

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, Verknennung, Deprivilegierung, Stigmatisierung, Othingprozesse, 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



politischen und gesellschaftlichen Faktoren beeinflusst. Schule spielt dabei eine wichtige Rolle, ebenso das Elternhaus und die Peergroup. Trauma als erfahrene Verletzung mit enormer Intensität und Wucht des Erlebens reißt den Betroffenen aus der Welt und erschüttert seine Existenz, seine bisherige Überzeugung, sich im eigenen Leib sicher fühlen zu können. Nach einer traumatischen Verletzung ist ein „sich selbst bewohnen“ (vgl. Oikeosis-Theorie; Jäckle 2017, S. 61 ff.) nur noch schwer möglich. Es führt ihm plötzlich die Endlichkeit seiner *Existenzialität* vor Augen, lässt sein Interesse an der eigenen Selbstverwirklichung zu einer Notwendigkeit zur Selbsterhaltung werden. In einer bestimmten Situation seines Lebens ist es zu einer Zerstörung zentraler Dimensionen seines Menschseins gekommen, der Dimension der sozialen Beziehungen, der Ichwerdung, des räumlich-zeitlichen Kontextes und der bisherigen, für sicher erachteten Lebensverhältnisse. Ausgeliefertsein, Machtlosigkeit, Ausweglosigkeit und grundsätzliche Bedrohung werden ihm bewusst und zerstören bisherige Sicherheiten. Das gilt besonders für Beziehungstraumatisierungen, die ihr Bedürfnis nach Zuwendung mit Gefühlen von Gefährdung und Panik überlagern und zu Aggression oder zu Erstarrung führen. Das Trauma wirkt sich dementsprechend auf die Körperwahrnehmungen und die Körperreaktionen aus. Es betrifft die sogenannte leibliche Selbstregulation der Betroffenen und zeigt sich in Hilflosigkeit, Haltlosigkeit und überwältigenden Erlebensmodi. Sie erleben die Situation als grenzensprengende Erfahrung, die der Verbindung zur Welt, zu anderen und zu sich selbst den Sinn nimmt. Die Folge ist, dass ein Leben im Hier und Jetzt unmöglich wird. Denn traumatische Erinnerungen leben hauptsächlich als leibliche, somatische Erinnerungen weiter, zeigen sich nicht primär im Inhalt, in Geschichten, sondern in leiblichen Handlungsdialogen und Verhaltensweisen.

4. Trauma aus pädagogischer Sicht

Die (schul-)pädagogische Sicht versucht, traumatische Erfahrungen als Erziehungs- und Bildungsanlässe sichtbar werden zu lassen und den Betroffenen ein existenziell bedeutsames Lernen, orientiert am Prinzip der Sorge (Jäckle 2017, S. 611 ff.), zu ermöglichen. Dafür stehen im Vordergrund:

Resonantes Lernen: Die für Erziehung und Bildung bedeutsame „Anverwandlung von Welt“ erfolgt über resonante Kontakte zur Welt. Bei einer Resonanz Erfahrung (resonare = anklingen) findet zum einen eine Bewegung in Richtung auf andere Menschen und auf „die Dinge der Welt“ statt, d.h. aus der Isolation und Resonanzlosigkeit heraus, was neue Erfahrungen und Kenntnisse mit sich bringt, und andererseits eine Bewegung in Richtung auf die inneren Kräfte des Menschen, die dadurch gestaltet und geformt werden. So können die traumatisierten Kinder und Jugendlichen, die eine „Resonanzkatastrophe“ durchgemacht haben (Rosa 2016: 283), individuell und personal Beziehungen aufbauen und sich selbst-gestaltend die Welt aneignen. Schulische Erfahrungen vermögen, bei ihnen Staunen, Bewegung und Sicherheit hervorzubringen, und helfen, Entsetzen, Starre und Bedrohung zu überwinden.

Bedürfnisorientiertes Lernen: Jungen und Mädchen mit Traumaerfahrungen kommen mit einer Vielzahl von Bedürfnissen in die Schule: physiologische Bedürfnisse, Schutzbedürfnisse, Bedürfnisse nach einfühelndem Verstehen und sozialer Bindung, Bedürfnisse nach seelischer und körperlicher Wertschätzung sowie nach Anregung, Spiel und Leistung, Bedürfnisse nach Selbstverwirklichung und Bewältigung existenzieller Lebensängste (Schmidtchen 1989, S. 106). Sie brauchen deshalb beim Lernen und in ihrem schulischen Alltag pädagogisch-aner kennende Unterstützung. Schule sollte für sie so etwas wie ein „Fluchtpunkt, eine Nische, eine Insel der Ordnung und der Struktur in einem sonst eher chaotischen Alltag, ein Ort der persönlichen Zuwendung, der Einbindung in Freundschaftsbeziehungen“ (Göppel 1999, S. 179), der Begegnung mit Weltwissen und Weltkönnen sein, an dem sie die eigene Werthaftigkeit erleben können.

