










Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	4
	Basisinformationen	5
	1. Trauma – eine kurze Begriffsklärung	5
	2. Der Entwicklungsverlauf von Traumata	6
	3. Die anthropologische Sicht des Traumas	7
	4. Trauma aus pädagogischer Sicht	8
	5. Traumaklassifikation und Traumadiagnostik aus interdisziplinärer Perspektive	10
	Entstehung und Wirkung von Traumata	16
	1. Traumaverursachende Situationen	16
	2. Die traumatische Dimension von Schule	18
	Pädagogisches Handeln bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen	20
	1. Die Schule – ein sicherer Ort, der Selbstbemächtigung ermöglicht	20
	2. Lehrer und Lehrerin – sozial, traumasensibel und selbstreflexiv	23
	3. Die Notwendigkeit besonderer pädagogisch-didaktischer Unterstützungsmaßnahmen	24
	Fallbeispiele	29
	1. Nabil – Trauma, Vermeidung und Wiedererleben	29
	2. Samu – Trauma, Aggression und Zerstörung	31
	3. Lea – Trauma, Isolation und Dissoziation	35
	4. Kerim – Trauma, Trauer und Schuld	37
	Vernetzung mit außerschulischen Hilfesystemen	40
	Literatur	41



Vorwort

Den Begriff Trauma (von griech.: Wunde, Schaden, Verlust, Niederlage) verwendet man in der Regel im Zusammenhang mit Erfahrungen bei Kriegen, Aggressionen, erzwungener Migration, Naturereignissen, Katastrophen und schlimmen Unfällen. Daneben gibt es aber auch lebensweltliche und alltägliche Erfahrungen Einzelner, die in so hohem Maße belasten und verletzen, dass sie eine „traumatische Dimension“ aufweisen. Alle diese Situationen werden zum Trauma, wenn die Ressourcen und Strategien der Betroffenen zur Bewältigung solcher psychischer und/oder somatischer Grenzüberschreitungen nicht ausreichen. Die Fokussierung des Problems Trauma auf die Folgen kriegsbedingter Migration der Jahre 2015/2016 übersieht, dass es noch andere Ursachen für die Entstehung traumatischer Erfahrungen bei Kindern und Jugendlichen auch ohne Migrationshintergrund gibt, dass es Situationen in Familie, Schule und Gesellschaft gibt, bei denen deren Stresstoleranzgrenzen überschritten werden und die bei ihnen unkontrollierte Übererregung, Dissoziieren, Erschöpfung, Apathie, Scham, Trauer, Aggression, Ohnmacht und andere Verhaltens- und Reaktionsformen auslösen.

Die interdisziplinär orientierte Traumaforschung legt Wert auf die Feststellung, dass Trauma mehr und anderes ist, als eine Disponibilität (Verfügbarkeit) und persönlich höchst und nachhaltig belastende Erfahrung des individuellen Subjekts, sondern zugleich eine gesellschaftlich-institutionelle Dimension aufweist. Die sogenannte „posttraumatische Belastungsstörung“ ist nicht nur ein Krankheitsbild, das medizinische, psychologische und psychiatrische Diagnose und Behandlung erfordert. Sie ist vielmehr gesellschaftlich vermittelt. Traumata entstehen aus Prozessen zwischen einem menschlichen Subjekt und dem ihm gegenüberstehenden Anderen, d. h. den Menschen, Zuständen, Handlungen und Ereignissen aus seiner Umgebung, zu denen es eine Beziehung gibt. Und deshalb hängt ihre Bearbeitung und Bewältigung entscheidend von sozialen und personalen Rahmenbedingungen ab, die für die Betroffenen geschaffen werden, damit sie in Beziehungen zu anderen und über subjektstärkende Aufgaben ihre belastenden Erlebnisse und Erfahrungen besser aufarbeiten können. Techniken und Methoden allein reichen dafür nicht aus, pädagogische Interaktionen sind notwendig.

In den pädagogischen Diskurs ist das Thema Trauma über ein medizinisches Verständnis gekommen. Es erfasst ein Trauma medizinisch-physisch und neurobiologisch als Krankheit, als eine Verletzung oder Vulneration (von lat.: vulneratio = Verletzung, Verwundung), deren Behandlung der Psychiatrie und der klassischen Psychotherapie zugeteilt wird.

