale, psychische, medizinische, ökonomische und gesellschaftspolitische Aspekte - Beeinträchtigung ist biographisch und soziokulturell verankert
- Traumpädagogisches diagnostisches Fallverstehen ist Teil davon

(Friedrich/Weiß 2014)

Klinische Diagnostik

- **Klassifikationssystembasierte Diagnostik nach ICD-11:**
- 11. Version der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems der WHO)
 - seit 2022 in Kraft (flexible Übergangszeit von 5 Jahren mit ICD-10)
 - bisher nur deutsche Entwurfsfassung
- unterscheidet sehr viel mehr als ihr Vorläufer ICD-10 unterschiedliche stress- und traumaassoziierte Störungen (ätiologische Diagnosen)
- Diagnosen sind immer Ergebnisse eines sozialen Konstruktionsprozesses

Klinische Diagnostik

- **Klassifikationssystembasierte Diagnostik nach ICD-11:**
- **Störungen, die spezifisch Stress-assoziiert sind**
 - 6B40 Posttraumatische Belastungsstörung
 - 6B41 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
 - 6B42 Verlängerte Trauerstörung
 - 6B43 Anpassungsstörung
 - 6B44 Reaktive Bindungsstörung
 - 6B45 Störung der sozialen Bindung mit enthemmtem Verhalten
 - ..

Klinische Diagnostik

- **Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ICD-11: 6B40**
 - Vorliegen eines oder einer Serie von extrem belastenden Ereignissen
 - **Wiedererleben** des traumatischen Ereignisses (Flashbacks, Alpträume) in Verbindung mit überwältigenden Emotionen und starken körperlichen Empfindungen
 - **Vermeidung** von Gedanken an das Ereignis oder Vermeidung von Aktivitäten, Situationen oder Personen, die an das Ereignis erinnern
 - anhaltende Wahrnehmung einer erhöhten aktuellen Bedrohung, die sich z.B. durch Hypervigilanz oder eine **verstärkte Schreckreaktion** auf Reize wie unerwartete Geräusche/Gerüche zeigt
 - Symptome halten **mindestens mehrere Wochen lang** an und verursachen **erhebliche Beeinträchtigungen** in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen

Klinische Diagnostik

- **Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS) ICD-11: 6B41**
 - stellt ebenso eine Reaktion auf ein extrem bedrohliches Ereignis oder einer Serie von bedrohlichen Ereignissen dar, von denen Flucht unmöglich war (z.B. Folter, Völkermord, lang anhaltende häusliche Gewalt, wiederholte sexuelle oder körperliche Gewalt in der Kindheit)
 - die Belastung zeigt alle Symptome einer PTBS und zusätzlich:
 - andauernde Probleme bei der **Affektregulation**
 - andauernde Wahrnehmung der eigenen Person als **minderwertig und wertlos**, verbunden mit tiefen Gefühlen von Schuld und Scham sowie Versagen in Bezug auf das bedrohliche Ereignis
 - andauernde Probleme zu anderen Menschen Nähe zu entwickeln und **Beziehungen aufrechtzuerhalten**
 - die kPTBS verursacht erhebliche Beeinträchtigungen in wichtigen Lebensbereichen (persönlich, familiär, sozial, schulisch, beruflich)

Klinische Diagnostik

Klassifikationssystembasierte Diagnostik nach ICD-11:

- Trauma hat die Neigung, auch gesamtgesellschaftlich verdrängt zu werden
- Problematik einer zu engen Traumadefinition für das Kinder- und Jugendalter, wenn Vernachlässigung, psychische Gewalt oder auch traumatisierende Trennungen unberücksichtigt bleiben

Weitere Vorschläge für Diagnosen im Zusammenhang mit Traumatisierung (nicht im ICD):

