Trauma

Notfallprogramm

Traumafaktoren

Erste Hilfe

Fallreflexionen

FLUCHT & TRAUMA IM KONTEXT SCHULE

Schutzfaktoren

Risikofaktoren

Trigger

Sequenzielle Traumatisierung

Posttraumatische Belastungsstörung

Nichts ist so wie es einmal war!

Die Erlebnisse von Krieg und Folter in den Herkunftsländern sowie die oft monatelange dramatische Flucht nach Europa belasten vor allem Kinder und Jugendliche in hohem Maße. Zudem können ein zunächst unsicherer Aufenthalt in Österreich und mögliche Erfahrungen von Ausgrenzung zusätzliche Stressoren sein. Jedes Flüchtlingskind hat folglich potenziell traumatische Situationen erlebt, aber nicht jedes Kind, das mit diesen Erfahrungen in Österreich ankommt, entwickelt traumaspezifische Stresssymptome oder Folgeerkrankungen. Vor allem die baldige Rückkehr bzw. Aufnahme in die sicheren Strukturen des Schulalltags sowie die pädagogische Professionalität von Lehrpersonen bieten die beste Möglichkeit für Kinder und Jugendliche, traumatische Erlebnisse bewältigen zu können.

Was ist ein Trauma?

Körper und Seele im Ausnahmezustand

Ein Ereignis kann traumatisch sein, wenn es (lebens-) bedrohlich ist und uns in einer Art und Weise überwältigt, dass auch unsere üblichen Abwehr- und Bewältigungsmechanismen (z.B. Flucht, Angriff oder Verteidigung) nicht mehr ausreichen, weil wir von der Heftigkeit dieses Ereignisses überfordert sind. Aktives Handeln wird für die Betroffenen in dieser Situation unmöglich. Wir sind dem Ereignis hilf- und schutzlos ausgeliefert. In Folge laufen Notfallprogramme ab, die eigentlich dem Schutz unseres Körpers dienen.

Ein traumatisches Ereignis überwältigt die betroffenen Kinder und Jugendlichen regelrecht. Ihr Selbst- und Weltverständnis (z.B. „Ich kann mir selbst helfen“ oder „Die Welt ist gut, sicher und gerecht“) wird zutiefst erschüttert. Durch Krieg und Verfolgung wird zudem ihr positives Bild von Menschen und von der Gesellschaft zerstört (z.B. „Ich kann anderen vertrauen“). Da Kinder und Jugendliche gerade erst dabei sind, ihr Bild von sich und der Welt zu entwickeln, ist das für sie ein gravierender Einschnitt. Ein traumatisches Erlebnis führt also zu einer **seelischen Verletzung** („Trauma“ kommt vom griechischen Wort für „Wunde“) und teilt das Leben der Betroffenen in ein „Vorher“ und „Nachher“ bzw. „Seitdem“ ein. Nach bzw. seit dem Ereignis ist nichts mehr so, wie es vorher war. Alles ist anders.

Mit einem solchen Ereignis können auch traumaspezifische Reaktionen (Stressreaktionen) verbunden sein, die eigentlich normale Reaktionen auf nicht normale Ereignisse sind (siehe S. 24) und als Schutzmechanismus dienen, um das Aushalten der jeweiligen Situation zu ermöglichen. Werden betroffene Kinder und Jugendliche mit ihren Erfahrungen allein gelassen, können sich Traumafolgestörungen ausbilden (siehe S. 31).

Was passiert im Gehirn?

Der Wechsel ins Notfallprogramm

Eine Traumatisierung bewirkt ein komplexes körperliches Geschehen, das eine Reihe von psychischen Auswirkungen mit sich bringen kann. Auf eine überwältigende Bedrohung von außen reagiert der Körper mit einer unkontrollierbaren Stressreaktion. Hierbei kommt es zu Änderungen der Gehirnfunktionen, genauer gesagt zu einer Unterbrechung des normalen Informationsflusses: Das Einordnen der Informationen durch das Großhirn wird unterbunden, weil die Verbindungen zwischen Amygdala und Hippocampus getrennt werden. Dadurch kommt es zu Blockaden bei der Verarbeitung und zu Störungen bei der Speicherung von Informationen. Die Information bleibt im „emotionalen Gedächtnis“, in der Amygdala, stecken.

Im Detail: Sind wir mit einer gefährlichen Situation konfrontiert, erreicht diese Information zuerst unser Stammhirn, das die Information an die Amygdala weiterleitet. Diese schlägt Alarm und versetzt uns in Alarmbereitschaft. Energiereserven werden mobilisiert. In Folge der Ausschüttung von Hormonen wie Noradrenalin und Cortisol kommt es zu schnellen Flucht- oder Kampfreaktionen. Dies geschieht ganz automatisch und ohne Zutun des Großhirns. Eine Entscheidungsfindung durch das Großhirn wird folglich unterbunden, um schnell reagieren zu können.

In traumatischen Situationen, insbesondere ohne Möglichkeit zur Flucht oder zum Kampf – obwohl das Stresssystem maximal aktiviert ist – leitet unser Gehirn ein Notfallprogramm ein. Der **Körper erstarrt** und wirkt inaktiv (**freeze**), d.h. der Muskeltonus ist eher schlaff, der Blutdruck niedrig, für die Betroffenen wird es unmöglich, sich zu wehren oder zu schreien. Doch verschwindet die Energie, die den Körper auf die Flucht oder den Kampf vorbereitet hat, in weiterer Folge nicht einfach, sondern bleibt im Körper eingeschlossen und ist eine Ursache für Symptome wie körperliche Unruhe, Muskelverspannungen oder Aggressivität. Dies gilt auch dann, wenn Kampf- oder Fluchtimpulse unterdrückt wurden bzw. werden mussten, z.B. wenn sich Kinder und Jugendliche ruhig verhalten mussten, um nicht entdeckt zu werden, obwohl sie schreien oder wegrennen wollten.

Es kann auch sein, dass Eindrücke wie Geräusche, Gerüche, Bilder und Schmerzen ausgeblendet werden, um das Schreckliche aushalten zu können. Dieser Vorgang heißt **Dissoziation** (d.h. Abspaltung), also eine Trennung von Wahrnehmungs- und Gedächtnisinhalten, welche normalerweise verbunden sind (siehe S. 27). Kinder und Jugendliche können etwa in traumatischen Ereignissen das Gefühl haben, gleichsam aus ihrem Körper herauszutreten oder vom eigenem Körper losgelöst zu sein, sich abzuspalten und als Beobachter teilzunehmen. Innerhalb des Gehirns

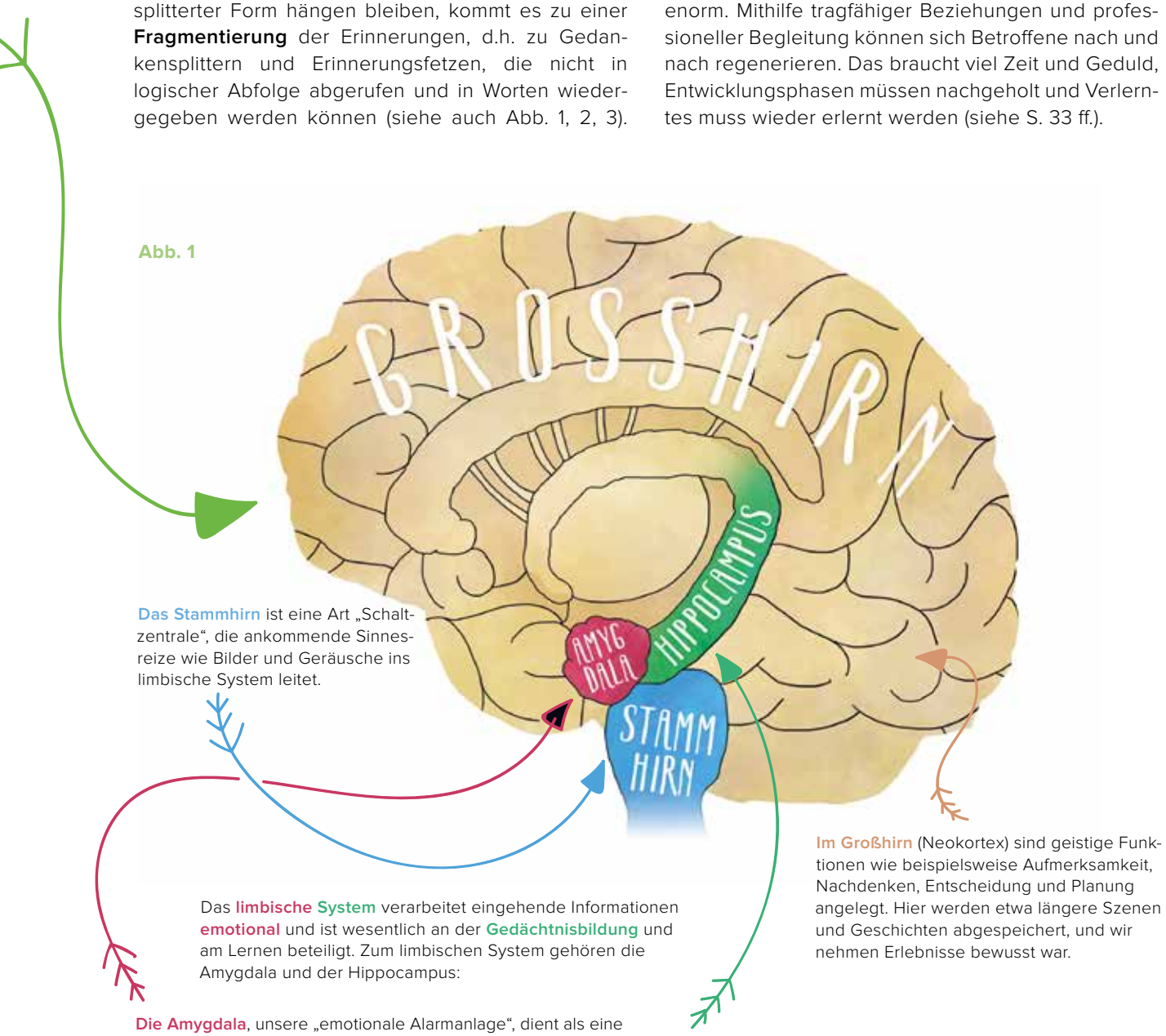
kommt es zudem zu einer folgenschweren Umschaltung des normalen Informations- und Entscheidungsflusses. Die Amygdala unterbricht die Weiterleitung, wenn die Belastungen überhandnehmen. Informationen der traumatischen Situation werden nicht verarbeitet, sondern bleiben im „emotionalen Gedächtnis", in der Amygdala, hängen. Eine Einordnung des Erlebten im Großhirn, d.h. eine Abspeicherung und Integration des Ereignisses in die Lebensgeschichte, ist folglich nicht möglich. Der Körper bleibt in einer „nicht zu Ende gebrachten Stressreaktion stecken" (Huber 2003, S. 44 ff.).