Dem hier vorgelegten Heft liegt ein anderes Verständnis von Trauma zugrunde, nämlich ein *pädagogisches Verständnis*. Aus pädagogischer Sicht sind traumatisierte Kinder weniger kranke, vielmehr verletzte Kinder. Wäre dies allein eine therapeutische Angelegenheit, könnten die Lehrerinnen und Lehrer, die in ihrem Unterricht und ihrer Schule tagtäglich mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu tun haben, ihrerseits nichts machen. Der pädagogische Blick auf das Phänomen Trauma, wie er im Folgenden ausgearbeitet und in Handlungsmöglichkeiten für Lehrkräfte dargestellt wird, macht sie wieder handlungsfähig und nutzt die Möglichkeiten von Erziehung und Bildung, um den Betroffenen in ihrer existenziell schwierigen Lage nachhaltige Hilfe anzubieten.

Werner Wiater
Monika Jäckle

Basisinformationen

1. Trauma – eine kurze Begriffsklärung

Unter einem Trauma versteht man eine tiefe und nachhaltige Verletzung oder Verwundung eines Menschen, die seine physischen und psychischen Abwehr- und Bewältigungsstrategien und Ressourcen übersteigen. In der Wissenschaft findet sich dafür auch der Begriff „Vulneration“ (von lat.: vulnus = Wunde, vulneratio = Verwundung, Verletzung). Eine Verletzung geschieht durch „etwas“ oder jemand. Die Psychotraumatologie unterscheidet Naturkatastrophen oder Unfälle (Non-Man-Made-Traumata) und durch Menschen verursachte Verletzungen wie bei Gewalttaten oder Vernachlässigungen. Jede Vulneration hat eine subjektive und individuelle Erlebens-Komponente.

Der Mensch ist in vielerlei Hinsichten verletzlich (vulnerabel) und bedarf dann spezifischer pädagogischer Unterstützung, wie die folgende Übersicht zeigt:

Übersicht der Formen der Vulnerabilität aus pädagogischer Perspektive

Körperliche Vulnerabilität: Gewalt, Schläge, Ausbeutung, Missbrauch, Nicht-Beantwortung körperlicher Grundbedürfnisse und Krankheit

Es geht im pädagogischen Sinne um den Schutz der körperlichen Integrität.

Symbolische Vulnerabilität: symbolische Gewalt, seelische Verletzungen und Entwürdigungen, Beschämungen, Ignoranz/Ausschluss/Missachtung, Einschüchterungen, Respektlosigkeiten, Kränkungen, Verkennung, Deprivilegierung, Stigmatisierung, Otheringprozesse, übelwollende gewaltvolle sprachliche, symbolischer Handlungen

Es geht im pädagogischen Sinne um ungebrochene Wertschätzung.

Entwicklungs- und Bildungsvulnerabilität: Aufgrund der Entwicklung befinden sich Kinder und Jugendliche in sensiblen Lebensphasen, welche mit Gefährdungen einhergehen; Bildung nimmt kulturelle, soziale und pädagogische Faktoren in den Blick.

Es geht im pädagogischen Sinne um die konsequente Unterstützung von Lern- und Bildungsprozessen.

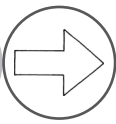
Interessen-Vulnerabilität: Kinder sind abhängig von Erwachsenen, diese können für Kinder andere Ziele haben, als für ihr Wohlergehen gut ist. Grundbedürfnisse wie Versorgung, Geborgenheit, Zuneigung, Sicherheit können fehlen.

Es geht im pädagogischen Sinne um eine weitgehende Anerkennung kindlicher Interessen/Bedürfnisse.

Autonomiebezogene Vulnerabilität: Sie ist eng an die Interessen-Vulnerabilität gekoppelt; Selbstbestimmungsfähigkeit und Handlungsautonomie können eingeschränkt werden (z. B. bei der Digitalisierung – Gratwanderung zwischen Schutz, Fürsorge, Unterstützung und Einschränkungen durch Nutzungsbeschränkung).

Es geht im pädagogischen Sinne um eine größtmögliche Teilhabe an Entscheidungs- und Handlungsprozessen (Burghardt 2017, S. 90).

Von Mikrotraumata spricht man auch, wenn sich z. B. geistig behinderte Kinder und Jugendliche dauerhaft in ihrer individuellen Lern- und Leistungsfähigkeit überfordert fühlen. Ihre Lernschwierigkeiten



5. Traumaklassifikation und Traumadiagnostik aus interdisziplinärer Perspektive

Traumata werden in der Lehre, der Forschung und in verschiedenen Wissenschaften thematisiert. Gemeinsam ist ihnen die Definition von Trauma als Verletzung, die massives Leid erzeugt, den Einzelnen mit körperlichen Stressoren und seelischen Verletzungen so stark überflutet, dass seine vorhandenen Bewältigungsstrategien nicht mehr ausreichen. Die Psychotraumatologen Fischer und Riedesser beschreiben in diesem Sinne Trauma als „ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (Fischer/Riedesser 2009, S. 84). In der Art, wie Traumata perspektiviert und akzentuiert werden, unterscheiden sich aber die Wissenschaftsdisziplinen, wie folgende kurze Zusammenstellung zeigt.

