

Fachhochschule der Diakonie

Bethelweg 8

33617 Bielefeld

Studiengang Heilpädagogik

Hausarbeit

Die Bedeutung der Resilienz bei der Verarbeitung traumatischer Erlebnisse

Autorin:

Inis Elsen-Wübbels 18HP022

Modul Nr. 13: Medizinische Grundlagen der Heilpädagogik

Modulverantwortliche Lehrkraft: Frau Prof. Dr. Heidrun Kiessl

Datum der Abgabe: 21.03.2019

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen.....	2
2.1 Definition Trauma.....	2
2.2 Traumaformen / Einteilung von Trauma	3
2.3 Psychobiologische Reaktionen auf ein Trauma	4
2.3.1 Traumatische Zange	4
2.3.2 Reaktionen im Gehirn.....	6
2.4 Traumafolgen und Traumafolgestörungen.....	7
2.4.1 Akute Belastungsstörungen.....	7
2.4.2 Posttraumatische Belastungsstörung	8
2.4.3 Komplexe Traumafolgestörungen	8
3. Resilienz.....	8
3.1 Begriffsdefinition	9
3.2 Resilienzforschung	9
3.2.1 Das Risikofaktorenkonzept	10
3.2.2 Das Schutzfaktorenkonzept	12
3.3.3 Rahmenmodell von Resilienz.....	13
4. Diskussion.....	14
5. Fazit.....	17

1. Einleitung

Die Fachgebiete der Psychotraumatologie und der Traumapädagogik haben sich in den letzten Jahren immer mehr zu einem bewährten Hilfeangebot entwickelt und nehmen in der alltäglichen, (heil)pädagogischen Arbeit einen großen Stellenwert ein. Auch innerhalb der Medien sind Begriffe wie „Trauma“, „Posttraumatische Belastungsstörungen“ und „Traumafolgestörungen“ von großer Präsenz und werden allgemein hin mit schrecklichsten Erfahrungen und Erlebnissen in Zusammenhang gebracht. Hierzu zählen sowohl Naturkatastrophen, als auch Terroranschläge, Unfälle, Misshandlungen und Flucht. Doch nicht alle Personen, die solch schreckliche Erlebnisse erfahren, entwickeln danach ein Trauma, bzw. eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) oder komplexe Traumafolgestörung. Dieses scheint abhängig von vielen Faktoren, wie dem persönlichen, sozialen und biografischen Hintergrund einer Person und dem Vorliegen individueller Schutz- und Risikofaktoren, der sog. Resilienz. Die vorliegende Arbeit setzt sich daher mit der Fragestellung auseinander: Was sind resilienzbegünstigende Faktoren bei der Bewältigung traumatischer Erlebnisse bei Kindern und Jugendlichen?

Zunächst bearbeite ich als Basis das Thema „Trauma“ mit seinen entsprechenden Unterteilungen und erläutere die psychobiologischen Reaktionen auf ein traumatisches Erlebnis, bevor ich im weiteren Verlauf die „Resilienz“ mit Definition und Forschungsergebnisse erarbeite. Anschließend erörtere ich die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die (heil)pädagogische Arbeit, bevor ich abschließend mein persönliches Fazit aus der Modularbeit ziehe.

Methodisches Vorgehen

Für die themenspezifische Literaturrecherche wurden die Bibliothekskataloge der Fachhochschule der Diakonie, der Universität Bielefeld und der Fachhochschule Münster genutzt. Des Weiteren wurde über die Seite „google scholar“ und diversen Datenbanken des Sozial- und Gesundheitswesens gesucht. Die Begrifflichkeiten hierzu waren Trauma, Traumata, Posttraumatische Belastungsstörungen, Resilienz, resilience, akute Belastungsstörungen, Belastungsstörungen, Förderung Resilienz, einzeln und in Kombination zueinander. Schlagwörter wie Risikofaktoren, Schutzfaktoren, Kindheit und Vulnerabilität waren ebenso hilfreich.

2. Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen

2.1 Definition Trauma

„Ein Trauma ist überwältigend, lebensgefährlich, über alle Maßen erschreckend, etwas, das man eigentlich nicht verkraften kann, ein Ereignis außerhalb dessen, was der Mensch sonst kennt, verbunden mit der Überzeugung, dass man es nie verwindet, so schlimm, dass man nachher denkt, das könne nicht passiert sein, mit enormen seelischen und/oder körperlichen Schmerzen verbunden, etwas, das von unserem Gehirn aufgesplittert oder ganz verdrängt wird“ (Huber, 2009, S. 38).

Der Begriff „Trauma“ kommt ursprünglich aus dem Altgriechischen und bedeutet so viel wie Verletzung oder Wunde. Im medizinischen Kontext werden diese Verwundungen als körperliche Schädigungen aufgegriffen, während in der Psychologie die Bezeichnung Trauma eine Verletzung der menschlichen Psyche beschreibt. (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 20). Die internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD – 10) definiert ein Trauma relativ breit: als Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine kurz oder lang andauernde Situation mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (DIMDI, 2019, o. S.). Gemäß dem DSM – 5 (Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen) wird ein Trauma als eine Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod, einer ernsthaften Verletzung oder sexueller Gewalt definiert. Darin eingeschlossen sind sowohl das direkte Erleben, als aber auch das Erleben solcher traumatischer Ereignisse bei anderen Personen sowie das Erfahren traumatischer Ereignisse im nahen Verwandten- oder Freundeskreis (APA, 2015, S. 23). Diese genannten Definitionen beziehen sich sowohl auf das Erwachsenen-, als auch auf das Kindesalter, was nach Landolt (2012, S.16) jedoch als kritisch zu betrachten ist, da viele potentiell traumatisierende Erfahrungen im frühen Alter wie Vernachlässigung oder psychische Misshandlungen, Trennungen von wichtigen Bezugspersonen oder auch invasive medizinische Eingriffe nicht eingeschlossen werden .