Hier liegt der Ursprung der in Folge andauernden Übererregbarkeit (siehe „Hypervigilanz", S. 27) von traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Wenn Details ohne geordnete Abspeicherung in aufgesplitterter Form hängen bleiben, kommt es zu einer **Fragmentierung** der Erinnerungen, d.h. zu Gedankensplittern und Erinnerungsfetzen, die nicht in logischer Abfolge abgerufen und in Worten wiedergegeben werden können (siehe auch Abb. 1, 2, 3).

Betroffene haben für ihre Gefühle keine Sprache und können sie auch nicht in einen angemessenen Zusammenhang mit alltäglichen Erlebnisinhalten bringen. Außerdem kann es passieren, dass Betroffene scheinbar unberührt ein schreckliches Erlebnis schildern können, da sie nur auf „bildliche Erinnerungen" zugreifen. Andere Teile der Erinnerung aus der Amygdala, dem „emotionalen Gedächtnis" sind wiederum gut verpackt und „überkommen" die Betroffenen willkürlich und ungesteuert (siehe auch „Wiederkehrende, sich aufdrängende Erinnerungen", S. 24).

Traumatische Erlebnisse können also gewissermaßen auch Veränderungen im Gehirn hinterlassen. Die gute Nachricht: Das Gehirn ist sehr plastisch, es verfügt über eine hohe Anpassungsfähigkeit und kann sich ein Leben lang verändern. Unsere Lernfähigkeit ist enorm. Mithilfe tragfähiger Beziehungen und professioneller Begleitung können sich Betroffene nach und nach regenerieren. Das braucht viel Zeit und Geduld, Entwicklungsphasen müssen nachgeholt und Verlerntes muss wieder erlernt werden (siehe S. 33 ff.).

Abb. 1



Das Stammhirn ist eine Art „Schaltzentrale", die ankommende Sinnesreize wie Bilder und Geräusche ins limbische System leitet.

Das **limbische System** verarbeitet eingehende Informationen **emotional** und ist wesentlich an der **Gedächtnisbildung** und am Lernen beteiligt. Zum limbischen System gehören die Amygdala und der Hippocampus:

Die Amygdala, unsere „emotionale Alarmanlage", dient als eine Art Vorfilter und ordnet den eintreffenden Informationen eine Bedeutung zu. Affektgeladene Ereignisse werden hier verarbeitet, und es entstehen Gefühle wie Angst und Wut. Diese Erinnerungen erreichen uns in der Folge willkürlich und ungesteuert.

Im Großhirn (Neokortex) sind geistige Funktionen wie beispielsweise Aufmerksamkeit, Nachdenken, Entscheidung und Planung angelegt. Hier werden etwa längere Szenen und Geschichten abgespeichert, und wir nehmen Erlebnisse bewusst war.

Der Hippocampus ordnet Ereignisse zeitlich und räumlich und entscheidet, was ins Langzeitgedächtnis (ins Großhirn) aufgenommen wird. Die Erinnerungen sind willentlich abrufbar.

Um ein Trauma verarbeiten zu können, kann es für Kinder hilfreich sein zu verstehen, was in ihrem Gehirn passiert und weshalb sie nun bestimmte Symptome zeigen. Eine kindgerechte Erklärung kann z.B. folgendermaßen aussehen:

„Im Gehirn gibt es drei Teile, die im Idealfall gut zusammenarbeiten. Ein Teil, das ist der älteste, manche sagen Reptiliengehirn (Gehirnstamm oder Stammhirn) dazu, ist der Kern des Apfels. Dieser Teil hat viele Funktionen, u.a. reagiert er auf Gefahr und stellt Energie bereit, um zu kämpfen oder zu flüchten. Seine Sprache sind die Empfindungen, wie z.B. der Kloß im Hals, die schweißnassen Hände oder eine große Aufregung. Der zweite Teil, sagen wir das Fruchtfleisch des Apfels, heißt auch Mittelhirn oder Amygdala.

Dieser Teil ist für Gedächtnis und Emotionen verantwortlich, seine Sprache sind die Gefühle. Die Amygdala ist auch die Warnzentrale im Gehirn.

Abb. 2
Der entspannte Zustand

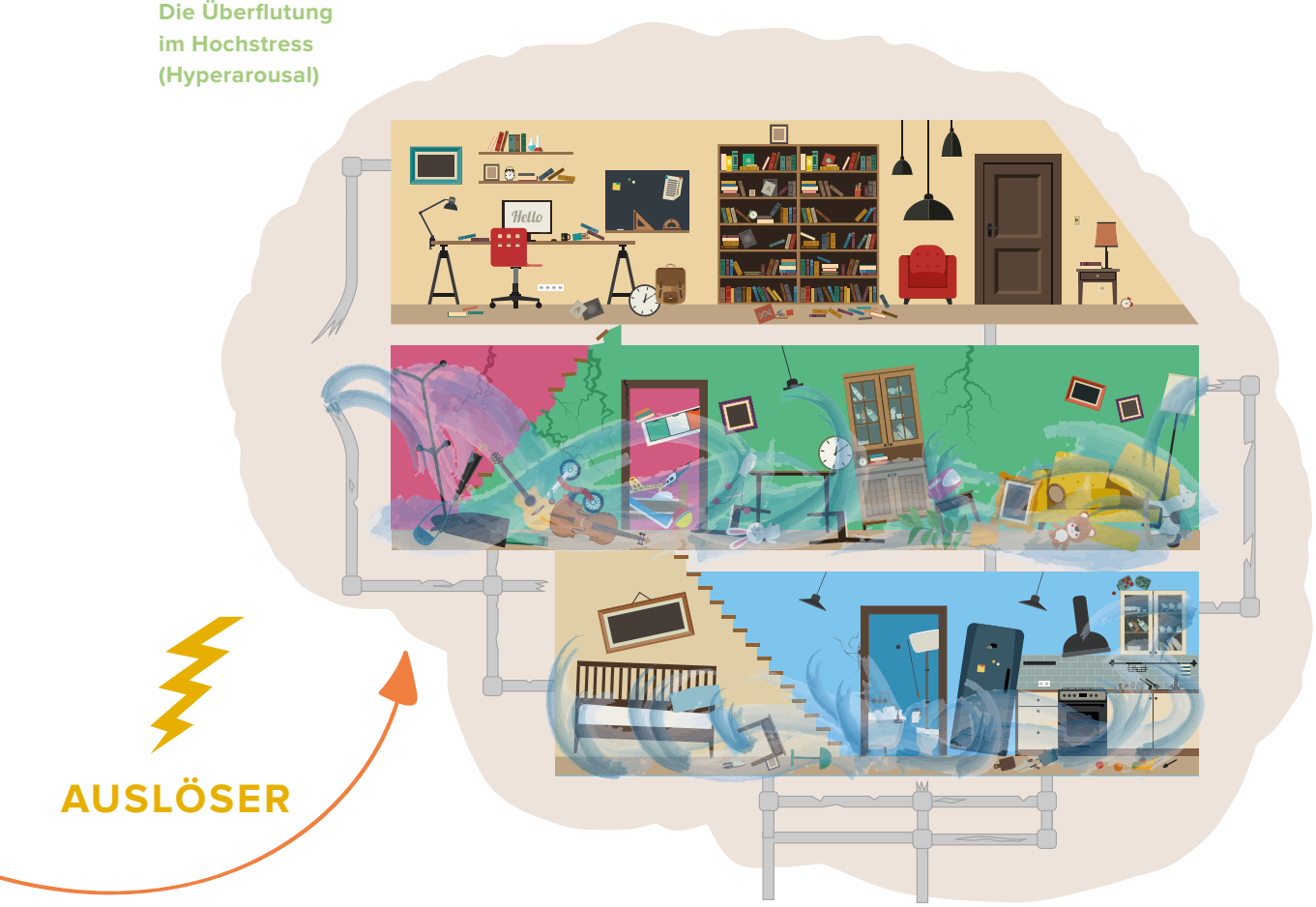
Das „Erdgeschoss“ kümmert sich um ganz wichtige Vorgänge in unserem Körper, damit wir leben können. Es sorgt zum Beispiel dafür, dass wir atmen, dass unser Herz klopft, dass wir Hunger spüren und unser Essen verdauen können. All das macht das Erdgeschoss ganz automatisch, damit wir dem Herzen nicht sagen müssen, dass es schlagen soll und der Lunge nicht, dass sie Luft holen und diese dann auch wieder ausatmen muss.