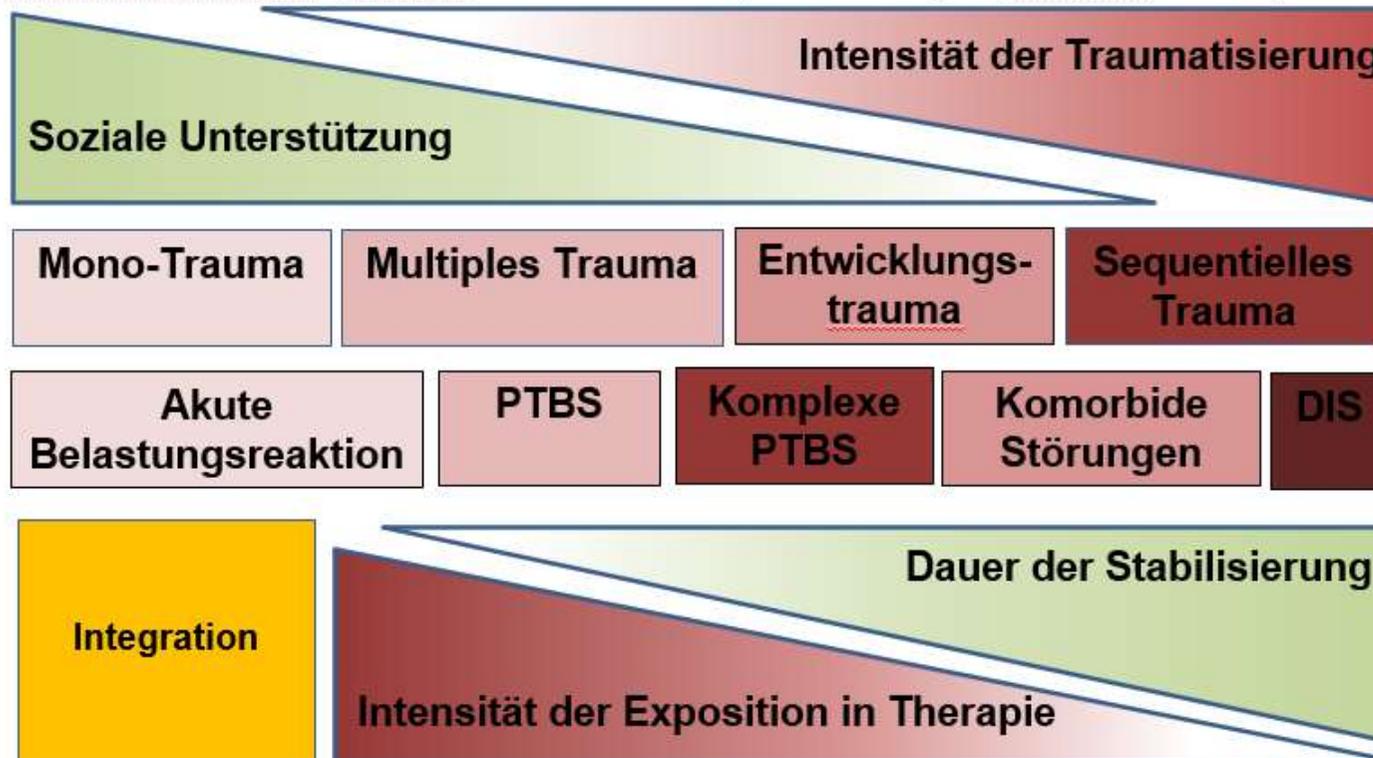
Traumaentwicklungsstörung (van der Kolk 2005)

- Orientierung an frühen und chronischen Bindungstraumatisierungen und den damit verbundenen psychischen Beeinträchtigungen
- A: Ereigniskriterium, B: affektive und physiologische Dysregulation, C: Dysregulation von Aufmerksamkeit und Verhalten, D: Schwierigkeiten der Beziehungsgestaltung

Theorie der strukturellen Dissoziation statt dissoziative Störung (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008)

Klinische Diagnostik

Traumatypologie (Lempa und Sack 2000, Abbildung in Korittko 2017b)