Trauma-Klassifikationen

Trauma als überwältigendes Ereignis (Medizin, Psychiatrie und Psychotraumatologie): Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte 1991 ein Trauma als ein „kurz- oder langanhaltendes Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“ (ICD 10).

Trauma ist hier auf ein Ereignis bezogen und gründet ursächlich in diesem Ereignis, auch wenn das Trauma die Verletzung ist, die dabei entsteht. Es fungiert als psychiatrische Diagnose in Form der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und wird damit zu einer Krankheit und aus dem gesellschaftlichen Kontext genommen. Der Schwerpunkt liegt auf den Symptomen und auf der Behandlung der Symptome als etwas individuell zu bearbeitendes.

L. Terr unterscheidet folgende Traumatypen

- **Typ I**
 - einmaliges, zeitlich begrenztes Trauma („Monotrauma“), einmaliges Auftreten und kurze Dauer, akzidentelle, zufällige Traumata (z. B. Naturkatastrophen, Unfälle, technische Katastrophen), interpersonell, man-made Traumata (z. B. kriminelle Gewalttaten).
- **Typ II A**
 - mehrere voneinander unabhängige Ereignisse
 - längere Dauer (Monate bis Jahre wie z. B. bei Geiselnhaft, Folter, Kriegsgefangenschaft, Kriegserlebnissen, wiederholter körperlicher und sexueller Gewalt).
- **Typ II B**
 - mehrere inhaltlich und/oder personal verbundene Ereignisse.
 - Hierzu gehören wesentlich die Traumatisierungen, die während der Persönlichkeitsentwicklung geschehen (Terr 1991).

Trauma als toxischer Stress (Neurobiologie): Aus der Perspektive der Neurobiologie liegt die Ursache nicht im Ereignis, sondern im Nervensystem. Eine affektiv-somatische Alarmreaktion führt in den Zustand der Selbsterhaltung, des Überlebens und in einen Zusammenbruch des körperlich-seelisch-geistigen Gleichgewichts. Sind die archaischen Notfallreaktionen von Flucht oder Kampf nicht erfolgreich, dann führt dies in den Zustand der Erstarrung, der Ohnmacht und Hilflosigkeit.



Entwicklungsraumatisierung (Entwicklungspsychologie und Bindungstheorie): Wiederholen sich Ohnmachts- und Unsicherheitserfahrungen durch Bindungspersonen (Bindungsraumatisierung) immer wieder, spricht man hier von einem kumulativen Trauma. Sind Eltern oder Großeltern selbst von Traumatisierungen betroffen, die unverarbeitet geblieben sind, dann besteht die Gefahr einer Weitergabe über die Generationen hinweg (transgenerationale Traumata).

Trauma als Prozess (Soziologie und Sozialpsychologie): Trauma wird nicht als ein singuläres Ereignis betrachtet, sondern als ein Prozess, der immer in einem umweltbezogenen, gesellschaftlichen Kontext abläuft. Bedeutsam ist die Abfolge traumatischer Sequenzen unterschiedlicher Art und Bedeutung. So ist es nicht mehr allein ausschlaggebend, was zu Beginn an Ereignissen erlebt wurde, sondern es wird bedeutsam, was auf die traumatische Erfahrung folgt und wie darauf reagiert wird. Diese Perspektive umfasst sowohl die Intensität des traumatischen Erlebnisses als auch die Fähigkeit und Unfähigkeit der Subjekte und der Gesellschaft, die Traumakette zu unterbrechen. Aus dieser Perspektive liegt die Ursache eines Traumas also auch im psychosozialen Hintergrund. Durch die Bedeutung des Danach wird das Phänomen des Traumas historisch-gesellschaftlich kontextualisiert (vgl. Keilson 2005; Becker 2004).