Im „ersten Stock“ sind die Gefühle zu Hause. Hier ist es gemütlich, du kannst Musik genießen, ein tolles Buch lesen oder einen Film schauen, etwas Lustiges spielen, einfach Spaß haben und dich freuen. Wenn du dir etwas merken möchtest, gehst du von hier in den obersten Stock und speicherst es im Computer ab. Das nennt man „lernen“.

Im „Dachgeschoss“ kann man richtig gut denken, Pläne schmieden, Rätsel oder Probleme lösen und etwas nachschlagen. Das nennt man „sich erinnern“. Im Computer ist alles gespeichert, was du gelernt hast, und im Regal stehen noch viele interessante Bücher, die dich zu neuen Fragen anregen.

Der dritte Teil, sagen wir die Schale des Apfels, ist das denkende Gehirn. Normalerweise ist das denkende Hirn der Chef. Wenn du aber ganz viel Angst hast, schaltet die Warnzentrale (Fruchtfleisch) das Reptiliengehirn (Apfelkern) ein. Der Apfelkern stellt Energie bereit, damit du dich wehren kannst. Und das denkende Gehirn, die Schale des Apfels, ist abgeschaltet. Und wenn das ganz oft ist oder früher so war, dann meldet die Amygdala Gefahr, auch wenn keine da ist. Das Reptiliengehirn bleibt eingeschaltet und setzt deinen Körper unter Strom, damit du dich wehren oder flüchten kannst. Du wirst nervös und bekommst Angst oder schweißnasse Hände, rastest vielleicht aus, und weil du nicht weißt, was passiert, denkst du, da hat sich eine Fernbedienung reingehängt, die sendet immerzu Alarm. Die Schale, der Denker hat keine Chance, es gibt keinen Funkkontakt von der Warnzentrale zum Denker und auch keinen vom Denker zur Warnzentrale.“
(Weiß 2013a: 170) [13]

Abb. 3
Die Überflutung im Hochstress (Hyperarousal)



Jetzt hat **das Erdgeschoss** richtig Stress. Es ist nämlich etwas Schreckliches passiert oder eine Blitz-Erinnerung an dieses ganz schlimme Ereignis ist aufgetaucht. Der Stress ist so stark, dass das Erdgeschoss nicht mehr richtig arbeiten kann. Dann spürt man zum Beispiel keinen Hunger mehr, das Herz klopft auf einmal viel stärker als sonst und man atmet ganz schnell.

Der erste Stock spürt die Angst und schickt einen Befehl ins Erdgeschoss, und zwar an die Muskeln, damit sie sich bereit machen zu kämpfen oder wegzulaufen, aber leider geht das aus irgendeinem Grund nicht. Der Schock ist einfach zu groß! Zur Angst kommen jetzt neue Gefühle dazu, man fühlt sich zum Beispiel ganz hilflos und allein. Man weiß einfach nicht mehr, was man tun soll. Weil man das alles gar nicht aushalten kann und sich nichts davon merken möchte, geht man gar nicht mehr unters Dach. Die Gefühle kommen jetzt wie das Wasser hier auf dem Bild überall hin und die Treppe zum obersten Stock bricht ein, man kann das oberste Geschoss auch gar nicht mehr erreichen. Erst wenn die Gefahr vorüber ist, geht das Wasser zurück und du kannst mit der Hilfe von anderen Leuten aufräumen und die Treppe wieder neu aufbauen.

Unter dem Dach: Im Erdgeschoss und im ersten Stock ist viel passiert. Die Treppe ist wieder da. Jetzt kannst du oben im Dachgeschoss alle Erinnerungen ordnen und abspeichern. Weil das viel Arbeit ist, kannst du dir dabei von einer Therapeutin oder einem Therapeuten helfen lassen.

13 Weitere Modelle zum Nachlesen: „Zwiebelschalenmodell“ in Hüther (2009), im Literaturverzeichnis unter „Neurobiologie“; „Hasenmodell“ in Hantke (2012), sowie „Eidechsen-Katzen-Professoren-Modell“ in Krüger (2011) im Literaturverzeichnis unter „Trauma“.

Was erleben Kinder und Jugendliche im Herkunftsland, auf der Flucht und im Aufnahmeland?

Kinder und Jugendliche sind in **Kriegs- und Krisengebieten**, in Flüchtlingscamps und auf der Flucht unzähligen Gefahren ausgesetzt (siehe „ Situation in den Herkunftsländern“, S. 11 ff.). Sie erleben Bombardierungen, Raketenbeschuss, Granaten, Explosionen und den Verlust von Haus und Heimat. Sie verlieren ihre gewohnte Sicherheit und Geborgenheit, den Schulplatz, Freunde oder Haustiere. Häufig werden sie selbst Opfer von physischer und/oder sexueller Gewalt, erleiden körperliche Verletzungen, werden als Kindersoldaten zum Morden gezwungen oder leiden an Armut und Hunger. Kinder und Jugendliche müssen erkennen, dass sie die Gefahr von liebgewonnenen Menschen nicht abwenden können und werden Zeugen von Gewalt, Ermordung und Erschießung. Sie müssen den Tod ihrer Eltern verkraften, verlieren Verwandte und Freunde oder werden von ihren Eltern getrennt.

Auf der **Flucht** sind sie streckenweise schlecht versorgt und Hunger, Durst, Kälte oder Hitze ausgesetzt. Die damit verbundene Verunsicherung und Hilflosigkeit mancher Eltern oder anderer Begleitpersonen erschüttert Flüchtlingskinder zutiefst.

In **Österreich** angekommen, tragen ein unklarer Aufenthaltsstatus und fehlende Perspektiven zur Hoffnungslosigkeit bei (siehe „Welche Leistungen erhalten Asylsuchende?“, S. 8 sowie S. 22). Nicht selten erfahren sie an Schulen oder in Gemeinden Ablehnung und Ausgrenzung. Darüber hinaus müssen Kinder und Jugendliche auch mit etwaigen traumaspezifischen Stressreaktionen und Folgestörungen ihrer Bezugspersonen zurechtkommen. Die schwierigen Lebensumstände in Österreich nehmen Eltern das Gefühl, die Familie ausreichend versorgen zu können, sodass Kinder und Jugendliche in vielen Fällen die Verantwortung übernehmen müssen und ihre Eltern z.B. bei Behördengängen unterstützen oder diese auch selbst übernehmen müssen. Hinzu kommt die Sorge um die in der Heimat verbliebenen Freunde und Angehörigen. Die Begegnung mit der aufnehmenden Gesellschaft kann einen Kulturschock auslösen. Kinder und Jugendliche fühlen sich dann oft überfordert, zum einen den Werten ihrer Herkunftskultur gerecht zu werden und zum anderen den Herausforderungen in Österreich zu entsprechen.

Flüchtlinge erleben nicht nur Traumata in ihrer Heimat oder während der Flucht, die Aufnahmebedingungen und die Versorgung nach der Flucht sind ebenfalls wesentlich verantwortlich für die psychischen Belastungen, unter denen Flüchtlinge leiden. Keilson formulierte als Leitfrage: „Was haben wir für diese Kinder getan?“ Diese Frage gilt es auch heute zu stellen und den gesellschaftlichen, kulturellen, politischen und rechtlichen Kontext für die Flüchtlingskinder zu analysieren und zu hinterfragen, um adäquate Hilfestellung und Unterstützung leisten zu können (vgl. Zimmermann 2012: 44 f., nach Becker 2006: 192; Hargasser 2014: 34).

ZUSÄTZLICHE INFORMATION

Wie trauern Kinder und Jugendliche?

Die Bewältigungsstrategien von Kindern und Jugendlichen unterscheiden sich von jenen der Erwachsenen – so auch im Trauerprozess. Dieser verläuft bei Kindern diskontinuierlich, sie unterbrechen ihre Trauer und nehmen sie zu einem späteren Zeitpunkt wieder auf. Generell dauert die Phase daher länger als bei Erwachsenen (Juen 2015). Bei Flüchtlingskindern werden Trauerprozesse darüber hinaus durch Verfolgung und Flucht unterbrochen. So können etwa wichtige Trauerrituale wie Beerdigungen nicht begangen werden.

