

Das klinisch-psychologische Zustandsbild der Hyperaktivität unter besonderer Berücksichtigung der traumapsychologischen Perspektive

Implikationen für die pädagogische Praxis

Regine Schörkl¹

Zusammenfassung

In dem vorliegenden Artikel soll das klinische Zustandsbild der Hyperaktivität aus traumapsychologischer und traumapädagogischer Perspektive betrachtet werden. Ausgehend von der Frage, ob hyperaktive Symptome auch Teil einer Traumafolgestörung sein können, werden beide Störungsbilder – nach einer einführenden Klärung der Begrifflichkeiten und der diagnostischen Einordnung – in Hinblick auf etwaige Symptomüberschneidungen betrachtet. Im Anschluss daran sollen Überlegungen angestellt werden, welche Möglichkeiten es im pädagogischen Kontext gibt, mit Kindern und Jugendlichen mit einer derartigen Verhaltenssymptomatik (unabhängig von der zugrundeliegenden Diagnose) konstruktiv umzugehen.

ADHD from a trauma psychological point of view

Implications for the pedagogical practice

Abstract

This article tries to focus the attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) from a trauma psychological and a trauma pedagogical point of view. It deals with the question, whether symptoms of ADHD could also be part of a traumatic disorder. In order to be able to find an overlap of symptoms both disorders and their classification are presented. In the last part of this work, possibilities of a constructive treatment for children and adolescents displaying such kind of behavior symptoms – independent of their initial diagnosis – are discussed.

Schlüsselwörter:

Hyperaktivität/ADHS
Frühkindliche Traumatisierung
Traumafolgestörung

Keywords:

ADHD
Developmental Trauma Disorder
Traumatic Disorders

1 Einleitung

Unaufmerksam, überaktiv, impulsiv, leicht ablenkbar, in Gedanken verloren, ruhelos wirkend, distanzlos, emotional überschießend und leicht erregbar – dies sind häufig verwendete Beschreibungen für Kinder und Jugendliche mit einer diagnostizierten hyperkinetischen Störung. Betrachtet man die aufgezählten Verhaltenssymptome aus traumapsychologischer Perspektive, so sind sie durchaus auch als traumaassoziierte Verhaltensweisen zu erkennen und einzuordnen.

Eine Überschneidung von traumaassoziierten Verhaltensweisen und von hyperkinetisch bedingten Verhaltensweisen scheint auf den ersten Blick gegeben. Aus welchen für den Schulalltag relevanten Symptomen setzt sich die Schnittmenge dieser beiden Störungsbilder zusammen? Hat die diagnostische Zuordnung zu einem der beiden Störungsbilder unterschiedliche Implikationen für die pädagogische Praxis?

¹Private Pädagogische Hochschule der Diözese Linz, Salesianumweg 3, 4020 Linz.

Korrespondierende Autorin. E-Mail: regine.schoerkl@ph-linz.at

Oder gibt es auch unabhängig von der klinischen Diagnose, die ja nicht im Kompetenzbereich des pädagogischen Fachpersonals liegt, hilfreiche und stabilisierende Zugänge und Interaktionsmittel, die sowohl bei Kindern und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen als auch mit hyperkinetischen Störungen den pädagogischen Alltag unterstützen und für alle im System Befindlichen erleichtern können?

Eine grundlegende Einführung in das hyperaktive Störungsbild aus klinisch psychologischer Sicht – inklusive Klärung der verschiedenen Begrifflichkeiten, der Klassifikation sowie der diagnoseleitenden und komorbiden Symptome – soll als Basis für den im Anschluss folgenden traumapsychologischen Blickwinkel dienen.

2 Das klinisch-psychologische Zustandsbild der Hyperaktivität

2.1 Begrifflichkeit und Klassifikation

Die in der Fachliteratur zu findenden Bezeichnungen hyperkinetische Störung und ADHS werden in den beiden Diagnosemanualen ICD und DSM¹ verwendet und beschreiben ein durchgehendes Muster an hyperaktivem, unaufmerksamem und impulsivem Verhalten, welches sich situationsübergreifend und in einer nicht altersentsprechenden Ausprägung zeigt. Während die ICD-10 die Bezeichnung hyperkinetische Störung (HKS) verwendet, wird im DSM-5 die Bezeichnung ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) auf Deutsch ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) aufgegriffen.

Das DSM-5 orientiert sich bei der Beschreibung des Störungsbildes ebenso wie die ICD-10 an den drei Kardinalsymptomen Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität. Je nach Ausprägung der Kardinalsymptome unterscheidet das DSM-5 zwischen einem gemischten Erscheinungsbild, einem vorwiegend unaufmerksamen Erscheinungsbild und einem vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Erscheinungsbild (Falkai & Wittchen, 2015, S. 79). In der ICD-10-GM (German Modification) findet man hingegen die Einteilung in eine einfache Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung (F90.0) und eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1). Für die letztgenannte Diagnose müssen sowohl die allgemeinen Kriterien für die hyperkinetische Störung (F90.0) als auch die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens (F91.-) erfüllt sein (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2017, S. 85). Die Störung des Sozialverhaltens ist charakterisiert durch ein durchgehendes Muster dissozialen, aggressiven und aufsässigen Verhaltens.

Vergleicht man die möglichen Diagnosen der ICD-10 und des DSM-5, findet die ICD-10-Diagnose der einfachen Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung (F90.0) ihre Entsprechung in der DSM-5 Diagnose des gemischten Erscheinungsbilds. Das vorwiegend von Unaufmerksamkeit gekennzeichnete Erscheinungsbild nach DSM-5 wurde häufig unter ICD-10-F98.8 klassifiziert. Das vorwiegend hyperaktiv-impulsive Erscheinungsbild des DSM-5 findet in der ICD-10 keine Entsprechung. Im Gegensatz dazu findet sich die in der ICD-10 unter F.90.1 zu klassifizierende hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens in dem DSM-5 nicht (Remschmidt et al., 2017, S. 21). Während in dem DSM-5 die Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörungen den Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung zugeordnet sind, findet sich die hyperkinetische Störung in der ICD-10 in der Gruppe der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9). Übereinstimmungen zeigen die beiden Diagnosemanualen hinsichtlich der folgenden für die Diagnosestellung notwendigen Voraussetzungen (Döpfner, Schürmann & Frölich, 2007, S. 13; Döpfner & Banaschewski, 2013, S. 272):

- Die Symptome müssen mindestens über 6 Monate hinweg in einem dem Entwicklungsstand des Kindes nicht entsprechenden (und unangemessenen) Ausmaß vorliegen.
- Die beschriebene Symptomatik muss sich in mindestens zwei voneinander unabhängigen Situationskontexten zeigen (z.B. zu Hause, in der Schule...).
- Es kommt zu klinisch bedeutsamen Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen.

Wären sich DSM-IV und ICD-10 noch einig, dass das erstmalige Auftreten störungsspezifischer Symptome vor Beginn des 7. Lebensjahres liegen muss, wird im DSM-5 ein weiches Kriterium herangezogen, welches den Störungsbeginn auf unter 12 Jahre festlegt (Ehret & Berking, 2013, S. 260).

2.2 Erscheinungsmerkmale

Die drei Kardinalsymptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität wurden bereits angeführt. Eine differenziertere Beschreibung der damit im Zusammenhang stehenden möglichen Verhaltensweisen soll das Erscheinungsbild der hyperkinetischen Störung veranschaulichen

Störungen der Aufmerksamkeit manifestieren sich in einem frühzeitigen Abbruch von Aufgaben sowie in nicht zu Ende geführten Tätigkeiten und machen sich vor allem in Situationen bemerkbar, die mit geistigen Anstrengungen verbunden sind. Fremdbestimmte (z.B. schulische) Tätigkeiten sowie Routinetätigkeiten und uninteressante Aufgaben scheinen Störungen der Aufmerksamkeit eher zu begünstigen als selbstgewählte Tätigkeiten. Ein häufiges Wechseln von einer Tätigkeit zur anderen und ein rasches Verlieren an Interesse für die gerade ausgeübte Beschäftigung sind zu beobachten (Döpfner et al., 2007, S. 3; Döpfner & Banaschewski, 2013, S. 272). Die erledigten Arbeiten weisen häufig Flüchtigkeitsfehler auf und scheinen oft unordentlich und wenig bemüht ausgeführt. Ein Mangel an Selbstorganisation kann ebenso Ausdruck der Unaufmerksamkeit sein. So haben betroffene Kinder und Jugendliche erhebliche Schwierigkeiten, benötigte Materialien und Unterlagen in Ordnung zu halten, die auszuführenden Aufgaben und Tätigkeiten zu planen und zu strukturieren und diese fokussiert und fristgerecht zu erledigen. Die Unterscheidung von wichtigen und unwichtigen Aufgaben gelingt kaum, was wiederum Auswirkungen auf die Planung und Strukturierung von Tätigkeiten hat. Häufig werden benötigte Gegenstände oder Unterlagen nicht mehr gefunden oder gehen verloren. Betroffene Kinder und Jugendliche scheinen zudem in Gedanken versunken zu sein (zu träumen) und nicht zuzuhören, wenn sie angesprochen werden. Anweisungen scheinen innerhalb weniger Minuten vergessen und werden daher auch nicht ausgeführt (Brandau & Kaschnitz, 2013, S. 31).