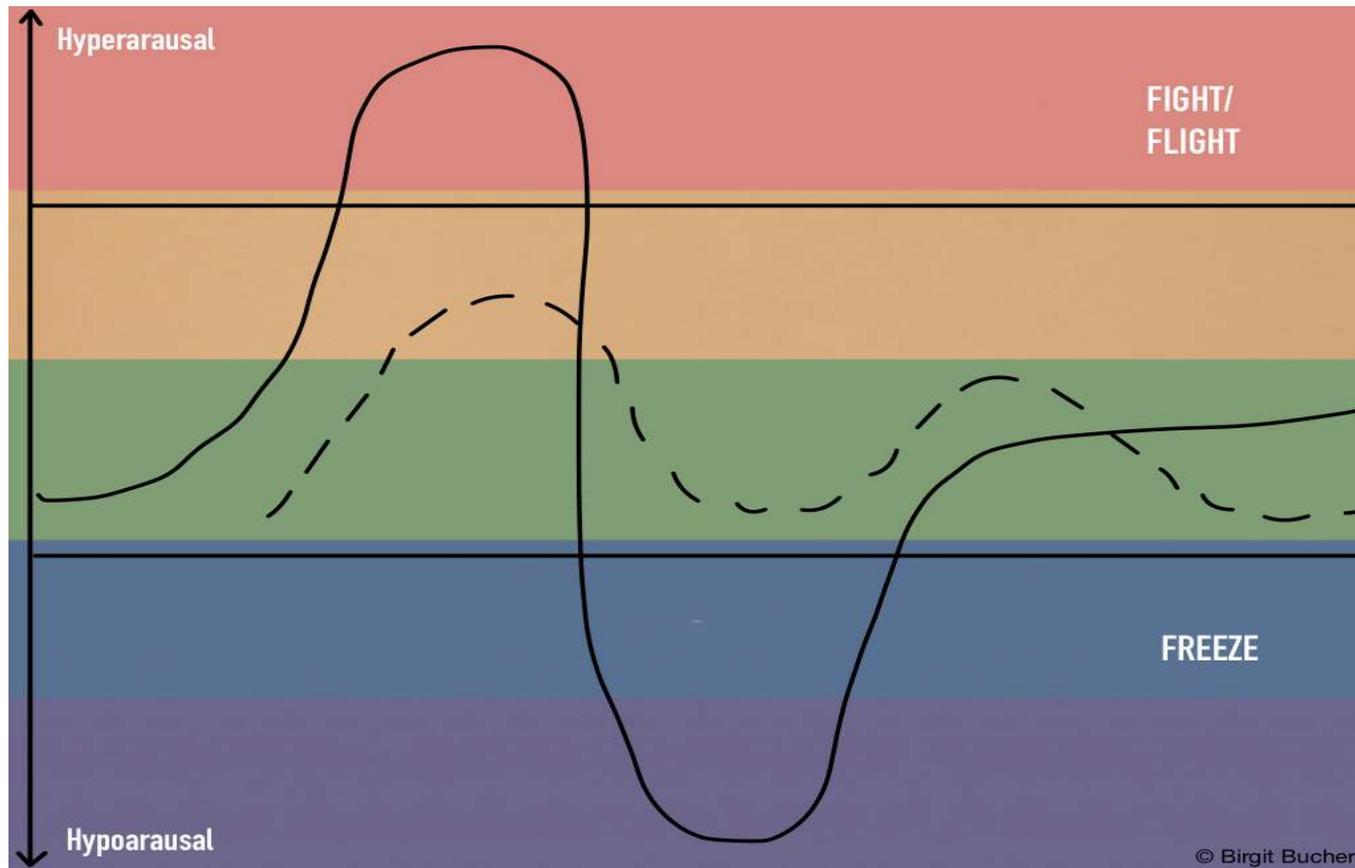


Klinische Diagnostik

Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen zeigen sich als Komorbiditäten im Zusammenhang mit Symptomen einer PTBS – hier nach Alter differenziert: (S-3 Leitlinie PTBS 2019)

Vorschulkinder	Grundschul Kinder	Jugendliche
Oppositionelles Verhalten, Trennungsangst, ADHS, Depression, Spezifische Phobien, Störungen des Sozialverhaltens	Angststörungen, Depression, ADHS, Störungen des Sozialverhaltens	Angststörungen, Depression, Suizidale Vorstellungen, Selbstverletzung, Substanzabhängigkeit, Störungen des Sozialverhaltens

Neurobiologie: Stresstoleranzfenster



Siegel 1999

Neurobiologie: Stresstoleranzfenster

Hyperarousal:

Fight- or Flight-Reaktion

(Symptome der ‚ADHS-Diagnose‘)

- Erhöhte Aufmerksamkeit, Ruhelosigkeit
- Gesteigerte Empfindungsfähigkeit
- Herzrasen, Schweißausbrüche
- Erhöhter Stoffwechsel
- Desorganisierte kognitive Verarbeitung
- Panik, Angst, Wut, Aggression/Angriff

Optimales Aktivierungsniveau

- Fähigkeit zur Selbstregulation, zu Konzentration und Lernen

Hypoarousal:

Freeze-Reaktion (Schreckstarre)

(Symptome der ‚ADS-Diagnose‘)

- Blockierung der kognitiven Verarbeitung
- Relativer Mangel an Empfindungsfähigkeit
- Emotionale und körperliche Taubheit
- Anästhesien
- Amnesien
- Erstarrung, Erschlaffung, Kollaps

Siegel 1999

Neurobiologie: Stresstoleranzfenster

Beziehung &
Ressourcenorientierung..

