

Trauma

In diesem Kapitel wird der Begriff Trauma definiert und das Notfallprogramm erläutert. Es folgt eine Klassifikation von Traumata sowie eine Beschreibung des Bindungstraumas. Zudem wird das Verfahren zur Traumadiagnose vorgestellt. Abschliessend werden die Folgen von Traumata in der Kindheit, mit einem speziellen Fokus auf die Auswirkungen in der Schule, ausführlich behandelt.

Definition Trauma

Der Begriff Trauma stammt aus dem Altgriechischen ‘trauma’ und bedeutet Wunde oder Verletzung (vgl. Kühn & Bialek 2017; Hantke & Görges 2012). Lautenbacher & Gauggel (2010) finden, dass ein traumatisierendes Ereignis zu einer psychischen und/oder physischen Erschütterung führt, die psychische und physische Veränderungen zur Folge hat. Die traumatisierte Person verliert ihr Selbst- und Fremdvertrauen und es können Schuldgefühle oder Gefühle von fehlender Geborgenheit und Sicherheit auftreten. Zudem fühlt sich die traumatisierte Person nicht mehr zu sozialen Netzwerken zugehörig (vgl. Kühn 2011; Kühn & Bialek 2017). Wenn das traumatische Ereignis von Menschen verursacht wurde, kann die traumatisierte Person ihr Kohärenzgefühl gegenüber Bezugspersonen verlieren (vgl. Kühn & Bialek 2017). Voraussetzung für eine Traumatisierung ist, dass die betroffene Person einen «Zusammenbruch der individuell vorhandenen Ressourcen gegenüber äusseren Herausforderungen» (Zimmermann 2017: 28) erlebt. Auch das Beobachten eines traumatisierenden Ereignisses oder Information darüber können ein Trauma auslösen (vgl. Lautenbacher & Gauggel 2010). Abbildung 2 zeigt, dass nicht jedes traumatisierende Ereignis zu einer Traumatisierung führt. Dies hängt davon ab, wie die betroffene Person das Ereignis bewertet und bewältigt (vgl. Kühn & Bialek 2017).

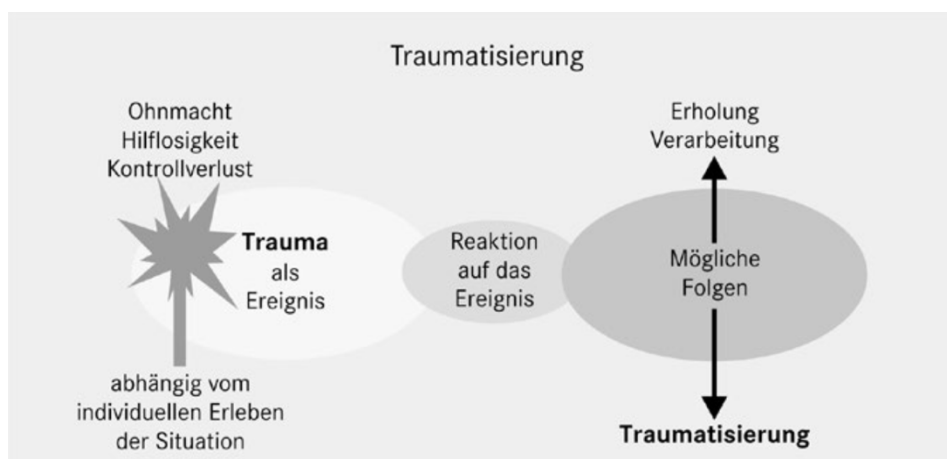


Abbildung 1: Traumatisierung (aus Kühn & Bialek 2017: 32)

Bei einer Traumatisierung ist die betroffene Person nicht in der Lage, das Erlebnis im Moment oder nach dem Auftreten zu verarbeiten, da nicht genügend Ressourcen dazu vorhanden sind (vgl. Hantke & Görges 2012). Laut Zimmermann (2017) ist ein zentraler Resilienzfaktor zur Verhinderung einer Traumatisierung, dass die betroffene Person mindestens eine verlässliche Beziehungsperson hat. Diese Beziehungsperson muss nicht anwesend sein, sondern kann auch als verinnerlichte Vorstellung vorhanden sein. Heedt (2017) betont, dass Personen, die ein sicheres Bindungsmuster aufweisen, traumatisierende Erlebnisse besser integrieren können und keine späteren psychischen Störungen entwickeln.