2.2 Traumaformen / Einteilung von Trauma

In der fachspezifischen Literatur finden sich unterschiedliche Konzepte, wie traumatische Erfahrungen klassifiziert werden können. Potentiell traumatisierende Ereignisse können nach Leonore C. Terr anhand ihrer Häufigkeit und anhand ihrer Ursache eingeteilt werden. Unter Berücksichtigung verschiedener Kriterien, wie z. B. Schwere, Dauer, Art des Traumas, unterscheidet sie zwischen zwei Typen von Traumata: Trauma-Typ I und Trauma-Typ II (Landolt, 2012, S. 30). Typ – 1 Traumata bezeichnet akute, unvorhersehbare und einmalige Ereignisse. Beispiel dafür sind Unfälle, Naturkatastrophen und Überfälle. Typ – 2 Traumata hingegen treten wiederholt auf und sind teilweise vorhersehbar. Hierzu zählen beispielsweise Gewalterfahrungen in der Familie, chronischer sexueller Missbrauch oder der Aufenthalt in Kriegsgebieten (Landolt, 2012, S. 16). Eine weitere Unterscheidung wird hinsichtlich der verursachenden Instanz vorgenommen: *akzidentelle Traumata* bezeichnen traumatische Erlebnisse (Erdbeben oder Verkehrsunfälle), die zufällig und / oder durch die Natur verursacht werden, wohingehend die vom Menschen verursachte Traumata als *intentionale Traumata* bezeichnet werden (Pausch & Matten, 2017, S. 5).

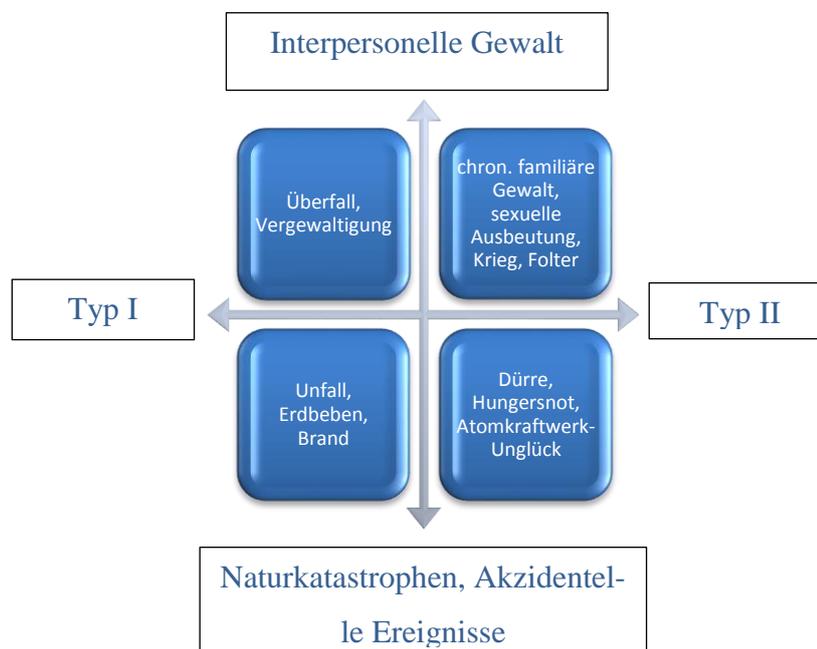


Abbildung 1: Klassifikation potenziell traumatisierender Ereignisse. Eigene Darstellung in Anlehnung an Landolt (2012, S. 17).

2.3 Psychobiologische Reaktionen auf ein Trauma

Traumatische Erlebnisse können durch ihr plötzliches Auftreten und der Bedrohung des Kontrollverlustes die Betroffenen in eine Angst-Schreck-Schock-Situation und damit in einen innerlich überflutenden Stresszustand versetzen, der die steuernden Hirnfunktionen vorübergehend beeinträchtigt, bzw. mehr oder weniger außer Gefecht setzt. Die traumatische Situation kann nicht mehr im Rahmen der üblichen Anpassungs- und Bewältigungsstrategien gelöst werden, weshalb Notprogramme aktiviert werden, die dem Überleben dienen (Brisch, 2017, S. 12).

Unmittelbar während und nach einem lebensbedrohlichen Ereignis, wird eine Reihe von körperlichen und psychischen Reaktionen ausgelöst. Die körperlichen Reaktionen machen sich bemerkbar durch erhöhte Pulsfrequenz, erhöhter Blutdruck und schnelle Atmung. Es folgen eine Anspannung der Körpermuskulatur und eine geringe Durchblutung. Weiterhin kann es zu plötzlicher Übelkeit, Erbrechen und Inkontinenz kommen (ebd.).

2.3.1 Traumatische Zange

Nach Michaela Huber (2009, S. 39) wird ein stressiges Lebensereignis erst dann zu einem Trauma, wenn eine Dynamik in Gang gesetzt wurde, die das Gehirn in die „Klemme“ bringt und dazu nötigt, auf besondere Weise mit der Situation umzugehen. Diese „Klemme“ betitelt sie als die „Traumatische Zange“.