Döpfner, Schürmann und Frölich (2013, S. 28) führen an, dass bei Kindern und Jugendlichen mit einer hyperkinetischen Störung sowohl die selektive Aufmerksamkeit, welche ein Fokussieren auf aufgabenrelevante und ein Ausblenden irrelevanter Reiz ermöglicht, als auch die Daueraufmerksamkeit – also die Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit über eine längere Zeitspanne – beeinträchtigt sind.

Impulsive Verhaltensweisen können sich einerseits in der Neigung, Ideen und Verhaltensimpulse unmittelbar umzusetzen, ohne zuvor zu überlegen und mögliche Konsequenzen abzuwägen, zeigen (kognitive Impulsivität). Zum anderen werden sie in einer geringen Frustrationstoleranz sichtbar, die sich im Wunsch nach unmittelbaren Belohnungen und in der Unfähigkeit, eigene Bedürfnisse aufzuschieben oder abzuwarten, äußert (motivationale Impulsivität) (Döpfner & Banaschewski, 2013, S. 271 f.). Bei Brandau und Kaschnitz (2007, S. 35) findet sich zudem in Anlehnung an Robin (1998) die Differenzierung der Impulsivität in eine kognitive und emotionale Komponente. Die emotionale Impulsivität führt aufgrund der geringen Frustrationstoleranz zu einer raschen emotionalen Erregtheit und Aktivierung, welche schwer reguliert werden kann und in aggressive physische und verbale Reaktionen münden kann.

Impulsive Verhaltensweisen können sich z.B. im häufigen Unterbrechen und Stören anderer Personen (Erwachsener sowie Kinder) sowie im spontanen, unpassenden und störenden Herausrufen äußern. Bei manchen Kindern und Jugendlichen zeigt sich ein ausgesprochenes Rede- und Mitteilungsbedürfnis, ohne dabei angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren. Zudem birgt impulsives Handeln ein hohes Risikopotential für gefährliche Situationen und für Unfälle. Dies kann sich im unüberlegten Angreifen von Gegenständen oder in waghalsigen Verhaltensweisen im Straßenverkehr (z.B. unbedachtes Laufen über die Straße) äußern. Impulsives Handeln bezieht auch unüberlegtes Treffen von wichtigen Entscheidungen ein (z.B. Annehmen einer Arbeitsstelle ohne ausreichendes Einholen von nötigen Informationen) (Falkai und Wittchen, 2015, S. 80).

Hyperaktivität schließlich bezeichnet „eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende motorische Aktivität, exzessive Ruhelosigkeit, die besonders in Situationen auftritt, die relative Ruhe verlangen“ (Döpfner & Banaschewski, 2013, S. 272). Dies kann sich unter anderem durch häufiges Herumzappeln, einem starken Bewegungsdrang, einer Unfähigkeit sitzen zu bleiben, einem Wackeln mit Händen und Füßen sowie einem häufigen Aufstehen in Situationen, in denen dies unangepasst ist, bemerkbar machen. Betroffene Kinder und Jugendliche scheinen oftmals wie getrieben oder auf dem Sprung zu sein.

Neben der bisher beschriebenen beeinträchtigten Aufmerksamkeit, der mangelnden Ausdauer, dem Unvermögen gestellte Aufgaben zu Ende zu bringen, der Impulsivität, der Desorganisation sowie mangelhafter Regulation von Aktivitäten können noch weitere Auffälligkeiten beobachtet werden. So werden in der ICD-10 „die Distanzstörung in sozialen Beziehungen, Unbekümmertheit in gefährlichen Situationen, die impulsive Missachtung sozialer Regeln sowie Lernstörungen und motorische Ungeschicklichkeit“ als Begleitmerkmale angeführt (Steinhausen, 2016, S. 137). Die Unbekümmertheit in gefährlichen Situationen sowie die Impulsivität führen dazu, dass ADHS-Kinder oftmals zu Unfällen neigen. Die Distanzlosigkeit in sozialen Beziehungen – vor

allem Erwachsenen gegenüber – zeigt sich „in einem Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 2005, S. 293). Gepaart mit einer Achtlosigkeit gegenüber sozialen Regeln kommt es zu häufigen Bestrafungen der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Wobei anzumerken ist, dass das Verletzen von Regeln mehr aus Unachtsamkeit als aus Vorsätzlichkeit passiert (Remschmidt et al., 2017, S. 81). Im Grundschulalter neigen ADHS-Kinder zu aggressiven Impulsdurchbrüchen oftmals bei nichtigen Anlässen, fallen durch eine erhöhte Reizbarkeit auf und erscheinen aufgrund ihres mangelnden Regelbewusstseins und ihres überschießenden, den sozialen Situationen nicht angepassten Verhaltens oftmals als nicht gruppenfähig. Zusätzliche Schwierigkeiten bei der emotionalen Selbstregulation sowie dysfunktionale kognitive Verarbeitungsstrategien erschweren die sozialen Interaktionen und somit auch den Aufbau von freundschaftlichen Beziehungen und gefährden die soziale Integration. Schwierigkeiten in den sozialen Interaktionen können sich auch dadurch ergeben, dass hyperkinetische Kinder zu dominierenden und kontrollierenden sowie klammernden und unreifen Verhaltensweisen gegenüber anderen Kindern neigen können (Döpfner et al., 2013, S. 33). Jugendliche mit einem hyperkinetischen Zustandsbild tendieren oftmals aufgrund der mangelhaften Fähigkeit zur Impulskontrolle und Emotionsregulation zu unbedachten verbalen Äußerungen, die beleidigend oder verletzend sein können und in weiterer Folge – bei Bewusstwerden des Inhaltes – bei den betroffenen Jugendlichen Schamgefühle auslösen können.

Linderkamp, Hennig & Schramm (2011, S. 31) weisen auf das geringe Selbstwertgefühl von Kindern und Jugendlichen mit Hyperaktivität hin. Grund dafür sind zum einen die oftmals – aufgrund der Verhaltens- und Interaktionsschwierigkeiten – negativen Rückmeldungen von relevanten Bezugspersonen sowie die problematische Wahrnehmung der eigenen Fähigkeiten. Diese negative Selbstwahrnehmung steht im Zusammenhang mit den häufig vorkommenden Schulleistungsschwierigkeiten der Kinder und Jugendlichen mit Hyperaktivität. Die schulischen Defizite und Misserfolge können neben einem niedrigen Selbstwertgefühl mit destruktiven Selbstzuschreibungen auch zu aggressiven Verhaltensweisen und/oder depressiver Symptomatik führen (Remschmidt et al., 2017, S. 81; Steinhausen, 2016, S. 138). Es erscheint nachvollziehbar, dass sich dies wiederum ungünstig auf die schulische Leistungsfähigkeit, die sozialen Beziehungen und die soziale Integration, die Interaktion mit Erwachsenen (im schulischen Kontext mit Lehrerinnen und Lehrern) und auf das Erlernen und den Aufbau eines reflexiven und konstruktiven Impuls- und Emotionsmanagements auswirkt.

Die Schilderung des Kreislaufes von ungünstiger Primär- und Sekundärsymptomatik veranschaulicht die bedeutende Rolle der Umweltfaktoren sowie der anderen sich im System befindlichen Personen – Erwachsene sowie Kinder. Ein negativ kontrollierendes und bestrafendes Reagieren der erwachsenen Bezugspersonen auf die Verhaltensweisen des Kindes und Jugendlichen vermag nicht unwesentlich zu einer Verstärkung der vorliegenden Symptomatik und einer Verfestigung des Kreislaufes beitragen (Neuhaus, 2009, S. 32; Linderkamp et al., 2011, S. 29).

2.3 Prävalenz

Die Prävalenzraten der ADHS bzw. HKS variieren international in Abhängigkeit von den der Diagnose zugrunde gelegten Kriterien stark. So ist die Prävalenz der ADHS aufgrund der weicheren Kriterien höher als die Prävalenzrate der hyperkinetischen Störung nach ICD-10. Laut Steinhausen (2017, S. 138) kann von einer weltweiten durchschnittlichen Prävalenzrate von 5,3 % ausgegangen werden.

Auf Kinder bezogen zeigen die Studien aus europäischen Ländern Prävalenzraten zwischen 3,6 und 6,7 %. Bei Jugendlichen fallen sie mit 2,2 und 2,6 % geringer aus. Geschlechtsspezifisch kann gesagt werden, dass Buben 3-9x häufiger von der Diagnose ADHS betroffen sind als Mädchen (Steinhausen, 2016, S. 138). Auf Deutschland bezogen liegt die Prävalenz nach den strengeren Forschungskriterien der ICD-10 zwischen 1 und 3,4 % (Görtz-Dorten & Döpfner, 2009 und Döpfner et al., 2008, nach Döpfner & Banaschewski 2013). Für Österreich liegt laut Bericht des Bundesministeriums vom Juni 2013 (S. 6) keine umfassende epidemiologische Studie zu AD(H)S im Kindes- und Jugendalter vor. Es kann angenommen werden, dass die für Deutschland ermittelten Prävalenzraten auch auf Österreich bezogen werden können.

