

# **Traumapädagogik und Sekundäre Traumatisierung**

---

Abschlussarbeit für die  
Weiterbildung zur Fachkraft für psychiatrisch auffällige Kinder- und Jugendliche in  
der Kinder- und Jugendhilfe  
Kurs 5 – 4/2010-2/2012  
an dem Institut für Qualifizierung und Qualitätssicherung in der  
Kinder- und Jugendpsychiatrie (QuQuK) am Klinikum Bremen-Ost

**Simone Rießinger**

Sozialtherapeutische Wohn- und Betreuungseinrichtung für psychisch auffällige  
Jugendliche und junge Volljährige der Hans-Wendt-Stiftung Bremen

Abgabetermin: 31.10.2011

# Inhaltsverzeichnis

## Vorwort

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	1
<b>2</b>	<b>Trauma</b>	2
2.1	Auslöser und Ursachen eines Traumas	2
2.2	Trauma – Klassifizierung	2
2.3	Traumareaktion	3
2.4	Traumaphysiologie	4
2.5	Traumafolgestörungen	5
<b>3</b>	<b>Traumapädagogik</b>	7
3.1	Entstehung der Traumapädagogik	7
3.2	Entwicklungspsychologische Auswirkungen traumatischer Belastungen im Kindesalter	8
3.3	Das Vergangene wirkt	9
3.4	Traumapädagogik als Bestandteil der Traumaarbeit	10
<b>4</b>	<b>Traumapädagogik in der Praxis</b>	11
4.1	Grundlagen einer traumazentrierten Pädagogik	11
4.2	Was traumatisierte Kinder und Jugendliche brauchen	11
4.3	Grundregeln der Traumapädagogik	12
4.4	Traumapädagogische Haltungen der PädagogInnen	14
4.5	Grundkompetenzen für professionelles Handeln	14

<b>5</b>	<b>Sekundäre Traumatisierung</b>	16
5.1	Geschichte der Sekundären Traumatisierung (ST)	16
5.2	Begriffsklärung	16
5.3	Wie erfolgt „die Ansteckung, die Infizierung“?	17
5.4	Symptome des sekundären traumatischen Stresses (STS)	19
5.5	Präventionen von Sekundärer Traumatisierung	22
<b>6</b>	<b>Schlussfolgerung</b>	25
<b>7</b>	<b>Fazit</b>	27
	<b>Literaturverzeichnis</b>	29

## **Vorwort**

Seit 13 Jahren arbeite ich in der Wohn- und Betreuungseinrichtung für psychisch auffällige Jugendliche und junge Volljährige der Hans-Wendt-Stiftung in Walle. Wir betreuen mit sieben Teilzeitkräften acht BewohnerInnen im Schichtdienst von Montag bis Sonntag; nachts ist eine KollegIn im Haus.

Die Psychologin im Team, Margrit Hohenthal, brachte ab 2001 aus ihrer traumatherapeutischen Zusatzausbildung viele traumazentrierte Ansätze, neue Sichtweisen und veränderte Grundhaltungen mit, die wir gemeinsam im Team nach und nach in unsere Alltagspädagogik integrierten, in neue Handlungsansätze und methodisches Vorgehen aufnahmen. Gemeinsam mit den Jugendlichen machten wir Erfahrungen und Fehler, ließen uns von ihrem Chaos anstecken und lernten schließlich „Pflöcke in Treibsand zu stecken“. Über das Verstehen der psychotraumatologischen Prozesse im Gehirn lernten wir wie wichtig die Innere und Äußere Sicherheit für unsere BewohnerInnen ist, ein-schließlich klarer und transparenter Grenzen und deren Einhaltung. Nach leidvollen Erfahrungen erstellten wir eine Null-Toleranz gegenüber Gewalt, Alkohol und Drogen. Wir lernten die Wichtigkeit individueller Trigger der einzelnen BewohnerInnen zu erkennen und zu vermeiden und lernten wie bedeutend der Aufbau tragfähiger Beziehungen zwischen Jugendliche/r –Pädagogin gerade bei traumatisierten jungen Menschen ist. Wir modifizierten nach und nach unsere pädagogischen Standards, die uns Sicherheit und kompetente Handlungsfähigkeit in Krisensituationen geben.

Im Rahmen von Kooperation und Netzarbeit zwischen der Hans-Wendt-Stiftung und der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Klinik Ost Bremen nehme ich an dieser Weiterbildung teil und danke meinen KollegInnen, die meine Teilnahme unterstützen.

Die Diskussion um die Fachdisziplin Traumpädagogik ist zurzeit aktuell, fachspezifische MitarbeiterInnen-Fortbildungen sind nötig und werden vorangetrieben. Mit dieser Hausarbeit möchte ich einen aktuellen Beitrag zu dieser Thematik leisten, mit besonderem Augenmerk auf die Sekundäre Traumatisierung.

# 1 Einleitung

Seit ca. 2002 wird der pädagogische Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen öffentlich diskutiert. Mit ihrem Buch „, Philipp sucht sein Ich“ verfasste Wilma Weiß einen Grundstein der Traumapädagogik. Rahmenbedingungen und Konzepte wie der Sichere Ort (Kühn 2007), das Konzept der Selbstbemächtigung (Weiß 2009), die „traumazentrierte Pädagogik“ (Uttendörfer 2008) und die traumapädagogische Gruppenarbeit (Bausum 2009) wurden entwickelt. <sup>1</sup>

Diese Hausarbeit möchte den aktuellen Stand und einen Abriss über die Fachdisziplin Traumapädagogik geben, sowie ihre Methoden und Ansätze darstellen.

Es wird die Fragestellung verfolgt, welche Wellen schlägt „No Fight – No Flight → Freeze and Fragment“ und zu welchen primären und sekundären Auswirkungen können diese Stresszustände führen? Ebenso die Frage, ob die Sekundäre Traumatisierung ansteckend ist?

Kapitel 1 beschreibt das Trauma, die Traumareaktion und –physiologie und zeigt Folgestörungen durch traumatischen Stress auf. Anschließend wird die Entstehungsgeschichte der Fachdisziplin Traumapädagogik und die entwicklungspsychologischen Auswirkungen traumatischer Belastungen im Kindesalter dargestellt. Die Frage wie traumazentrierte Pädagogik als Bestandteil der Traumaarbeit zu verstehen ist und wie lange die Vergangenheit wirken kann, wird vertieft. Kapitel 4 setzt sich mit den Grundlagen, Konzepten und Rahmenbedingungen der Traumapädagogik auseinander und stellt die Anforderungen, Kompetenzen und Haltungen der PädagogInnen vor. Die Geschichte und Begriffsklärung der Sekundären Traumatisierung, Symptome und Auswirkungen des traumatischen Stresses sowie die Frage nach der Ansteckung, der Infizierung, wird in Kapitel 5 beschrieben und verfolgt. Prävention vor Sekundärer Traumatisierung, Selbstfürsorge der PädagogInnen, eigenen Grenzen erkennen und wahren als auch institutionelle Rahmenbedingungen werden hier erklärt.

Zur besseren Lesbarkeit werden alle MitarbeiterInnen aus pädagogischen und (Heil-)pflegerischen Berufsgruppen sowie männliche und weibliche KollegInnen PädagogInnen genannt.

---

<sup>1</sup> Weiß 2011, S.4

## 2 Trauma

*„Ein Trauma ist überwältigend, lebensgefährlich, über alle Maßen erschreckend, etwas, das man eigentlich nicht verkraften kann, ein Ereignis außerhalb dessen, was der Mensch sonst kennt, verbunden mit der Überzeugung, dass man es nie verwindet, so schlimm, dass man nachher denkt, das könne nicht passiert sein, mit enormen seelischen und/oder körperlichen Schmerzen verbunden, etwas was von unserem Gehirn aufgesplittert oder ganz verdrängt wird“ (M. Huber 2003, S. 38).*

### 2.1 Auslöser und Ursachen

Körperliche, seelische oder sexualisierte Gewalt führt fast immer zu einem mehr oder minder großen Trauma. Zu den traumatisierenden Gewalterfahrungen gehören beispielsweise Krieg, Tötungsversuch, Folter, Vergewaltigung, sexuelle und/oder körperliche Misshandlung, oder Zeuge davon zu sein. Dazu gehören auch emotionale Vernachlässigung, Verwahrlosung, soziale Ausgrenzung, Flucht und Emigration, Obdachlosigkeit. Entscheidend ist die Erfahrung des hilf- und wehrlosen Ausgeliefertseins und die Misshandlungen, der Missbrauch und/oder die Willkür eines anderen Menschen. Gewalttätige Traumata in der Kindheit und Jugend – egal ob einmalig oder länger andauernd – führen oft zu tiefgreifenden Störungen in der Persönlichkeit der Opfer, die über die Symptomatik allgemeiner posttraumatischer Erkrankungen hinausgehen. Traumatische Situationen lassen sich unterscheiden nach der Dauer des traumatischen Stresses, der Schwere des Trauma, nach Auslöser/Ursache, nach dem Lebensalter und Entwicklungsphase, in der Häufigkeit, im Verlauf und Kontext und in der Art der Traumafolgestörung.