Trauerarbeit muss sich dem Alter und der Entwicklungsstufe anpassen. Jüngere Kinder können ihre Trauer noch nicht sprachlich ausdrücken und greifen daher zu anderen Ausdrucksformen wie dem Spiel. Betroffene Kinder im Schulalter wollen nicht anders sein als ihre MitschülerInnen. Dann kann es sein, dass sie fast so agieren, als ob nichts gewesen wäre. Dementsprechend erscheinen Trauerreaktionen von Kindern manchmal recht befremdlich. Ihr Verhalten kann das Umfeld stark verunsichern und vielleicht die Angst hervorrufen, darauf möglicherweise nicht richtig zu reagieren (siehe S. 29 und S. 76).[14]

14 Weitere Literatur dazu finden Sie im Literaturverzeichnis unter „Trauer und Trost“.

ZUSÄTZLICHE INFORMATION

Konzept der sequentiellen Traumatisierung von Kindern und Jugendlichen auf der Flucht

Trauma kann auch als ein Prozess und nicht nur als ein individuelles Erlebnis gedacht werden. Das Konzept der sequentiellen Traumatisierung[15] berücksichtigt nicht nur einzelne Erlebnisse und extreme Belastungssituationen, sondern beschreibt den Prozess einer sich verändernden traumatischen Situation, der in mehrere Sequenzen unterteilt ist (vgl. Becker 2006, zit. nach Hargasser 2014: 27 ff. und Zimmermann 2012: 41 ff.).

Sequenz 1 – Beginn der Verfolgung bis zur Flucht: Diese Sequenz beinhaltet die Entscheidung zu flüchten und ist charakterisiert durch ein „verzweifeltes Aufgeben" (z.B. mussten Eltern oder auch Jugendliche selbst ihr politisches Engagement aufgeben) und den Wunsch, sich und seine Familie zu retten.

Sequenz 2 – Die Flucht selbst: Diese Sequenz ist geprägt von Angst und Lebensgefahr, von neuerlichen traumatischen Erfahrungen, häufig von Gewalterfahrungen und existenziellen Abhängigkeiten von Schleppern oder Polizeikräften. Kommt es durch oder während der Flucht zu einer Trennung von Familienmitgliedern, werden sich die Betroffenen dieser Trennung in diesem Stadium bewusst und erleben Trauer um den verlorenen Halt in der Familie.

Sequenz 3 – Im Asylland: Die Betroffenen sind im Asylland angekommen. Ihr Leben ist nicht mehr in Gefahr, dennoch ist es eine Phase großer Unsicherheit: die prekäre Wohnsituation, das Warten auf die Entscheidung im Asylverfahren, beschränkte finanzielle Möglichkeiten, das Gefühl der Isolation sowie Feindseligkeiten seitens der Bevölkerung. Die Gefahr einer möglichen Abschiebung lässt Gefühle der Todesangst, Hilf- und Ausweglosigkeit wieder aufleben und kann damit den Traumatisierungsprozess fortsetzen.

Nach einiger Zeit tritt ein Zustand der „chronifizierten Vorläufigkeit" ein: Die Betroffenen müssen sich dem inneren Konflikt stellen, Bindungen an das Heimatland aufrechterhalten zu wollen, aber gleichzeitig am neuen Ort anzukommen und sich zu integrieren. In weiterer Folge kann der Integrationsprozess erfolgreich sein, es kann aber auch vorkommen, dass sich manche innerpsychisch heimatlos fühlen, weil sie die „Fremden" bleiben.

15 Das Konzept der sequentiellen Traumatisierung wurde ursprünglich von Hans Keilson in den Niederlanden entwickelt, der Längsschnittstudien zum Schicksal jüdischer Waisenkinder, die ihre Eltern während der Nazi-Zeit verloren hatten, durchgeführt hat (Keilson 1979, Nachdruck 2005).

Belastung oder Trauma? Welche Faktoren entscheiden?

Ob eine Erfahrung ein Kind oder einen Jugendlichen traumatisiert und ob und in welchem Ausmaß es zu Folgesymptomen kommt, hängt von situationsbezogenen und individuellen Faktoren ab.

Welche situationsbezogenen Faktoren können eine Traumatisierung beeinflussen?

Traumatische Situationen können nach ihrer Intensität, der Häufigkeit und dem zeitlichen Verlauf (z.B. einmaliges Ereignis oder mehrmalige und langandauernde Gefahr), nach der Art der Betroffenheit (die Kinder/Jugendlichen haben es z.B. selbst erlebt oder waren Zeugen), nach der Art der Verursachung und dem Verhältnis zwischen Täter und Opfer eingeteilt werden (siehe Abb. 4).

Gewalttaten, die durch Menschen verursacht wurden (sogenannte **man-made-disaster** wie Krieg, Vergewaltigungen oder Folter), sind besonders schwer zu verarbeiten und wirken komplexer und gravierender als ein Unglück (z.B. ein Verkehrsunfall oder eine Naturkatastrophe). Denn hier sind es Menschen, die uns Grausames antun. Das erschüttert unser Vertrauen in andere Menschen oder gar in die gesamte Menschheit. Wenn Kind und TäterIn einander nahestehen, also eine emotionale oder wirtschaftliche Abhängigkeit besteht, klafft die seelische Wunde noch tiefer, und es sind heftige Traumareaktionen zu erwarten (z.B. bei sexueller und körperlicher Gewalt in der Familie).

Ebenso verhält es sich mit länger **andauernden** oder sich **wiederholenden traumatischen Ereignissen** (z.B. Folter, Geiselhaft) sowie mit Erlebnissen, bei denen Kinder und Jugendliche ihre Bezugspersonen und damit deren Schutz verlieren (z.B. gewaltsamer Tod von Bezugspersonen, Trennung von Bezugspersonen durch Krieg und Flucht, verschleppte/verschwundene nahe Angehörige).

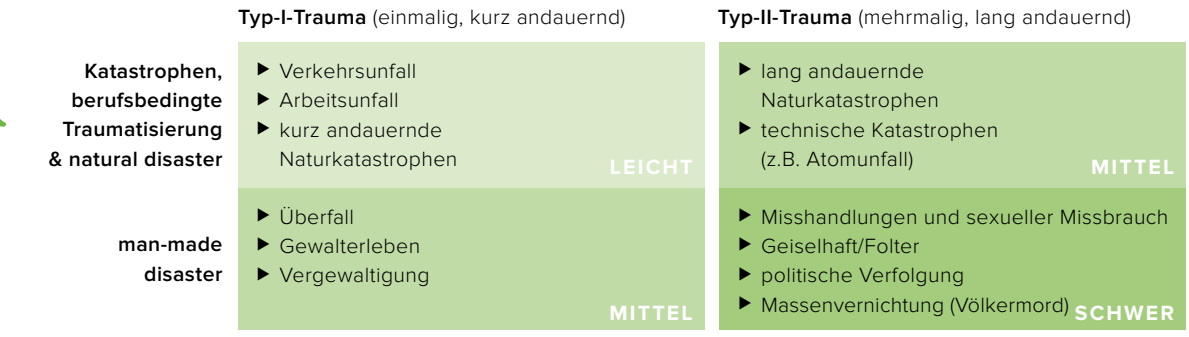
Welche Faktoren schützen vor Traumatisierungen und welche begünstigen die Entwicklung von Folgestörungen?

Ob eine Situation traumatisch wirkt, hängt nicht nur von den äußeren Umständen, sondern auch sehr stark vom inneren Erleben, der Bewertung und dem Umgang mit diesem Ereignis ab. Vor diesem Hintergrund stellt sich auch die Frage, warum Kinder und Jugendliche manchmal dieselbe traumatische Situation, etwa einen Bombenanschlag, unterschiedlich verarbeiten. Dazu gibt es zwar viele Forschungsergebnisse, jedoch sind genaue Prognosen schwierig.

Alter und Entwicklungsstand der Kinder und Jugendlichen haben Einfluss auf die Interpretation und Verarbeitung der belastenden Ereignisse, je jünger, umso gravierendere Folgen sind zu erwarten. **Frühere Traumatisierungen** (auch in der Familie) oder eine **vorherige psychische Erkrankung** erhöhen zudem die Gefahr. Auch stärkere **Angstreaktionen** (z.B. Atemnot, massives Schwitzen, Zittern) des Kindes während des Ereignisses sind ein Risikofaktor (vgl. Kultalathi und Rosner 2010). Eine intensive Entwicklung von Symptomen nach dem Ereignis (z.B. starke Ängste) wirkt sich ebenso negativ aus. **Schuld und Schuldgefühle** gehen zudem häufig mit einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) einher (siehe S. 31). Kinder und Jugendliche mit **Bewältigungsstrategien** wie einer offenen Kommunikation sowie einer optimistischen und selbstbewussten Haltung zeigen hingegen weit weniger Folgesymptome. Auch Intelligenz und emotionale und soziale Fähigkeiten sind Schutzfaktoren. So haben Kinder und Jugendliche, die über **stabile soziale Bindungen** verfügen (z.B. Familie, FreundInnen) und/oder in einer Gemeinschaft eingebunden sind (z.B. Klasse, Sportverein; siehe S. 39 ff.), tendenziell ein geringeres Risiko, posttraumatische Symptome oder Folgestörungen zu entwickeln (vgl. Krüger 2013: 31).