.. is how to stretch it

Siegel 1999

Stabilisierung und Reorientierung weiten das Stresstoleranzfenster

Stabilisierung:

- Ein sicherer Ort für Bewohner*innen und Fachkräfte: emotional stabiles soziales Umfeld, das Halt und Austausch zum Erlebten ermöglicht
- Korrigierende Beziehungserfahrungen machen
- Ressourcenorientierung erlernen: Förderung von Selbstfürsorge, Selbstwirksamkeit und sozialer Kompetenz

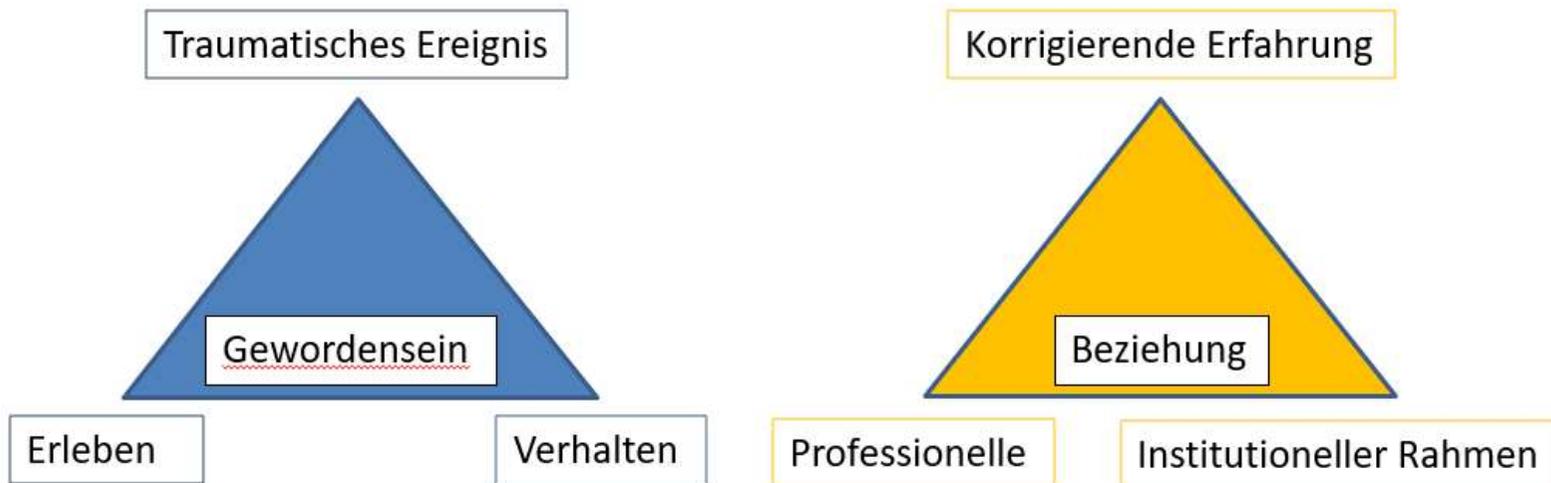
Reorientierung:

- Zwischen Hier & Heute vs. Dort & Damals unterscheiden lernen
- Wahrnehmung schulen (Achtsamkeit für Sinnes- und Körperwahrnehmung, Förderung von Bindungs- und Mentalisierungsfähigkeit, von Emotionswahrnehmung und -regulation)
- Notfallstrategien erlernen (z.B. Dissoziationsstopps)

Psychoedukation:

- Nicht du bist verrückt, sondern die Umstände waren es

Trauma als Beziehungsstörung



Trauma als Beziehungsstörung und korrigierende Beziehungserfahrung:

Verstehen wird ermöglicht durch Elemente aus der psychoanalytischen Pädagogik wie Übertragung und Gegenübertragung.