### 2.2 Trauma – Klassifizierung

Es gibt unterschiedliche Traumtypen, das Monotrauma, das sind einmalige Ereignisse, wie beispielsweise Verkehrsunfälle, Naturkatastrophen, terroristische Attentate und invasive medizinische Eingriffe, die eine akute posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in Folge haben können. Multiple Traumatisierungen (Polytrauma) sind in der Regel mehrmalige Wiederholungen eines Traumas oder lang anhaltende Todesangst. Hier können als Traumafolgestörungen die komplexe Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) oder eine Disorder of Extreme Stress Not

Otherwise Specified (DESNOS) auftreten. Ein Entwicklungstrauma ist ein Einmaliges oder auch kumulative Traumatisierungen in der Frühen und/oder späteren Kindheit, verursacht durch Vernachlässigung, psychische und physische Gewalt, sexuelle Gewalt und Bindungstraumata. Bei diesem Traumatyp können DESNOS und Dissoziative Identitätsstörung (DIS) die Folge sein. Nach der Einwirkungsdauer wird unterschieden in Traumatyp I und Traumatyp II. Als Traumatyp I werden einmalige und völlig unerwartete Ereignisse klassifiziert, z.B. der Autounfall, der plötzliche Tode eines Kindes, der Terrorangriff, das Flugzeugunglück oder auch invasive medizinische Eingriffe. Als Traumatyp II werden Situationen klassifiziert, die längere Zeit andauern, unter Umständen jahrzehntelang und aus denen es kein Entrinnen gibt, beispielsweise Krieg, sexuelle Gewalt, Gewalterfahrungen in der Familie, Vertreibung, Folter, Gefangenschaft, Vernachlässigung im frühen Kindesalter als auch anhaltende bedrohliche Mobbing-Situationen.<sup>2</sup> Diese „man made disasters“ führen in höherem Maße zu DESNOS.

### 2.3 Traumareaktion

Das traumatische Ereignis, welches extrem stressreich ist, setzt eine Dynamik im Gehirn in Gang, die dieses sozusagen „in die Klemme“ bringt und es nötigt, auf ganz besondere Weise mit diesem Ereignis umzugehen. Das äußere stressreiche Ereignis überflutet das Gehirn mit aversiven Reizen, es kommt zu

No Fight – nicht dagegen ankämpfen können

No Flight – nicht davor fliehen können

Freeze und Fragment - Konsequenzen

Die Freeze and Fragment – Reaktion ist eine Lähmungsreaktion und Entfremdung des Menschen vom aktuellen Geschehen. Das Fragmentieren oder Zersplittern der Erfahrung oder auch dissoziieren dient dazu, dass nicht mehr zusammenhängend wahrgenommen und erinnert wird. Mit dem Beginn der Freeze-Reaktion wird das Ereignis als Trauma erlebt.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Hansewill 2010, S.2-6

<sup>3</sup> Sängler 2009, S. 2

## 2.4 Traumaphysiologie

Die Traumadynamik wird sehr verkürzt als „Notfallreaktion des Körpers“, als „No Fight- No Flight- Freeze and Fragment“-Reaktion, als Angst-Schreck-Schock-Situation („inescapable shock“) beschrieben. Der Mensch wird plötzlich in einen innerlich überflutenden Stresszustand versetzt, der die steuernden Hirnfunktionen vorübergehend beeinträchtigt oder gar mehr oder weniger außer Kraft setzt.<sup>4</sup>

Ein tieferer Einblick in die Traumadynamik bzw. Traumaphysiologie ist unabdingbar wichtig (zu wissen), um die Auswirkungen die im Körper ablaufen differenzierter zu verstehen und infolge die Verhaltens- und Reaktionsmuster der Kinder und Jugendlichen in Relation zu setzen, zu verstehen und zu akzeptieren.

„Normalerweise werden Reize, die vom Gehirn aufgenommen werden, im limbischen System zum Thalamus geleitet, von dort aus zur Amygdala und zum Hippocampus, dann wieder über den Thalamus zurück zu beiden Hirnhälften, dort zu den Sprachzentren und zum Vorderhirn, und so beginnt eine innere Verarbeitung der aufgenommenen Reize. Das ist das „cool system“. Nicht so bei einem als „heiß“ (stressreich) identifizierten Reiz. Um einen Reiz als „heiß“ zu identifizieren gibt es einen schnellen „Temperaturfühler“: eine nur aus einer einzigen Nervenzelle bestehende Schnellverbindung vom Thalamus zur Amygdala<sup>5</sup>. Die Amygdala ist also das „hot system“, die Feuerwehr, das Alarmzentrum des Gehirns. Sie wird bei Angst, bei traumatischen Ereignissen angesprochen. Dieses „hot system“ fragmentiert und ist leicht „triggerbar“ (Aktivierung verschiedener sensorischer Schlüsselreize), es hat ein „Hier und Jetzt“- Erleben. Bei den Körper überflutenden Stress-Reaktionen kommt es zu einer Blockade zu den Sprachzentren, zum Thalamus, zur linken Großhirnhälfte. „Der Volksmund drückt das in den Formulierungen wie „ ... es verschlägt mir die Sprache, ... mir fehlen die Worte, (...) aus. Es kommt zu einer fragmentarischen Speicherung der sensorischen, kognitiven, emotionalen und körperlichen Erlebnisdetails des traumatischen Ereignisses, zu einer Art Splitterbildung im Gedächtnis, ähnlich wie bei einem zersprungenen Spiegel“<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> Besser: In Bausum, Besser, Kühn, Weiß (Hrsg.) 2009, S. 46

<sup>5</sup> Huber 2003, S. 45

<sup>6</sup> Besser: In Bausum, Besser, Kühn, Weiß (Hrsg.) 2009, S.47



Kommt es also zu einer „Notfallreaktion des Körpers“ durch eine plötzlich auftretende und lebensbedrohliche Situation, wird das Gehirn durch die Amygdala in Alarmbereitschaft versetzt, die Nervenzellen „feuern“, körpereigene Endorphine/Hormone und Neurotransmitter werden ausgeschüttet, um den Körper entweder zu Kampf oder Flucht zu befähigen und auch vor Schmerz zu schützen. Dies alles passiert in Sekundenbruchteilen. So wird beispielsweise Adrenalin und Noradrenalin für die notwendige Körperspannung bereitgestellt, sollte es zu Kampf oder Flucht kommen, eine Zunahme von Dopamin sorgt für maximale motorische Beweglichkeit. Eine vermehrte Cortisolausschüttung erhöht den Angstpegel, damit der Körper hochwachsam auf Alarm eingestellt ist. Die Ausschüttung körpereigener Endorphine sorgt für ein vermindertes Schmerzempfinden und um aufsteigende Panik und akute Todesangst zu neutralisieren. Glukose, die im Muskel gespeichert ist, wird freigesetzt, um den Körper auf Flucht oder Kampf vorzubereiten. Noradrenalin blockiert die Integration der Wahrnehmung und erzeugt den sogenannten Tunnelblick. Die Tätigkeit des sympathischen Nervensystems erhöht sich: Puls, Blutdruck und Atmung verändern sich.<sup>7</sup> Wegen des „hier und jetzt“- Erlebens bei dem in der Amygdala gespeicherten Traumainhalt bleibt die vorgenannte Krisenreaktion auch über die Trauma-Situation hinaus erhalten bis das Geschehene in das biografische Gedächtnis integriert ist. Das bedeutet, dass die Kinder und Jugendlichen unter chronisch erhöhter Anspannung leiden!

## 2.5 Traumafolgestörungen

Nicht jedes Ereignis, das als Trauma erlebt wird, löst zwangsläufig eine psychische Störung aus. Manchmal gelingt es Personen, die traumatischen Ereignisse auch ohne professionelle Hilfe zu bewältigen. Hierbei sind die Schwere des Traumas und die Unterstützung durch das soziale Umfeld entscheidend. Je schwerer die belastende Situation war, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zu entwickeln. Die Wahrscheinlichkeit eine PTBS zu entwickeln, ist bei länger andauernden Traumata (Typ II, siehe Kapitel 2.2, S. 3) größer als bei einmaligen Traumata (Typ I). Weiterhin wirkt ein von Menschen verursachtes Trauma (beispielsweise durch Vergewaltigung, Folter oder Krieg)

---

<sup>7</sup> Sänger 2010, S.3ff / Uttendörfer 2006, S. 3 / Perry 2005, Teil II, S. 2

schlimmer als wenn das Trauma „zufällige“ Ursachen hatte (Naturkatastrophe, Auto-unfall).

Ein psychisches Trauma kann schwerwiegende Folgen für die traumatisierte Person haben, es führt u. U. zu:

- Akute PTBS, die unmittelbar auf das belastende Ereignis folgen und kurzfristig andauern.
- Posttraumatische Belastungsstörungen, die erst mit größerem zeitlichen Abstand eintreten und oftmals chronische Formen annehmen können.
- Komplexe PTBS, die im Zusammenhang von Mehrfachtraumatisierungen oder länger andauernden traumatischen Situationen auftreten.
- Intrusionen, Wiedererleben von Flashbacks, Alpträumen.
- Konstriktionen, Vermeidungen; sobald die Erinnerungen kommen wird „der Deckel drauf gemacht“, notfalls mit Alkohol und Schlafmittel; dichtmachen bei maximaler Anspannung, Freezing wie im Trauma, Abstumpfung bis zur Lähmung.
- Hyperarousel/Übererregung, chronisch erhöhte innere Anspannung als „Hab-acht-Stellung“, erhöhte Wachsamkeit, unter Drucksein, schreckhaft, Schlafstörungen, Reizbarkeit bis Aggressivität.
- Stressregulationsstörung entwickelt sich durch chronische frühe Extrembelastungen bereits im Kleinkindsalter, mit plötzlich einschließender hoher Anspannung, die lange erhöht bleibt und nur langsam wieder herunter reguliert werden kann.
- Dissoziationen, abspalten von Wahrnehmung und Gefühlen, sog. Derealisation bzw. Depersonalisation, Amnesien.<sup>8</sup>

Komplexe Traumafolgestörungen können nicht nur bis hin zur DIS/DESNOS führen, sondern können auch Bindungs- und Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Angst- und Zwangstörungen, sowie Depressionen und tiefe Suizidalität verursachen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Welt von Kindern oder Jugendlichen, die solche -besonders mehrfache oder andauernde- traumatische Erfahrungen machen mussten, keine verlässliche Entwicklungsgrundlage mehr bietet. Es kann davon ausgegangen werden, dass ein Großteil der Kinder und Jugendlichen, die sich in Maßnahmen der stationären Jugendhilfe befinden, in diesem Sinne lebensgeschichtlich belastet sind.