Nach dem ICD-11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) der WHO (World Health Organization) wird Trauma wie folgt definiert (Gysi 2018: 1):

ICD-11 PTBS: Ein extrem bedrohliches oder entsetzliches Ereignis oder eine Reihe von Ereignissen.

ICD-11 Komplexe PTBS: Ein extrem bedrohliches oder entsetzliches Ereignis oder eine Reihe von Ereignissen, meistens längerdauernde oder wiederholte Ereignisse, bei denen Flucht schwierig oder unmöglich war (z.B. Folter, Sklaverei, Genozidversuche, längerdauernde häusliche Gewalt, wiederholter sexueller oder körperlicher Kindesmissbrauch).

Im DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) werden traumatische Erlebnisse als «direkte oder indirekte Konfrontation mit dem Tod, sei es tatsächlich oder auch angedroht, sowie mit schwerwiegenden Verletzungen oder sexueller Gewalt» (APA 2013) definiert.

Notfallprogramm

Um das Überleben in einer überwältigenden, bedrohlichen Situation zu sichern, reagiert der Körper mit einem Notfallprogramm, das im Folgenden erläutert wird (vgl. Siebert 2022; Hantke & Görges 2012; Brisch 2017). Siebert (2022) beschreibt, wie der normale Informationsfluss im Gehirn unterbrochen wird, da die Verbindung zwischen Amygdala und Hippocampus getrennt wird, wodurch die Grosshirnrinde die Informationen nicht mehr verarbeiten kann. Dadurch kann der Körper in solchen Stresssituationen schneller reagieren. Die Informationen bleiben in der Amygdala, ohne weiterverarbeitet zu werden, und das traumatische Ereignis kann so nicht in die Lebensgeschichte integriert werden. Energiereserven in den grossen Muskeln (vor allem Beine und Arme) werden mobilisiert, um entweder zu flüchten oder zu kämpfen. Ist dies nicht möglich, schaltet der Körper in den Freeze-Zustand um: der Körper erstarrt, der Blutdruck sinkt und die Muskeln erschlaffen. Die Spannung wird im Körper «eingefroren», was zu Symptomen wie «körperlicher Unruhe, Muskelverspannungen oder Aggressivität» (Siebert 2022: 10) führen kann. Zudem kann es zu einer Dissoziation führen, bei

der die betroffene Person ihren Körper von aussen wahrnimmt und so beispielsweise körperliche Schmerzen nicht mehr empfindet. Gedächtnis- und Wahrnehmungsinhalte sind getrennt. Auf die Dissoziation als Traumafolge wird noch vertiefter eingegangen (vgl. Kapitel 3.5.4 Dissoziation).

Klassifikation von Traumata

In der nachfolgenden Tabelle wird deutlich, dass nach Maercker (2013) zwischen menschlich verursachten (interpersonellen) und zufälligen (akzidentellen) Traumata unterschieden wird, die entweder kurzfristig (Typ-I) oder langfristig (Typ-II) sind. Darüber hinaus gibt es medizinisch bedingte Traumata. Beispiele für die verschiedenen Trauma-Typen sind ebenfalls aufgeführt. Ein menschlich verursachtes kurzfristiges (Typ-I) Trauma ist beispielsweise ein ziviles Gewalterlebnis wie ein Banküberfall (vgl. Maercker 2013).

	Typ-I-Traumata (einmalig/kurzfristig)	Typ-II-Traumata (mehrfach/langfristig)	Medizinisch bedingte Traumata
Akzidentelle Traumata	Schwere Verkehrsunfälle	Langdauernde Naturkatastrophen (z. B. Erdbeben, Überschwemmung)	Akute lebensgefährliche Erkrankungen (z. B. kardi-ale, pulmonale Notfälle)
	Berufsbedingte Traumata (z. B. Polizei, Feuerwehr, Rettungskräfte)	Technische Katastrophen (z. B. Giftgaskatastrophen)	Chronische lebensbedrohliche/schwerste Krankheiten (z. B. Malignome, HIV/Aids, Schizophrenie)
	Kurzdauernde Katastrophen (z. B. Wirbelsturm, Brand)		Als notwendig erlebte medizinische Eingriffe (z. B. Defibrillationsbehandlung)
Interpersonelle Traumata (man made)	Sexuelle Übergriffe (z. B. Vergewaltigung)	Sexuelle und körperliche Gewalt/Missbrauch in der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter	Komplizierter Behandlungsverlauf nach angenommenem Behandlungsfehler*
	Kriminelle bzw. körperliche Gewalt	Kriegserleben	
	Ziviles Gewalterleben (z. B. Banküberfall)	Geiselhaft	
		Folter, politische Inhaftierung (z. B. KZ-Haft)	
* Der Status dieser Eingruppierung ist noch Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen.			