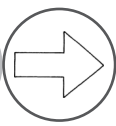
Trauma als Vulneration (Pädagogik): Die pädagogische Perspektive gründet auf den anthropologischen Konstanten der Vulnerabilität und Vulneration. Ihre Besonderheit zeigt sich in der Theorie von der Subjektwerdung des Menschen durch die Interaktion in sozialen Kontexten und die Konstruktion individueller Bedeutungen daraus. Beim Trauma kollidieren Ich und Welt, Innen und Außen des Menschen, wodurch eine „Aneignung von Welt“ plötzlich und nachhaltig unmöglich wird. Trauma aus pädagogischer Perspektive differenziert zwischen körperlicher Vulnerabilität, symbolischer Vulnerabilität, Entwicklungs- und Bildungsvulnerabilität, Interessen-Vulnerabilität und autonomiebezogener Vulnerabilität, um bedürfnisorientiert helfen zu können. Diese pädagogische Hilfe erfolgt durch Erziehungs- und Bildungsprozesse, bei denen das subjektive Erleben, das relationale Bezogensein, die jeweilige Lern- und Lebenssituation und der biografische Kontext des traumatisierten Kindes und Jugendlichen im Fokus stehen. Ziel dieser Prozesse ist deren Mündigkeit und Selbstermächtigung, ihre Individualität in sozialer Verbundenheit und ihre Orientierung an den Werten der Humanität.

Trauma-Diagnostik

Die Folgen einer traumatischen Erfahrung sind insbesondere im Kindes- und Jugendalter sehr komplex und heterogen. Traumafolgestörungen sind in erster Linie eine normale Reaktion auf ein unnormales, überwältigendes Ereignis. Traumafolgen bei Kindern und Jugendlichen zu erkennen, erfolgt einerseits über eine kategoriale Zuweisung von Seiten der Medizin und andererseits über ein phänomenologisch-hermeneutisches (Fall-)Verstehen seitens der Pädagogik.

Der klinisch-diagnostische Blick (Medizin, Psychologie, Psychiatrie und Neurowissenschaften): Die klassische psychopathologisch-psychiatrische Diagnostik versucht, auf der Grundlage von Symptomen Störungsbilder zu erarbeiten. Solcherart Klassifikation erfolgt mittels standardisierter Erhebungsverfahren, die eine (scheinbar) eindeutige Zuweisung erlauben. Die Geschichtlichkeit (Biografie) der betreffenden Person sowie ihre soziale Lebenswelt finden hierbei kaum Berücksichtigung. Psychiatrische Diagnosen sind die Grundlage für weitere handlungswirksame Hilfestellungen und haben heute einen hohen Stellenwert.

Die auf der kategorialen Diagnostik beruhende medizinisch-psychiatrische Behandlungslogik zielt auf die Heilung von Störungen (PTBS: Posttraumatische Belastungsstörung) ab und behandelt Leid primär über Medikation, das Erlernen von Selbstregulation und die Exposition (Konfrontation) des Traumas in



sensu. Zu den drei Hauptsymptomgruppen aus Sicht der psychopathologisch-psychiatrischen Diagnostik gehören:

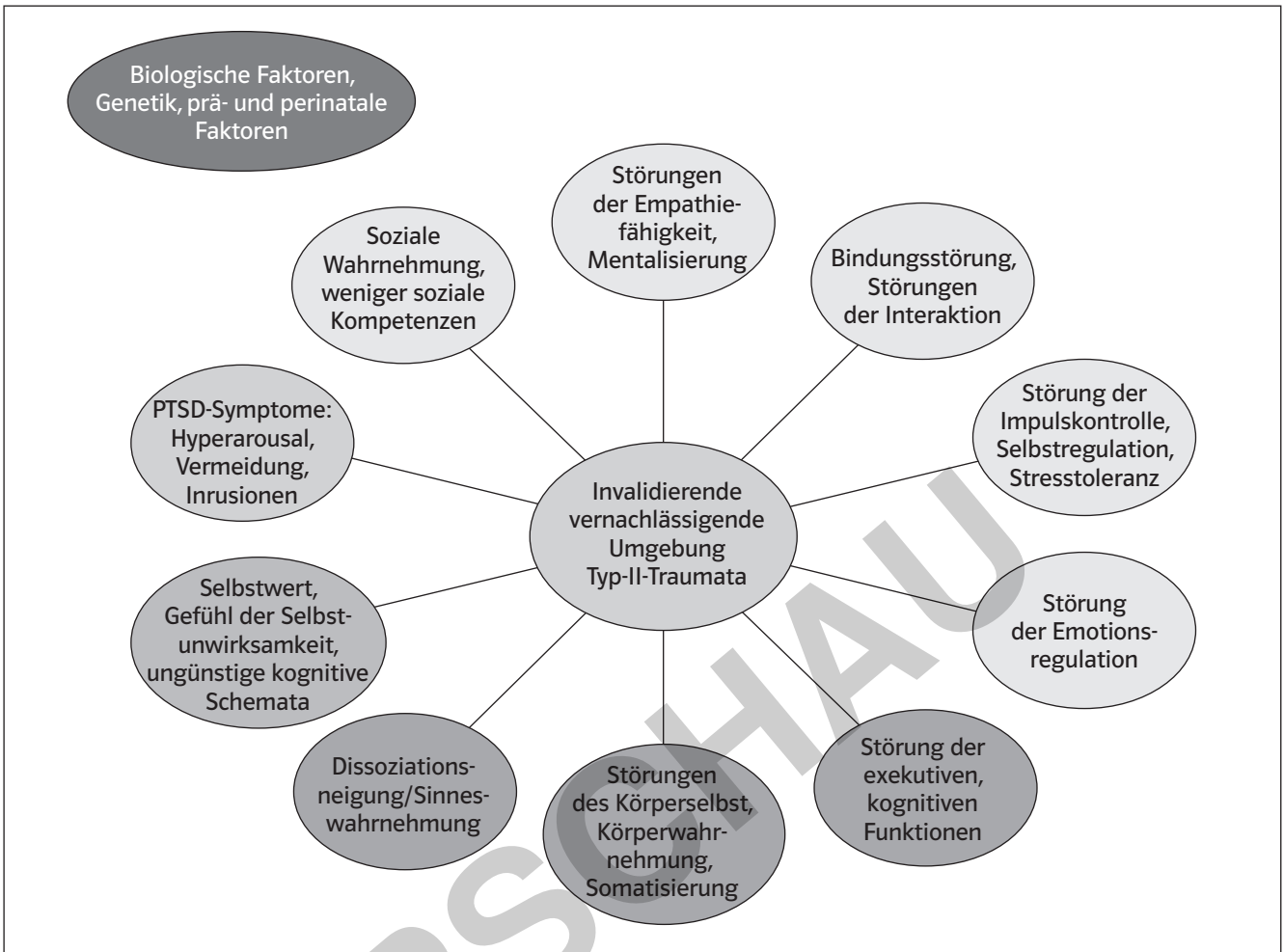
- Wiedererleben (Intrusionen): überwältigende Erinnerungen als Alpträume, Flashbacks (Blitzerinnerungen, Blitzbilder, überfallartige Gefühle)
- Vermeidung: Vermeidungsverhalten, Amnesien, dissoziative Zustände, emotionale Abstumpfung (Numbing), sozialer Rückzug
- Übererregung (Hyperarousal): Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, innere Unruhe und Anspannung, Herzrasen, Atemnot, Konzentrationsschwierigkeiten, erhöhte Wachheit (Hypervigilanz) und Schreckhaftigkeit, mangelnde Affektkontrolle, Reizbarkeit, Wutausbrüche.

Die Posttraumatische Belastungsstörung (ICD 10 F43.1) ist abzugrenzen von:

- der akuten Belastungsreaktion (ICD 10 F43.0) unmittelbar nach dem belastenden Ereignis, für relativ kurze Zeit
- der Anpassungsstörung (ICD 10 F43.2), z. B. bei Verlust nahestehender Menschen durch Trennung, Tod, Flucht, Migration, durch berufliche Zurücksetzung, durch schwere körperliche Erkrankungen. Sie beginnt innerhalb eines Monats nach dem Ereignis und dauert nicht länger als 6 Monate.

Kinder und Jugendliche erfüllen mit ihrem entwicklungspezifischen Symptomspektrum oftmals nicht das „Vollbild“ der PTBS. Da sich die PTBS-Diagnostik auf Monotraumata fokussiert, welche nicht entwicklungsensibel sind, fallen traumatisierte Kinder nicht selten durch dieses Diagnose-Raster. Außerdem gibt es Ähnlichkeiten in den Symptomen zu einer depressiven Erkrankung oder zu einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung, wie z. B. bei Wutausbrüchen, Selbstverletzungen, Störungen des Sozialverhaltens usw. Symptome einer Traumafolgestörung ähneln häufig auch den Symptomen einer ADHS (Konzentrationsschwierigkeiten, Reizbarkeit, Unruhe).