Bestimmte soziodemografische Variable stellen zudem Risikofaktoren dar. Wie zuvor schon beschrie-

Abb. 4 Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse (nach Maercker 2009)



ben, leben Flüchtlingskinder oft in sehr beengten **Wohnverhältnissen** (siehe S. 8 f.). Gerade geringer Wohnraum kann jedoch ein solcher zusätzlicher Risikofaktor sein. Ebenso verhält es sich mit einem niedrigen **sozioökonomischen Status** der Herkunftsfamilie (vgl. Egle et al. 1997), der oftmals ein Hinweis auf geringere psychische Verarbeitungskapazitäten ist.

Welche Folgen können traumatische Erfahrungen haben?

Während die Anpassungsleistungen unseres Körpers, wie z.B. körperliche Aktivierung oder Dissoziation, in der traumatischen Situation unser Überleben sichern, können diese in der Folge unter Umständen zu Problemen führen:

Welche Symptome zeigen Kinder und Jugendliche nach einer traumatischen Erfahrung?

Traumatische Ereignisse lösen starke psychische Reaktionen aus, wenngleich diese eigentlich normale Reaktionen auf überwältigende Ereignisse sind (siehe S. 17 ff.). Das Spektrum an Reaktionen von Kindern und Jugendlichen auf traumatische Ereignisse ist ähnlich breit wie bei Erwachsenen. So zeigen diese Reaktionen wie Übererregtheit, Vermeidungsverhalten, Erinnerungen, die sie ganz plötzlich und unerwartet überfallen (sogenannte Intrusionen) oder dissoziative Symptome (siehe „Dissoziation“, S. 27). Allerdings reagieren Kinder mit Verhaltensweisen, die ihrem Entwicklungsstand entsprechen. Manche Kinder zeigen sich auch unerwartet fröhlich, unbekümmert und angepasst, andere wiederum ziehen sich zurück, sind unruhig und weisen Konzentrationsprobleme auf.

Im Allgemeinen können wir bei Kindern und Jugendlichen vier maßgebliche Symptomgruppen festmachen:

1. Wiederkehrende, sich aufdrängende Erinnerungen

› Niatullah greift sich oft an die Nasenwurzel, reibt diese und scheint dabei nach innen zu schauen. Diese Momente dauern manchmal nur kurz, manchmal auch einige Minuten lang. Danach schüttelt er den Kopf und schaut verwirrt um sich. Erkennt er etwas oder jemanden, sagt er erleichtert „ja“ und atmet tief aus. Danach klagt er häufig über Kopfschmerzen und eine innere Lähmung, er braucht einige Minuten, bis er wieder ins Hier und Jetzt findet und auf seine Umgebung einigermaßen flexibel reagieren kann.

Häufig leiden Kinder und Jugendliche nach traumatischen Erlebnissen an sich plötzlich und unerwartet aufdrängenden sowie nicht kontrollierbaren Erinnerungen und Gedanken. Diese werden auch **Intrusionen** genannt. Sie können in Form von Bildern, taktilen oder akustischen Empfindungen oder Gerüchen auftreten. Manche Erinnerungen können die Oberhand über die Gegenwart gewinnen. Betroffene Kinder und Jugendliche erleben das Trauma, als ob die traumatische Situation im Hier und Jetzt geschehen würde (sogenannte Erinnerungsblitze oder **Flashbacks**).

> *Plötzlich schießen dann die Bilder ein, dann ist alles wieder ganz da, als ob´s gerade wieder passiert, dann krieg ich so eine Angst, krieg keine Luft und könnt um mich schlagen oder nur wegrennen. Das ist ganz schlimm. Da möcht ich nur, dass alles aufhört oder ich tot bin.*
>
> Mikaehla A., 16 Jahre alt, aus Tschetschenien nach Österreich geflüchtet

ZUSÄTZLICHE INFORMATION

Was sind Trigger im Schulalltag?

Durch einen Auslösereiz, einen sogenannten Trigger, können unangenehme Erinnerungen und Flashbacks hervorgerufen werden. Mögliche Auslöser können etwa Gerüche (z.B. Schweiß-, Öl- oder Rauchgeruch), Geräusche (z.B. Feueralarm, Testung des Sirenensignals oder ein lauter Knall) sowie Blicke, Bewegungen und Berührungen sein. Wie Sie sehen, ist es kaum möglich, traumatisierte Kinder und Jugendliche völlig vor diesen Reizen zu schützen. Vielmehr ist es für Kinder und Jugendliche sehr hilfreich und entlastend zu erlernen, ihre ganz persönlichen Trigger rechtzeitig wahrzunehmen und, wenn notwendig, sie sogar zu vermeiden. Mit den auftauchenden Gefühlen und den damit verbundenen Erregungszuständen können sie außerdem lernen zurechtzukommen. Ihnen als Pädagoge/in fällt in diesem Lernprozess eine wesentliche Rolle zu. Denn dieser Prozess braucht viel Unterstützung und sehr viel Zeit. Es ist wichtig, die Kinder darauf aufmerksam zu machen, dass das eine schwierige Aufgabe ist und es immer wieder auch Rückschläge geben wird, dass es ihnen aber allmählich gelingen und sie stärker und unabhängiger machen wird (siehe „Fallreflexion“ S. 25).

FALLREFLEXION: WAS TRIGGERT AHMED?

Ahmed, ein schüchterner Elfjähriger aus dem Irak, findet in seiner Klasse keinen Zugang zu seinen MitschülerInnen. Im Unterricht hört er aufmerksam zu, meldet sich aber nie von selbst zu Wort. MitschülerInnen mit arabischer Muttersprache sprechen ihn in der Pause nach anfänglichen Versuchen, mit ihm in Kontakt zu kommen, nicht mehr an. Er besucht nach dem Unterricht einen Deutschkurs, lernt rasch die neue Sprache und ist überdurchschnittlich fleißig. In Bildnerischer Erziehung fällt Ahmeds Talent zum Zeichnen auf. Der Lehrer schenkt Ahmed Zeichenpapier und einen Kohlestift, im Gegenzug schenkt Ahmed ihm eine Woche später eine kleine Porträtzeichnung. Als der Lehrer ihm dafür anerkennend seine Hand auf die Schulter legen möchte, zuckt Ahmed erschrocken zusammen und duckt sich in einer raschen Drehbewegung weg.

1) Warum dreht sich Ahmed erschrocken weg?

2) Welche Verhaltensweisen zeigt Ahmed und welche davon kann die Schule als Ressource zu seiner Stabilisierung nutzen? (siehe „Die Schule als sicherer Ort“, S. 32 ff.)

3) Was kann ich als Lehrperson in solchen Situationen tun?

Überlegungen zur Fallreflexion:
Was triggert Ahmed?

Zu 1: Die Handbewegung des Lehrers könnte eine mögliche Gewalterinnerung bei Ahmed triggern. Eventuell lässt das auf körperliche Gewalterfahrung schließen, z.B. auf häusliche Gewalt oder Gewalt durch andere Menschen im Heimatland oder auf der Flucht (siehe S. 11 ff.). In vielen Herkunftsländern wenden auch Lehrpersonen körperliche Gewalt an. Es sollten jedoch keine voreiligen Schlüsse gezogen werden und das Verhalten zunächst weiter in Ruhe beobachtet werden.

Zu 2: Ahmed scheint zum einen zurückgezogen und an keinem Kontakt zu seinen MitschülerInnen interessiert zu sein. Das Zusammenzucken Ahmeds kann ein Zeichen erhöhter Schreckhaftigkeit sein (siehe „Hypervigilanz", S. 27). Zum anderen ist Ahmed sehr pflichtbewusst, fleißig und aufmerksam. Er scheint dem Lehrer sehr verbunden zu sein und bringt ihm zum Dank ein Porträt mit. Das Zeichnen ist seine Begabung und wohl zugleich eine wichtige Ressource.

Zu 3: Wichtig ist, sich bei Ahmed sofort zu entschuldigen und ihm zu versichern, dass es keine Absicht war, ihn zu erschrecken. Sollte Ahmed „freezen" (siehe S. 17), finden Sie auf Seite 29 mögliche Erste-Hilfe-Maßnahmen, um Ahmed zu unterstützen. Im Klassenverband sollten Sie in der Prävention das Stimmungsbarometer und die Stopp-Regel einführen, damit SchülerInnen ihre Grenzen erkennen lernen und diese gewaltfrei wahren, wenn andere diese zu überschreiten versuchen (siehe S. 45 und S. 51).[16]

2. Sich ständig wiederholende (repetitive) Verhaltensweisen

Betroffene Kinder und Jugendliche reinszenieren mitunter Teilaspekte traumatischer Erlebnisse, etwa indem sie Situationen nachspielen (z.B. mit Puppen) oder diese zeichnen. Wenn Kinder diese Spiele öfters oder fast zwanghaft wiederholen, dann wird das **posttraumatisches Spielen** genannt. Dieses monotone und fast entseelte Spielen ist für Eltern und für Sie als Pädagogen/in eventuell sehr schwer zu ertragen. Für betroffene Kinder ist das Spielen jedoch der Versuch, das Erlebte zu verarbeiten (und diesem vielleicht auch einen anderen Ausgang zu geben).