Tabelle 1: Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse (aus Maercker 2013: 16)

Die langandauernden Typ-II-Traumata (Kühn & Bialek 2017; Heedt 2017) sowie die durch Menschen verursachten Traumatisierungen haben schwerwiegendere Auswirkungen (Maercker 2013). Traumatisierungen durch Menschen sind besonders gravierend, da sie das Vertrauen in andere Menschen oder die Menschheit insgesamt erschüttern (vgl. Siebert 2022). Insbesondere Kinder entwickeln häufig eine veränderte, negative Einstellung zum zukünftigen Leben und zu anderen Menschen (vgl. Fischer & Riedesser 2009).

Laut Fischer & Riedesser (2009) können Kinder, die an einem Typ-II-Trauma leiden, Selbsthypnose-Fähigkeiten entwickeln, um der wiederkehrenden traumatischen Belastung zu entkommen. Spätere dissoziative Identitätsstörungen können Folgen dieser frühen Bewältigungsstrategien sein. Kinder können als Abwehrmechanismus emotional distanziert und in ihrem Empfinden abgestumpft werden. Erleben Kinder regelmässige Misshandlungen, können sie anhaltende Wut und Ärger entwickeln. Falls Kinder unter Typ-I- und Typ-II-Traumata leiden, können andauernde, übermässige Trauer und Depression die Folge sein. Weiter unten wird vertiefter auf die Folgen von Traumata in der Kindheit eingegangen (vgl. Kapitel 3.5 Traumafolgen).

Bindungstrauma

Die häufigsten Typ-II-Traumata ereignen sich in Familien in Form von familiärer Gewalt, meistens in der Kindheit. Je früher physische und sexuelle Gewalt beginnt und je länger diese andauert, desto gravierendere Auswirkungen hat dies auf die «neurobiologischen Veränderungen im Gehirn» (Brisch 2017: 14). Brisch (2017) betont, dass es sich bei den Tätern dieses Traumas meistens um Bindungspersonen handelt. Da diese Personen das Kind eigentlich schützen und versorgen sollten, ist dies noch traumatisierender, als wenn es sich bei den Tätern um fremde Menschen handeln würde. Ein solches Trauma nennt man Bindungstrauma. Opfer dieser traumatischen Erfahrungen können Persönlichkeitsstörungen wie z.B. Borderline-Störungen entwickeln (Fischer & Riedesser 2009; Brisch 2017). Man spricht auch von «chronifizierten komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen» (Brisch 2017: 17).

Traumafolgen

Die Mehrheit der Personen, die traumatische Erlebnisse hatten, leiden später nicht an schwerwiegenden psychischen Störungen. Es gelingt ihnen, diese durch Resilienz oder «posttraumatische Reifung» (Heedt 2017: 3) zu bewältigen. Heedt (2017) zufolge beginnt der Verlauf beim Überstehen und Verarbeiten eines Traumas mit einer Schockphase, wobei sich Hypermnésie (überstarke Erinnerung) und Amnesie (fehlende Erinnerung) sowie das Bedürfnis nach Nähe und Abstand abwechseln. Diese Phase dauert von Stunden bis zu einer Woche. Die darauffolgende Reaktionsphase ist durch Flashbacks an das traumatische Erlebnis gekennzeichnet, wobei diese reintegriert werden. Diese Phase dauert etwa zwei Wochen. In der Erholungsphase kann die Person vermehrt wieder den gewohnten Alltag leben.

Da der Fokus der Arbeit auf Kindern mit traumatischen Erlebnissen liegt, werden nachfolgend die Folgen traumatischer Erlebnisse bei Kindern beschrieben. Dabei ist das Spektrum ähnlich breit wie bei Erwachsenen (vgl. Siebert 2022).

Intrusionen

Laut Siebert (2022) und Fischer & Riedesser (2009) leiden Kinder oftmals unter wiederkehrenden, plötzlich auftretenden Erinnerungen, wobei es sich anfühlt, als würden sie das traumatisierende Erlebnis erneut erleben. Diese Erinnerungen treten als Bilder, Gerüche, Geräusche oder Berührungen auf. Oftmals lösen Trigger, die an das Erlebnis erinnern, diese Flashbacks aus. Trigger wie z.B. Sirensignale (Geräusche), Rauchgeruch (Gerüche) oder Berührungen können solche Auslöser sein.