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

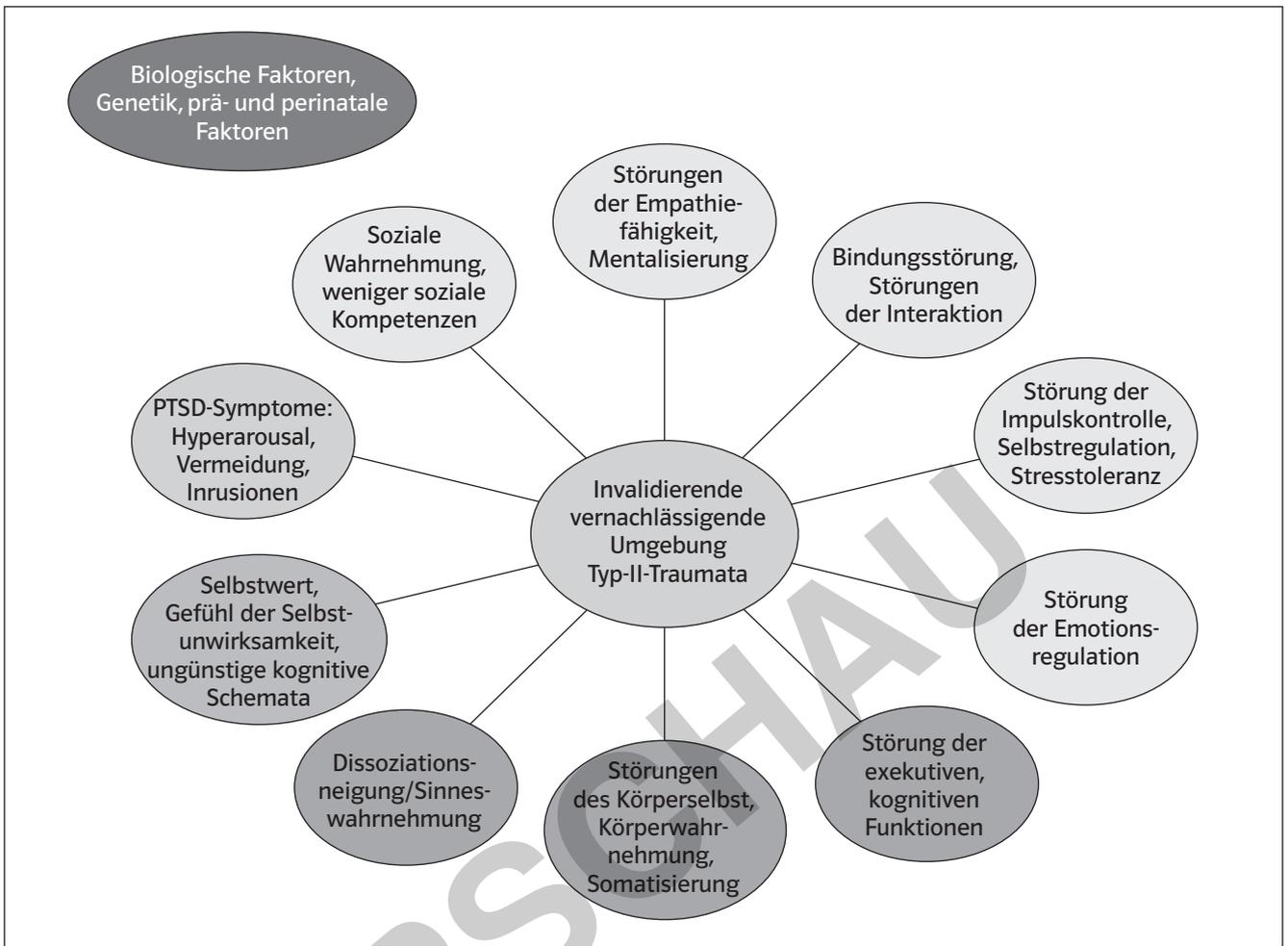
Trauma als überwältigendes Ereignis (Medizin, Psychiatrie und Psychotraumatologie): Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte 1991 ein Trauma als ein „kurz- oder langanhaltendes Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß, das nahezu bei jedem tiefgreifende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

- **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.



(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