2.4 Diagnostik

Die Diagnostik der ADHS ist selbst für geschultes und erfahrenes klinisches Personal keine leichte und eindeutige Aufgabe – zu vielfältig und oftmals unterschiedlich zeigen sich die verschiedenen Symptome. Hinzu kommt, dass trotz der Objektivierung der Diagnosestellung durch die zugrunde gelegten klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD 10 noch immer ein subjektiver Spielraum hinsichtlich der Abgrenzung von kindgerechtem zu pathologisch einzustufendem Verhalten bleibt. Erschwerend kommt hinzu, dass die

differentialdiagnostische Abgrenzung der ADHS von anderen klinischen Störungsbildern keinesfalls trennscharf ist. Ganz im Gegenteil, es kommt in Bezug auf viele klinische Störungsbilder zu Überschneidungen hinsichtlich der vorliegenden Symptome, was die differentialdiagnostische Abklärung wesentlich erschwert. Weiters zeigt sich, dass ADHS nur in wenigsten Fällen ohne komorbide Störungen auftritt. So werden laut Döpfner und Banaschewski (2013, S. 274) bei bis zu 80 % komorbide Störungen diagnostiziert. Dabei handelt es sich vor allem um oppositionelle Störungen des Sozialverhaltens, affektive, vor allem depressive Störungen, Angststörungen und umschriebene Lernstörungen.

Das zentrale Anliegen dieses Artikels ist die Annäherung an das hyperkinetische Störungsbild aus traumapsychologischer Sicht. Insbesondere interessiert dabei die Frage, ob auftretende Symptome, die einer hyperkinetischen Störung zugeordnet werden können, auch Folgen einer Traumafolgestörung sein können. Um sich dieser Frage anzunähern, erscheint eine genauere Auseinandersetzung mit dem Traumbegriff, mit der möglichen diagnostischen Einordnung einer Traumafolgestörung und den damit assoziierten Symptomen zum grundlegenden Verständnis sinnvoll. In einem weiteren Schritt soll überlegt werden, ob eine mögliche Schnittmenge von ADHS-korrelierten Symptomen mit jenen einer Traumafolgestörung gebildet werden kann.

3 Traumafolgestörungen

3.1 Was ist ein Trauma?

Ein Trauma wird definiert als ein „vitaless Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit dem Gefühl von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauernde Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (Garbe, 2015, S. 15). Trauma – aus dem Griechischen kommend – bedeutet Verletzung, Wunde; ein psychisches Trauma stellt demzufolge eine seelische Verletzung dar.

Je nach Intensität, Dauer und Zeitpunkt des erlebten Traumas kann es zu unterschiedlichen Traumafolgestörungen kommen. Nach der Psychiaterin Leonore Terr (1991, nach Münker-Kramer, 2015, S. 41) wird zwischen Typ-I-Traumata und Typ-II-Traumata unterschieden. Typ-I-Traumata – es kann sich hierbei um eine Monotraumatisierung als auch um mehrere verschiedene traumatische Ereignisse handeln – sind Folgen unerwarteter, zeitlich umgrenzter Ereignisse, welche in ein ansonsten relativ normal verlaufendes Leben eingebettet sind. Naturereignisse, Unfälle, technische Katastrophen und Überfälle können beispielhaft in diesem Sinn zu diesem Traumotyp gezählt werden. Typ-II-Traumata bzw. Komplextraumatisierungen hingegen entstehen – wie der Name schon impliziert – aufgrund eines komplexen Traumageschehens, welches durch eine Ansammlung von mehrmaligen, wiederkehrenden oder andauernden Traumata charakterisiert ist. Physische, psychische sowie sexuelle Gewalt, Folter oder Vernachlässigung sind hier als Beispiele zu nennen. In der Gegenüberstellung der beiden angeführten Traumotypen zeigt sich ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal. Die Traumaverursacher der Typ-I-Traumatisierung sind vorwiegend „nichtmenschlich“ und/oder „fremd“. Das heißt, Traumata sind meist zurückzuführen auf technisches Versagen, Naturgewalten oder unglückliche Zufälle. Sind Menschen involviert, so stammen diese meist nicht aus dem näheren Umfeld des Opfers. Die Verursacher/innen von Typ II-Traumatisierungen hingegen sind ausnahmslos andere Menschen. Je näher diese Menschen dem Opfer stehen, je früher im Leben eines Menschen diese traumatischen Situationen stattfinden, je länger diese andauern, desto schwerwiegender sind die Traumafolgen und desto schwerwiegender und strukturell tiefgreifender ist – um zur eingangs angeführten Traumadefinition zurückzukehren – die Erschütterung von Selbst- und Weltbild.

Eine besonders schwerwiegende Form des Traumotyps II ist die komplexe Entwicklungsstörung nach Frühtraumatisierung, welche von Weinberg (2010, S. 12) in Anlehnung an den von van der Kolk geprägten Begriff „Developmental Trauma Disorder“ als Traumabedingte Entwicklungsstörung bezeichnet wird. Diese Bezeichnung „erfasst die tief greifende Schädigung der Gesamtentwicklung durch Kindesvernachlässigung, das heißt durch Deprivation, Bindungsabbrüche, Verwahrlosung, Misshandlung, Missbrauch und generelle Schutzlosigkeit in Vereinsamung, Ablehnung und in schwerer Beängstigung“ (Weinberg, 2010, S. 13). Dieser Begriff steht somit in engem Zusammenhang mit dem von Brisch (2011, S. 95) verwendeten Begriff der Bindungsstörungen.

Erwähnenswert scheint an dieser Stelle, dass noch in den 1990ern von der Annahme ausgegangen wurde, dass Kinder nur kurzfristig auf traumatische Ereignisse und nicht wie Erwachsene mit andauernden Symptomen reagieren können (Rosner, 2013, S. 405). „Heute aber weiß man, dass dem nicht so ist. Im Gegenteil – es zeigt

sich, dass die Folgen von Traumata umso stärker sind, je jünger der Mensch ist.“ (Steil & Rosner, 2009, Einleitung)

3.2 Diagnostische Einordnung/Klassifikation

Die diagnostische Einordnung von Traumafolgestörungen ist nicht unumstritten. Aufgrund der Vielschichtigkeit, „extremen Vielgestaltigkeit, Weitläufigkeit und zugleich Verstecktheit der Symptomatik“ (Weinberg 2010, S. 12) lassen sich Überlappungen mit vielen in der ICD-10 angeführten Störungsbildern feststellen. Zudem ist kritisch anzumerken, dass trotz der Vielzahl an unterschiedlichen Diagnosen im Zusammenhang mit einer Traumatisierung, in der ICD-10 keine Diagnose zu finden ist, die eine „Komplexe Entwicklungsstörung nach Frühtraumatisierung“ bzw. eine traumabedingte Entwicklungsstörung abzubilden vermag. Trotzdem soll versucht werden, im folgenden Abschnitt die aktuell zur Verfügung stehenden Diagnosemöglichkeiten ansatzweise aufzuzeigen, wobei versucht wird, speziell jene im Kindes- und Jugendalter zu berücksichtigen.

In der ICD-10 sind als primäre Diagnosekategorien für eine Traumafolgestörung die Akute Belastungsreaktion F43.0, die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) F43.1 sowie die Anpassungsstörungen F43.2 vorgesehen. Diese Diagnosen – unter F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen zusammengefasst – gelten sowohl für Erwachsenen als auch für Kinder und Jugendliche und „entstehen immer als Folge der akuten schweren Belastung oder des kontinuierlichen Traumas.“ (Dilling, Mombour & Schmidt, S.167) Wichtig ist es hervorzuheben, dass bei diesen Diagnosen sowie bei den im Kindesalter relevanten Bindungsstörungen somit eine ätiologische Beziehung zu den belastenden Ereignissen hergestellt wird, auch wenn sie „durch keine spezifische Psychopathologie gekennzeichnet sind, sondern diese vielmehr von anderen psychischen Störungen des Klassifikationssystems beziehen“ (Steinhausen, 2016, S. 231). Diese klare ätiologische Beziehung ist ansonsten bei keinem anderen Störungsbild in der ICD-10 zu finden.

Das komorbide Auftreten einer PTBS im Kindes- und Jugendalter mit anderen Störungsbildern wird vielfach beschrieben. So werden bei Rosner (2013, S. 410) das viermal häufigere Auftreten von internalisierenden Störungen, das um den Faktor 12 erhöhte Auftreten externalisierender Störungen, verschlechterte Schulleistungen, sowie Trennungsangst bei jüngeren Kindern angeführt. Allerdings weist Rosner (2013, S. 407) darauf hin, dass „langdauernde und wiederholte Traumatisierungen, die durch eine Person aus dem Nahbereich des Kindes verursacht wurden (wie bei sexueller und physischer Gewalt und/oder Vernachlässigung), eine Symptomatik verursachen können“, die weit über die Symptome einer PTBS hinausgehen können.