Posttraumatisches Spielen

Siebert (2022) erklärt, dass man von posttraumatischem Spielen spricht, wenn Kinder Situationen traumatischer Erlebnisse immer wieder nachspielen (z.B. mit Puppen oder durch Zeichnen). Auf diese Weise versuchen betroffene Kinder, das traumatische Erlebnis zu verarbeiten. Das Wiederholen bestimmter Handlungen, die direkt oder indirekt mit dem traumatischen Erlebnis zu tun haben, kann dem betroffenen Kind zudem Sicherheit geben. Meistens können die Kinder jedoch selbst keinen Zusammenhang zwischen ihrem posttraumatischen Spiel und dem Trauma herstellen (vgl. Fischer & Riedesser 2009).

Ängste

Traumata können zu spezifischen oder generalisierten Ängsten bei den betroffenen Kindern führen. Traumaspezifische Ängste hängen direkt mit dem Trauma zusammen (vgl. Fischer & Riedesser 2009). Generalisierte Ängste bei betroffenen Kindern können z.B. die Angst vor Dunkelheit oder die Angst vor dem Verlassenwerden (z.B. beim Schlafengehen) sein (vgl. Siebert 2022).

Dissoziation

Wie weiter oben erwähnt (vgl. Kapitel 3.2 Notfallprogramm) können Kleinkinder, die anhaltend belastet werden, Dissoziationen entwickeln. Siebert (2022) meint, dass sie diese als Bewältigungsstrategie einsetzen. Alltagsdissoziation kann bei Kindern oder Jugendlichen z.B. im Unterricht als Abwesenheit oder Gedankenverlorenheit beobachtet werden. Drei weitere Phänomene der Dissoziation sind die Depersonalisation, bei der die Person sich ausserhalb ihres eigenen Körpers wahrnimmt oder Teile des Körpers verändert oder nicht zugehörig empfindet (Maercker 2017; Siebert 2022). Dadurch kann das Erlebte nicht vollständig verarbeitet werden (vgl. Siebert 2022). Des Weiteren gibt es die Derealisation, die sich durch das unwirkliche oder leblose Wahrnehmen der Umgebung oder ein verändertes Zeitempfinden (zu langsam oder zu schnell) auszeichnet (Maercker 2017; Siebert 2022). Schliesslich kann auch eine psychische Amnesie vorkommen, bei der die Person Erinnerungen zeitweise nicht mehr abrufen kann (vgl. Maercker 2017).

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Die häufigste psychische Störung, die als Folge eines traumatischen Erlebnisses auftreten kann, ist die posttraumatische Belastungsstörung (kurz PTBS) (vgl. Dressing & Foerster 2021). Erst mit der Einführung des DSM-III-R im Jahr 1988 wurde erkannt, dass PTBS auch bei Kindern auftreten kann (vgl. Sonnenmoser 2009). Vermutlich können Kinder ab drei Jahren von PTBS betroffen sein (vgl. Maercker 2013). 50% der untersuchten traumatisierten Kinder entwickeln eine posttraumatische Belastungsstörung (vgl. Sonnenmoser 2009). Maercker (2013) weist darauf hin, dass Kinder und Jugendliche nicht einmal selbst ein traumatisches Ereignis erlebt haben müssen, um an PTBS zu erkranken. Die verbale Vermittlung eines solchen Ereignisses kann bereits ausreichen.

Gemäss Maercker (2013: 352) äussern sich Symptome bei Kindern

- *in einem wenig lustvollen und wiederholten Nachspielen der traumatischen Situationen,*
- *mit körperlichen Symptomen oder Erregung,*
- *mit anklammerndem, regressivem (Verlust prätraumatisch schon erworbener Fähigkeiten in den Bereichen Sprache oder Kontinenz) oder aggressivem Verhalten,*
- *mit neuer Angst vor der Dunkelheit, Monstern oder dem Alleinesein,*
- *mit selbstschädigendem Verhalten wie z. B. Drogenmissbrauch oder auch Automutilation i. S. einer Selbstmedikation bzw. eines Spannungsabbaus ähnlich wie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung,*
- *möglicherweise mit einer verkürzten Zukunftsperspektive (»Ich werde sowieso nie die Schule beenden, nie eine Partnerschaft haben, nie heiraten, nie Kinder bekommen...« etc.)*

In der folgenden Abbildung werden die möglichen Symptome und Ausdrucksformen von Traumafolgen bei Klein- und Schulkindern zusammenfassend dargestellt.