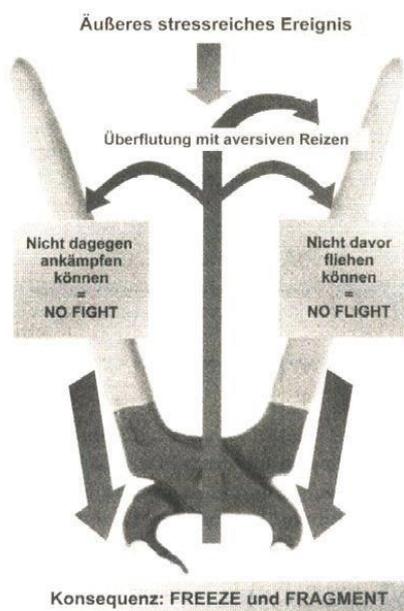


Abbildung 2: Die traumatische Zange. entnommen aus Huber (2009, S. 39).

Das Informationsverarbeitungssystem Gehirn – in der Wahrnehmung der Person das eigene Selbst – wird so überflutet, dass die Person den Eindruck bekommt, (...) als täte sich ein Abgrund auf, in den man hineinstürzt; oder als müsse man jetzt sterben“ (ebd).

Das Gehirn versucht möglichst schnell und effektiv zu handeln, um die existentiell bedrohliche Situation zu bewältigen und reagiert mit einer Veränderung des körpereigenen, neurophysiologischen Gleichgewichts. „Herzfrequenz, Atemfrequenz und Muskeltonus werden erhöht oder verändert und es kommt zu einer verstärkten Ausschüttung von Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin und Cortisol. Adrenalin, Noradrenalin und Dopamin sorgen dafür, dass die notwendige Körperspannung und Beweglichkeit für Flucht- und Kampfhandlungen aufgebaut wird“ (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 22). Zudem werden durch die neurokrinologischen Veränderungen die Angstepfindlichkeit erhöht und Funktionen wie bewusstes Denken, Handeln und Steuern außer Kraft gesetzt, so dass der Körper die ureigenen, archaischen Überlebensprogramme aktiviert: Fight or Flight - Kämpfen oder Flüchten. Gelingt es dem Körper durch Flucht (flight) oder durch Gegenwehr (fight) die Situation abzuwehren, wird das Erlebte voraussichtlich nicht als ein traumatisches Erlebnis, sondern als ein stark belastendes Ereignis gespeichert und so eine Traumatisierung verhindert (ebd).

Kann der Betroffene diese Handlungsoptionen jedoch nicht nutzen - no Fight, no Flight – gerät er in die „traumatische Zange“. Hierbei nutzt das Gehirn die Veränderung seiner Wahrnehmungsleistung und versucht durch die Strategie „Freeze“ das Überleben zu sichern. Der Begriff „Freeze“ bedeutet in diesem Zusammenhang erfrieren / erstarren, was bewirkt, „dass der Mensch sich vom Geschehen innerlich distanzieren kann und in den Zustand einer Unterwerfungsreaktion (Submission) wechselt“ (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 23). Es findet somit eine Entfremdung vom Geschehen statt, und die eigentlichen Reaktionen des Menschen wie z. B. schreien, weinen, um Hilfe rufen, setzen hierbei aus. Häufig folgen diese Reaktionen zu einem späteren Zeitpunkt, wenn das Hirn dem Betroffenen wieder das Gefühl gibt in Sicherheit zu sein. Dies kann im Anschluss an die traumatische Situation, aber auch erst Wochen oder Monate später in Erscheinung treten. Zu diesem Erstarren der Wahrnehmung folgt das Fragment, die Zersplitterung, die Dissoziation des Erlebten. Es kommt zur Trennung / Abspaltung von körperlichen, kognitiven, emotionalen und Verhaltensaspekten im Erleben, die unter normalen Umständen im Bewusstsein zusammengeführt und als ganzheitliche Erfah-

rung abgespeichert und erinnert werden können. Somit werden die Erlebnisse so verdrängt, dass das äußere Ereignis nicht als Ganzes wahrgenommen und erinnert werden kann. Die zersplitterten Erinnerungen zeigen auf, dass der Betroffene nur noch weiß, dass etwas passiert ist, jedoch nicht mehr beschreiben kann, was genau passiert ist (ebd., S. 43).

2.3.2 Reaktionen im Gehirn

Ein Blick auf die Reaktionsabläufe im Gehirn, ermöglicht ein tiefergehendes Verständnis für die Freeze- und Fragment-Reaktionen. Im folgenden Abschnitt werden daher wesentliche Gehirnareale beschrieben, welche signifikante Einflüsse auf die Verarbeitung eines traumatischen Ereignisses nehmen.