---

<sup>8</sup> Hohenthal 2011, S. 23

### 3 Traumapädagogik

*„Traumapädagogik ist ein Sammelbegriff für die im Besonderen entwickelten pädagogischen Konzepte zur Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern“ (M. Kühn 2008, in W. Weiß 2011, S. 1).*

#### 3.1 Entstehung der Traumpädagogik

Anfänglich suchten PädagogInnen und Pflegeltern in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe Antworten auf die zum Teil extremen Verhaltensweisen von traumatisierten Mädchen und Jungen. Aus den Erkenntnissen der Psychotraumatologie und Psychoanalyse, der Neurophysiologie und der Erziehungswissenschaften, der Bindungs- und Resilienzforschung, sowie verschiedenen therapeutischen Disziplinen entstanden traumapädagogische Konzepte und Handlungsweisen. So wurde aus dem traumapädagogischen Diskurs der letzten Jahre eine pädagogische Begleitung traumatisierter Kinder und Jugendlicher entwickelt und beschrieben; es entstand eine neue Fachdisziplin. Die Traumpädagogik wird auch die „Pädagogik des Sicheren Ortes“ genannt. In ihr muss „das Rad nicht neu erfunden werden“, sie hat ihre Wurzeln in der Reformpädagogik, der Heil- und Behindertenpädagogik und der psychoanalytischen Pädagogik mit milieutherapeutischen Konzepten, die inzwischen durch systemische und lerntheoretische Einflüsse bereichert wurde. Die Traumapädagogik ist „... als Antwort auf die Erfolglosigkeit oder Nichtwirksamkeit bestimmter Konzepte in den letzten Jahren direkt aus der pädagogischen Praxis entstanden“<sup>9</sup>. 2002 gründeten Kühn und Vogt die Webseite traumapädagogik.de, eine Internetplattform, die alle Interessierten und Professionellen zum aktuellen traumapädagogischen Diskurs einlädt, aktuelle Studien, Berichte, Veröffentlichungen, wissenswerte Neuerungen zum Thema bereitstellt. Mit ihrem Buch „Philipp sucht sein Ich“, das 2003 erschien, legte Wilma Weiß ein Werk vor, das wie „...kein anderes der mir bekannten Publikationen (...) dichter an der pädagogischen Wirklichkeit in der Erziehungshilfe und pädagogischen Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen ...“ ist<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Kühn 2008, S. 318

<sup>10</sup> Vogt 2003, S. 2

### 3.2 Entwicklungspsychologische Auswirkungen traumatischer Belastungen im Kindesalter

Traumatische Erfahrungen beeinträchtigen die Entwicklung zentraler Bestandteile der Persönlichkeit wie das Selbstkonzept, das Körperschema und die Beziehungs- und Bindungsfähigkeit. Anhaltende negative und bedrohliche Lebenserfahrungen, wie Formen von Kindesmisshandlungen durch Vernachlässigung, physische oder sexuelle Gewalt, aber auch emotionale Misshandlungen führen dazu, dass Kinder die ihnen zur Verfügung stehenden angeborenen archaischen Überlebensreaktionen von Übererregung, Bindungssuche, Kampf-, Flucht-, Erstarrungsreaktionen, und Unterwerfungsverhalten häufig nutzen müssen.

Der deutsche Neurobiologe und Wissenschaftler Gerald Hüther beschreibt das menschliche Gehirn als sich selbst organisierende und strukturbildende neuronale Netzwerke. Er bezeichnet die Fähigkeit von Nervenzellen sich zu verändern und mit anderen Nervenzellen Verbindungen einzugehen als Neuroplastizität, die sich entsprechend ihrer Nutzung und Aktivierung anpassen bzw. ausbauen kann.<sup>11</sup> Er zeigt auf, wie traumatischer Stress die neuronalen Netzwerke beeinflusst, die bereits frühkindliche Hirnentwicklung beeinträchtigt und das Kind bzw. die oder der Jugendliche nachhaltig in ihrer psychosozialen Entwicklung hemmen kann.<sup>12</sup> Auch der amerikanische Kinderpsychiater und Wissenschaftler Bruce D. Perry beschreibt die „gebrauchsabhängige“ Entwicklung des Gehirns als eine der wichtigsten Eigenheiten des Nervengeflechtes. „ Zu den wichtigsten Charakteristika des Gedächtnisses, des Nervengewebes und der Erinnerung gehört daher, dass sie sich alle durch musterartige, sich wiederholende Aktivität umorganisieren. Daher verändern sich diejenigen Systeme in Ihrem Gehirn, die wiederholt aktiviert werden, und diejenigen die nicht aktiviert werden, verändern sich nicht“<sup>13</sup>.

Es gibt viele Diagnosen für einzelne Symptombeschreibungen der Kinder und Jugendlichen. Beispielsweise Entwicklungsverzögerungen, Störung des Sozialverhaltens, Lernbehinderungen, Aufmerksamkeitsdefizitstörung, Hyperaktivitätsstörung, oppositionelles oder aufsässiges Verhalten, Aggressionen, Impulsdurchbrüche. Sie

---

<sup>11</sup> Hüther 1999, S. ?

<sup>12</sup> Hüther 2002, S. 3ff

<sup>13</sup> Perry, Szalavitz, 2006, S. 47

alle können auf eine frühkindliche gestörte Hirnentwicklung aufgrund von traumatischer Erfahrungen hinweisen. Sollten sich tatsächlich hinter diesen Symptomen/Diagnosen ursächlich posttraumatische Belastungsstörungen befinden, würden die sogenannten normalen Hilfen des Jugendhilfesystems nicht wirklich wirken, wenn der Kontext der Traumatisierung nicht berücksichtigt wird.<sup>14</sup>Bessel van der Kolk hat eine neue Diagnosebegrifflichkeit für Kinder und Jugendliche vorgeschlagen: „Developmental Trauma Disorder“, eine „traumabedingte Störung in der Entwicklung“ und hofft, dass diese in der nächsten Auflage des DSM sowie des ICD aufgenommen wird.<sup>15</sup> Die fachliche Diskussion zu diagnostischen Kriterien ist weltweit in Bewegung und eine Verbesserung wird erhofft, sollte diese neue Diagnose in das DSM-V 2011 aufgenommen werden<sup>16</sup>. „Es braucht dringend traumaspezifische Diagnostikinstrumente, die eine eventuelle traumatogene Vorgeschichte mit einbeziehen und – berücksichtigen und Fehldiagnosen reduzieren“<sup>17</sup>.

### 3.3 Das Vergangene wirkt

Traumatische Erfahrungen wirken noch lange nach, oft ein Leben lang. Auch wenn die betroffenen Kinder und Jugendliche an einem sicheren Ort vor weiteren Traumatisierungen geschützt sind, sind sie dennoch mit deren Auswirkungen konfrontiert. In erster Linie sind diese alters- und nicht traumaspezifisch. Traumatische Ereignisse haben Auswirkungen auf die Identitätsbildung (Selbstwert, Selbstregulation, Körperschema), die Ausbildung traumabezogener Erwartungen und Auswirkungen auf die moralische Entwicklung (verwirrte kognitive Normen über Generation, Sexualität und Geschlechterrolle). Sie beeinträchtigen die Bindungsfähigkeit und die Entwicklungskompetenzen. Ebenso führen sie zu Beeinträchtigung der Belastbarkeit und zu Entwicklung traumaspezifischer Erinnerungen.<sup>18</sup>

---

<sup>14</sup> Perry, Szalavitz 2006, S.74 / Kühn 2007, S. 7

<sup>15</sup> van der Kolk: In Benzel, 2006, S.15

<sup>16</sup> Kühn 2008, S.323

<sup>17</sup> Benzel 2006, S. 15

<sup>18</sup> Weiß 2008, S. 42

### 3.4 Traumpädagogik als Bestandteil der Traumaarbeit

„Die Traumapädagogik ist sowohl Teil der Pädagogik als auch Teil der Psychotraumatologie“<sup>19</sup>.