Auch Weinberg (2010, S. 12) betont, dass die PTBS die vielfältigen Symptome einer Traumafolgestörung nicht umfassend abbilden kann. Garbe (2015, S. 37) führt an, dass aufgrund des komplexen Störungsbildes, welches sich aus einer frühen Entwicklungstraumatisierung ergeben kann, oftmals sehr unterschiedliche ICD-10 Diagnosen vergeben werden – in vielen Fällen auch komorbide. Folgende zusätzliche Diagnosen finden sich in ihrer Auflistung: Angststörungen, Depressive Reaktion, Dissoziative Störungen, Somatoforme Störungen, Essstörungen, Sexuelle Funktionsstörungen, Depersonalisation/Derealisation, Persönlichkeitsstörungen, Andauernde Persönlichkeitsveränderungen nach Extrembelastung², Entwicklungsstörungen im Kindesalter und Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

Gerade im Kindesalter sind auch die in der ICD-10 zu findenden Bindungsstörungen zu nennen. Hier wird zwischen einer reaktiven Bindungsstörung (F94.1) und einer Bindungsstörung mit Enthemmung (F94.2) differenziert. Die reaktive Bindungsstörung beschreibt ein Reaktionsmuster auf in den ersten Lebensjahren vorzufindenden Deprivationsbedingungen, welches sich in einer ambivalenten Beziehungsdynamik und einer mangelnden sozialen Ansprechbarkeit und Rückzugstendenzen äußert. Die Bindungsstörung mit Enthemmung greift eine mögliche Reaktion auf frühe Fremdunterbringung mit einem oftmaligen Wechsel von Bezugspersonen auf, wodurch der Aufbau einer stabilen Bindung erschwert wird (Steinhausen, 2016, S. 360).

Trotz der bereits angeführten vielfältigen Diagnosemöglichkeiten fehlt in der ICD-10 bislang die Codierung von Traumafolgestörungen als Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (DESNOS – disorder of extrem stress not otherwise specified), welche 2013 erstmalig im DSM-5 aufgenommen wurde (Garbe, 2015, S. 39). Diese wird jedoch – aller Voraussicht nach – in der ICD-11 (welche gerade in Bearbeitung ist) zu finden sein (Münker-Kramer, 2015, S. 45).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich eine Vielzahl an möglichen Diagnosen für Traumafolgestörungen in Abhängigkeit von den vorliegenden Symptomen, dem Ausmaß der Schädigung, dem Zeitpunkt der Schädigung und dem Alter der betroffenen Personen codieren lässt. Dies verdeutlicht sehr gut den hohen Kompetenzanspruch an diagnostisch tätige Fachpersonen.³ Kritisch zu beachten ist jedoch, dass es

aufgrund der Überlappung und Fehldeutung einzelner Symptome auch zu einer falschen Kategorisierung kommen kann. So kann es bei fehlender Exploration potentiell traumatischer Ereignisse zu einer fälschlichen Diagnose einer ADHS kommen (Rosner, 2013, S. 411). Auch Steil und Rosner (2009, S. 51) weisen darauf hin, dass „einige der Übererregungssymptome wie Reizbarkeit, Wutausbrüche und Konzentrationsstörungen (...) fälschlicherweise zu einer Diagnose einer Störung aus der Gruppe der hyperkinetischen und aggressiven Störungen führen“ können. Die Gefahr einer falschen Diagnose einer Hyperaktivität aufgrund der Verkenntung einer Traumafolgestörung findet sich auch bei anderen Autoren und Autorinnen (Weinberg, 2010, S. 12; Möhrlein & Hoffart, 2014, S. 93). Die Thematisierung dieser differentialdiagnostischen Schwierigkeit impliziert, dass es auf Symptomebene zu einer nicht unwesentlichen Überschneidung von Symptomen kommt, die bei Überfokussierung fälschlicherweise zu einer ADHS-Diagnose führen können.

3.3 Erscheinungsmerkmale

Im Folgenden soll nun versucht werden Erscheinungsmerkmale von Kindern und Jugendlichen anzuführen, die einer Traumafolgestörung im Sinne einer traumabedingten Entwicklungsstörung unterliegen. Im Besonderen soll dabei der Fokus auf jene Symptome gelegt werden, die im schulischen Setting relevant scheinen.

Julius (2008, S. 570) hält fest, dass es keine traumaspezifischen Symptome gibt, jedoch zeigt sich eine Häufung von Verhaltensweisen in Kombination mit verschiedenen Beziehungstraumata. So führt er in diesem Kontext unter anderem (2008, S. 570) delinquente Verhaltensweisen, geringes Selbstwertgefühl, aggressiver Umgang mit Gleichaltrigen, Verzögerungen in der kognitiven, motorischen und sprachlichen Entwicklung, depressive Symptome, geringes Selbstwertgefühl an. Die oftmals mit Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen einhergehenden posttraumatischen Belastungsstörungen finden laut Julius (2008, S. 571) häufig ihren Ausdruck in Form von „psychosomatischen Symptomen, einer erhöhten Reizbarkeit, Wutausbrüchen, Konzentrationsschwierigkeiten sowie übertriebenen Schreckreaktionen“.

Garbe (2015, S. 21) beschreibt traumatisierte Menschen als leicht erregbar und unruhig. Zudem zeigen traumatisierte Menschen oftmals ein wechselndes und nicht altersgerechtes Verhalten, wodurch der Umgang mit ihnen erschwert werden kann. Die autonome Übererregung (Hyperarousal) findet sich – neben dem Wiedererleben der Vermeidung und emotionalen Taubheit – als eine von drei Symptomdimensionen der Posttraumatischen Belastungsstörung (Rosner, 2013, S. 407). So führt Rosner „als Zeichen *erhöhter Erregung*“ (2013, S. 406) folgende Symptome an: Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit und Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten, erhöhte Wachsamkeit sowie erhöhte Schreckhaftigkeit. Weiter werden motorische Unruhe, aggressive Verhaltensweisen und Trennungsangst genannt.

Ursache für die erhöhte Erregung könnten die Erfahrungen von realer Bedrohung bis hin zur existenziellen Bedrohung sein. Der erhöhten Wachsamkeit kommt quasi die Aufgabe zu im Hier und Jetzt die Umgebung nach potentiell bedrohlichen Reizen abzuscannen und darauf zu reagieren. Wird ein subjektiv bedrohlicher Reiz (Trigger) wahrgenommen, kann es zu sogenannten Flashbacks (Besser, 2013, S. 47) kommen, die in Teilaspekten ein Wiedererleben der traumatischen Situation im Hier und Jetzt ohne objektiv nachvollziehbare Bedrohung auslösen. Dies vermag auf der sichtbaren Verhaltensebene als plötzliche nicht vorhersehbare Impulsdurchbrüche, Panikanfälle, Selbstverletzungen oder Ausklinken und völliges Wegdriften aus der Situation mit Verlust der Ansprechbarkeit (Dissoziation) wahrgenommen werden. Auch Gefühle von Misserfolg und Frustration vermögen das subjektive Bedrohungsgefühl und das damit in Zusammenhang stehende Verhaltensprogramm zu aktivieren (Besser, 2013, S. 47-49). Im schulischen Kontext kann somit das Nichtbewältigen einer Aufgabe eine im Verhältnis zum Auslöser objektiv nicht nachvollziehbare emotionale Übererregung zur Folge haben und in weiterer Folge zu einer Abwehrhaltung gegenüber neuen Lerninhalten oder Aktivitäten führen.

Ding (2013, S. 56) beschreibt traumatisierte Kinder als unkonzentriert, leicht ablenkbar, aggressiv und extrem unruhig. Sie führt weiter aus, dass traumatisierte Kinder oft in „eine Traumwelt abdriften“ und „unerreichbar werden“, Zuwendung und Leistungsdruck nicht aushalten, wie blockiert scheinen und nicht zwischen Wichtigem und Unwichtigem unterscheiden können. Eine Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit und des Kurzzeitgedächtnisses bis hin zu Blackouts bei traumatisierten Kindern beschreibt auch Weiß (2013, S. 18). Dies kann zum einen an der viel Kraft kostenden Beanspruchung durch innerpsychische Vorgänge liegen, zum anderen könnte es aufgrund von „Defiziten im Bereich von kognitiver Verarbeitung, Kontextualisierung und Speicherung von Erfahrungen und Gelerntem“ (Besser, 2013, S. 44) zu Lern- und Leistungsstörungen kommen.

Auf der Beziehungsebene fallen komplex traumatisierte Kinder und Jugendliche häufig durch einen Wechsel zwischen Suche nach Nähe und Distanz auf, was sich zum einen „in distanzgemindertem oder abweisenden, bzw. auffällig angepasstem oder oppositionellen Verhalten“ (Besser, 2013, S. 49) zeigen kann.

Zusammenfassend soll Hensel (2014, S. 33) angeführt werden, der unter Bezugnahme auf Rosner & Steil (2012) darauf hinweist, dass „frühe chronische interpersonelle Traumatisierung [...] in hohem Maß die Regulationsfähigkeit des Kindes im Bereich der Gefühle, der Physiologie, der Aufmerksamkeit (ADHS), des Verhaltens, in der Beziehung zum eigenen Selbst und zu anderen Menschen“ beeinträchtigt.