Die **Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung K-PTBS** (engl.: complex PTSD und DESNOS) bezeichnet ein komplexes Krankheitsbild für Erwachsene, das in Folge besonders schwerer oder wiederholter bzw. langanhaltender Traumatisierungen wie psychische, körperliche oder sexuelle Gewalterfahrungen, insbesondere im Kindes- und Jugendalter, aber auch bei Kriegs- und Foltererfahrungen oder Entführungen entsteht. Dieses wurde bereits früh konzipiert und wird voraussichtlich in die internationale statistische diagnostische Klassifikation (ICD 11, voraussichtlich 2022) aufgenommen. Die Entwicklungsfähigkeit junger Menschen und die entwicklungspezifische Fluktuation findet hier jedoch auch keine Berücksichtigung. Das Konzept der „Developmental Trauma Disorder“, DTD, ist der erste Versuch, die kindliche Entwicklung in einer Diagnoseeinheit zu berücksichtigen. Es spricht von einer **Entwicklungs-trauma-Störung** und bezieht dabei explizit die Schule ein. Bei Kindern und Jugendlichen mit Kriegs- und Fluchterfahrungen (sequenzielle Traumatisierung) sowie bei Kindern mit Beziehungstraumatisierungen sind folgende Phänomene als psychopathologische Konsequenzen belegt:



(Schmid 2008, S. 291)

Der deskriptiv-hermeneutische Blick (Fallverstehen in der pädagogischen Diagnostik): Im schulpädagogischen Alltag zeigen traumatisierte Kinder und Jugendliche Verhaltensweisen, die nicht eindeutig den oben genannten Klassifikationssystemen zugeordnet werden können. Außer den in der Fachliteratur immer erwähnten *primären Traumasymptomen*, wie sie die psychopathologisch-psychiatrische Diagnostik auflistet, werden bei Schülerinnen und Schülern zahlreiche *sekundäre Traumasymptome* festgestellt, die Levine und Kline (2011) wie folgt zusammenstellen:

Spezifische Symptome chronischer Übererregung: Panikattacken, Ängste, Phobien, Rückblenden („flashbacks“), übertriebene Schreckreaktionen, extreme Licht- und Geräuschempfindlichkeit, Überaktivität, Ruhelosigkeit, übertriebene gefühlsmäßige Reaktionen, Alpträume und nächtliche Angstattacken, Vermeidungsverhalten wie „Klammern“, sich von gefährlichen Situationen angezogen fühlen, häufiges Weinen und Reizbarkeit, abrupte Stimmungswechsel wie plötzliche Wutreaktionen, Temperamentsausbrüche, regressive Verhaltensweisen (nach der Flasche verlangen, Daumenlutschen, Bettnässen, Kindersprache u. Ä.), verstärktes „Risikoverhalten“ (Levine/Kline 2011, S. 105f).

Spezifische Symptome von Dissoziation: Ablenkbarkeit und Unaufmerksamkeit, Gedächtnisverlust und Vergesslichkeit, reduzierte Fähigkeit zu planen und zu organisieren, Gefühle von Isolation und Getrenntsein, abgeschwächte oder verringerte emotionale Reaktionen, Bindungsunfähigkeit anderen gegenüber, übermäßiges Angestrengtsein, häufiges Tagträumen und Angst davor, verrückt zu werden, fehlende

Fallbeispiele

Die folgenden Fallbeispiele gehen jeweils von einer pädagogischen Situation aus. Hierzu wird eine doppelte Optik gewählt: die der pädagogischen Beobachtung mit Blick von außen und die der subjektiven Perspektive des Kindes und seiner Innenwelt. Diese bekommt vor dem jeweiligen individuellen, sozialen, biografischen und schulischen Hintergrund des Kindes/Jugendlichen eine Bedeutung, welche mit traumaspezifischem Wissen ergänzt wird und pädagogisches Verstehen ermöglicht, d. h. die dahinter liegende Botschaft und die Sinnlogik zu erfassen, woraus das pädagogische Handeln abgeleitet werden kann.

Wie erwähnt, bewegt sich traumatisches Erleben und Verhalten auf einem Übererregungskontinuum und Dissoziationskontinuum (Perry und Pollard 1998). Beim Übererregungskontinuum hat sich die Reaktion auf drohende Gefahr verselbständigt. Die Folge ist: erhöhte Erregung, motorische Hyperaktivität, Angst, Impulsivität, selbst-/fremddestruktive Unruhe, Alpträume, Flashbacks, Halluzinationen, Aggressionen und Aufmerksamkeitsaktivierung nach dem Flight-Fight-Muster. Beim Dissoziationskontinuum klinkt sich das Kind/der Jugendliche aus seinem Umfeld, der Hier-und-Jetzt Situation, aus, was sich als Zerstreuung, Vermeidung, Betäubung (numbing), Erstarrung, Reizabschottung, Derealisation, Sprachlosigkeit und Tagträumen zeigt. Auch sind im Einzelfall Kombinationen beider Reaktionsweisen möglich.

Die folgenden Beispiele zeigen unterschiedliche Ausprägungen auf diesen beiden Kontinuen: Die ersten beiden Beispiele beziehen sich auf das Erregungskontinuum, die dann folgenden zwei Beispiele auf das Dissoziationskontinuum.