Es ist falsch zu glauben, dass nur die Therapie als Behandlungsmöglichkeit bei der Bewältigung von traumatischen Ereignissen hilft. Eine traumabezogene pädagogische Hilfestellung bietet große Chancen, dass Kinder und Jugendliche lernen können ihre traumatischen Erfahrungen zu bewältigen und zu akzeptieren. Sie lernen mit Hilfe der Traumapädagogik aus der Opferrolle zu wechseln und lernen Eigenverantwortung für ihr Leben zu übernehmen. Sie werden zum Subjekt ihres Lebens. Ein wichtiges Ziel der Traumabewältigung ist die Veränderung der als Folge der Traumatisierung entstandenen Haltungen: der Verlust von Vertrauen in und die Ablehnung von Sicherheit bietenden Beziehungen, die Abwertung von erworbenen Kompetenzen und die sinnbietenden Orientierungen.<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Weiß 2011, S.5

<sup>20</sup> Hüther 2002, S. 6

## 4 Traumpädagogik in der Praxis

*„Ich glaube, das Wichtigste, das alle Professionellen mentaler Gesundheit wissen müssen, ist nicht, wie man das komplizierte Verhalten interpretiert, sondern, wie man jemandem helfen kann, auf einem ausgeglichenen Kiel zu stehen, bzw. in einen physiologischen Zustand zu kommen, in dem er/sie seine Sinne zusammenhalten kann“ (Bessel van der Kolk in Weiß 2011, S.12)*

### 4.1 Grundlagen einer traumazentrierten Pädagogik

Die Pädagogik bietet Möglichkeiten der Traumabearbeitung. Sie bietet Möglichkeiten zur Unterstützung bei der Korrektur der negativen Selbstbilder und Verhaltensweisen und bietet eine Orientierungshilfe für eine relativ selbstbestimmte Zukunft. Die pädagogischen Interventionen dienen der psychischen und sozialen Unterstützung traumatisierter Kinder und Jugendlicher, ihre Eigeninitiative wird gefördert, ihre Isolation soll aufgehoben werden. Traumapädagogik hat den Aufbau von Selbstkontrolle, kognitiver Umwertung des Erlebten durch Biografiearbeit und mentale Erörterung von bisherigen Bindungserfahrungen und Bindungsmodellen zum Ziel. Es gelten folgende Grundlagen:

- Veränderungen von dysfunktionalen Einstellungen und Überzeugungen
- Möglichkeiten das Geschehene in die eigenen Lebensgeschichte einzuordnen
- im Leben, im „Jetzt“ einen Sinn finden
- lernen Körpergewahrsein und Körperfürsorge zu entwickeln
- mehr Kontrolle über traumatische Erinnerungsebenen zu erlangen
- Vertrauen in Beziehungen zu fassen<sup>21</sup>

### 4.2 Was traumatisierte Kinder und Jugendliche brauchen

Traumatisierte Kinder und Jugendliche leiden unter nicht kontrollierbaren Erinnerungen (Flashbacks), sie übertragen traumatische Bindungserfahrungen und reinszenieren ihre traumatischen Erfahrungen. Eine Vermeidung von traumabezogenem Material ist deshalb in der stationären Jugendhilfe nicht möglich. Neben Haltgebenden Strukturen (ein verlässlicher Betreuungsrahmen, der transparent,

---

<sup>21</sup> Weiß 2008, S. 80

vorhersehbar und ohne Willkür ist, Tages- und Wochenpläne) und innerer und äußerer Sicherheit (sichere Wohnumgebung, keine Täterkontakte, klare Grenzen, Stopps und Standards bzgl. Gewalt) brauchen sie vor allem:

- eine Haltgebende Beziehung zu einem Erwachsenen und die Entwicklung selbstschützender Bindungsmodelle
- Unterstützung bei der Bearbeitung der eigenen Lebensgeschichte, die Möglichkeit der Realitätsanerkennung
- Entwicklung von Körpergewahrsein, Selbstfürsorge, Selbst trösten, Gefühle regulieren können, Selbstwirksamkeit, Achtsamkeit, Vorstellung vom „sicheren inneren Ort“ fördern
- Eigenverantwortung und Selbsthilfe fördern: Schatzkiste, Notfallbox
- Entwicklungsmöglichkeiten, reale Bildungschancen
- Ressourcenorientierung: Stärken erfragen, auf- und ausbauen von Erfolgserlebnissen, „gute Filme“ entwerfen, incl. Zukunftsvorstellungen
- Korrektur von selbst- und fremdschädigenden Geschlechtsrollenverständnis
- Identifizieren und Minimieren von Triggern<sup>22</sup>

#### 4.3 Grundregeln der Traumpädagogik

Innere und äußere Sicherheit bedeutet Schutz vor erneuten Traumatisierungen. Sicherheit wird wesentlich durch Verlässlichkeit, durch Einhalten von Vereinbarungen, Versprechungen oder angekündigten Konsequenzen gegeben. Sie bedeutet auch, keine weiteren Wechsel oder Veränderungen, keine weiteren Belastungen oder Verunsicherungen. Von großer Bedeutung ist auch die Kontrollierbarkeit. Traumatisierte Kinder und Jugendliche waren in der Regel ihren belastenden Erlebnissen hilf- und schutzlos ausgeliefert, sie empfanden eine grenzenlose Ohnmacht. Die Wiedererlangung Ereignisse kontrollieren oder auch vorhersehen zu können, ist eine wesentliche Grundlage zur Herstellung ihrer inneren Stabilität. Um die innere und äußere Sicherheit aller Betroffenen (hier ist auch die Sicherheit der PädagogInnen gemeint) aufrechtzuerhalten und gewährleisten zu können, sollten folgende Regeln aufgestellt und eingehalten werden:

---

<sup>22</sup> Hohenthal 2011, S. 6-10 / Weiß 2008, S. 79-82



### Strukturelle Rahmen der Einrichtung:

- verlässliche und regelmäßige Tages- und Wochenstruktur
- überschaubare und kontrollierbare Regeln
- klare und deutliche Konsequenzen
- Transparenz und Partizipation bei Entscheidungen/Veränderungen
- regelmäßige Freizeitangebote
- geringe Fluktuation der MitarbeiterInnen
- klare und verlässliche Zuständigkeiten der MitarbeiterInnen

### Psychohygiene der traumatisierten Kinder und Jugendlichen:

- Unterbrechen/beenden von destruktiven Situationen
- körperliche Aktivitäten fördern (Radfahren, Fußball spielen, Joggen, schwimmen, etc.) plus Freizeitgestaltung
- auf gute Ernährung achten, Genussstoffe aus Genuss nicht aus Frust
- Positive sensorische Reize: Duftlämpchen, akustische leise Musik, Körper-Pflege
- Selbstfürsorge lernen: was tut mir gut, was nicht, welche Menschen in meiner Umgebung tun mir gut, welche nicht

### Gestaltung des äußeren Ortes:

- keine Zerstörungsummosphäre, aber auch nicht „zu schön“
- Intaktheit von Mobiliar und Material
- Ordnung und Sauberkeit

### Gewaltfrei Zonen schaffen:

- keine Gewalt gegen Andere
- kein lautes Herumschreien oder Herumbrüllen
- keine verbalen Beschimpfungen, Beleidigungen, Drohungen oder Erpressungen
- keine sexuelle Gewalt, kein Anfassen ohne Erlaubnis<sup>23</sup>

Zusammenfassend lassen sich als „Kernstücke der Traumapädagogik“ der Sichere Ort, d. h. der transparente Ort und gute Bindungen zu Erwachsenen, die sie bei der Selbstbemächtigung unterstützen, hervorheben. Die Selbstbemächtigung bezeichnet Weiß als Förderung des Selbstverstehens und der Selbstregulation, als Unterstützung der Selbstakzeptanz und die Förderung von Körperwahrnehmung, Selbstwirksamkeit und Selbstaussdruck.<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> Sängler 2009, S. 6, / Uhde-Vogt u. Vogt 2002, S. 1-2

<sup>24</sup> Weiß 2011, S. 10

#### 4.4 Traumapädagogische Haltungen der PädagogInnen

Das Konzept „des guten Grundes“, das Verstehen des Verhaltens der traumatisierten Kinder und Jugendlichen: „Du reagierst normal auf unnormale Belastungen! Du bist nicht „verrückt, schlecht, o.ä.“ Alles, was du tust, hat eine innere Logik, kann verstanden werden (was nicht heißt, dass alles erlaubt ist)“<sup>25</sup>, ist eine zentrale Haltung der PädagogInnen. Kinder und Jugendliche erfahren eine Würdigung ihrer bis jetzt überstandener Lebenserfahrungen, sie haben viel geleistet. Die Pädagoginnen stellen ihr Fachwissen zur Verfügung, die Kinder und Jugendliche sind die Experten für ihr eigenes Leben. Eine weitere traumpädagogische Haltung ist Transparenz: Einerseits zwischen den Kindern/Jugendlichen und den PädagogInnen, und andererseits notwendige und hilfreiche Transparenz der unterschiedlichen Professionen untereinander.<sup>26</sup> Partizipation ist eine weitere Haltung der PädagogInnen in der Arbeit; die Kinder und Jugendliche haben Teil an der Gestaltung ihrer eigenen Lebensbedingungen und sie erleben Autonomie, Kompetenz und Zugehörigkeit durch die traumazentrierte Haltung der Fachkräfte.

#### 4.5 Grundkompetenzen für professionelles Handeln

Grundkompetenzen zum Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen sind für alle PädagogInnen extrem wichtig, um den spezifischen Gefahren und Belastungen der Arbeit wirksam begegnen zu können.

Zu diesen Grundkenntnissen zählen Basiswissen der Psychotraumatologie, über Entwicklungsrisiken, Entwicklungschancen und unterstützende Faktoren (Salutogenese und Resilienz), ebenso Basiswissen über Ausmaß, Dynamik, Folgen und Täter(Innen)-strategien bei sexueller Gewalt, Grundkenntnisse der Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene sowie Grundwissen der Beziehungs- und Bindungsfähigkeit. Neben dieser Sachkompetenz gehören zum Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen die Selbstreflexion aller PädagogInnen, die im Allgemeinen als eine der wichtigsten Kompetenzen in der sozialen Arbeit bezeichnet wird, und die Selbstfürsorge.<sup>27</sup> Das Pflegen der eigenen Psychohygiene, gerade in Bezug auf Burnout, und Auswirkungen der sekundären Traumatisierung ist von

---

<sup>25</sup> Hohenthal 2010, S.7 / Ebel 2003, S.7

<sup>26</sup> Halper, Orville 2009, S. 101-108

<sup>27</sup> Weiß 2008, S. 197-198

großer Bedeutung. „Der Erhalt der psychischen Unversehrtheit oder die Verhinderung von Burnout (Sekundärer Traumatisierung) ist eine, vielleicht die wichtigste Kompetenz der PädagogInnen“<sup>28</sup>.