Das menschliche Gehirn besteht im Wesentlichen aus dem Großhirn, dem Stammhirn und dem Mittelhirn. Die Großhirnrinde ist zuständig für Funktionen wie Sprache, Denken, Kreativität und Gedächtnis. Das Stammhirn hingegen steuert die unwillkürlichen und elementaren Funktionen wie Atmung und Herzfrequenz. Das Mittelhirn umfasst das Limbische System, welches beteiligt ist an der Steuerung von archaischen Überlebensinstinkten und Reflexen sowie der Emotionsempfindung und -regulation. Dem Limbischen System gehören der Hypothalamus, die Amygdala und der Hippokampus an (K. Mosetter & R. Mosetter, 2008, S. 11). Die Temperatur des Körpers, sowie die Versorgung mit Nährstoffen und Flüssigkeiten werden durch den Hypothalamus reguliert. Der Hippokampus ist für die Verarbeitung von Informationen verantwortlich, die ein Erlebnis in der persönlichen Geschichte zeitlich zuordnen und ermöglicht ein Verständnis über den Ablauf eines Geschehens (Hüther, Korrittko, Wolfrum, & Besser, 2012, S.183). Gebotene Sinnesreize werden über den Thalamus (Tor des Bewusstseins und Schaltstelle, bzw. Filter für sensorische Informationen) aufgenommen und an die Amygdala (Mandelkern) weitergeleitet. Diese entscheidet über die emotionale Signifikanz der Sinnesreize, bzw. über die der Situationen und leitet sie im Normalfall an den Hippokampus weiter, welche sie seinerseits bewertet, verarbeitet und dann langfristig zur Speicherung an den Frontalen Kortex weiterleitet (Kapfhammer, Dobmeier, Ehrentraut, & Rothenhäusler, 2001, S. 119). Ein extrem stressreicher Reiz jedoch wird jedoch ohne weitere Wege direkt an die Amygdala geleitet, welche sofort Alarm schlägt. Dies wiederum führt dazu, dass Glukokortikoide, Adrenalin und Serotonin ausgeschüttet werden, welche den Körper in Alarmbereitschaft versetzen und vorhandene Energiereerven mobilisieren. „Die Amygdala hat demnach eine zentrale Bedeutung für Angstre-

aktionen und Konditionierungsvorgänge und spielt mit anderen Worten im Gehirn so etwas wie die Rolle eines Gefahrenmelders“ (Landolt, 2012, S. 97). In einer traumatisierenden Situation kommt es so zu einer veränderten Funktionsweise des Gehirns, da die kognitive Entscheidungsfindung des Frontalen Cortex durch die fehlende Verbindung zwischen der Amygdala und Hippocampus unterbrochen ist. Traumaspezifische Informationen werden dadurch nicht an das explizite Gedächtnis (Hippocampus) weitergeleitet, sondern verbleiben im impliziten Gedächtnis, der Amygdala, als fragmentierte, zusammenhanglose Sinneseindrücke (Huber, 2009, S. 44) Es scheint, als würde es keinen Zusammenhang zwischen den beiden Systemen geben, dennoch wird die Verbindung darin deutlich, dass unter traumatischen Einflüssen das System des Hippocampus vorübergehend abschaltet und die Freeze-Reaktion eintritt, während das Amygdala-System weiterhin arbeitet. Die Speicherung der emotionalen und körperlichen Reaktionen ist die Fragment- Reaktion (ebd., S. 49).

2.4 Traumafolgen und Traumafolgestörungen

Im Gegensatz zu anderen psychischen Störungen, sind posttraumatische Störungen immer eine Folge von traumatisierenden Erlebnissen, die mit entsprechenden Symptomen, welche im Folgenden näher erläutert werden, einhergehen. Für eine Diagnostik und Klassifikation dieser Störungsbilder sind die Klassifikationskriterien und Definitionen des ICD – 10 und des DSM – IV – TR heranzuziehen, wobei im Rahmen dieser Arbeit primär der ICD – 10 beschreibend herangezogen wird.

2.4.1 Akute Belastungsstörungen

Die initiale Reaktion auf ein traumatisches Erlebnis wird im ICD – 10 unter der Codierung F43.0 geführt und als akute Belastungsreaktion beschrieben (DIMDI, 2019, o. S.). Sie setzt bereits max. eine Stunde nach Erleben der Situation ein und klingt nach max. 48 Stunden ab, sofern das traumatische Ereignis gemildert, bzw. beseitigt wurde. Im ICD – 10 werden zwei Symptomgruppen beschrieben, welche als diagnostische Kriterien herangezogen und erfüllt werden müssen. Die erste Symptomgruppe beschreibt Kriterien der generalisierten Angststörung (F41.1) mit definierten psychischen und vegetativen Symptomen, die zweite Gruppe weitere Symptome wie Rückzug von sozialen Interaktionen, Desorientierung, Aggression, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit, aber auch unangemessene und / oder sinnlose Überaktivität (Hypervigilanz) und unkontrollierte bzw. außergewöhnliche Trauer. Anhand der genannten Symptome kann unter-

schieden werden in eine leichte, mittelgradige oder schwere akute Belastungsreaktion (ebd.).

2.4.2 Posttraumatische Belastungsstörung

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) tritt in der Regel als Folge einer Typ -1 Traumatisierung in Erscheinung und wird im ICD – 10 unter F 43.1 geführt (DIMDI, 2019, o. S., Landolt, 2012, S. 40). Neben der Definition der Belastungssituation werden weitere diagnostische Kriterien wie das aufdringliche Wiedererinnern und Wiedererleben der belastenden Situation (Flashbacks), Vermeidung von Situationen, die eine Ähnlichkeit mit der Belastung aufweisen und entweder die Unfähigkeit, sich an das traumatische Erlebnis zu erinnern **oder** das Vorliegen psychischer Sensitivitäts- und / oder Erregungsmerkmale wie Schlafschwierigkeiten, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz und erhöhte Schreckhaftigkeit angeführt. Zudem gilt als Kernkriterium, dass die beschriebenen Symptome innerhalb von 6 Monaten nach dem traumatischen Erlebnis in Erscheinung getreten sein müssen (ebd.).