4 Vergleich der Symptomatik von hyperkinetischen Kindern mit traumatisierten Kindern

Zur besseren Gegenüberstellung sei an dieser Stelle noch einmal eine kurze zusammenfassende Beschreibung der ADHS-Symptomatik gegeben: Die ADHS zeigt sich in einem Zustandsbild, welches von unruhigem, unaufmerksamem, scheinbar getriebenem oftmals impulsivem und unreguliert wirkendem Verhalten gekennzeichnet ist. Hyperkinetische Kinder wirken oft wie in der eigenen Welt versunken, reagieren oftmals nicht auf Ansprache, zeigen überschießende, die Grenzen des Gegenübers missachtende, irritierende und nicht nachvollziehbare Verhaltensreaktionen. Die betroffenen Kinder sind geprägt durch ein hohes Arousal und einer eingeschränkten Emotionsregulationsfähigkeit, welche sich in überschießenden, oftmals nicht nachvollziehbaren und aggressiven Verhaltensreaktionen äußern kann. Im sozialen Kontext besteht aufgrund der vorliegenden Symptomatik oftmals die Gefahr einer geringen Einbindung in Freundschaften und einer mangelnden Integration in Gruppen. Diese Folgeerscheinungen haben oftmals negative Auswirkungen auf den Selbstwert, was wiederum aggressives Verhalten zu begünstigen scheint. Die mit einer ADHS oftmals einhergehenden Lernstörungen erschweren schulische Erfolgserlebnisse, was wiederum Frustration und Aggression fördern kann.

Vergleicht man die Beschreibungen von hyperkinetischen Kindern mit denen von traumatisierten Kindern, so fallen bereits auf den ersten Blick Parallelen auf. Die bei ADHS beschriebenen Kardinalsymptome der Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität können auch bei Kindern mit Traumafolgestörungen beobachtet werden. Differenzierter betrachtet, zeigen sowohl hyperkinetische als auch Kinder mit Traumafolgestörungen große Schwierigkeiten mit der Emotionsregulation und der Impulskontrolle. Frustrationen und subjektiv erlebtes Versagen vermögen unkontrollierbare Gefühle hervorzurufen, die in objektiv nicht nachvollziehbaren Verhaltensreaktionen münden können. In beiden Fällen kann es zu einer außerordentlichen motorischen Unruhe oder einer Getriebenheit kommen. Schwierigkeiten mit der Aufmerksamkeit und mit der Konzentration vermögen sowohl bei hyperkinetischen Kindern als auch bei traumatisierten Kindern das schulische Lernen deutlich zu erschweren. Zusätzlich kann es zum Auftreten von Lernstörungen kommen. Der Selbstwert scheint in beiden Fällen fragil und schnell bedroht zu sein. Auf der sozialen Dimension zeigen sich unangepasste Verhaltensweisen, die eine mangelnde Integration und häufige zurückweisende Reaktionen der Umgebung mitbegünstigen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass im schulischen Alltag hyperkinetische Kinder und Jugendliche ähnliche Verhaltensweisen wie Kinder und Jugendliche mit einer Traumafolgestörung zeigen können. Die diagnostische Einordnung der vorliegenden Symptome ist nicht Aufgabe der Pädagoginnen und Pädagogen, sondern obliegt geschultem medizinischen und psychologischen Fachpersonal. Aufgabe der Pädagoginnen und Pädagogen ist es, im schulischen Alltag Wege zu finden, um Kindern und Jugendlichen gute Rahmenbedingungen für schulisches Lernen zu ermöglichen. Wichtig erscheint es auch, dass Lehrerinnen und Lehrer für potentiell traumatisierende Umgebungsbedingungen der ihnen anvertrauten Schüler und Schülerinnen sensibilisiert werden, um in weiterer Folge entsprechende Hilfe im Sinne des Kindeswohls zu holen. Aus diesem Grund soll nun im Folgenden versucht werden, Zugänge zu eröffnen, die im schulischen Setting einen konstruktiven Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit derartigen Verhaltensweisen ermöglichen – unabhängig von der zugrundeliegenden Diagnosestellung.

5 Implikationen für die pädagogische Praxis – Schule als „sicherer Ort“

Im Folgenden soll auf mögliche Hilfestellungen in der pädagogischen Arbeit mit traumatisierten bzw. hyperkinetischen Kindern eingegangen werden. Die angeführten Überlegungen und Methoden basieren auf den soeben beschriebenen Symptomen, die sich sowohl bei einer Vielzahl an Kindern mit einer Hyperaktivität als auch bei Kindern mit einer Traumafolgestörung finden lassen. Es werden solche Interventionen angeführt, die sowohl bei hyperkinetischen als auch bei traumatisierten Kindern aufgrund der gemeinsamen Symptomatik

als hilfreich erachtet werden. Als Basis dienen Interventionen, die sich entweder in der traumapädagogischen Literatur oder in der Fachliteratur zum Thema Hyperaktivität finden lassen. Diese werden hinsichtlich ihrer Sinnhaftigkeit für das jeweils andere klinische Zustandsbild in Erwägung gezogen.

In der traumapädagogischen und traumapsychologischen Fachliteratur stößt man immer wieder auf den Begriff des „sicheren Ortes“. Der „sichere Ort“ oder der „so weit als möglich sichere[n] Ort“ wie Weiß (2013, S. 90 nach Möhrlein & Hoffmann, 2014) schreibt, hat insofern große Bedeutung, da traumatische Erlebnisse, die zumeist mit Gefühlen von Ohnmacht und Wut einhergehen, „die Wahrnehmung der Welt als einen sicheren und verlässlichen Ort maßgeblich verändern“ (Van der Kolk, 1995 nach Hoffmann und Möhrlein, 2014, S. 93). „Dieser erfahrene Verlust von Sicherheit in der äußeren Welt als einem „sicheren Ort“ zerstört die Wahrnehmung eines inneren Sicherheitsgefühls des individuellen Selbst nachhaltig.“ (Kühn, 2013, S. 33) Das Erleben von äußerer Sicherheit ist somit unabdingbare Voraussetzung für den Aufbau von innerer Sicherheit.

Auf die Schule bezogen fügen Hoffmann und Möhrlein (2014, S. 93) hinzu, dass ein „erfolgreiches Lernen, der Aufbau von Freude am Lernen und einer Selbstwirksamkeit in der Auseinandersetzung mit schulischen Themen [...] nur an einem „sicheren Ort“ erfolgen“ können. In diesem Sinn scheint eine Sicherheit bietende Schule auch für hyperkinetische Kinder (sowie generell für alle Schulkinder) bedeutsam.

5.1 Haltung, Beziehung und Begegnung

Schule als ein sicherer Ort impliziert zum einen Sicherheit in den Begegnungen mit den dort handelnden Menschen als auch dem Schulkind Sicherheit bietende pädagogische Handlungsweisen und Interventionen. Bevor mögliche pädagogische Handlungsweisen thematisiert werden, erscheint es bedeutsam, in einem ersten Schritt die Haltung bzw. das handlungsleitende Menschenbild der Lehrperson zu beleuchten. Wird den betroffenen Kindern und Jugendlichen absichtsvolles und bewusstes Fehlverhalten unterstellt? Wird dieses Verhalten als persönlich gegen die Lehrperson gerichtet gedeutet? Oder werden die betroffenen Kinder und Jugendliche als Lernende gesehen, welche zur positiven Bewältigung ihres Schul- und Bildungsweges mehr an Unterstützung, Orientierung und Halt von den sie begleitenden Pädagogen und Pädagoginnen brauchen? Gerade in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit komplexen Traumatisierungen erweist es sich als sinnvoll, die oftmals unvorhersehbaren und nicht nachvollziehbaren Verhaltensweisen der betroffenen Kinder und Jugendlichen als Handeln „im Sinne individueller Überlebensstrategien einfach nur entwicklungslogisch, nicht mehr und nicht weniger“ zu sehen (Kühn, 2013, S. 33). Auch einem hyperkinetischen Kind sollte kein provozierendes und berechnendes Verhalten angelastet werden. Auch hier hilft es, Verhaltensweisen als Ausdruck (noch) ungünstiger bzw. defizitärer Verarbeitungsstrategien zu sehen. Wird dies geschafft, entlastet dies Kind und Lehrperson, kann dies den Teamgeist stärken und somit als Basis für schulisches Miteinander und Lernen dienen.