Trauma als Beziehungsstörung – Pädagogisches vs. therapeutisches Handeln

„Ein Trauma in der Kindheit ist die Beschreibung der Gesamtheit der Folgen, die aus einem oder mehreren hoch belastenden Ereignissen entstehen, die für das Kind überwältigend und nicht integrierbar sind. Hintergrund ist, neben dem Ereignis selbst, die mangelhafte oder nicht vorhandene Unterstützung durch erwachsene Bezugspersonen, um Trost und Anerkennung für das Leid zu erfahren und (wieder) ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit zu erlangen. Die überwältigenden und hoch beängstigenden Erfahrungen haben Auswirkungen auf die körperlichen, emotionalen, kognitiven und vor allem sozialen Bereiche des Erlebens. Der traumatische Prozess bezieht alle Personen und Institutionen, die das Kind begleiten, mit ein und macht sie zu Beteiligten bei der Verarbeitung oder Chronifizierung der Traumafolgen.“

(Zimmermann/Dabbert 2021: 13)

Trauma als Beziehungsstörung – Pädagogisches vs. therapeutisches Handeln

Das traumatisierte Kind ist auch im pädagogischen Alltag ein traumatisiertes Kind.
Daher benötigen Pädagog*innen Wissen um die Ursachen und Auswirkungen von Traumatisierungen.

Pädagogik und Therapie haben unterschiedliche, aber immer auch aufeinander sich beziehende Aufgaben: Während es in der **Pädagogik** mehr um eine **Korrektur durch eine kognitive Neuorientierung** geht, wird es in der **Therapie** mehr um das **Erleben, die Gefühle und die Integration schmerzhafter Erfahrungen** gehen.

Inhalte der Zusammenarbeit:

- Ein gemeinsames Verständnis dessen, was das Kind inszeniert (innerseelische Prozesse).
- Ein bewusster Umgang mit Übertragungen, auch um Spannungen zu minimieren.
- Ein gemeinsames Erarbeiten von Handlungsalternativen (Hilfe beim Aufbau von Ich-Struktur). (Weiß 2016)

Trauma als Beziehungsstörung – Handlungsprämissen einer traumasensiblen Haltung

Grundvoraussetzung jeder traumasensiblen Haltung ist **Halten**.

Ein Halten-Können.

Die Fähigkeit, Unverstandenes auszuhalten.

Stand-zu-Halten.

Dies eröffnet Pädagog*innen einen Resonanzraum in der eigenen Person, aus dem heraus die teilweise chaotischen und verwirrenden Gefühle des jungen Menschen gespürt, gespiegelt (mentalisiert) und transformiert (contained) werden können.

Die Anfrage an die Fachkräfte lautet zumeist unbewusst: „*Hältst du mich so aus, wie ich bin?*“

Trauma als Beziehungsstörung – Handlungsprämissen einer traumasensiblen Haltung

Schlüsselkompetenzen

Containing

- Unsortierte Affekte meines Gegenübers auffangen
- Aufbewahren und Halten durch Mitschwingen
- Gleichsam stellvertretend "vorverdauen"
- In derselben entwicklungspsychologischen Logik, wie wir sie von Säugling und Bindungsperson kennen

Mentalisieren

- Mitschwingen braucht die (elterliche) Fähigkeit zum Mentalisieren
- einfühlen, nachspüren
- nachvollziehen, was mein Gegenüber in der Interaktion zum Ausdruck bringt,
- Verstehen, welches Bedürfnis dahinter steckt

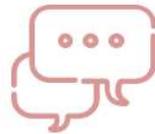
Trauma als Beziehungsstörung

Extremerfahrungen von Kindern und Jugendlichen mit Traumaentwicklungsstörung bzw. kPTBS Erfahrungen in der Kinder- und Jugendhilfe



Vernachlässigung

Unterversorgung,
fehlende Affektspiegelung,
Reizarmut/-überflutung,
Ohnmacht,
Gefühle von Einsamkeit und Todesangst



Psychische Gewalt

Missachtung,
Erniedrigung,
Parentifizierung



Physische Gewalt

zwischen den Eltern u./o. gegenüber dem Kind,
dem schutzlos ausgeliefert,
quasi ohne Eltern ,
unerträgliche Ambivalenz/Spaltung,
bei sexualisierter Gewalt der Autonomie beraubt

Trauma als Beziehungsstörung

Folgen von Trennungen, Vernachlässigung und Gewalt



Vernachlässigung



Psychische Gewalt



Physische Gewalt

- **Entwicklungsverzögerungen** (kognitiv, sprachlich, sensitiv, motorisch),
- ein **Grundmangelgefühl** (z.B. ein problematischer Umgang mit Essen),
- **Wahrnehmungsprobleme** (mit Zeit und Raum, der Gefühle, der Sinneseindrücke),
- **Beziehungsprobleme** (Rückzug, Misstrauen, negativer Selbstwert, Gefühle von Schuld & Scham, schnelle Überforderung, Impulsivität, Kontrollbedürfnis, kein Gefühl für Nähe und Distanz, Anstrengungsverweigerung).