2.4.3 Komplexe Traumafolgestörungen

Personen, die ein besonders schweres Trauma erlebt haben, oder über einen längeren Zeitraum hinweg Typ-2 Traumatisierungen erleiden mussten, entwickeln oft Störungsbilder, die aufgrund ihrer Heterogenität nicht einer PTBS zuzuordnen sind. Diese werden als komplexe Traumafolgestörungen bezeichnet und im ICD – 10 unter der Codierung F.62 als andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung geführt (DIMDI, 2019, o. S.). Diese Form der Störung wird bei Vorliegen einer posttraumatischen Persönlichkeitsänderung über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren und weiteren Symptomen wie feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt, sozialen Rückzug, Gefühl von Leere und / oder Hoffnungslosigkeit und dem Gefühl von Nervosität und Bedrohung mit dem Gebrauch von psychotroper Substanzen charakterisiert (Landolt, 2012, S. 45).

3. Resilienz

Das Erleben eines traumatischen Ereignisses führt jedoch nicht zwangsläufig dazu, dass ein Mensch eine mittel- oder langfristige Traumafolgestörung entwickelt. Dies ist ab-

hängig von vielen Faktoren, wie dem persönlichen, sozialen und biografischen Hintergrund einer Person und dem Vorliegen individueller Schutz- und Risikofaktoren, die eine Verarbeitung und Integration bedrohlicher Ereignisse ermöglichen (Dima, 2016, S. 28). Diese werden welche im folgenden Teil der Arbeit erörtert.

3.1 Begriffsdefinition

Der Begriff der „Resilienz“ leitet sich von dem englischen Wort „resilience“ (= Spannkraft, Elastizität, Strapazierfähigkeit) und dem lateinischen Wort „resilere“ (=abprallen) ab und wird im deutschen Wörterbuch als „psychische Widerstandskraft; Fähigkeit, schwierige Lebenssituationen ohne anhaltende Beeinträchtigung zu überstehen“ definiert (Duden, 2019, o. S.). Resilienz bezeichnet damit die Fähigkeit, erfolgreich mit belastenden Lebensumständen, wie Unglücken, Misserfolgen, Risikobedingungen und aber auch traumatischen Erlebnissen umzugehen und damit eine „psychische Widerstandsfähigkeit (...) gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken“ (Wustmann, 2004, S. 18) zu erlangen. An diese Definition knüpfen zwei Bedingungen an: Erstens das Vorhandensein einer möglichen Bedrohung und zweitens die entsprechende erfolgreiche Bewältigung einer derartigen Situation (ebd.). Entgegen früherer Annahmen ist die heutige Überzeugung, dass Resilienz kein angeborenes, stabiles Persönlichkeitsmerkmal ist sondern sich als eine Kompetenz definiert, die prozessorientiert im Zusammenspiel zwischen Kind und Umwelt erworben wird (Aichinger, 2011, S. 27). Zudem ist Resilienz eine variable Größe, welche sich zeitlich und situativ verändern kann und somit situationsspezifisch und multidimensional in Erscheinung tritt (Wustmann, 2005, S. 194). Als das Gegenstück der Resilienz ist die Vulnerabilität, die Verwundbarkeit, Verletzbarkeit einer Person gegenüber externer und ungünstiger Einflussfaktoren zu nennen. Sie bezieht sich auf „die Prädisposition eines Kindes, unter Einfluss von Risikobelastungen verschiedene Formen von Erlebens- und Verhaltensstörungen zu entwickeln“ (Wustmann, 2004, S. 22).

3.2 Resilienzforschung

Im Vergleich zu dem Konzept der Vulnerabilität, welches bereits im 19.Jhd Erwähnung in einem psychiatrischen Lehrbuch fand, ist das Konzept der Resilienz eine noch sehr junge Forschungsrichtung (Wustmann, 2004, S.22), und das Resultat eines Paradigmenwechsels: „von der krankheitsorientierten Pathogenese und der Untersuchung von Ursa-

chen und Behandlungsmöglichkeiten psychischer Erkrankungen hin zur ressourcenorientierten Salutogenese und der Ermittlung von Schutzmechanismen“ (Kunzler, Gilan, Kalisch, Tüscher, & Lieb, 2018, S. 747). Somit grenzt sich die Resilienzforschung von der defizitorientierten und dem pathophysiologischen Ansatz ab und stellt eine Forschungsrichtung dar, die dem Konzept der Gesundheitsförderung zugeordnet werden kann (Lehr, et al., 2018, S. 766), da sie spezifische Mechanismen zu identifizieren versucht, die vor stressinduzierten Beeinträchtigungen verschiedener Funktionsmechanismen schützen (Kunzler, Gilan, Kalisch, Tüscher, & Lieb, 2018). Als zwei zentrale Konzepte der Erforschung der Resilienz können das Risikofaktorenkonzept und das Schutzfaktorenkonzept angeführt werden, welche maßgeblich durch die „Kauai Längsschnittstudie“ von Werner und Smith (2001), der „Mannheimer Risikokinderstudie“ von Laucht et al (2000), der „Bielefelder Invulnerabilitätsstudie“ von Lösel und Bender (1999) und dem „Rochester Child Resilience Project“ von Cowen (1997) untersucht wurden (Wustmann, 2015, S. 195).