1. Nabil – Trauma, Vermeidung und Wiedererleben

Pädagogische Situation:

Nabil ist 13 Jahre alt und ein sehr freundlicher, zurückhaltender und vor allem aufmerksamer und wacher Schüler. Immer wenn eine Kunststunde bevorsteht, wird Nabil sehr unruhig und sein Verhalten wird zunehmend gereizter. Er möchte im Kunstunterricht nicht malen, wird aufsässig und weigert sich strikt. Ebenso weigert er sich Malfarben in seinem Mäppchen zu haben. In seiner ersten Kunststunde, in der das Thema die Farbenlehre war, ist er aus dem Klassenzimmer gerannt, war hochaggressiv und konnte sich nicht beruhigen.

Perspektive der Lehrkraft:

„Ich erlebe Nabil mit zwei Gesichtern. Wenn er etwas machen muss wie in der Kunststunde, was ihm nicht passt, dann wird er unmöglich und auch unverschämt. Seine Frustrationstoleranz ist sehr gering und er geht dann mit mir in einen Machtkampf. Als er aus dem Klassenzimmer gerannt ist, war er gleichzeitig so aggressiv, außer sich, er konnte sich aber auch nicht erklären. Er wirkte sehr verloren auf mich und ich wusste nicht wirklich, wie ich mich verhalten sollte.“

Perspektive des Kindes:

„Ich merke, irgendetwas wird komisch ... Ich muss hier weg, ich bin in höchster Gefahr. Wo bin ich?“
Nach der Fluchtreaktion: „Es tut mir so leid, dass ich aus dem Klassenzimmer herausgerannt bin. Ich versuche, das nie wieder zu machen. Ich habe die Lehrerin enttäuscht. Ich muss mich mehr anstrengen.“

Hintergründe: Lebenswelt und Biografie

Nabil ist mit seiner Familie aus Nordsyrien geflohen. Nabils Vater besaß in Syrien einen Malerbetrieb. Soldaten des sog. Islamischen Staats haben das Dorf unter ihre Gewalt gebracht und auch Nabils Haus besetzt. Seine ältere Schwester hatte lackierte Fingernägel. Sie wurde vor den Augen der Familie gefol-

erst dann mit der Lehrerin wieder ins Klassenzimmer, wenn die Farben aufgeräumt sind. Dies wird ihm transparent kommuniziert.

Weitere Beispiele:

Kashna, 9 Jahre, verfällt beim Zerplatzen eines Luftballons in Panik. Er hatte Bombenangriffe miterlebt.

Narim, 8 Jahre, hat beim Wandertag den Geruch von Feuer wahrgenommen. Er schlug wild um sich und verletzte einen Mitschüler. Er hat sich mehrere Tage lang in einem Erdloch versteckt. Er war weggelaufen, als die ersten Granaten in seinem Heimatdorf einschlugen. Als die Kämpfe sich beruhigt hatten, wurde er von seinen Eltern gefunden. Er schlug um sich, kämpfte und strampelte und befand sich in einem eingekapselten Kampfmodus. Der Geruch von Verbranntem erinnerte ihn an die bedrohliche Erfahrung.

Lyra, 13 Jahre, möchte nicht in das Klassenzimmer im Keller. Sie vermeidet es, in Kellerräume zu gehen, da sie dort mit ihrer Mutter und ihren Geschwistern über mehrere Tage von den IS-Milizen festgehalten wurde.

Manil, 10 Jahre, besucht die dritte Klasse einer Grundschule. Eine Schülerin feiert Geburtstag und hat einen Kuchen mitgebracht. Manil lädt sich drei große Stücke Kuchen auf seinen Teller und weigert sich die Stücke mit anderen zu teilen. Er wird sehr aggressiv und verteidigt seine Kuchen wie sein Leben. Manil kommt aus Afghanistan und musste mit seinen Geschwistern während der Talibanbesetzung Hunger leiden.

2. Samu – Trauma, Aggression und Zerstörung

Pädagogische Situation:

Samu ist in einer P-Klasse der 9. Klasse Mittelschule in Bayern. In dieser werden Kinder mit Lern- und Leistungsrückständen gefördert. Er hört selten zu, verweigert die Mitarbeit und stört demonstrativ den Unterricht. Er provoziert immer wieder seine Mitschüler. Wenn er auf Widerstand stößt, droht er oder wird gleich handgreiflich. Seine aggressiven Explosionen kommen oftmals unvermittelt. Er zeigt sich dann extrem geladen und auch zerstörerisch gegenüber Gegenständen. Wenn er ausrastet, dann erzeugt er Angst bei seinen Mitschülern. Samu hat bereits mehrfache Verweise. Samu kann aber auch sehr hilfsbereit und zugewandt sein. Da er jedoch in der Pause erneut ausgeflippt ist und einen Schüler geschlagen hat, findet gemeinsam mit der Schulpsychologin ein erneutes Elterngespräch mit Samu statt, in dem ein Ablaufplan besprochen wird. Falls sich sein Verhalten nicht bessert, droht ihm ein Disziplinarverfahren.