Trauma als Beziehungsstörung

Reinszenierung gemachter Erfahrungen



Vernachlässigung



Psychische Gewalt



Physische Gewalt

Kinder kommen mit diesen Beziehungserfahrungen und Beziehungsverinnerlichungen sowie den entsprechenden Bedürfnissen in die pädagogischen Settings und **reinszenieren** diese unbewusst aus einem Bedürfnis nach Bewältigung.

Reinszenierung meint keinesfalls eine bewusste Darstellung oder Provokation, sondern **unbewusstes in Szene** setzen als vermeintliche **Bewältigungsstrategie**.

Trauma als Beziehungsstörung

Hochadaptive Bewältigungsstrategien verstehen



Kontrolle



Vermeidung



Projektion

Kontrolle: Um wieder Macht zu erlangen. Nie wieder Ohnmacht und Hilflosigkeit erfahren wollen.

Vermeidung: Um nicht noch weitere Abwertung zu erfahren. Bestehende übermäßige Scham und Schuldgefühle würden durch weiteres Versagen unerträglich. Überleben kostet so viel Energie, dass keine weitere Anstrengungsenergie aufgebracht werden kann.

Projektion: Durch die Brille früherer Erfahrungen schauen. Innere Anteile (Introjekte) werden auf das Gegenüber projiziert.

Trauma als Beziehungsstörung

Reinszenierung gemachter Erfahrungen führt zur Beteiligung und Ansteckung



Kontrolle



Vermeidung



Projektion

Dies bedeutet, dass sich die früheren, beziehungs-traumatischen Erfahrungen der Kinder in den Einrichtungen spiegeln und **die neuen Beziehungspersonen am traumatischen Beziehungsprozess beteiligt sind** – ob sie wollen oder nicht. Denn: der traumatische Beziehungsprozess ist nicht abgeschlossen – vielmehr werden Möglichkeiten der Traumabewältigung wie auch der Traumachronifizierung maßgeblich durch die aktuellen pädagogischen Beziehungen mitbestimmt.

Aus pädagogischer Sicht führt Trauma zur Beziehungsstörung (Zimmermann 2017a/b) und jede Veränderung verläuft über eine korrigierende Beziehungserfahrung, die in den pädagogischen Institutionen durch Fachkräfte ermöglicht wird.

Trauma als Beziehungsstörung

Reinszenierung gemachter Erfahrungen als Bewältigungsstrategie



Kontrolle



Vermeidung



Projektion

Hochgradig emotional bedürftige Kinder verbergen sich nicht selten hinter aggressiven, teilweise dissozialen Verhaltensweisen. Pädagogisches Handeln in dem Kontext ist somit eine äußerst herausfordernde und ein hohes Maß an Reflexionsfähigkeit erfordernde professionelle Aufgabe.

Traumatisierte Kinder sind Überlebende, deren Beziehungswelt noch **keine Ordnung** erfahren hat. Sie haben **keine Regulation der Gefühle** durch verlässliche und feinfühligere Bezugspersonen erhalten. Viele scheinbar unverständliche Handlungen, Äußerungen und Auffälligkeiten sind bei Kenntnis der genauen Geschichte **verständliche Anpassungsversuche** im Sinne des *Guten Grundes*.

Trauma als Beziehungsstörung – traumasensible Beziehungsgestaltung

- Beziehung steht vor Erziehung
- Konzept des *Guten Grundes* und des *Sicheren Ortes*

(Schulze/Loch/Gahleitner 2017;
Zimmermann/Rosenbrock/Dabbert 2017)

Trauma als Beziehungsstörung – traumasensible Beziehungsgestaltung

Das Konzept des *Guten Grundes* erleichtert und
ändert Haltung. (Lang et al. 2013)

„Nicht du bist verrückt, sondern die Umstände
waren es.“

Ein Beispiel am Kühlschrank.
(Hopp/Lambeck 2016)

Trauma als Beziehungsstörung – traumasensible Beziehungsgestaltung

Das Konzept des *Sicheren Ortes* hinterfragt
Struktur, Abläufe und Kultur. (Kühn 2006)

Ziel ist die Einrichtung als sicherer Ort für
Adressat:innen und Mitarbeiter:innen
gleichermaßen.