3.2.1 Das Risikofaktorenkonzept

Das Risikofaktorenkonzept befasst sich primär mit der Erforschung von Lebensbedingungen und Merkmalen, die das Auftreten einer Störung erhöhen, bzw. die kindliche Entwicklung negativ beeinflussen können. Dabei wird in zwei entwicklungsgefährdenden Gruppen unterschieden: den biologischen und psychologische Merkmalen des Kindes - den *Vulnerabilitätsfaktoren* - und den psychosozialen Bedingungen der kindlichen Umwelt, welche als *Risikofaktoren* oder *Stressoren* tituiert werden. Im Rahmen der Vulnerabilitätsfaktoren wird zwischen *primären Vulnerabilitätsfaktoren* (prä- und / oder perinatale Beeinträchtigungen Kindes wie genetische Dispositionen, Behinderungen, Geburtskomplikationen) und *sekundären Vulnerabilitätsfaktoren* (erworbene Faktoren in der Auseinandersetzung mit der familiären und sozialen Umwelt) unterschieden, wobei sich einige Faktoren nur auf bestimmte Zeiträume auswirken (diskrete Faktoren) und andere den gesamte Entwicklungsverlauf beeinflussen (kontinuierliche Faktoren). Darüber hinaus wird zudem zwischen *proximalen Faktoren* (Faktoren, die sich direkt auf das Kind auswirken, wie ungünstige Erziehungsleistung der Eltern) und *distalen Faktoren* (chron. Armut) unterschieden. Wustmann (2004, S.37) beruft sich auf Remschmid (1988), der postulierte, dass biologisch begründete Risiken wie Frühgeburt, etc. im Verlauf der Entwicklung und zunehmendem Alter an Relevanz verlieren, hingegen psychosoziale Risiken an Bedeutung gewinnen. Zudem gelten Schwangerschaft, Geburt

und Säuglingszeit als kritisch zu betrachtende Zeiträume, da der Säugling nur über geringe Kompensationsmöglichkeiten verfügt und in diesem Zeitrahmen besonders stör anfällig ist (ebd.).

Abbildung 3: exemplarische Vulnerabilitätsfaktoren nach Wustmann (2004, S. 38) eigene Darstellung

Risikofaktoren:

- Niedriger sozioökonomischer Status, chronische Armut
- Aversives Wohnumfeld (Wohngegend mit hoher Kriminalität)
- Chronische familiäre Disharmonie
- Elterliche Trennung / Scheidung
- Häufig wechselnde Partnerschaften, Wiederheirat eines Elternteils
- Arbeitslosigkeit der Eltern
- Alkohol- / Drogenmissbrauch der Eltern
- Psychische Erkrankungen / Störungen in der Familie
- Kriminalität der Eltern
- Obdachlosigkeit
- Niedriges Bildungsniveau der Eltern
- Alleinerziehende Eltern / Abwesenheit von Elternteilen
- Erziehungsdefizite / ungünstige Erziehungspraktiken der Eltern
- Sehr junge Elternschaft (vor dem 18. Lebensjahr)
- Unerwünschte Schwangerschaft
- Häufige Umzüge, häufiger Schulwechsel
- Migrationshintergrund
- Soziale Isolation der Familie
- Adoption / Pflegefamilie
- Verlust eines Familienmitglieds
- Geschwister mit einer Behinderung, Lern- oder Verhaltensstörung
- Mehr als vier Geschwister
- Mobbing / Ablehnung durch Gleichaltrige
- Außerfamiliäre Unterbringung

Abbildung 4: exemplarische Risikofaktoren nach Wustmann (2004, S. 38) eigene Darstellung

Bereits 1997 stellten Egle, Hoffmann, & Steffens (S. 690) fest, dass die genannten Risikofaktoren häufig kumulieren und in Wechselwirkung zueinander stehen. So werden Kinder häufig mit „multiplen Risikobelastungen konfrontiert“ (Wustmann, 2004, S. 40) was nach Ulrich (1988 zitiert nach Egle et al, S. 691) die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Entwicklungsstörungen um ein vielfaches erhöht.

3.2.2 Das Schutzfaktorenkonzept

Das Schutzfaktorenkonzept steht dem bereits beschriebenen Risikofaktorenkonzept gegenüber und ist das zweite zentrale Konzept der Resilienzforschung. Das Schutzfaktorenkonzept befasst sich mit der Erforschung von Bedingungen und Merkmalen, „die auf Ebene der Einzelperson eine unangepasste Entwicklung verhindern oder abmildern, sowie die Wahrscheinlichkeit einer positiven Entwicklung erhöhen“ (Fröhlich - Gildhoff & Rönnau - Böse, 2018, S. 372) und können nach Wustmann (2004, S. 46) in *personale* (individuelle Persönlichkeitsmerkmale des Kindes) und *soziale Ressourcen* (Schutzfaktoren in der Lebens- und Betreuungsumwelt des Kindes) unterteilt werden, welche ebenfalls in Wechselwirkung zueinander stehen und sich gegenseitig bedingen. Als stabilste protektiv geltende soziale Ressource ist die Erfahrung einer sicheren, unterstützenden und zugewandten Beziehung zu nennen.

„Es ist wissenschaftlich unbestritten, dass sichere Bindungserfahrungen mit den Eltern oder anderen primären Bezugspersonen zu den bedeutendsten Determinanten der psychischen Gesundheit und zu den wichtigsten Schutzfaktoren gegen verschiedene psychische Störungen bis ins Erwachsenenalter zählen. Dahingegen hängen unsichere Bindungserfahrungen oder Bindungsstörungen häufig mit späteren psychischen Störungen zusammen“ (Zemp, 2018, S. 42).