Förderliche Haltung impliziert auf Seiten der Pädagogin/des Pädagogen auch die Bereitschaft, sich auf eine Beziehung mit dem Kind einzulassen. Die Beziehungsbereitschaft der Lehrperson ist bestenfalls verknüpft mit ihrem Wissen, dass diese Beziehung in der täglichen pädagogischen Arbeit auch auf die Probe gestellt wird und mit der Bereitschaft, diese Herausforderungen mit dem Kind gemeinsam bewältigen zu wollen. Erziehung losgelöst von Beziehung stößt rasch an ihre Grenzen. Dies gilt insbesondere für Kinder und Jugendliche, die aufgrund ihres Verhaltens oftmals als störend oder irritierend auffallen. Die Bereitschaft der Kinder, sich auf ein Arbeitsbündnis bzw. auf verhaltensleitende Regeln und Abmachungen einzulassen, steigt, wenn sie sich wahrgenommen und angenommen fühlen. So schreibt Cordula Neuhaus in ihrem Buch „Das hyperaktive Kind und seine Probleme“ (2002, S. 177): „Fühlt sich das Kind durch den Erwachsenen überfordert, ungerecht behandelt, verletzt oder zurückgestoßen, wird es grundsätzlich Schwierigkeiten erheblicher Auswirkung geben“. Der Beziehungsaspekt gewinnt bei komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen noch größere Bedeutung. Sind hier doch die seelischen Verwundungen gerade in destruktiven Beziehungen aufgrund mangelnder Fürsorge, Gewalterfahrungen oder Beziehungsabbrüchen entstanden. Diesen Verletzungen können nur positive Beziehungserfahrungen entgegenhalten (Weiß, 2013, S. 16). Sowohl hyperkinetischen Kindern als auch traumatisierten Kindern dienen eine positive Haltung der Pädagogen und Pädagoginnen und eine förderliche Beziehung zu ihnen als wichtige Sicherheitsanker und als Grundlage für alle pädagogischen Interventionen. Zusätzliche Sicherheit kann die Lehrperson durch ihre Verhaltensaktionen und -reaktionen bieten. Die Lehrperson sollte ein für das Kind einschätzbares, vorhersehbares und verlässliches Gegenüber sein, schwierige Verhaltensweisen der Kinder nicht persönlich nehmen, einen guten Zugang zur eigenen inneren Welt haben und über eine funktionierende eigene Emotionsregulation verfügen. Der konstruktive Umgang mit den eigenen Emotionen ist eine wesentliche Voraussetzung, um Kindern – sei es im Umgang mit hyperkinetischen Kindern oder mit Kindern mit Bindungsstörungen – in der Übererregung und bei

Impulsdurchbrüchen eine deeskalierende Hilfestellung anbieten zu können. Konkret kann dies heißen, eigene Gefühle der Wut, Gereiztheit oder Hilflosigkeit wahrzunehmen, einzuordnen und regulieren zu können, um in weiterer Folge das Kind bei der Regulierung seines Gefühlschaos unterstützen zu können. Dies verlangt von der Lehrperson eine hohe psychische Leistung, da sie sich in diesen herausfordernden Situationen nicht vom Kind abwenden, sondern mit ihm in Kontakt bleiben sollte. Gelingt dies, hat das Kind die Chance sich zu regulieren und in weiterer Folge zu erleben, dass es in emotional ohnmächtigen Situationen Halt und Sicherheit bekommt. Dies kann ein erster Schritt in Richtung Selbstwirksamkeit und Kontrolle sein.

5.2 Zugehörigkeit

Ein sicherer Ort bedeutet auch sicher sein vor Gewalt, Herabsetzung, Demütigung, Bloßstellung und Ausschluss. In diesem Sinn ist das Wissen der Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe – im Fall der Schule die Zugehörigkeit zur eigenen Klasse – eine wesentliche Voraussetzung für erfolgreiches schulisches Lernen – sei dies bezogen auf die kognitive, soziale oder emotionale Dimension. Im Falle von traumatisierten Kindern und Kindern mit einer Hyperaktivitätsstörung kann angenommen werden, dass das Gefühl der Zugehörigkeit zu einer Gruppe in vielen Fällen beschädigt ist. Diese Kinder erleben sich oftmals aufgrund ihrer defizitären Aufmerksamkeit, Lernschwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten als Außenseiter/innen oder werden von Ausgrenzung, Schulwechsel oder Frustrationen bedroht (Gawrilow, 2012, S 94; Möhrlein & Hoffart, 2014, S. 92). Dies beschränkt sich häufig nicht auf den schulischen Rahmen, sondern umfasst auch Aktivitäten im außerschulischen Bereich (Linderkamp et al, 2011, S. 30).

In der Schule kommt daher den Lehrpersonen, die wichtige Aufgabe zu, die Zugehörigkeit aller Kinder in der Klasse im Auge zu behalten und zu fördern und sicherzustellen, dass alle Schülerinnen und Schüler sicher vor abwertenden Rückmeldungen anderer Kinder der Klasse sind. Zum anderen gilt es pädagogische Maßnahmen dahingehend zu reflektieren, ob sie beim Kind das Gefühl von Ausgrenzung erzeugen können. Hier gilt es zu bedenken, dass die gleiche pädagogische Intervention bei verschiedenen Kindern – je nach Vorerfahrung, persönlicher Geschichte, Verarbeitungsmuster und des Beziehungsrahmens – Unterschiedliches auslösen kann. So kann zum Beispiel das Setzen eines Kindes in eine eigene Bank als Hilfestellung oder als Ausschluss bzw. Bestrafung wahrgenommen werden. Letztendlich zählt nicht die hinter einer gesetzten Intervention liegende Absicht der Lehrperson, sondern das individuelle Erleben des Kindes, ob sich die pädagogische Maßnahme als hilfreich und förderlich erweist.

5.3 Unterstützung bei der Emotionsregulation

5.3.1 Rückzugsräume und Emotionsregulation

Mit sicheren Orten können aber auch ganz konkret Rückzugsräume für Kinder und Jugendliche gemeint sein, die bei steigender Anspannung oder bei einem Zuviel an inneren oder äußeren Reizen aufgesucht werden und der Emotionsregulation dienen können. Emotionsregulation meint die Anwendung konstruktiver Strategien zum Ausbalancieren starker Gefühlszustände (Kernstock-Redl, 2007, S. 20). In diesem Sinn wirken funktionale Emotionsregulationsstrategien präventiv im Hinblick auf aggressives sowie ängstliches Sozialverhalten (Petermann, Koglin, Natzke & von Marées, 2013, S. 18). Angesichts der Schwierigkeiten in der Emotionsregulation von hyperkinetischen und traumatisierten Kindern können diese sicheren Orte einer Eskalation vorbeugen. Damit diese Orte auch sinnvoll genutzt werden können, gilt es im Vorfeld die Selbstwahrnehmung für eine beginnende Überforderung bzw. einen sich anbahnenden Impulskontrollverlust zu sensibilisieren. Das bedeutet konkret zu erarbeiten, an welchen körperlichen Anzeichen die Betroffenen erspüren können, wann die innere Unruhe stärker wird und wann ein selbstgewähltes Herausnehmen aus der Situation Sinn macht, um nicht mehr kontrollierbaren Emotionszuständen und aggressiven Impulsdurchbrüchen vorzubeugen. Diese Form der – sozusagen präventiven – Auszeit unterscheidet sich von der in der Literatur immer wieder im Kontext von Kindern mit ADHS oder schwerwiegendem Problemverhalten vorgeschlagenen Intervention des Time out (Krowatschek & Wingert, 2013; Petermann, Natzke, Gerken & Walter, 2006). Time out als Konsequenz auf unerwünschtes Verhalten „wird von dem Kind in der Regel als deutliche Bestrafung erlebt“ (Petermann et al., 2006, S. 38).

Neben der Erarbeitung der individuellen körperlichen Signale sollte im Vorfeld auch besprochen werden, wie die Auszeit verbracht wird. Dies impliziert die Beantwortung der Fragen „Was tut mir gut? Was kann mich beruhigen?“ Die Möglichkeiten sind hier so vielfältig wie die Kinder selbst und können Bewegungsangebote (z.B. Schnurspringen...), Musikhören, Malen, in eine Decke einwickeln zur besseren Körperwahrnehmung oder

dgl. umfassen. Hilfreich können auch Angebote sein, die das Ausleben von Wut ermöglichen, wie z.B. gegen einen Boxsack treten, kneten, zerknüllen von Materialien, großflächiges Malen... Welche Möglichkeiten gewählt werden, ist eine individuelle Entscheidung, die gemeinsam von Lehrperson und Kind im Vorfeld getroffen wird und Verbindlichkeit haben sollte. Hilfreich ist es, die Effektivität der Auszeit im Gespräch und durch Verhaltensbeobachtung immer wieder zu evaluieren und gegebenenfalls auch zu adaptieren.