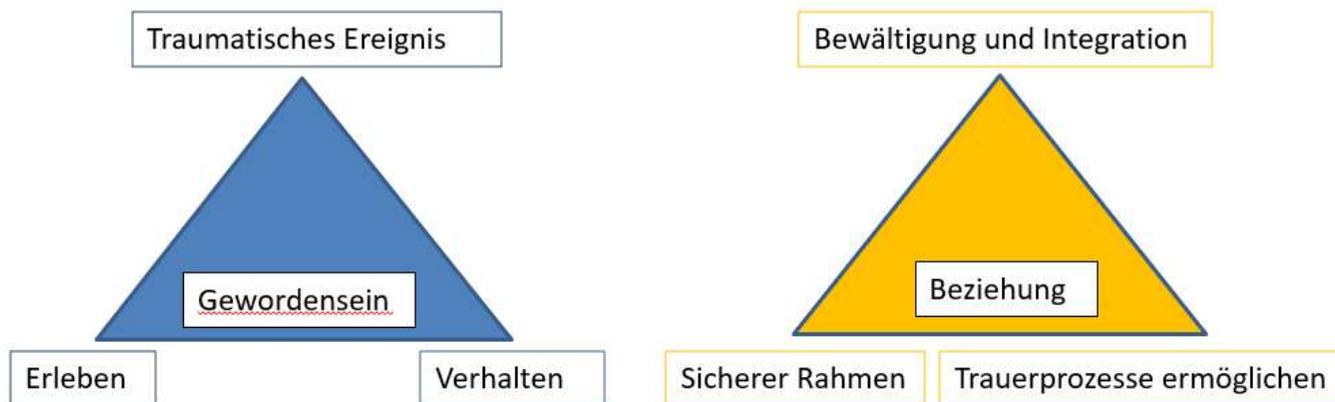
Hoher Stellenwert von Stabilität, Sicherheit,
Transparenz, Vorhersehbarkeit, Verlässlichkeit,
Autonomie, Selbstwirksamkeit, Partizipation und
Vernetzung.

Traumapädagogisches Fallverstehen

Meine Ohnmacht ist
deine Ohnmacht -
Perspektivübernahme
ermöglicht Verstehen

Traumapädagogisches Fallverstehen

Traumabewältigung in der pädagogischen Beziehung



„...denn Pädagogik selbst besitzt einen nicht zu unterschätzenden Wirkungsraum zur Bewältigung traumatischer Erfahrungen.“ (Kühn 2013)

Traumapädagogisches Fallverstehen

Objektive Informationen (biographische Daten, beobachtbares Verhalten, institutionelle Bedingungen, etc.)	Subjektive Informationen (inneres Erleben der Person, Perspektivübernahme)
Szenische Informationen: eigenes Erleben (Wie geht es mir mit der Person, was löst sie bei mir aus?)	Möglichkeiten der Förderung / Beziehungsgestaltung (Ableitung von Handlungsschritten)

Strukturiertes Vorgehen
traumapädagogischer Diagnostik

(Zimmermann/Rosenbrock/Dabbert
2017)

Traumapädagogisches Fallverstehen – ein Beispiel aus Ihrer Praxis?

**Objektive Informationen
(biographische Daten,
beobachtbares Verhalten,
institutionelle Bedingungen, etc.)**

**Subjektive Informationen (inneres
Erleben der Person,
Perspektivübernahme)**

**Szenische Informationen: eigenes
Erleben (Wie geht es mir mit der
Person, was löst sie bei mir aus?)**

**Möglichkeiten der Förderung /
Beziehungsgestaltung (Ableitung
von Handlungsschritten)**

Was bedeutet das nun für Vernetzung & Versorgung? Vielen Dank für Ihr Feedback

1. Wo sind die Bedarfe für die gute Versorgung von Kindern und Jugendlichen?
2. Was benötigt es aus Ihrer Sicht für die Zielgruppe in der Angebotslandschaft?
3. Was kann ich/meine Institution konkret anbieten oder umsetzen?