„Die persönlichen Grundkompetenzen können jedoch nur wirksam werden, wenn die Institutionen und letztendlich die Gesellschaft förderliche Rahmenbedingungen bereitstellen. Oder auch: Die Institution und die Gesellschaft haben letztendlich Sorge zu tragen, dass der professionelle Umgang mit traumatisierten Mädchen und Jungen sowohl diesen nützt als auch den PädagogInnen selbst nicht schadet“<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> Ebd., S. 202

<sup>29</sup> Ebd., S. 175

## 5 Sekundäre Traumatisierung

*„Sekundärer traumatischer Stress ist ein Risiko, das wir eingehen, wenn wir uns empathisch mit einem (...) Kind befassen“. B. Perry*

### 5.1 Geschichte der Sekundären Traumatisierung

Die Geschichte der Sekundären Traumatisierung (ST) ist ebenso alt wie die Traumaforschung. Als „Erkrankung der Helfer“ wurde sie bei Kriegs- und Folteropfern, bei Holocaustüberlebenden, bei Katastrophen- und Unfallüberlebenden als auch bei Terroranschlägen beobachtet. Durch den Kontakt, den Umgang mit traumatischem Material bei anderen Menschen, den primär Geschädigten, geschieht die Ansteckung, „die Infizierung“ mit sekundärem traumatischem Stress. Im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) ist die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) in den 80ziger Jahren aufgenommen worden und umfasst die Traumatisierung der primär Betroffenen; eine Klassifizierung der ST fehlt bislang. Eine ST kann sich als Krankheit zu einer Sekundären Traumatischen Belastungsstörung (STBS oder Secondary Traumatic Stress Disorder, STSD) entwickeln.

Das Phänomen der sekundären Traumatisierung wird sehr häufig dem Beruf der TherapeutInn und PsychologInnen, der Erst- und KatastrophenhelferInnen, der PolizistInnen, Feuerwehrleuten und Rettungsdienstpersonen zugeordnet. Es sind jedoch alle MitarbeiterInnen aus helfenden Berufen betroffen, die bei traumatischen Ereignissen ihren Einsatz haben bzw. mit traumatisierten Menschen später arbeiten, wie z.B. Krankenhauspersonal, LehrerInnen, SozialarbeiterInnen, ErzieherInnen. Eine weitere Gruppe der Betroffenen sind die Angehörigen von Trauma-Opfern.

### 5.2 Begriffsklärung

In der Forschungsliteratur lassen sich über zwanzig Begriffe zur ST finden. Diese „Begriffsinflation zur Sekundären Traumatisierung“ beschreibt Lemke und zeigt eine Begriffsentwicklung im Kontext der Psychotraumatologie auf. Er nimmt eine Abgrenzung der Begriffe zu- und voneinander vor.<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> Lemke, 2010, S. 17

Figley prägte den Begriff von secondary victimization bereits 1983, den er später in compassion fatigue, Mitgefühlerschöpfung, oder Mitgefühlsstress, sekundäre traumatische Belastung oder sekundären traumatischen Stress (secondary traumatic stress) nannte und als „... eine natürliche, vorhersehbare, behandelbare und verhinderbare unerwünschte Folge der Arbeit mit leidenden Menschen“ beschreibt.<sup>31</sup> Er bezeichnet die Sekundäre Traumatisierung als Kosten des Helfens, „... a cost to caring“<sup>32</sup>.

Bekannt sind auch die Begriffe der „Stellvertretenden Traumatisierung“ von Frey (2001), die „Indirekte Traumatisierung“ geprägt von McCann und Pearlman (1990) und die „Sekundärtraumatisierung“ von Daniels (2008).

„B. Hudnall Stamm definiert sekundären traumatischen Stress als natürliche, konsequente Verhaltensweisen und Emotionen, die durch das Wissen entstehen, dass ein (...) anderer Mensch ein traumatisches Ereignis erlebt hat. Diese Art von Stress entwickelt sich, wenn wir traumatisierten oder leidenden Menschen helfen oder helfen wollen“<sup>33</sup>. Diese Hausarbeit hält sich an die Definition von Hudnall Stamm, an die Abgrenzungen von Lemke und verwendet den Begriff der Mitgefühlerschöpfung im Sinne der compassion fatigue nach Figley.

### 5.3 Wie erfolgt die Ansteckung, die Infizierung?

Als eine Art ansteckender Krankheit hat Frey (2001) die Sekundäre Traumatisierung in Analogie beschrieben. „Bei einer Infektionskrankheit sind die Faktoren, welche den Grad der Ansteckungsfähigkeit bestimmen, die Virulenz, d.h. die Infektionskraft und Vermehrungsfähigkeit der aggressiven Kleinwesen, die Art der Übertragung (z.B. über die Luft), das soziale Umfeld (z.B. hygienische Verhältnisse) sowie die aktuelle immunologische Widerstandskraft des Infizierten. In ähnlicher Weise beeinflussen bei einer psychischen Ansteckung die Form, Heftigkeit, Dauer und Wiederholung der traumatischen Ereignisse (...), die sozialen Umstände (Kontexte), in welchem die Traumatisierungen und deren emotionale und kognitive Verarbeitung

---

<sup>31</sup> Figley: In Hudnall Stamm (Hrsg.) 2002, S. 41

<sup>32</sup> Figley 1995b: In Lemke 2010, S. 61

<sup>33</sup> Hudnall Stamm : In Gies 2009, S. 1

stattfinden, sowie die Verletzlichkeit (Vulnerabilität) und Widerstandskraft (Resilienz) der Betroffenen die nachfolgenden Auswirkungen<sup>34</sup>.

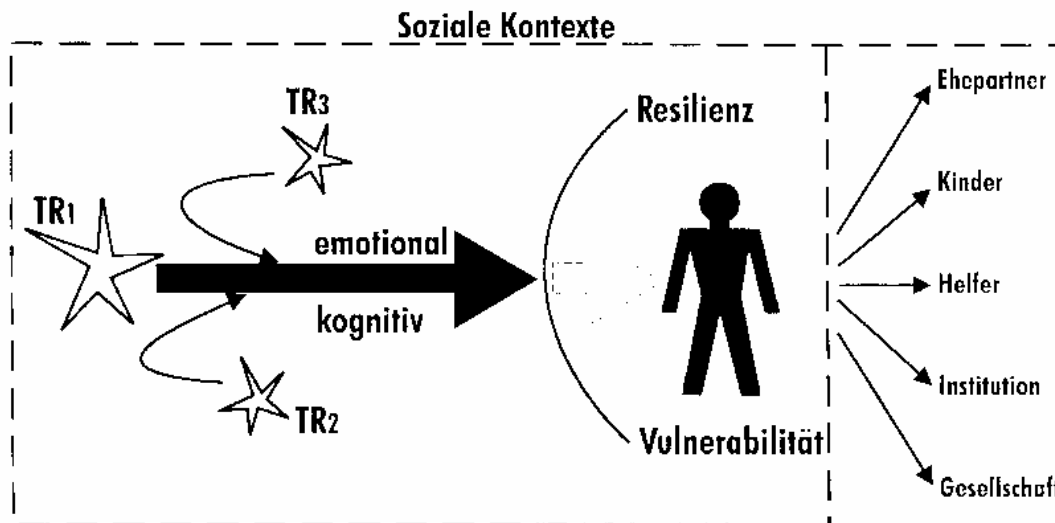


Abbildung 1: Stellvertretende Traumatisierung<sup>35</sup>

Als wichtigste Risikofaktoren einer Sekundären Traumatisierung werden benannt:<sup>36</sup>

- frühere eigene Traumatisierungen einschließlich vorangegangener sekundärer Traumatisierung
- allgemeine Lebensumstände wie Lebensstress und psychische Gesundheit
- Merkmale des sozialen Umfeldes
- Demografische Faktoren wie Alter, Geschlecht, soziale Schicht
- Ressourcen und Bewältigungsmechanismen

Neueste neurobiologische Untersuchungen lassen vermuten, dass drei Faktoren eine entscheidende Rolle bei der Sekundären Traumatisierung spielen. Sie werden von Daniels (2007) und Udolf (2008) als Empathie, Kindling und Dissoziation beschrieben.

- **Empathie** ist die Fähigkeit mitfühlen zu können, sich die mentalen Perspektiven eines Menschen zu erschließen sowie sich in seine emotionale Verfassung hineinzusetzen. Dies geschieht neurobiologisch mit Hilfe der Spiegelneuronen im Gehirn. Ohne diese empathische Fähigkeit, ohne Empathie wären Menschen unbarmherzig und gleichgültig.

<sup>34</sup> Frey: In Lemke 2010, S. 15

<sup>35</sup> Frey 2001: In Meier & Schnyder 2007, S.3

<sup>36</sup> Lemke 2010, S. 16ff / Gies 2009, S. 4

- **Kindling** ist eine zunehmende Sensibilisierung bestimmter Hirnareale (Amygdala) durch wiederholte, unterschwellige Aktivierung, d. h. durch die wiederholte Konfrontation mit traumatischen Material des primär Geschädigten, wird das Gehirn, die Amygdala der HelferInnen gereizt.
- **Dissoziation:** ist eine Notfallreaktion des Menschen, die ihm ermöglicht lebensbedrohliche Situationen zu überstehen, indem er das Geschehen abspaltet und z.B. wie ein Film oder nicht real empfindet. Durch die wiederholte Amygdalastimulierung erfolgt ein erhöhtes Erregungsniveau, das wiederum die Dissoziation bedingt.<sup>37</sup>

„Sekundärtraumatisierung wird durch die dissoziative Verarbeitung von Traumamaterial ausgelöst. Dissoziative Verarbeitung zeigt sich z.B. in emotionaler Taubheit oder einer veränderten Zeitwahrnehmung während man mit Traumamaterial konfrontiert ist. Das eigene Handeln wird als automatisiert, wie auf Autopilot, erlebt, während die äußere Welt unreal oder traumähnlich erscheint“<sup>38</sup>.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass HelferInnen jederzeit und sobald sie mit traumatisierten Menschen zusammenkommen und empathisch ihren beruflichen Aufgaben nachgehen, durch die Konfrontation mit Traumamaterial eine Sekundäre Traumatisierung erleiden können. Ihre persönliche Vulnerabilität und Vorgeschichte kann ein Risikofaktor sein, ihre Resilienz und Widerstandskraft ebenso ein Schutzfaktor. Wiederholte ST kann zu einer Sekundären Traumatischen Belastungsstörung führen.