Abbildung 2: Äusserungen von Traumafolgen (aus Siebert 2022: 23)

Folgen von Traumata in der Schule

Da es in der vorliegenden Arbeit um die Auswirkungen der Beziehung zwischen traumatisierten Kindern und Lehrpersonen oder Heilpädagog:innen geht, werden in diesem Kapitel spezifisch die Folgen von Traumata bei Kindern im Lebensbereich Schule aufgeführt.

Kognitive und affektive Störungen, die durch Traumata hervorgerufen werden, äussern sich in auffälligem Verhalten (vgl. Ding 2023). Gemäss Möhrlein & Hoffart (2017) bereiten die exekutiven Funktionen traumatisierten Kindern Schwierigkeiten. Diese umfassen die Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit, die Informationsaufnahme und -verarbeitung sowie das strukturierte Arbeiten nach Plan. Ding (2023) zufolge fällt es ihnen zudem schwer, zwischen Relevantem und Irrelevantem zu unterscheiden. Oftmals reagieren traumatisierte Kinder schnell aufgebracht, da sie das in bedrohlichen Situationen gelernt haben und sich dies als Strategien eingepägt haben. Dies alles führt dazu, dass sich traumatisierte Kinder in der Schule den Lernprozessen entziehen und Blockaden aufbauen.

Traumadiagnose

Das DSM-IV, welches im Jahr 2013 vom DSM-5 abgelöst wurde, sowie das ICD-10 definieren die Kriterien für die Diagnose der verschiedenen Traumafolgen (vgl. Maercker 2013). Laut Maercker (2013) sind Beispiele für DSM-IV-Kriterien (Maercker 2013: 353):

- **C1, C2:** *Bemühungen, mit dem Trauma verknüpfte Gedanken, Gefühle, Aktivitäten, Orte oder Menschen zu vermeiden,*
- **C3:** *Unfähigkeit, sich an wichtige Aspekte der Traumatisierung zu erinnern,*

Es gibt verschiedene deutschsprachige Traumadiagnose-Instrumente für Kinder und Jugendliche¹. So gibt es beispielsweise Diagnoseinstrumente, um die akute Belastungsstörung oder PTBS zu diagnostizieren. Weiterhin gibt es Screening-Instrumente, um Traumasymptome oder dissoziative Symptome zu untersuchen. Diese Traumadiagnose-Instrumente können z.B. Interviews oder Fragebögen sein. Viele dieser Instrumente verwenden die Kriterien des ICD-10 oder DSM-IV.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Begriff Trauma aus dem Altgriechischen stammt und Wunde oder Verletzung bedeutet (vgl. Kühn & Bialek 2017; Hantke & Görges 2012). Ein traumatisierendes Ereignis führt zu psychischen und physischen Veränderungen, sowie zum Verlust des Selbstvertrauens und möglichen Schuldgefühlen (vgl. Lautenbacher & Gauggel 2010; Kühn 2011; Kühn & Bialek 2017). Ausserdem fühlen sich traumatisierte Personen oft nicht mehr zu sozialen Netzwerken zugehörig (vgl. Kühn & Bialek 2017). Eine Traumatisierung erfordert den Zusammenbruch der individuellen Ressourcen gegenüber äusseren Herausforderungen (vgl. Zimmermann 2017). In bedrohlichen Situationen reagiert der Körper mit einem Notfallprogramm, bei dem die normale Informationsverarbeitung im Gehirn unterbrochen wird (vgl. Siebert 2022; Hantke & Görges 2012; Brisch 2017). Der Körper mobilisiert Energiereserven für Flucht oder Kampf. Wenn das jedoch nicht möglich ist, tritt der Körper in den Freeze-Zustand ein, was zu körperlicher Unruhe, Muskelverspannungen oder Dissoziation führen kann (vgl. Siebert 2022). Traumata werden in menschlich verursachte (Interpersonelle Traumata) und zufällige (Akzidentelle Traumata) unterteilt, die kurzfristig (Typ-I) oder langfristig (Typ-II) sein können (vgl. Maercker 2013). Langandauernde Typ-II-Traumata und durch Menschen verursachte Traumata haben schwerwiegendere Auswirkungen, insbesondere auf Kinder (vgl. Fischer & Riedesser 2009; Siebert 2022). Häufige Typ-II-Traumata treten in Familien auf, meist durch physische oder sexuelle Gewalt in der Kindheit (vgl. Brisch 2017). Diese