Zudem wirken sich eine enge Geschwisterkonstellation, familiärer Zusammenhalt, Wertschätzung und Respekt, Förderung der Autonomie, ein autoritativ – demokratischer Erziehungsstil, Übernahme von Verantwortung und Aufgaben im Haushalt und ein hohes Bildungsniveau der Eltern protektiv auf das Ausbilden von Resilienz aus (Wustmann, 2005, S. 195). Die individuellen personalen Ressourcen werden häufig in der Literatur als *Resilienzfaktoren* bezeichnet. Sie haben erheblichen Einfluss auf die Bewältigung von Krisen, Belastungssituationen, und sich die im Verlauf der Entwicklung

stellenden Aufgaben und werden nach Fröhlich - Gildhoff & Rönna - Böse (2018, S. 374) in folgende 6 personellen Faktoren unterteilt:

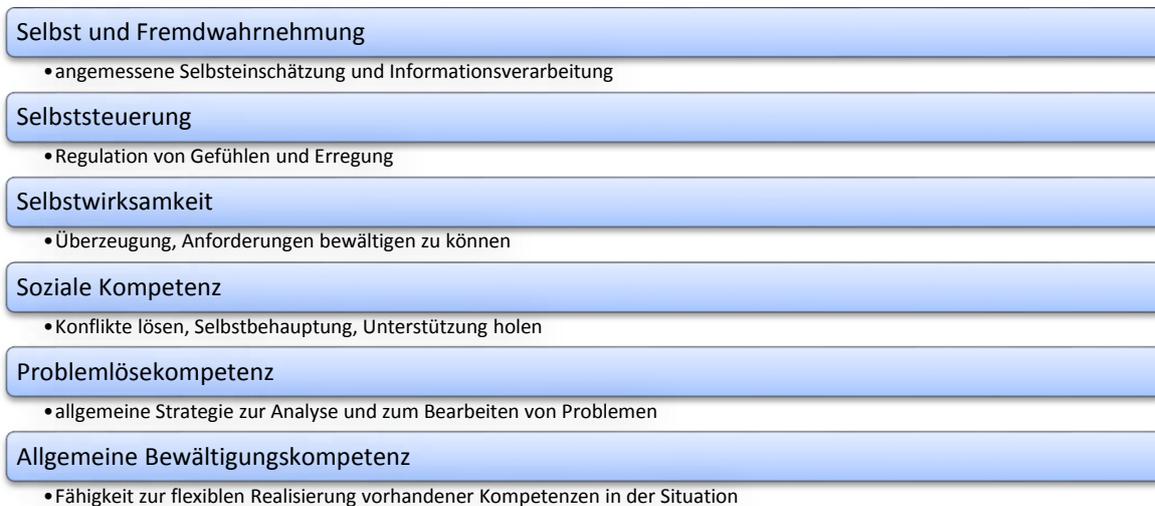


Abbildung 5: Personelle Resilienzfaktoren nach Fröhlich-Gildhoff & Rönna - Böse (2018, S. 374) eigene Darstellung

3.3.3 Rahmenmodell von Resilienz

Um das komplexe Zusammenwirken von Risiko- und Schutzfaktoren zu erfassen, hat Kumpfer im Jahr 1999 das Rahmenmodell von Resilienz konzipiert, welches versucht, das Phänomen der Resilienz unter Berücksichtigung der empirischen Untersuchungen und Erkenntnisse zu verdeutlichen (Wustmann, 2004, S. 62). In seinem Modell hebt Kumpfer sechs Dimensionen hervor, welche für die Entwicklung von Resilienz von großer Bedeutung sind, wobei es sich um vier Prädiktoren (Vorhersagevariablen) und zwei Transaktionsprozesse handelt. Der Resilienzprozess wird durch einen akuten Stressor aktiviert, wobei das jeweilige Stressniveau individuell und subjektiv erlebt wird und auf die vorherrschenden Umweltbedingungen des Kindes trifft. Die individuellen Risiko- und Schutzbedingungen der Person, sowie der persönlichen Ressourcen wirken in Wechselseitigkeit als Umweltbedingung auf das Kind ein und je nach Balance der genannten Faktoren kann sich der Anpassungsprozess zwischen Individuum und seiner Umwelt positiv oder negativ zu einer angepassten Entwicklung oder auch zu einer Entwicklungsbeeinträchtigung auswirken. Mit der erfolgreichen Bewältigung des Stressors werden schließlich neue Kompetenzen hinzugewonnen, die dann im weiteren Verlauf wiederum Einfluss auf die Resilienzfaktoren nehmen und sich auf den jeweiligen Anpassungsprozess neuer Stressoren auswirken (ebd.).