#### 5.4 Symptome des sekundären traumatischen Stress (STS)

HelferInnen aller verschiedenen Berufen (siehe 5.1, S. 18), erleben ähnliche Symptome wie sie von Traum-Opfern beschrieben werden: Alpträume, intrusive Gedanken und Bilder, Depression, Gereiztheit, Bedrohungsgefühle einhergehend mit sozialem Rückzug, Konzentrationsschwierigkeiten, erhöhter Konsum von Alkohol und Medikamenten. Im Jugendhilfebereich laufen die PädagogInnen ständig Gefahr, den wiederholenden Konfrontationen mit traumatischen Erlebnissen der Kinder und Jugendlichen ausgesetzt zu sein und zu begegnen. Udolf verweist auf eine Untersuchung, in der hauptsächlich TherapeutInnen befragt und ca. 30% der Teilnehme-

---

<sup>37</sup> Daniels 2007, S.10

<sup>38</sup> Daniels 2008, S.3

rInnen als sekundär traumatisiert diagnostiziert wurden. Ungefähr 14% der TeilnehmerInnen entwickelten eine dauerhafte Symptomatik, bei den Anderen dauerten die Symptome länger als vier Wochen an.<sup>39</sup>

#### Emotionale Reaktionen:

- Angst und Beklemmung
- Anspannung und Niedergeschlagenheit
- Zorn und allgemeine Reizbarkeit
- Pathologischer Kummer
- Depression

#### Kognitive Reaktionen

- Vermeidungsverhalten
- Veränderung innerer Werte und Einstellungen
- Intrusionen (unerwartete Bilder aus den von Kindern und Jugendlichen erzählten traumatischen Erlebnissen, die heftige emotionale Reaktionen auslösen)
- Konzentrationsstörungen

#### Psychische bzw. psychosomatische Reaktionen

- Schlafstörungen und Appetitverlust
- Häufige Erkältungen
- Kopf- und Bauschmerzen Nacken- und Rückenbeschwerden
- gesteigerte Unfallhäufigkeit
- Hautirritationen und Ausschläge
- ein reduziertes Sexualeben und Erschöpfungszustände

#### Gesundheitsschädigende Copingstrategien

- Überdecken von Müdigkeit durch Koffein und Nikotin
- aktives gesundheitsschädigendes Verhalten (übermäßiger Gebrauch von Sucht- und Beruhigungsmitteln, wie Alkohol, Zigaretten oder Drogen)

---

<sup>39</sup> Udolf 2008. S.1



## Soziale Auswirkungen

- Distanzierung und sozialer Rückzug
- Zynismus
- Konflikte in der Partnerschaft
- Streit zu Hause nach belastenden Erlebnissen (vor allem bei Frauen)
- Leugnen der Symptome
- gesteigerte Sensibilisierung für Unrecht und Gewalt
- Eindruck, dass die Familie oder Freunde sich zu sehr um einen kümmern oder einen gar nicht verstehen<sup>40</sup>

Die Beeinträchtigung der geistigen Gesundheit kann als sehr gravierender Verlust bezeichnet werden. Die drei Grundannahmen der HelferInnen zum Ich und der Welt werden durch traumatische Erfahrungen, durch sekundären traumatischen Stress erschüttert: die Vorstellung der persönlichen Unversehrtheit, die positive Selbstsicht und die Vorstellung in eine geordnete und sinnvolle Welt.<sup>41</sup> Das bisherige Selbstverständnis der HelferInnen und PädagogInnen kann ins Wanken geraten. Gedanken und Gefühle über den Sinn des Lebens sowie moralische und ethische Überzeugungen als auch Hoffnungen und Transzendenzen werden hinterfragt und bezweifelt.

In ihrem Artikel betont Udolf die Vermeidung von Unterstützung aller betroffenen PädagogInnen im Jugendhilfebereich, einerseits verursacht durch den öffentlichen und finanziellen Druck, der auf Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen lastet und der seit Jahren unverändert schlechten Lage auf dem Arbeitsmarkt für soziale Berufe. Andererseits besteht die Neigung zum Verstecken der Symptome, die gestützt wird durch das in der Jugendhilfe allgegenwärtige Idealbild von PädagogInnen, die den alltäglichen Umgang mit sich selbstverletzenden, suizidalen oder aggressiven Kindern und Jugendlichen als eine normale pädagogische Herausforderung betrachten sollen.<sup>42</sup>

Sie beschreibt das Risiko der PädagogInnen, sekundär traumatisiert zu werden, „ (...) ist allein schon deshalb enorm hoch, da professionelle Helfer in hohem Maße dazu neigen, sich selbst zu schädigen und gleichzeitig die Fürsorge für die eigene

---

<sup>40</sup> Udolf 2008, S.1-3

<sup>41</sup> Hudnall Stamm (Hrsg.), 2002, S. 67, 89-90, 121 / Lemke, 2010, S. 73-76

<sup>42</sup> Udolf 2008, S. 5

Gesundheit auszublenden. Sie arbeiten in der Regel zu viel, übersehen dabei ihre eigenen Stressreaktionen und neigen auch dazu, sich in ihren Hilfestellungen weit über ihre psychischen und körperlichen Grenzen hinaus zu verausgaben. Dazu versuchen sie mit eigenen Belastungen ohne fremde Hilfe fertig zu werden. Sie haben eher die Neigung, die eigene Verletzbarkeit zu leugnen. Viele glauben, dass sie einfach selbst damit fertig werden (müssen) oder haben Angst, pathologisiert zu werden. Sekundär Traumatisierte tendieren dazu, ihre eigenen Reaktionen nicht als psychologisch zu sehen!<sup>43</sup>.

## 5.5 Prävention von Sekundärer Traumatisierung (ST)

Es gibt viele praxisbezogenen Strategien zur Prävention von Sekundärer Traumatisierung aus dem Bereich der Katastrophenhilfe und auch genügend Fachliteratur, Fortbildungen und Supervisionsangebote für TherapeutInnen. Im pädagogischen und therapeutischen Alltag der Kinder- und Jugendhilfe fehlten präventive Maßnahmen bislang. Mit der „neuen“ Fachdisziplin der Traumapädagogik wird diese Lücke gefüllt. Die Traumapädagogik fokussiert sich nicht allein auf die traumatisierten Kinder und Jugendliche und traumaspezifischen Ansätzen, sondern legt auch Schwerpunkt auf die Prävention von ST bei allen PädagogInnen. In der traumapädagogischen Praxisberatung bekommt die Notwendigkeit und die Möglichkeiten zur Unterstützung der PädagogInnen eine zentrale Bedeutung.

Prävention von ST umfasst primär die Verringerung von traumatischen Stress und seinen Folgeerscheinungen, d.h. die Verringerung seiner Intensität, als auch die Widerstandsfähigkeit, also die Resilienz aller PädagogInnen zu fördern und zu stärken.<sup>44</sup>

Zur Prävention und Minimierung von ST gehören:

- Das Erkennen und der Umgang mit Übertragung/ Gegenübertragung, Rollen und Beziehungserfahrungen
- Das Erkennen eigener Grenzen
- Akzeptanz von Grenzen
- Das Zuordnen von Verhaltensweisen – die Arbeit mit dem guten Grund/Weil
- Die Versorgung von Gefühlen

---

<sup>43</sup> Udolf, 2008, S.5

<sup>44</sup> Ebd., S. 4

- Das Herstellen des Gefühl von Sicherheit
- Erhalt oder Wiedererlangen von Selbstwirksamkeit

Alle PädagogInnen benötigen Offenheit und Mut, um ihre Gefühle zuzulassen und zu benennen sowie die Bereitschaft ihre eigenen biografischen Anteile kritisch zu hinterfragen.<sup>45</sup>

Ein wichtiger Aspekt zur Bewältigung von traumatischen Erfahrungen, den die PädagogInnen im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen erleben, ist die Kontrolle über das eigene Handeln zu haben und zu behalten (mastery). Dabei helfen routinierte Handlungsabläufe, Checklisten und strukturierte Vorgehensweisen, die Sicherheit geben. Ebenso wird mehr Sicherheit unter „gut erprobten“ Teams erreicht, durch das Wissen über die Fähigkeiten der KollegInnen und das Vertrauen in ihre Kompetenzen. KollegInnen können sich gegenseitig unterstützen und somit Belastungen reduzieren.<sup>46</sup>

Den PädagogInnen wird „... ein Höchstmaß an Selbstreflexion abgefordert, nur mittels einer ausgeprägten Psychohygiene, einem Wissen von psychotraumatologischen Dynamiken und einer fundierten Fachberatung und Supervision ist es möglich, eine professionelle und reflektierende Beziehung zum Kind aufrecht erhalten zu können. Mit dem Kind mitfühlen ist wichtig, es muss aber die schwierige Balance zwischen unkontrollierten Emotionen und einer reflektierenden Distanz gewahrt werden“<sup>47</sup>.