5.3.2 Arbeit an dysfunktionalen Kognitionen

Ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt zur Emotionsregulation kann die Arbeit an dysfunktionalen Überzeugungen darstellen. Hyperkinetische Kinder und Jugendliche weisen aufgrund ihrer erlebten Zurückweisung, Zurechtweisungen und mangelnden Erfolgserlebnisse oftmals ungünstige Sichtweisen der eigenen Person sowie ein negatives Selbstkonzept auf (Linderkamp et al., 2011, S. 30). Das kann in Selbstzuschreibungen münden wie: „Mich mag eh keiner!“, „Ich bin ohnedies immer schuld!“, „Ich kann es nicht recht machen!“, „Das schaff ich eh nicht!“. Aber auch Verhaltensweisen anderer werden oftmals als absichtlich und provokativ gedeutet. So kann ein unabsichtliches Angerempelt werden durch ein anderes Kind schnell als absichtliches Stoßen wahrgenommen werden. Diese kognitive Verarbeitung zieht mit höherer Wahrscheinlichkeit eine aggressive Reaktion des Kindes nach sich. Um beim genannten Beispiel zu bleiben, könnte dies ein Anschreien oder Zurückkrepeln bedeuten. Diese Reaktionsweise lässt die beschriebene Situation mit höherer Wahrscheinlichkeit in einen Konflikt münden, aus dem das sich provoziertühlende Kind von der Lehrperson als Auslöser geschimpft wird. Passiert das, scheint es naheliegend, dass das Kind sich nicht nur provoziert, sondern auch ungerecht behandelt und benachteiligt fühlt, womit die Selbstzuschreibungen gefestigt werden. Das Eröffnen neuer Denkansätze kann neues Handeln ermöglichen. Es kann hilfreich sein, dem Kind andere kognitive Verarbeitungen sowie andere innere Dialoge als Grundlage für konstruktives Handeln anzubieten, wie z.B.: „Das Anrempeln ist aus Unachtsamkeit, nicht aus Absicht passiert. Es war nicht persönlich gegen mich gerichtet.“ Selbstinstruktionen, die die Regulation der eigenen Emotionen förderlich unterstützen sollen, sollten immer auf das Kind und seine dysfunktionalen Kognitionen abgestimmt sein und diesen Positives entgegensetzen. Diese positiven Selbstinstruktionen (Lauth, Linderkamp, Schneider & Brack, 2008, S. 716) sollen mit dem Kind gemeinsam erarbeitet werden mit dem Ziel, diese in schwierigen Situationen einzusetzen. Auch traumatisierte Kinder und Jugendliche können aufgrund ihrer schrecklichen Erlebnisse destruktive Bewertungsschemata (z. B. „Ich kann anderen Menschen nicht trauen.“) und „negative Verhaltensweisen (z.B. körperliche Angriffe)“ entwickeln (Baierl, 2014, S. 72). So können Kinder mit einer Traumatisierung aufgrund von Gewalt in der soeben beschriebenen Situation so getriggert werden, dass sie die Kontrolle über ihre Impulse verlieren und ebenfalls aggressiv reagieren. Auch hier kann es helfen, dem Kind zu einem Perspektivenwechsel zu verhelfen und ihm begreifbar und spürbar zu machen, dass im Hier und Jetzt keine Gefahr droht. Dies setzt jedoch voraus, dass die Lehrkraft das Kind nicht verurteilt, sondern wie Kühn (2013, S. 33) schreibt in einen „emotional-orientierten Dialog“ mit dem Kind tritt, damit diese Intervention nicht im Kognitiven steckenbleibt.

5.4 Struktur und Sicherheit

Ein ganz wesentlicher Aspekt in der pädagogischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Hyperaktivität ist das Schaffen von Vorhersehbarkeit durch Struktur (Neuhaus, 2009, S. 70; Gawrilow, Guderjahn & Gold, 2013, S. 42). Wie bereits bei der Symptomatologie beschrieben, fällt es diesen Kindern und Jugendlichen schwer, Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden, zielgerichtet eine Aufgabe in einzelne Handlungsschritte zu unterteilen und diese fokussiert umzusetzen. Wird Struktur von außen vorgegeben, kann dies das Kind wie eine Wegmarkierung durch den Schultag navigieren. Auch „traumatisierte Kinder und Jugendliche brauchen mehr als alle anderen einen klar strukturierten Rahmen mit immer wiederkehrenden Momenten“ (Ding, 2013, S. 61), damit Schule für sie berechenbar wird. Struktur meint zum einen die Vorhersehbarkeit der Woche (Was kommt wann auf mich zu?), des Tages und der einzelnen Unterrichtsstunde. Das Beibehalten von zeitlichen Strukturen hilft dem Kind sich besser auf den Tag einstellen zu können, schenkt Orientierung und damit einhergehend im besten Fall auch Sicherheit und Ruhe. Rituale und Routinen spielen bei der Strukturierung wichtige Anhaltspunkte. Durch ihre Regelmäßigkeit und ihre Sinnfunktion stellen Rituale (z.B. Morgenkreis) wichtige der Orientierung dienende Anker dar.

Für die Lehrkraft gilt es zu bedenken, dass Lernformen, die den Kindern viel an Eigenständigkeit und selbstorganisiertem Planen und Handeln abverlangen, bei hyperkinetischen sowie bei traumatisierten Kindern aufgrund der neurobiologischen Besonderheiten massive Überforderung auslösen können (Ding, 2013, S. 61;

Neuhaus, 2009, S. 71). Klare, überschaubare und gut strukturierte Arbeitsaufträge und Anweisungen, die freundlich, eindeutig und unmissverständlich vermittelt werden, können der Überforderung entgegenwirken (Gawrilow et al., 2013, S. 38).

Regeln, die gemeinsam mit den Kindern erarbeitet werden und einen Schutzrahmen für das soziale Miteinander festlegen, bieten ebenso Struktur und Sicherheit. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Anzahl der Regeln gut überschaubar, die Sinnhaftigkeit für die Kinder prinzipiell nachvollziehbar ist und die Einhaltung der Regeln von allen Kindern eingefordert werden soll. Auch Baierl (2014, S. 74) schreibt von der Notwendigkeit „klarer, verständlicher und kontrollierbarer Regeln“ als Sicherheitsgeber in der Traumapädagogik.

5.5 Positiv verstärken und ermutigen

Ein weiterer banaler aber immer wieder in Erinnerung zu rufender Grundsatz der Lerntheorie lautet, dass Lernen durch positives Verstärken effektiver ist als Lernen durch Bestrafen. Dieser wichtigen Erkenntnis muss insofern Aufmerksamkeit gezollt werden, da in der Erziehung von Kindern – sei es im Elternhaus oder in der Schule – bei fehlenden konstruktiven Erziehungsansätzen oftmals basierend auf Hilflosigkeit und Überforderung auf Schimpfen, Strafen und Drohungen zurückgegriffen wird. Die nachteiligen Auswirkungen von Strafen auf die Beziehung zwischen Kind und Lehrperson sowie die vergleichsweise geringe Effektivität sind lerntheoretisch gut erfasst (Winkel, Petermann & Petermann, 2006, S. 110). Positives Reagieren auf erwünschte Verhaltensweisen hingegen hat einen höheren Wirkungsgrad in Bezug auf den Aufbau erwünschten Verhaltens. Krowatschek, ein Schulpsychologe, der sich intensiv mit Kindern und Jugendlichen mit ADHS beschäftigte, verwendet den Satz „Catch them being good!“ (Krowatschek & Wingert, 2013, S. 82). Dies setzt ein genaues Wahrnehmen der Schüler und Schülerinnen voraus und vor allem einen fokussierten Blick auf Positives. Alleine das bewusste Lenken der Aufmerksamkeit auf positive Verhaltensweisen eines Kindes kann den möglicherweise schon gefestigten Kreislauf des Reagierens auf unerwünschtes Verhalten durchbrechen. Allerdings setzt dies ein bewusstes Wahrnehmen des Kindes voraus, damit sich das Aussprechen von verstärkenden Worten nicht in leeren Floskeln verliert, sondern bedeutungsvolle Botschaften zur Ermutigung vermittelt werden können. Ermutigung vermag das Vertrauen zu sich selbst stärken (Frick 2011, S. 48). So kann z.B. einem Kind, welches lernt eigene Anzeichen der emotionalen Überforderung wahrzunehmen und versucht die eigenen Emotionen zu regulieren, dies anerkennend und ermutigend rückgemeldet werden. Das setzt allerdings voraus, dass die Lehrkraft dieses Bemühen erkennt und darauf reagiert. Dies setzt höhere Ansprüche an die Aufmerksamkeit der Lehrperson, da erwünschte Verhaltensweisen weniger Aufmerksamkeit nach sich ziehen als aggressive Reaktionen (Döpfner et al., 2007, S. 27).

5.6 Ressourcenaktivierung

Linderkamp et al. (2011, S. 45) sehen als wichtigen psychotherapeutischen Baustein in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Hyperaktivität die Ressourcenaktivierung. Nach Smith, Regli & Grawe (1999, nach Linderkamp et al., 2011, S. 45) meint Ressourcenaktivierung „die explizite Verstärkung von Zielen, Werten und Kompetenzen des Patienten; das Ansprechen und die Förderung der Eigenwahrnehmung seiner positiven Seiten und die Aktivierung seiner Ziele und Fähigkeiten.“ Ressourcenaktivierung – in dem angeführten Sinn – kann auch eine wirksame pädagogische Haltung sein, indem sie den Blick weg von den Defiziten hin zu den Ressourcen und Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen richtet und scheint auch in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen wesentlich. Diese Änderung des Blickwinkels kann sowohl bei Schülerinnen und Schülern als auch bei den Lehrkräften positive Zugänge eröffnen und in weiterer Folge konstruktives Veränderungspotential freisetzen.