› Wedat und Salim sind übermäßig laut und angespannt. Salim kann nicht still sitzen, läuft im Unterricht herum und schreit oder sitzt unter dem Tisch und schießt mit gestrecktem Arm und Zeigefinger auf imaginäre Ziele. Gemeinsam mit Wedat versteckt er sich in der großen Pause hinter den Büschen des Pausenhofs oder klettert im Turnsaal auf die Sprossenwände, um von dort auf andere Kinder oder Gegenstände zu zielen. Auch Wedat kann dem Unterricht nicht folgen. Er kritzelt mit seinem schwarzen Buntstift wie wild in seinem Heft und zeichnet Waffen, Panzer und Blut.

Zu den sich wiederholenden Verhaltensweisen zählen auch bestimmte Handlungen, die mit dem traumatischen Ereignis direkt oder auch indirekt zusammenhängen und die immer wieder ausgeführt werden. Diese bieten den Betroffenen Sicherheit und Halt.

› Khalil hat im Sommer und Herbst 2015 jeden Nachmittag am Wiener Hauptbahnhof als freiwilliger Helfer gearbeitet, um seine Landsleute freundlich zu empfangen und mit Essen und warmen Decken zu versorgen. Khalils Familie lebt noch im Flüchtlingslager Zaatari in Jordanien. Sie wollte zumindest den Sohn retten und schickte ihn nach Österreich. Khalil teilt jeden Abend sein Brot mit dem ersten Flüchtlingskind, dem er am Bahnhof begegnet. Er sagt, er würde das Brot gern seiner Familie schicken.

3. Ängste

Viele Kinder und Jugendliche zeigen nach dem traumatischen Ereignis sowohl **spezifische** als auch **generalisierte Ängste**. Kinder im Schulalter haben dann mitunter verstärkt oder länger als ihre MitschülerInnen Angst, verlassen zu werden (z.B. beim Schlafengehen oder Abschiednehmen) sowie Angst vor Dunkelheit oder vor fremden Menschen. Viele traumatisierte Kinder haben Angst, dass jederzeit wieder etwas Schlimmes passieren kann oder dass sie weiterhin verfolgt werden. Ängste werden auch darin deutlich, dass die Kinder vermehrt Fragen zu den Themen Tod und Sterben stellen. **Traumaspezifische Ängste** sind hingegen an die ursprünglich traumatische Situation gebunden. So können Kinder und Jugendliche beispielsweise vor Menschen oder Tieren Angst haben, die während der traumatischen Situation anwesend oder daran beteiligt waren oder an diese erinnern (z.B. durch äußere Ähnlichkeit, eine ähnliche Stimme, Kleidung wie z.B. eine Uniform, durch eine bestimmte ähnliche Körperhaltung oder einen Blick).

› Fadumo kommt aus Somalia. Auf dem Weg nach Europa musste sie in einem überfüllten Boot auf stürmischer See mit ihren Schuhen das eindringende Wasser schöpfen. Fadumos Rettungsweste hatte ein Loch. Ihre Mutter erzählt beim Gespräch mit der Lehrerin: „Als das Rettungsboot am Strand auflief, schlug sie wild um sich, als man ihr eine Decke um die Schultern legen wollte, schrie sie minutenlang und wollte davonlaufen." Nachts träumt Fadumo immer wieder, dass ihre Mutter ihr die Hand reicht, sie diese aber nicht zu fassen bekommt. Sie schafft es bis heute nicht, mit ihrer Familie an der Donau spazieren zu gehen.

16 Weitere Literatur dazu finden Sie im Literaturverzeichnis unter „Skillstraining im Unterricht".

4. Veränderte Einstellung zu Menschen, zum Leben und zur Zukunft

Als Ausdruck der **Erschütterung des kindlichen Selbstverständnisses** verlieren gerade Kinder und Jugendliche im Krieg und auf der Flucht das Vertrauen in andere Menschen. Sie haben keine oder nur negative Erwartungen an ihr Leben und an ihre Zukunft. Einige sind überzeugt, früh sterben zu müssen. Die Haltung ist auch deshalb ins Negative verändert, um sich vor weiteren Enttäuschungen und Gefahren zu schützen. Sie zeigt sich vor allem bei Kindern und Jugendlichen, die einen oder beide Elternteile verloren haben (als Ausdruck der Sehnsucht nach diesen bzw. auch als Ausdruck einer Überlebensschuld, siehe „Schuldgefühle“ S. 28).

› Kudratullah hat ständig Schmerzen. Seine Nacken-, Rücken- und Kopfschmerzen gehen auf seinen Hochstress und die damit verbundene Anspannung zurück. Kudratullah versteht diese Zusammenhänge nicht. Häufig sagt er Sätze wie: „Wenn ich morgen noch lebe…“ oder „Ich sterbe.“ Medikamente gegen die Schmerzen nimmt er nicht. „Ich hab eh schon eine Tablette genommen, das hilft nicht. Ich habe eine schlimme Krankheit, aber der Arzt sagt mir nicht, was ich habe.“

5. Weitere wesentliche Symptome

5.1. Vermeidung

Wie zuvor erläutert, antwortet die Amygdala auch auf Ereignisse, die sie aufgrund ihrer Ähnlichkeit mit einer zuvor erlebten Gefahrensituation als bedrohlich einstuft, mit einer Stressreaktion – ohne dass diese Ereignisse kritisch und bewusst hinterfragt werden. Um diese Stressreaktion zukünftig zu verhindern, werden traumatisierte Kinder und Jugendliche dann jene Situationen, Menschen, Gespräche und Gedanken vermeiden. Das Vermeiden ist als Versuch zu verstehen, nicht nochmals mit diesen Gefühlen konfrontiert zu sein – auch im Gegensatz zu den beschriebenen wiederkehrenden Erinnerungen (siehe S. 24). Ein Abflachen der Gefühle, eine Art Taubheit (auch „**numbing**“ genannt), dient ebenfalls diesem Zweck.

› Maryam hat fleißig Deutsch gelernt und soll in diesem Schuljahr auch in diesem Fach benotet werden. Die erste Schularbeit gelingt ihr gut. Als die Lehrerin sie lobt, zeigt sie keinerlei Freude. Sie wirkt ratlos, als wisse sie mit der Situation nichts anzufangen.

5.2. Dissoziation

Bei andauernder Belastung kann Dissoziation (vor allem bei kleinen Kindern) zur dauerhaften Bewältigungsstrategie werden. Auch zu **Alltagsdissoziation** kann es kommen, die betroffenen Kinder und Jugendlichen schauen dann in Ihrem Unterricht vielleicht „ins Narrenkastl“, sind abwesend oder wirken **gedankenverloren**. Beim Vorlesen wissen sie nicht, wann sie an der Reihe sind oder verlieren die Zeile. Sie können dem Unterricht nicht folgen und hören nicht, dass sie etwas gefragt werden. Oftmals erleben betroffene Kinder Situationen wie in einem Film, oder die gesamte Umgebung wird als unwirklich, fremd, farblos, zu klein oder zu groß empfunden, oder sie erleben die Zeit verändert, z.B. wie in einem Zeitraffer oder wie in Zeitlupe (**Derealisation**). Manche Kinder und Jugendliche haben den Eindruck, nicht mehr in ihrem Körper zu sein (**Depersonalisation**), oder sie können Teile ihres Körpers verändert (z.B. kleiner oder größer) oder einzelne Körperteile als nicht zu ihnen gehörig wahrnehmen. Das Erlebte nehmen sie also nicht als Ganzes wahr und **verarbeiten** es folglich auch **nicht zusammenhängend**. Später können Kinder und Jugendliche sich dann nur an bestimmte Einzelheiten des Erlebten erinnern oder zu bestimmten Erinnerungen keine Gefühle empfinden. Sie wissen dann nur noch bruchstückhaft, was im Herkunftsland und auf der Flucht passiert ist.

› Mostafa schaut im Unterricht oft ins Leere. Als sein Mathematiklehrer ihn anspricht, schaut Mostafa verwirrt drein und scheint nicht zu wissen, wo er ist. KollegInnen beobachten Ähnliches. Mostafa kann am Ende der Stunde nicht zusammenfassen, was durchgenommen wurde und ist „nicht richtig da“. Er ist siebzehn Jahre alt und allein aus Afghanistan nach Österreich geflüchtet. Seine Familie lebt im Iran, wo vor kurzem der Vater an den Folgen einer unbehandelten Diabeteserkrankung verstarb.

5.3. Hypervigilanz

Nach traumatischen Ereignissen zeigen die meisten Kinder und Jugendlichen darüber hinaus ein **erhöhtes Erregungsniveau**. Man nennt dies Hypervigilanz. Ihr Körper befindet sich immer noch im Alarmzustand (siehe S. 17). Ein Großteil der Kinder und Jugendlichen leidet etwa an **Schlafstörungen**. Sie sind erhöht wachsam und **erschrecken oft** schon bei den kleinsten Bewegungen und Geräuschen. In diesem Sinne reagieren sie auch sensibel auf Veränderungen (z.B. auf LehrerInnenwechsel, einen neuen Sitzplan oder sonstige unerwartete, spontane Entscheidungen). Zudem wirken sie oft unruhig und nervös. Aufgrund der **motorischen Unruhe** können sie beispielsweise nicht warten, bis sie an der Reihe sind, oder sie stören andere MitschülerInnen. Um solche Spannungen abzubauen, kann Bewegung hilfreich sein (siehe S. 63).