Das ABC des Schutzes vor Sekundärer Traumatisierung beschreibt Udolf wie folgt:

- A wie Achtsamkeit

Auf sich selbst und seine eigenen Bedürfnisse zu achten, seine Grenzen und Ressourcen zu wahren, um gesund zu leben. Um die eigene Ausgeglichenheit zu behalten sollten PädagogInnen ca. die Hälfte ihrer Aufmerksamkeit auf sich selbst richten. Sie sollten sich gut selbst kennen und verstehen, um klar im Kontakt mit Kinder und Jugendlichen sein zu können und um Übertragung und Gegenübertragung unterscheiden zu können.

---

<sup>45</sup> Lang 2011, S. 1-2

<sup>46</sup> Udolf 2008, S. 4

<sup>47</sup> Schmid 2008, S. 303: In Harder 2010, S.21

- B wie Balance

Ausgeglichenheit zwischen Arbeit und Freizeit ist wichtig und nötig. Eine Balance zwischen beruflichem Leben und vielfältigen privaten und persönlichen Aktivitäten, die sozusagen als eine Art „Krafttankstelle“ genutzt werden.

- C wie Connection (Verbindung)

Es ist die Verbindung mit der Natur, dem Leben als Solches, mit anderen Menschen gemeint, sich selbst zu erfahren und zu entwickeln, persönliche Bedürfnisse wahrzunehmen und sie zu verwirklichen.<sup>48</sup>

Auch auf Leitungsebene bzw. institutioneller Ebene müssen Rahmenbedingungen für MitarbeiterInnen zum Schutz vor Sekundärer Traumatisierung geschaffen und vorgehalten werden. Die Arbeitsstätte muss ein erlebbarer Sicherer Ort für PädagogInnen sein, ihren Arbeitsleistungen wird mit Wertschätzung und Respekt begegnet. Es sollten transparente Arbeitsstrukturen zwischen Leitung und MitarbeiterInnen gegeben sein, die dem Erhalt von Sicherheiten, Erleben von Autonomie dienen, Kompetenz und Zugehörigkeit vermitteln. Die PädagogInnen sollten an der Gestaltung eigener Arbeitsbedingungen mitwirken können.

---

<sup>48</sup> Udolf 2008, S. 4

## 6 Schlussfolgerung

Die Fragestellung „Welche Wellen schlägt „No Fight – No Flight → Freeze and Fragment“ und zu welchen primären und sekundären Auswirkungen können diese Stresszustände führen?“ wird zu Beginn dieser Hausarbeit ausführlich dargelegt und verfolgt. Wie intensiv und dauerhaft die weitere Entwicklung und damit das weitere Leben eines jungen Menschen beeinträchtigt oder gar gestört sein kann, wird aufgezeigt. In der Vergangenheit und immer noch scheitern schwer traumatisierte Kinder und Jugendliche mit ihren schwierigen Verhaltensweisen im Hilfesystem an der Unwissenheit um ihre Problematik. Ein Basiswissen der Psychotraumatologie aller PädagogInnen, um adäquat mit Kindern und Jugendlichen umzugehen, die traumatischen Stress erfahren haben und mit ihnen arbeiten zu können, ist nötig! Ebenso wichtig ist das fachspezifische Wissen einer traumazentrierten Pädagogik, um diesen jungen Menschen ihre Selbstwirksamkeit und Selbstbemächtigung an ihrem eigenen Leben zu ermöglichen, ihnen zur Wiederherstellung von Lebensqualität zu verhelfen. Sicherlich sind nicht alle junge Menschen schwer traumatisiert, die auffälliges Sozialverhalten und Anpassungsstörungen (in Kapitel 3.2 beschrieben) aufweisen und es sollte zu keiner Inflation des Traumbegriffes führen.

Die neue Fachdisziplin der Traumapädagogik mit ihren Ansätzen und Methoden, bietet PädagogInnen eine Hilfestellung, Traumaarbeit in der alltäglichen Lebenswelt betroffener Kinder und Jugendlichen umzusetzen.

2007 wurde die „Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik“ initiiert, die fachliche Standards für die pädagogische Praxis, Fortbildungen und Qualifikation entwickelte. Beratungs- Fort- und Weiterbildungsinstitute in Deutschland sind entstanden. Weiterhin gibt es bereits Institutions- und Wohneinrichtungskonzepte, die auf Basis der traumapädagogischen Konzepte arbeiten. Beispielsweise das Konzept der Jugendwohngruppe Greccio, St. Canisius in Schwäbisch Gmünd <sup>49</sup>, die Evangelische Jugendhilfe Menden<sup>50</sup> oder die Wohngruppe Refugio in Göppingen<sup>51</sup>. Eine weitere Vernetzung bereits bestehender Projekte ist notwendig sowie weitere Fortbildung und Qualifikationen der beteiligten Fachkräfte.

---

<sup>49</sup> [www.traumapädagogik.de/pdf/Wiesinger.pdf](http://www.traumapädagogik.de/pdf/Wiesinger.pdf)

<sup>50</sup> [www.ev-jugendhilfe-menden.de](http://www.ev-jugendhilfe-menden.de)

<sup>51</sup> [www.rupert-meyer-haus.de/refugio.html](http://www.rupert-meyer-haus.de/refugio.html)

Im März 2011 veranstaltete die Hans-Wendt-Stiftung einen Fachtag zur Traumapädagogik in Jugendhilfe, Klinik und Alltag „Wege aus dem Alptraum“, um die Fachdiskussion auch im norddeutschen Raum voranzubringen. Als Gastrednerin war Frau Michaela Huber eingeladen, mit ihrem Vortrag „Wenn´s zu Hause knallt. Kinder, Jugendliche und häusliche Gewalt“<sup>52</sup>. Frau Dr. Anke Lipps und Frau Kerstin Scholl stellten einen Fall mit klinischem Behandlungsverlauf aus dem Klinikalltag der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Klinikums Bremen-Ost, vor. Frau Margrit Hohenthal aus der Hans-Wendt-Stiftung erläuterte die Thematik aus dem Blickwinkel der Jugendhilfe, mit ihrem Vortrag „Verstehen und Handeln – Basisstrategien“<sup>53</sup>.

Daneben bot die Hans-Wendt-Stiftung in 2010/2011 allen pädagogischen MitarbeiterInnen in der Sozialpädagogischen Familienhilfe, in Hort und Schule arbeitenden KollegInnen eine traumapädagogische Fortbildung an. Diese wurde von Frau Sanger und Frau Udolf geleitet und durchgeföhrt. Insgesamt nahmen ca. 300 TeilnehmerInnen, auch LehrerInnen aus Schulen, an der Fortbildung teil und erarbeiteten in ihren jeweiligen Kleingruppen neben dem Basiswissen der traumazentrierten Pädagogik auch notwendige Rahmenbedingungen und Voraussetzungen, um ihre zukünftige Arbeit nach traumapädagogischen Aspekten umsetzen zu können.

Die Frage, ob ein Trauma ansteckend ist, lässt sich abschließend mit Ja beantworten.<sup>54</sup> Die Gefahr der Sekundären Traumatisierung gehen alle Menschen in helfenden Berufen ein. Bislang wurden diese Risiken in der Jugendhilfe jedoch wenig thematisiert. Diese Lücke schließt die Traumapädagogik, in dem sie die professionellen Fachkräfte ebenso zum Schwerpunkt nimmt, wie die Betroffenen selbst. Trotz öffentlichem Kostendruck und Sparzwängen ist zukünftig eine Veränderung institutioneller Rahmenbedingungen durch traumapädagogische Konzepte wünschenswert und notwendig. Die Selbstfürsorge und Resilienzförderung sowie der Schutz und die Gesundheit aller PädagogInnen muss noch viel mehr berücksichtigt und präventive Maßnahmen ausgebaut werden.

---

<sup>52</sup> Huber 2011

<sup>53</sup> Hohenthal 2011

<sup>54</sup> Herman 2003, S. 193

## 7 Fazit

Die Traumpädagogik steckt noch „in den Kinderschuhen“, das Wissen um ihre Notwendigkeit breitet sich langsam aber sicher aus. Und das ist gut so!

In der thematischen Auseinandersetzung und beim Schreiben dieser Hausarbeit ist mir bewusst geworden, wie stark traumapädagogisch orientiert, meine Team-KollegInnen und ich bereits vor 10-12 Jahren – ohne es explizit so zu benennen – aber auf der Basis der Erkenntnisse der Trauma-Stressphysiologie arbeiteten. Wir bündelten das Erfahrungswissen unterschiedlicher Professionen und entwickelten neue Standards für die Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen und auch für uns MitarbeiterInnen. Mittlerweile ist unser Erfahrungswissen angewachsen und fachlich ausgereift. Heute sind wir routinierter im Umgang mit traumatisierten Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Trauma und Krise ist unser „Alltagsgeschäft“. Wobei wir nicht routinierter werden (weil wir mitfühlende Menschen und PädagogInnen sind) ist die Begleitung der Betroffenen in ihrem Leid, die Belastungen sind sehr hoch! Unserem Team stehen präventive Maßnahmen wie Fach- und Team- Supervision, kollegiale Beratung, Reflexionsstunden und –tage zur Verfügung und wir nutzen diese regelmäßig; trotz dem sind wir vor Sekundärer Traumatisierung nicht geschützt. Sparzwänge und Kostendruck sowie Arbeitsverdichtung und das Ausmaß erkrankter Jugendlicher, das deutlich gestiegen und in seinen Erscheinungsformen intensiver wurde, erhöhen diese Belastungen zusätzlich. Wie ich in Kapitel 5 dieser Arbeit darlege, bietet die neue Fachdisziplin Traumapädagogik meiner Meinung nach, gerade im Bereich der Prävention der Sekundären Traumatisierung, große Chancen diese zu minimieren. Die Traumapädagogik stellt die Gesundheit und Gesundheitsförderung, die Resilienz und Resilienzförderung der PädagogInnen, die mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen arbeiten in den Vordergrund, gleichwertig neben der Arbeit mit den Betroffenen. Auch in unserem Team ist diese präventive Arbeit noch ausbaufähig.