Literatur

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2022). ICD-11 in Deutsch – Entwurfsfassung.

https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html;jsessionid=C79F0444AF1D00631AEA11E42B58EBD8.intranet661

Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). (2019). S-3 Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. AWMF-online.

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/155-001I_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2020-02_1.pdf

Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). Lehrbuch der Psychotraumatologie, 4. Auflage. München

Friedrich, E.K., & Weiß, W. (2014). Wege und Möglichkeiten der Diagnostik der Dissoziation in der Traumapädagogik. In: Weiß, W., Friedrich, E.K., Picard, E., & Ding, U. (Hrsg.), »Als wäre ich ein Geist, der auf mich runter schaut«. Dissoziation und Traumapädagogik (S. 60-76). Weinheim: Beltz Juventa.

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

Hopp, H., & Lambeck, S. (2016). *Trauma bei Kindern in Familienpflege, Erziehungsstellen und Adoption*. Moses-Online Themenheft.

Lang B., Schirmer, C., Lang T., Andreae de Hair, I., Wahle, T., Bausum, J., ... Schmid, M. (2013). Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe – Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim: Beltz Juventa.

Landolt, M. (2021): *Psychotraumatologie des Kindesalters. Grundlagen, Diagnostik und Interventionen*. 3., überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Korittko, A. (2017a). Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. 2. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer.

Literatur

Korittko, A. (2017b). Traumata und Ressourcen in der Erziehungsberatung. Seminarskript. <https://docplayer.org/71738572-Traumatischer-stress.html>

Kühn, M. (2006). Bausteine einer „Pädagogik des Sicherer Ortes“- Aspekte eines pädagogischen Umgangs mit (traumatisierten) Kindern in der Jugendhilfe. Merseburg: Vortragsmanuskript. Online verfügbar unter http://traumapaedagogik.de/index.php?article_id=8&clang=1

Kühn, M. (2013). „Macht Eure Welt endlich wieder mit zu meiner!“ Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In: J. Bausum, L.-U. Besser, M. Kühn & W. Weiß (Hrsg.), Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis (S. 24-37) (3. durchg. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Krüger, A. (2011). Powerbook. Erste Hilfe für die Seele. Bd.1. Hamburg: Elbe & Krüger.

Lang, B., Schirmer, C., Lang, T., Andreae de Hair, I., Wahle, T., Bausum, J., & Schmid, M. (Hrsg.) (2013). Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim: Beltz.

Schulze, H., Loch, U., & Gahleitner, S.B. (Hrsg.). (2017). *Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Siegel, D.J. (1999). *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*. New York: Guilford.

van der Hart, O., Nijenhuis, E. R.S., & Steele, K. (2008). *Das verfolgte Selbst: Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung*. Paderborn: Junfermann.

van der Kolk, B. (2005). Developmental trauma disorder. A new, rational diagnosis for children with komplex trauma histories. *Psychiatric Annals* 35: 401-408.

Literatur

Weiß, W. (2016). Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen (8. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Zimmermann, D. (2017a). Die innere und äußere Beziehungsstörung. Eine psychoanalytisch pädagogische Perspektive auf das Phänomen Trauma. In M. Jäckle, B. Wuttig & C. Fuchs, (Hrsg.), Handbuch Trauma Pädagogik Schule (S. 87-107). Bielefeld: transcript.

Zimmermann, D. (2017b). Traumabezogene Diagnostik – Überlegungen zu einem umstrittenen Aspekt pädagogischer Professionalität. In D. Zimmermann, H. Rosenbrock & L. Dabbert (Hrsg.), Praxis Traumapädagogik. Perspektiven einer Fachdisziplin und ihrer Herausforderungen in verschiedenen Praxisfeldern (S. 94-107). Weinheim: Beltz Juventa.

Zimmermann, D., Rosenbrock, H., & Dabbert, L. (Hrsg.) (2017). Praxis Traumapädagogik. Perspektiven einer Fachdisziplin und ihrer Herausforderungen in verschiedenen Praxisfeldern. Weinheim: Beltz Juventa.

Zimmermann, D., & Dabbert, L. (Hrsg.) (2021). Wissen kompakt: Traumapädagogik in der Kita. Sonderheft Kindergarten heute. Freiburg: Herder.