¹ [https://www.kindertraumainstitut.de/userfiles/files/Trauma-Screening_Diagnose_KJ_2_2019\(1\).pdf](https://www.kindertraumainstitut.de/userfiles/files/Trauma-Screening_Diagnose_KJ_2_2019(1).pdf) (zuletzt aufgerufen am 31.01.2024)

Traumata, die oft von Bindungspersonen verursacht werden, führen zu schwerwiegenden neurobiologischen Veränderungen und Persönlichkeitsstörungen wie Borderline-Störungen (vgl. Fischer & Riedesser 2009; Brisch 2017). Nicht alle traumatisierten Personen entwickeln jedoch schwerwiegende psychische Störungen (vgl. Heedt 2017). Resilienz und posttraumatische Reifung spielen eine wichtige Rolle bei der Bewältigung (vgl. Heedt 2017). Traumafolgen bei Kindern umfassen unter anderem Intrusionen, posttraumatisches Spielen, Ängste, Dissoziation und posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (vgl. Siebert 2022; Fischer & Riedesser 2009). Dabei kann PTBS bereits bei Kindern ab drei Jahren auftreten (vgl. Maercker 2013). Darüber hinaus zeigen traumatisierte Kinder kognitive und affektive Störungen, die sich in auffälligem Verhalten äussern (vgl. Ding 2023). Schwierigkeiten bei exekutiven Funktionen, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsproblemen sowie beim strukturierten Arbeiten führen dazu, dass traumatisierte Kinder Lernprozesse vermeiden und Blockaden aufbauen (vgl. Möhrlein & Hoffart 2017; Ding 2023). Das DSM-IV und ICD-10 definieren die Kriterien für die Diagnose von Traumafolgen (vgl. Maercker 2013). Es gibt verschiedene deutschsprachige Traumadiagnose-Instrumente für Kinder und Jugendliche, wie Interviews oder Fragebögen, die diese Kriterien verwenden (vgl. Maercker 2013).

Literaturverzeichnis

- Brisch, Karl Heinz (2017): Bindungstraumatisierungen. Wenn Bindungspersonen zu Tätern werden. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ding, Ulrike (2023): Trauma und Schule. Was lässt Peter wieder lernen? Über unsichere Bedingungen und sichere Orte in der Schule. In: Bausum, Jacob; Besser, Lutz-Ulrich; Kühn, Martin; Weiss, Wilma (Hrsg.) (2023): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim & Basel: Beltz Juventa. S. 56-67.
- Fischer, Gottfried; Riedesser, Peter (2009): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Ernst Reinhardt.
- Gysi, Jan (2018): Veränderungen im ICD-11 im Bereich Trauma & Dissoziation. [https://www.nischak.com/fileadmin/nischak/Trauma___Dissoziation_im_ICD-11_1.pdf; 23.12.2023].
- Hantke, Lydia; Görges, Hans-Joachim (2012): Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik. Paderborn: Junfermann.
- Kühn, Martin (2011): Trauma als Destruktion des Dialogs mit dem Selbst, der Umwelt und dem Leben an sich. Pädagogische Wege der Traumabewältigung. In: Sozial Extra 11/12. S. 12-15.
- Kühn, Martin; Bialek, Julia (2017): Fremd und kein Zuhause. Traumapädagogische Arbeit mit Flüchtlingskindern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Lautenbacher, Stefan; Gauggel, Siegfried (Hrsg.) (2010): Neuropsychologie psychischer Störungen. Berlin Heidelberg: Springer.
- Maercker, Andreas (Hrsg.) (2013): Posttraumatische Belastungsstörungen. Berlin Heidelberg: Springer.
- Möhrlein, Gerald; Hoffart, Eva-Maria (2017): Traumapädagogische Konzepte in der Schule. In: Gahleitner, Silke, Brigitta; Hensel, Thomas; Baierl, Martin; Kühn, Martin; Schmid, Marc (Hrsg.): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 91-102.
- Siebert, Andreas (2022): Trauma verstehen und bewältigen: Ein Leitfaden für Betroffene und Angehörige. Berlin: Springer.
- Zimmermann, David (2017): Traumatisierte Kinder und Jugendliche im Unterricht. Ein Praxisleitfaden für Lehrerinnen und Lehrer. Weinheim: Beltz.

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Traumatisierung (aus Kühn & Bialek 2017: 32)</i>	1
<i>Abbildung 2: Äusserungen von Traumafolgen (aus Siebert 2022: 23)</i>	7

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse (aus Maercker 2013: 16)</i>	3
--	---