Innerhalb dieses 5. Weiterbildungskurses des Qukuk-Institutes bin ich die einzige Teilnehmerin aus dem Bereich der Jugendhilfe. Sowohl im Kurs als auch bei meinen beiden Praxiseinsätzen auf zwei verschiedenen Stationen der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Klinikum Bremen-Ost, bin ich nach anfänglichem Zögern, da aus einem anderen Bereich kommend, sehr gut aufgenommen worden. Ich lernte im Kurs und auf beiden Stationen sehr kompetente und engagierte KollegInnen kennen.

Während des Weiterbildungskurses hatte ich viel Gelegenheit Erfahrungswissen mit den anderen TeilnehmerInnen auszutauschen und konnte Erkenntnisse und neue Eindrücke für mich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sammeln. An dieser Stelle möchte ich mich bei allen KollegInnen der Station 2a und 2b und der Station 13a und 13b bedanken, die mich sehr freundlich und kollegial in ihre Teams aufnahmen.

Zwei KurskollegInnen absolvierten ihren extramuralen Einsatz in der Hans-Wendt-Stiftung. Eine Kurskollegin arbeitete vier Wochen mit Jugendlichen in der Haus und Hof- Gruppe der Hans-Wendt-Stiftung am Lehester Deich und ein Kurskollege arbeitete vier Wochen in „meiner“ Sozialtherapeutischen Wohn- und Betreuungseinrichtung in Walle.

Mit meiner Teilnahme an dieser Weiterbildung hoffe ich, dass die Kooperation zwischen der Hans-Wendt-Stiftung und der Kinder- und Jugendpsychiatrie erneuert und vertieft werden konnte.

*„Wer mit traumatisierten Menschen arbeitet, muss drei Dinge beherzigen:*

*Erstens: gut essen,*

*Zweitens: Viel feiern,*

*Drittens: Wütend putzen“*

*(V. Engel: In: Lang 2009, S. 217).*



## Literaturverzeichnis

**Benzel, B.** (Akut)Traumatisierung bei Mädchen und Jungen, Symptomatik und Interventionsmöglichkeiten. Vortrag in Linz/Österreich, Kinderschutzzentrum/Fachhochschule Oberösterreich am 12.10.2006, verfügbar unter <http://www.baerbel-benzel.de> (Zugriff am 05.09.11)

**Besser, L.** Wenn die Vergangenheit Gegenwart und Zukunft bestimmt. Wie Erfahrungen und traumatische Ereignisse Spuren in unserem Kopf hinterlassen, Gehirn und Persönlichkeit strukturieren und Lebensläufe determinieren. In: Bausum, J; Besser, L; Kühn, M; Weiß, W; (Hrsg.), 2009, Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Juventa. Weinheim und München

**Daniels, J.** 2007, Eine neurophysiologische Theorie der Sekundären Traumatisierung. In Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaften und Psychologische Medizin (ZPPM), 3/2007

**Daniels, J.** 2008, Briefingpaper „Sekundäre Traumatisierung – eine Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von TherapeutInnen“, verfügbar unter <http://www.sekundaertraumatisierung.de/sfSimpleBlog/sho> (Zugriff am 15.06.11)

**Ebel, A.** 2003, Traumatisierte (Pflege)Kinder und ihre (Herkunfts)Eltern. Manuskript im Auftrag des Niedersächsischen Landesjugendamtes. Arbeitsgemeinschaft für Sozialberatung und Psychotherapie (AGSP), verfügbar unter <http://www-agsp-de/html/a37.html> (Zugriff am 05.09.2011)

**Figley, C.** Mitgefühlerschöpfung. Der Preis des Helfens: In Hudnall Stamm (Hrsg.) 2002, Sekundäre Traumastörungen, Junfermann, Paderborn

**Frey, C.** Sekundärer traumatischer Stress bei den Helfenden. In Maier, Th. & Schnyder, U. Psychotherapie mit Folter – Kriegsopfern, 2007, Huber, Bern

**Gies, H.** 2009, Sekundäre Traumatisierung und Mitgefühlerschöpfung am Beispiel familienähnlicher stationärer Betreuungen in der Jugendhilfe. In: systema 23(2): S. 214-228

**Halper, M., Orville, P.** S.2009, S. 101-108. In Bassum, Besser, Lutz, Kühn, Weiß (Hrsg.) 2009, Traumpädagogik und Traumatherapie. „Du darfst niemandem davon erzählen!“ In: Bausum, J; Besser, L; Kühn, M; Weiß, W; (Hrsg.) 2009, Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Juventa. Weinheim und München

**Hansewill, R.** 2010, Systemische Traumpädagogik, PDF-Präsentation, verfügbar unter [http://www.praxis-institut.de/fileadmin/Redakteure/Sued/FT\\_Ver](http://www.praxis-institut.de/fileadmin/Redakteure/Sued/FT_Ver) (Zugriff am 05.06.11)

**Hermann, J. L.** 2003, Die Narben der Gewalt, Junfermann, Paderborn

- Hohenthal, M.** 2011, „Verstehen und Handeln – Basisstrategien“, Vortragvorlage zum Fachtag der Hans-Wendt-Stiftung am 23.03.2011, „Wege aus dem Alptraum, Trauma-Pädagogik in Jugendhilfe, Klinik und Alltag“, verfügbar unter [www.hans-wendt-stiftung.de](http://www.hans-wendt-stiftung.de)
- Huber, M.** 2003, Trauma und die Folgen, Trauma und Traumabehandlung Teil 1, 3. Auflage, Junfermann. Paderborn
- Huber, M.** 2011, „Wenn’s zu Hause knallt. Kinder, Jugendliche und häusliche Gewalt“, Vortrag zum Fachtag der Hans-Wendt-Stiftung am 23.03.2011, „Wege aus dem Alptraum, Trauma-Pädagogik in Jugendhilfe, Klinik und Alltag“, verfügbar unter [www.michaela-huber.com/vortraege](http://www.michaela-huber.com/vortraege)
- Hüther, G.** 1999, Biologie der Angst, Wie aus Stress Gefühle werden, 6. Auflage, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Hüther, G.** 2002, Die Folgen traumatischer Kindheitserfahrungen für die weitere Hirnentwicklung. Arbeitsgemeinschaft für Sozialberatung und Psychotherapie (AGSP), verfügbar unter <http://www.agsp.de/html/a34html>. (Zugriff am 10.6.11)
- Kühn, M.** 2007, „Wir können auch anders!“ Anmerkungen zu einem interdisziplinären Verständnis von Trauma und Kindheit in der Pädagogik, verfügbar unter [www.traumapädagogik.de](http://www.traumapädagogik.de) (Zugriff am 10.06.11)
- Kühn, M.** 2008, Wieso brauchen wir eine Traumapädagogik? Annäherung an einen neuen Fachbegriff. In: Traum & Gewalt, (2.Jhrg.) Heft 4/2008, S. 318-327
- Lang, B.** 2011, Notwendigkeit und Möglichkeiten zur Unterstützung der PädagogInnen, Präsentationsvorlage zum Fachtag „Traumapädagogische Konzepte in der Jugendhilfe“ in Hanau, verfügbar unter [www.traumapaedagogische-praxisberatung.de](http://www.traumapaedagogische-praxisberatung.de) (Zugriff am 10.06.11)
- Lemke, J.** 2010, Sekundäre Traumatisierung, Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung, 3. Auflage, Asanger, Kröning
- Perry, B.** 2005, Online-Kurs: die Kindheit überleben (Teil II), verfügbar unter [www.traumapädagogik.de](http://www.traumapädagogik.de) (Zugriff am 10.06.11)
- Perry, B. P., Szalavitz, M.** 2006, Der Junge, der wie ein Hund gehalten wurde, Kösel, München
- Sänger, R.** 2009, „Von der Notwendigkeit eines sicheren Ortes...“, Vortragsvorlage, verfügbar unter [www.traumapädagogik.de](http://www.traumapädagogik.de) (Zugriff am 05.06.11)
- Udolf, M.** 2008, Sekundäre Traumatisierung bei pädagogischen Fachkräften in der Kinder und Jugendhilfe, verfügbar unter [www.traumapädagogik.de](http://www.traumapädagogik.de) (Zugriff am 10.06.11)

**Uhde-Vogt, B., Vogt, V.** 2002, Mitschrift aus einer Fortbildung zum „Umgang mit traumatisierten Kindern in der Jugendhilfe mit J. Uttendörfer und Dr. L.-U. Besser“, verfügbar unter [http://www.traumapadaogik.de /index.php?option= com\\_co](http://www.traumapadaogik.de/index.php?option=com_co) (Zugriff am 15.06.11)

**Uttendörfer, J.** 2006, Traumazentrierte Pädagogik, verfügbar unter [www.traumapadagogik.de](http://www.traumapadagogik.de) (Zugriff am 05.06.11)

**Vogt, V.** 2003, Rehistorisierende Diagnostik und Traumapädagogik, verfügbar unter [www.traumpadagogik.de](http://www.traumpadagogik.de) (Zugriff am 10.06.11)

**Weiß, W.** 2008, Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. 4. Auflage, Juventa. Weinheim und München

**Weiß, W.** 2011, „Traumapädagogik – Einordnung in Traumaarbeit, Haltung und das Konzept der Selbstbemächtigung“, Präsentationsvortragvorlage zum 12th European Conference on Traumatic Stress Wien, verfügbar unter [www.ztp.welle-ev.de](http://www.ztp.welle-ev.de) (Zugriff am 15.06.11)