› Wenn Mahtab in der Klasse sitzt, scheinen ihre Sinne ständig in Alarmbereitschaft. Sie kontrolliert ihre MitschülerInnen, die Art, wie sie sich bewegen, was sie sagen, wie sie dreinschauen. Sie „scannt“ ihre Umgebung auf der Suche nach möglichen Gefahren um sich herum und reagiert auch sehr empfindlich

auf laute Geräusche, etwa wenn die Schulglocke läutet. Selbst wenn andere Kinder rascheln oder flüstern, scheint sie das zu stören. Manchmal schreit sie auch laut „Stopp!“

Zahlreiche traumatisierte Kinder und Jugendliche zeigen eine deutliche **Verminderung der Aufmerksamkeit sowie der Konzentrations- und Merkfähigkeit**. Dem Unterricht zu folgen kann ihnen daher sehr schwer fallen bzw. Lernen kann teilweise gar nicht möglich sein. Vor allem ihre Fähigkeit, **chronologisch** zu denken und zu erzählen (z.B. bei Nacherzählungen, Erlebniserzählungen, Fantasiegeschichten oder Bildgeschichten mit fehlendem Schlussbild) kann eingeschränkt sein. Andererseits **fabulieren** sie (scheinbares Lügen, vgl. Weiß et al. 2014), d.h. sie phantasieren und dichten und sind auch nicht um Ausreden verlegen. Kleinkinder haben auch magische Erklärungen für Erlebtes. Sie glauben alleine durch Gedanken und Wünsche Dinge verändern zu können. Daher kommt es nicht selten vor, dass sich ein Kind etwa am Tod des geliebten Vaters schuldig fühlt, weil es sich diesen doch erst kürzlich weggewünscht hat.

Oft wirken SchülerInnen auch **„grenzenlos“**. Dies kann ein unbewusster Versuch sein, Grenzen zu erzwingen und so mehr Halt und Sicherheit zu erfahren bzw. auch zu überprüfen, ob Halt gegeben wird und ob sie vom Gegenüber wertgeschätzt werden und diesem wichtig sind. Dabei kann das Verhalten der Kinder und Jugendlichen auch sehr **risikoreich** sein. Des Weiteren können sich betroffene Kinder und Jugendliche aggressiv verhalten. Körperliche Auseinandersetzungen, Wutanfälle und Drohgebärden sind hier nur beispielhaft zu nennen. Bei Auseinandersetzungen können sie zudem kaum nachgeben und lassen sich in der Folge auch schwer beruhigen. Hier ist es notwendig, klar Grenzen zu setzen. **Aggressives Verhalten** ist auch der Versuch, im Vergleich zur erlebten Hilflosigkeit in der traumatischen Situation wieder die aktive und kontrollierende Rolle einzunehmen (siehe S. 26). Bei Jugendlichen können sich Aggressionen auch gegen sich selbst richten (z.B. selbstverletzendes Verhalten, Suizidversuche, Alkohol- und Drogenmissbrauch). Aggressives Verhalten kann aber auch eine Reaktion auf einen Trigger (siehe S. 24) sein, also eine impulsartige Reaktion auf etwas, das auf die Betroffenen bedrohend wirkt.

> *Wie er so auf mich zu ist, war das plötzlich so wie damals, und ich hab nur Angst gehabt, und dann hab ich zugeschlagen, weil ich geglaubt hab, ich muss mich wehren, sonst tut er mir was an.*
>
> Mikaehla A., 16 Jahre, aus Tschetschenien nach Österreich geflüchtet

Dieser häufige Wechsel von Unaufmerksamkeit und Anstrengung kann sehr ermüdend sein und das soziale Umfeld stark belasten. Er bringt Sie als Pädagogen/in vielleicht an die Grenzen Ihrer Geduld. Hilfreiche Unterstützung bieten Übungen zur Selbstwahrnehmung (siehe „Skillstraining zur Selbstwahrnehmung“, S. 41 ff.), die der gesamten Klasse Freude machen, z.B. Geschicklichkeits- und Bewegungsspiele sowie Achtsamkeits- und Konzentrationsübungen.

> *Ich weiß, dass ich sehr oft abwesend war. Ich war mit meinen Gedanken ganz woanders und auf einmal nicht mehr im Raum. Hab mich einfach nicht auf den Unterricht konzentrieren können. Die Lehrer haben meistens geschimpft. Ich konnte aber nichts dagegen tun.*
>
> Mohammad, 17 Jahre, aus dem Iran nach Österreich geflüchtet

5.4. Regressives Verhalten

Darüber hinaus können vor allem jüngere Kinder regressives Verhalten zeigen und etwa in frühere Entwicklungsstadien zurückfallen (z.B. neuerliches Bettnässen, Daumenlutschen). Auch können sie ein größeres Bedürfnis nach Zuwendung haben und anhänglicher sein.

5.5. Schuldgefühle

Ähnlich wie Erwachsene haben Kinder und Jugendliche Schuldgefühle (oftmals in einer Art **Überlebensschuld**). Besonders Jugendliche, die unbegleitet nach Österreich gekommen sind und die vielleicht noch Familie in ihrem Heimatland haben, fühlen sich oft schuldig, weil sie in Sicherheit sind, ihre Lieben aber immer noch in Gefahr.

› Hossein aus Somalia ist als unbegleiteter minderjähriger Flüchtling nach Österreich gekommen. Eines Tages versucht er sich aus dem Fenster im 1. Stock zu stürzen und wird gerade noch von einem Freund daran gehindert, sich etwas anzutun. Nach einem kurzen Aufenthalt auf der Jugendpsychiatrie stellt sich heraus, dass seine Mutter in Somalia im Krankenhaus liegt und ihn seine Geschwister um Geld bitten, damit seine Mutter operiert werden kann. Hossein lebt aber als Asylwerber in Grundversorgung in einer betreuten WG und hat selbst kaum Geld zur Verfügung.

5.6. Körperliche Beschwerden

Oftmals treten auch körperliche Beschwerden auf. Herzrasen und Schwindelgefühl bleiben unter Umständen nach Ende der bedrohlichen Situation weiter bestehen. Jüngere Schulkinder klagen häufig über Bauchschmerzen, Übelkeit und Appetitlosigkeit. Kopfschmerzen, Migräne, Nacken-, Rücken- und Magenschmerzen sind auch bei Jugendlichen keine Seltenheit.

ERSTE HILFE
Wie kann ich Betroffenen zurück in die Gegenwart helfen?

Es kann vorkommen, dass ein/e SchülerIn im Unterricht plötzlich eines der oben beschriebenen Symptome zeigt, dass er/sie beginnt, sich selbst weh zu tun oder „wie weggetreten" ist. In solchen Situationen fühlen Sie sich als LehrerIn möglicherweise überfordert, ähnlich wie an einer Unfallstelle, an der man Erste Hilfe leisten soll. Es gibt aber einige Maßnahmen, die Sie setzen können und die dabei helfen, den/die Betroffene/n wieder ins Hier und Jetzt zurückzuholen.

- Ruhe bewahren
- Augenkontakt mit dem/der SchülerIn halten
- SchülerIn laut beim Namen ansprechen
- Berührungen ankündigen
- starke Sinnesreize setzen, z.B. ein kaltes Tuch auf den Arm legen, hohe oder schrille Geräusche erzeugen (pfeifen, klatschen)
- reorientieren: nach dem Namen, dem Ort und der Uhrzeit fragen bzw. diese sagen (z.B. „*Name*, du bist in Österreich, du bist in der Schule, heute ist Freitag, der 20. Mai 2016, ich heiße …"), eventuell mehrmals wiederholen

Das Zurückführen in die Gegenwart kann für Sie und die Betroffenen anstrengend sein. Es dauert seine Zeit. Seien Sie klar, bestimmt und geduldig! Sind betroffene Kinder und Jugendliche wieder im Hier und Jetzt, sollten Sie kurz erklären, was passiert ist: „Du warst gerade ganz weit weg, aber jetzt bist du wieder da. Das ist gut." Sorgen Sie außerdem für Ruhe und Entspannung, beispielweise durch den Rückzug in die Kuschelecke und eine Decke. Bieten Sie etwas zu trinken oder etwas Süßes zu essen an (siehe „Notfallkoffer", S. 49).

Kinder und Jugendliche sollen im Falle einer Selbstverletzung nicht lernen, sich über dieses Verhalten Aufmerksamkeit und Zuwendung zu holen. Auch wenn es für Sie herausfordernd und schwierig sein kann, ist es daher im Falle von selbstverletzendem Verhalten im Sinne der Selbstermächtigung ratsam, dem/der Schüler/in zu zeigen, wo das Verbandszeug ist, damit er/sie die Wunde(n) selbst versorgt. Ausnahmen sind selbstverständlich schwere Verletzungen oder lebensrettende Maßnahmen, die ärztliche Hilfe benötigen. In diesem Fall verständigen Sie die Rettung.

ZUSÄTZLICHE INFORMATION

Beobachtungen können verstören – darüber reden hilft

Wenn ein/e MitschülerIn einen Flashback erlebt und Kinder beobachten, wie ihr/e FreundIn „freezed" (siehe „Was passiert im Gehirn?", S. 17 ff.), sich ungewöhnlich verhält oder sich selbst verletzt, kann das einzelne Kinder oder eine gesamte Klasse sehr belasten. Zeugenschaft kann sogar traumatisieren (siehe „Was erleben Kinder und Jugendliche im Herkunftsland, auf der Flucht und im Aufnahmeland", S. 21, und „Was kann ich tun, wenn …", S. 67 ff.). In solchen Situationen fühlen sich also auch die MitschülerInnen ratlos, ohnmächtig, ängstlich und verwirrt. Ganz wichtig ist es, Kinder und Jugendliche mit diesen Gefühlen nicht allein zu lassen.