6 Schlussbetrachtung

Der vorliegende Artikel versucht das Störungsbild der Hyperaktivität aus einem traumapsychologischen Blickwinkel zu betrachten. Es zeigt sich, dass es eine Schnittmenge an Symptomen gibt, die insbesondere in der schulischen Arbeit von Bedeutung sind. Folgende Symptome sind zu nennen: defizitäre Emotionsregulation und mangelnde Impulskontrolle, Hyperarousel und motorische Unruhe, Aufmerksamkeits- und Konzentrationschwierigkeiten, Lernschwierigkeiten, Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen und Selbstwertprobleme. Basierend auf diesen Symptomen wurde nach Bedingungen gesucht, die sowohl

hyperkinetischen Kindern als auch Kindern mit einer Traumafolgestörung das schulische Lernen und den schulischen Alltag erleichtern. Als Basis der Überlegungen diene der – insbesondere in der traumapädagogischen Arbeit etablierte – Begriff des „sicheren Ortes“. Eine positive Haltung und ein ehrliches Beziehungsangebot von Seiten der Lehrpersonen sowie eine klare Struktur des Unterrichts dienen dabei als Grundlage für mögliche pädagogische Interventionen. Die Interventionen sollen betroffene Kinder und Jugendliche vor allem in Hinblick auf konstruktivere Emotionsregulationsstrategien und den Aufbau eines positiveren Selbstbildes unterstützen.

Die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Hyperaktivität oder mit einer Traumafolgestörung stellt hohe Ansprüche an die Lehrerinnen und Lehrer. Sie sind in ihrer fachlichen Kompetenz und in ihrem erzieherischen Umgang mit den Schülerinnen und Schülern in einem hohen Ausmaß gefordert. Sie sind jedoch auch gefordert, den jungen Menschen nicht „nur pädagogisch“ zu begegnen, sondern sich zu zeigen. Gelingt es ihnen gute Bedingungen anzubieten, wird sich dies positiv auf die ihnen anvertrauten Kinder und Jugendlichen auswirken – nicht nur hinsichtlich des schulischen Lernens sondern auch hinsichtlich der Persönlichkeitsentwicklung und somit des gesamten Lebenslaufes. Das Schaffen gelingender Bedingungen kann jedoch nicht nur in der Verantwortung der Lehrpersonen liegen. Hier ist die Institution Schule gefordert, konstruktive Rahmenbedingungen und ausreichend Unterstützungsangebote für ein inklusives Lernen bereitzustellen.

Literatur

- Baierl, M. (2014). Traumaspezifische Bedarfe von Kindern und Jugendlichen. In B. Gahleitner, T. Hensel, M. Baierl, & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (S. 72-78). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Besser, L. U. (2013). 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 J. Bausum, L. Besser, M. Kühn, & W. Weiß (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 38-52). Weinheim: Beltz Juventa.
- Brandau, H. & Kaschnitz, W. (2013). *ADHS im Jugendalter. Grundlagen, Interventionen und Perspektiven für Pädagogik, Therapie und Soziale Arbeit*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Brisch, K.-H. (2011). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2013). *AD(H)S. Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitäts-Störung. Bericht*. Online verfügbar unter <https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/0/2/0/CH1075/CMS1406033028752/adhs-bericht.pdf>, abgerufen am 28.12.2017.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Ding, U. (2013). Trauma und Schule. Was lässt Peter wieder lernen? Über unsichere Bedingungen und sichere Orte in der Schule. In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn, & W. Weiß (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 56-67). Weinheim: Beltz Juventa.
- Döpfner, M. & Banaschewski, T. (2013). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (S. 271-290). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Breuer, D., Wille, N., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U. & Group, B. S. (2008). How often do children meet ICD-10/ DSM-IV criteria of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Hyperkinetic Disorder? Parent based prevalence rates in a national sample – results of the BELLA Study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 59-70.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (2007). *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP)*. Weinheim: Beltz.
- Döpfner, M., Schürmann, S., & Frölich, J. (2013). *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP*. Weinheim: Beltz.
- Ehret, A. M. & Berking, M. (2013). DSM-IV und DSM-5: Was hat sich tatsächlich verändert? *Verhaltenstherapie*, 23(4), 258-266.

- Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Frick, J. (2011). *Die Kraft der Ermutigung*. Bern: Hogrefe.
- Garbe, E. (2015). *Das kindliche Entwicklungstrauma. Verstehen und Bewältigen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gawrilow, C. (2012). *Lehrbuch ADHS*. München: Reinhardt.
- Gawrilow, C., Guderjahn, L. & Gold, A. (2013). *Störungsfreier Unterricht trotz ADHS. Mit Schülern Selbstregulation trainieren – ein Lehrermanual*. München: Reinhardt.
- Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2009). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen von Kindern und Jugendlichen im Elternurteil – eine Analyse an einer Feldstichprobe mit dem Diagnostiksystem DISYPS-II. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37, 183-197.
- Hensel, T. (2014). Die Psychotraumatologie des Kindes- und Jugendalters. In B. Gahleitner, T. Hensel, M. Baierl, & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (S. 72-87). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Julius, H. (2008). Bindungsgeleitete Interventionen. In B. J. Gasteiger-Klicpera (Hrsg.), *Sonderpädagogik der sozialen und emotionalen Entwicklung* (S. 570-585). Göttingen: Hogrefe.
- Kernstock-Redl, H. (2007). *Wie kommt der Zornaffe von der Palme?* Wien: G&G.
- Krowatschek, D. & Wingert, G. (2013). *Marburger Verhaltenstraining (MVT). ADS/ADHS-Materialien für Diagnostik und Gruppentraining in der Schule und Therapie (5. Auflage)*. Dortmund: Borgmann.
- Kühn, M. (2013). "Macht eure Welt endlich wieder zu meiner!" Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn, & W. Weiß (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 24-37). Weinheim: Beltz Juventa.
- Lauth, G. W., Linderkamp, F., Schneider, S. & Brack, U. (Hrsg.). (2008). *Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz.
- Linderkamp, F., Hennig, T. & Schramm, S. A. (2011). *ADHS bei Jugendlichen. Das Lerntaining LeJA*. Weinheim: Beltz.
- Möhrlein, G. & Hoffart, E.-M. (2014). Traumapädagogische Konzepte in der Schule. In S. Gahleitner, T. Hensel, M. Baierl, M. Kühn, & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (S. 91-102). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Münker-Kramer, E. (2015). *Traumazentrierte Psychotherapie mit EMDR*. Reinhardt: München.
- Neuhaus, C. (2009). *ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Symptome, Ursachen, Diagnose und Behandlung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Petermann, F., Koglin, U., Natzke, H. & Von Marées, N. (2013). *Verhaltenstraining in der Grundschule*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F., Natzke, H., Gerken, N. & Walter H.-J. (2006). *Verhaltenstraining für Schulanfänger. Ein Programm zur Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen*. Göttingen: Hogrefe.
- Remschmidt, H., Schmidt, M., & Poustka, F. (Hrsg.). (2017). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD 10. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-5 (7., aktualisierte Auflage)*. Bern: Hogrefe.
- Robin, A. L. (1998). *ADHD in Adolescents. Diagnosis and Treatment*. London: The Guilford Press.
- Rosner, R. (2013). Posttraumatische Belastungsstörung. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (S. 405-423). Göttingen: Hogrefe.
- Smith, E., Regli, D. & Grawe, K. (1999). Wenn Therapie wehtut: Wie können Therapeuten zu fruchtbaren Problemaktualisierungen beitragen? *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 31(2), 227-251.
- Steil, R. & Rosner, R. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Steinhausen, H. C. (2016). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie (8. Auflage)*. München: Elsevier.
- Weinberg, D. (2010). *Psychotherapie mit komplex traumatisierten Kindern. Behandlung von Bindungs- und Gewalttraumata der frühen Kindheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Weiß, W. (2013). „Wer macht die Jana wieder ganz?“ Über Inhalte von Traumabearbeitung und Traumaarbeit. In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn, & W. Weiß (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 14-23). Weinheim: Beltz Juventa.

Winkel, S., Petermann, F. & Petermann, U. (2006). *Lernpsychologie*. Paderborn: Schöningh.

¹Die ICD (Internationale Klassifikation der Erkrankungen, International Classification of Diseases), die aktuell in der 10. Version aufliegt und deren 11. Version gerade in Erarbeitung ist, ist als national und international verbindliches diagnostisches Klassifikationssystem aller Erkrankungen einschließlich der psychischen Erkrankungen Kapitel V(F) von der WHO (Weltgesundheitsorganisation) konzipiert. Das US-amerikanische DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), herausgegeben von der APA (American Psychiatric Association), welches seit Mai 2013 in der 5. Fassung aufliegt, ist darüber hinausgehend ein wichtiges „diagnostisches Referenzwerk für Forschung, klinische Praxis und Ausbildung“. (Falkai & Wittchen, 2015, S. LI)

²Wichtig erscheint der Hinweis, dass die Diagnose der „Andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung“ erst im Erwachsenenalter vergeben werden soll (Steil & Rosner, 2009, S. 2).

³Da der Fokus in diesem Artikel nicht auf die differentialdiagnostische Einordnung von Traumafolgestörungen gelegt werden soll, wird an dieser Stelle auf das Buch „Traumazentrierte Psychotherapie mit EMDR“ (Münker-Kramer, 2015) verwiesen. Hier findet sich eine systematische Darstellung der relevanten Diagnosen nach ICD-10 für Traumafolgestörungen.