Perspektive der Lehrkraft:

„Ich bin mit meinem pädagogischen Wissen am Ende. Alle möglichen pädagogischen Disziplinierungs- und Ordnungsinterventionen liefen ins Leere. Er muss lernen, dass es Regeln gibt, die er einhalten muss und dass aggressives Verhalten keine Lösung darstellt. Wir müssen auch die anderen Kinder vor ihm schützen.“



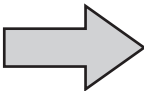

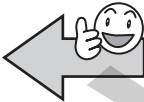
Perspektive des Jugendlichen:

„Die anderen wollen mir nur etwas Böses ... Oder sie lachen über mich ... Ich traue niemandem ... Ich fühle wenig ... Wenn ich volljährig bin, dann mache ich mein Ding, sollen sie mich doch von der Schule schmeißen ... Ist mir egal.“

Sonderabsprachen: Bei verändertem Stundenplan (Feste, Theater etc.) finden die Schule und Samus Mutter eine individuelle Betreuungslösung. Die Schulbegleitung betreut Samu in der Regel, wenn sie nicht da ist, wird Samu von der Mutter in einer Konfliktsituation abgeholt. Der Schulsozialarbeiter unterstützt in allen Konfliktsituationen, bis Samu abgeholt wird.

Kooperation mit Erziehungsbeistand: In der Betreuung von Samu arbeitet die Schule mit dem Jugendamt sowie mit einem Kinder- und Jugendtherapeuten zusammen.

Lehrerstrategien im Umgang mit aggressivem Verhalten: Im Vorfeld bespricht die Lehrkraft mit Samu einen Ablaufplan (Bilderplan), um zu wissen, was er tun kann, wenn er wütend und aggressiv wird.

	Mir geht es schlecht. Eine Erinnerung kommt in mir hoch, die große Angst macht sich in mir breit, ich bin plötzlich schrecklich wütend auf alles.
	Ich gebe der Lehrkraft ein Signal (Smiley-Karte, Stopp-Schild), dass es mir schlechtgeht.
	Ich gehe vor die Tür (oder an einen anderen sicheren Ort) oder lasse mich von der Lehrkraft dorthin führen. Ich warte, bis ich mich wieder etwas beruhigt habe. Ich gehe an den sicheren Ort in der Klasse (Lesecke) oder in den Raum der Schulsozialarbeit.
	Ich beschäftige mich dort mit Dingen, die ich mag und die mir guttun. Ich muss keine Angst haben, Unterrichtsstoff zu versäumen. Es ist wichtiger, dass ich jetzt wieder ruhig werden kann.
	Wenn ich wieder genug Kraft habe, gehe ich zurück in den Unterricht.

(Lohmann 2017, S. 60)

Tritt die Wutphase ein, dann geht es darum, Schutz zu gewährleisten, die Ruhe zu bewahren und dafür zu sorgen, dass Samu sich einen sicheren Raum außerhalb der Klasse sucht (Ablaufplan). Wenn die starke Erregung wieder etwas nachgelassen hat, dann kehrt Samu ohne Extraansprache zurück in die Klasse. Normalität wird aufgenommen (schulisches Arbeiten ohne hohe Anforderungen), der Vorfall wird mit Samu in einer späteren Phase besprochen, Samus Mutter wird nach Schulschluss informiert (Lohmann 2017, S. 63). Die Lehrkraft zeigt in dieser Situation von emotional-aggressiven Ausbrüchen, in denen Schüler nur noch re-agieren, ein hilfreiches, konkretes Lehrerverhalten. Sie schützt den Schüler, sie schützt Mitschüler, sie schützt Gegenstände und den Raum, sie fordert Unterstützung an, sie maßregelt und diszipliniert nicht. Sie atmet tief durch und versucht, ruhig zu bleiben, wenige Worte zu benutzen und einen Machtkampf zu vermeiden (ebd. S. 59). Die Lehrkraft unterlässt krisenverschärfendes Lehrerverhalten, d.h. sie spricht möglichst nicht mit lauter Stimme, äußert keine Vermutungen, sagt nicht, dass sie der