Unterbrechen Sie daher Ihren regulären Unterricht und erklären Sie ihnen, was passiert ist und wie die Situation zu verstehen ist. Benennen Sie, was ist (siehe „Traumapädagogische Gesprächsführung", S. 37 f.) und vermitteln Sie Ihren SchülerInnen, dass ihre Reaktionen normal und verständlich sind. Der Unterricht darf und muss in diesen Situationen hintanstehen.

Im Zusammenleben mit Kindern und Jugendlichen können sich die beschriebenen Symptome folgendermaßen äußern (Liste unvollständig):

Kleinkinder

- Angst vor Dunkelheit oder vor Tieren
- starke Unruhe in der Nacht, gestörter Schlaf
- Bettnässen oder Einkoten, obwohl davor schon sauber
- Schwierigkeiten beim Sprechen
- Probleme mit dem Appetit (übermäßiges oder reduziertes Essen)
- vermehrtes Weinen oder Schreien
- Erstarren und Zittern
- starke Angst, alleine gelassen zu werden
- sich Anklammern an die Eltern
- Angst vor fremden Menschen
- Entwicklungsrückschritte

Schulkinder

- Immer wiederkehrende Gedanken, Bilder, Fragen
- Jammern und Anklammern, erhöhte Wachsamkeit, Schreckhaftigkeit, Unruhe
- körperliche Übererregtheit
- erhöhte Reizbarkeit und aggressives Verhalten zu Hause und auch in der Schule
- Konkurrenzkämpfe mit den Geschwistern um die Aufmerksamkeit der Eltern
- Alpträume, Angst vor Dunkelheit, nächtliche Unruhe, Ein- und Durchschlafstörungen
- nicht in die Schule gehen wollen
- Einnässen, Einkoten
- sich von Gleichaltrigen zurückziehen, Verlust von Interessen
- Konzentrationsprobleme, verminderte Aufmerksamkeit & Merkfähigkeit (Lernschwierigkeiten)
- zwischenmenschliche Probleme in der Schule durch unruhiges und aggressives Verhalten
- kleinkindhaftes Verhalten wie z.B. Daumenlutschen
- psychosomatische Beschwerden (Kopfweh, Bauchweh, Hautausschläge etc.)
- Probleme mit dem Essen (zu viel oder zu wenig)
- unglücklich sein (Depressivität, Bedrücktsein, Traurigkeit)
- Ängste bezüglich der Sicherheit in vielen Bereichen, die vorher keine Angst gemacht haben
- traumatische Erlebnisse werden immer wieder nachgespielt und gezeichnet
- Schuldgefühle, Risikoverhalten

Jugendliche

- Schlafstörungen, Alpträume
- wiederkehrende Erinnerungen und Gedanken an die traumatische Situation („Durchleben“)
- Appetitstörungen, Übelkeit
- vermehrt rebellisches Verhalten
- Verweigern von häuslichen Aufgaben und Pflichten oder ein übermäßig verantwortungsvolles Verhalten bzw. das Gefühl, für die Familie oder andere verantwortlich zu sein
- Schulprobleme (Streitereien, Rückzug, auffälliges Verhalten, Schule schwänzen etc.)
- verminderte Konzentration, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit und Ausdauer
- Verlust von Interessen, Rückzug vom Freundeskreis, Einsamkeitsgefühle
- Grübeln, Ängste und Panikattacken, psychosomatische Beschwerden
- Gefühl, keine Zukunft zu haben (mitunter Selbsttötungsgedanken oder -vorstellungen)
- möglicherweise Zuflucht in Beruhigung durch Medikamente, Alkohol oder Drogen
- selbstverletzendes Verhalten
- mitunter sexualisiertes und promiskuitives Verhalten

Welche traumaspezifischen Diagnosen könnten Ihre SchülerInnen haben?

Oftmals zeigen Kinder und Jugendliche mehrere für Traumatisierungen typische Symptombilder. Diese werden von Fachleuten in sogenannten Klassifikationssystemen festgehalten, um Erkrankungen besser beschreiben und benennen zu können. Zu den häufigen bzw. typischen psychischen Störungen nach Traumatisierungen gehören die akute Belastungsreaktion, die posttraumatische Belastungsstörung sowie die Anpassungsstörung. Eine Traumatisierung erhöht auch das Risiko für die Entwicklung fast aller anderen psychischen Erkrankungen, z.B. einer Depression oder Zwangsstörung.

Traumatypische Störungen werden auch von Fachleuten nicht immer gleich als solche erkannt, es kann daher zu Fehldiagnosen aus dem Spektrum der Lernstörungen und Entwicklungsstörungen kommen, zum Beispiel eine AD(H)S (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung). Wenn Sie den Eindruck haben, eine/r Ihrer SchülerInnen könnte davon betroffen sein, besprechen Sie dies nach Möglichkeit mit den Eltern. Es kann auch die Schulpsychologie für diese Problematik eine mögliche Anlaufstelle sein (siehe auch Anlaufstellen im Anhang).

Die akute Belastungsreaktion (ABR)
Nach einem belastenden Ereignis können innerhalb der ersten vier Wochen Symptome auftreten, die nach einer Zeit der Verarbeitung wieder abklingen und schließlich ganz verschwinden sollten. Es handelt sich um eine akute Schockreaktion, die beispielsweise durch einen allgemeinen Zustand der Betäubung, Desorientierung, körperliche Stressreaktionen, starke emotionale Schwankungen (z.B. abrupter Wechsel von Trauer, Wut, Aggression und Teilnahmslosigkeit), Dissoziation (siehe S. 27), Schlaflosigkeit, Ein- und Durchschlafstörungen, Konzentrationsstörungen sowie Leistungsabfall gekennzeichnet ist. Die Stärke der Reaktion ist abhängig vom sozialen, emotionalen und kognitiven Entwicklungsstand des Betroffenen.

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
Sind die Symptome innerhalb eines halben Jahres nach dem traumatischen Ereignis aufgetreten, sprechen wir von einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Diagnostiziert wird eine PTBS, wenn der/die Betroffene ein- oder mehrmals einer Todesangst auslösenden Bedrohung ausgesetzt war, von wiederkehrenden eindringlichen Erinnerungen (Intrusionen, Flashbacks und/oder Alpträumen) geplagt wird und alles, was an das traumatische Ereignis erinnert, vermeidet oder zu vermeiden versucht. Zusätzlich müssen zumindest einige der zuvor genannten Symptome wie etwa Schlafstörungen, Reizbarkeit, Wutausbrüche, Konzentrationsmangel, Schreckhaftigkeit, erhöhte Wachsamkeit, Amnesie (von Erinnerungslücken bis zum Verlust des Gedächtnisses) gegeben sein, um von einer PTBS sprechen zu können.

Anpassungsstörung
Der Anpassungsstörung muss kein traumatisches Ereignis zugrunde liegen. Während akute Belastungsreaktionen und die posttraumatische Belastungsstörung ausschließlich durch traumatische Ereignisse ausgelöst werden, treten Anpassungsstörungen sowohl nach belastenden Einzelereignissen als auch nach dauerhaften Veränderungen der Lebensumstände auf, an die sich die Betroffenen nur zögerlich oder gar nicht anpassen können (z.B. biografische Entwicklungsschritte wie Schulbesuch, Elternschaft, Umzug; der Verlust einer wichtigen Bezugsperson durch Trennung oder Tod; Migration oder Flucht). Krankheitszeichen wie Angst, Sorge, depressive Stimmung oder ein Gefühl der Überforderung mit dem Alltag halten meist nicht länger als sechs Monate an.

ZUSÄTZLICHE INFORMATION

Entwickeln eigentlich alle Kinder und Jugendlichen nach Kriegserlebnissen & Flucht eine posttraumatische Belastungsstörung?

Das ist schwer zu sagen. Auch Studienergebnisse fallen recht unterschiedlich aus. Manche WissenschaftlerInnen gehen davon aus, dass etwa ein Drittel der Betroffenen unter Traumafolgen von klinischer Relevanz leiden (vgl. Fischer und Riedesser 2009). Bei einer Untersuchung von Kindern im Alter von 7 bis 15 Jahren an zehn Schulen in Bosnien in der Nachkriegszeit wurden hingegen bei 41 Prozent Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) festgestellt (vgl. Allwood 2002). Studien in Aufnahmeländern offenbaren ähnliche Ergebnisse. In einer englischen Untersuchung (vgl. Hodes et al. 2008) zu unbegleiteten minderjährigen Asylsuchenden (siehe auch „Kinder und Jugendliche“, S. 7 f.) litten 61,5 Prozent unter PTBS-Symptomen nach ihrer Ankunft in England. In den Niederlanden zeigten 40 Prozent der untersuchten unbegleiteten Minderjährigen ein Jahr nach ihrer Ankunft entsprechende Symptome (vgl. Smid et al. 2011). Nach zwei Jahren waren es sogar 41 Prozent.