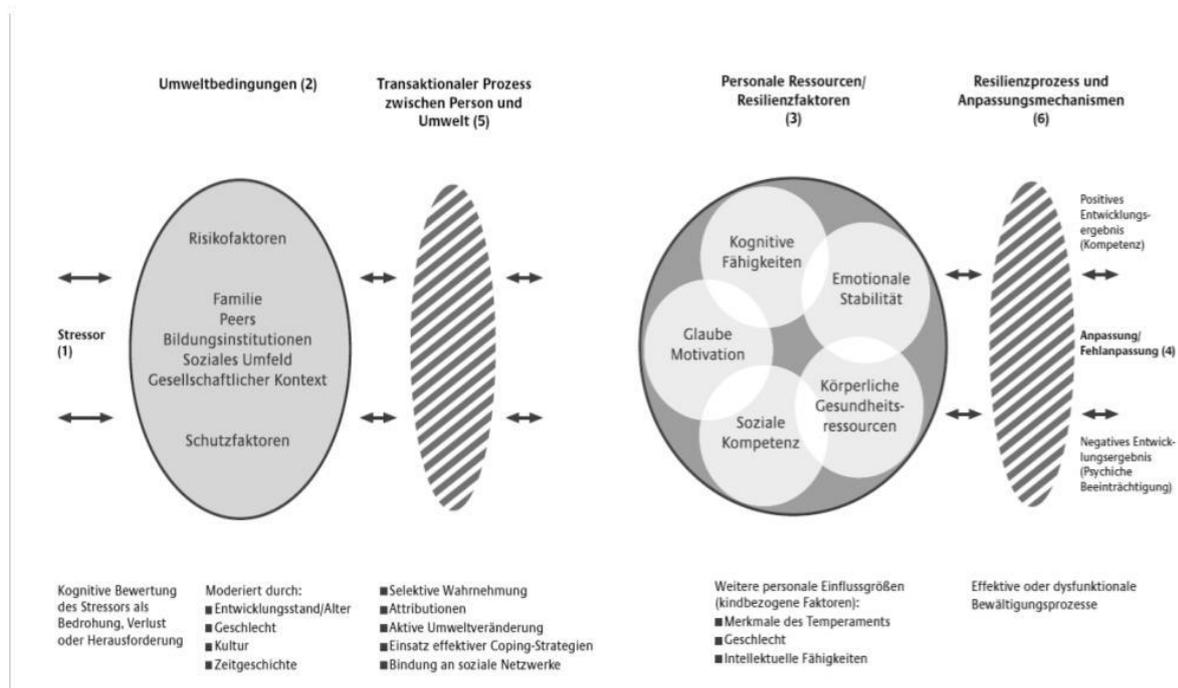


Abbildung 6: Rahmenmodell von Resilienz (entnommen aus Wustmann 2004, S.65)

4. Diskussion

Wie in den voran bearbeiteten Punkten beschrieben, gilt es als erwiesen, dass Resilienz kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal, sondern eine Eigenschaft darstellt, welche im Verlauf der Individualentwicklung und in der Interaktion mit der Umwelt erlangt wird. Zudem ist Resilienz eine variable Größe, die sich zeitlich und situativ verändern kann und somit situationsspezifisch und multidimensional in Erscheinung tritt (Wustmann, 2005, S. 194). Das Konzept der Resilienz, als das Resultat eines Paradigmenwechsels von der defizitorientierten Pathogenese hin zur ressourcenorientierten Salutogenese, korrespondiert mit dem Paradigmenwechsel in der Heil- und Sonderpädagogik. Auch hier wurde die Frage nach der Pathogenese durch den Blick auf die Ressourcenorientierung abgelöst und durch eine entsprechend salutogenetische Perspektive verändert. Dadurch steht nicht mehr im Vordergrund wodurch eine Entwicklung beeinträchtigt wird, sondern durch welche Faktoren sie begünstigt werden kann.

Menschen mit kognitiven und / oder physischen Beeinträchtigungen sind aufgrund ihrer individuellen und psychosozialen Bedingungen einem wesentlich höherem Risiko ausgesetzt mit belastenden oder traumatisierenden Erlebnissen konfrontiert zu werden (Hennicke, 2014, S. 9). Aufgrund ihrer erhöhten Vulnerabilität (bspw. bedingt durch frühere emotionale Beeinträchtigungen wie unsichere Bindungs- und Deprivationserfahrungen, frühe Verlusterfahrungen, unangemessene und aversive Erziehungsmethoden,

fehlende Coping Strategien und Ressourcen) und anderen „multiplen Risikobelastungen“ (wie gering ausgeprägte oder fehlende Verfügbarkeit in soziale Unterstützung oder durch belastende oder unangemessene Lebensumstände) erhöht sich das Risiko um ein vielfaches – im Gegensatz zu Menschen ohne Beeinträchtigung - durch diverse Belastungen traumatisiert zu werden.

Die Heilpädagogik, mit ihrer Aufgabe Personen aus risikoreichen Lebensumständen in ihrem Leben, Lernen und Verhalten zu stärken resp. zu fördern, kommt damit die Aufgabe zu, Präventions- und Interventionsmaßnahmen in ihrer praktischen Tätigkeit zu etablieren, die auf die Verminderung von Risikoeinflüssen und die Verankerung von Schutzfaktoren abzielen. „ Aus den Befunden der Resilienzforschung lässt sich die Forderung ableiten, allen Kindern und speziellen Risikokindern frühzeitig, lang andauernd und intensiv Möglichkeiten anzubieten, dass sie diese wichtigen Basiskompetenzen erwerben können, die für die Bewältigung schwieriger Lebensumstände förderlich sind“ (Wustmann, 2005, S. 204). Wustmann unterscheidet dazu Förderung der Resilienz auf Ebene der direkten, individuellen Förderung des Kindes und auf der Beziehungsebene, indirekt über die Erziehungspersonen (Eltern), wofür bereits viele Präventionsmaßnahmen und Konzepte, orientiert an den Forschungsergebnisse und der fachspezifischen Disziplinen, entwickelt wurden (ebd.). Diese Präventionsprogramme sind dann am wirkungsvollsten „wenn sie im Setting, also der Lebenswelt der Zielgruppe(n), verankert werden und zugleich auf mehreren Ebenen ansetzen, mithin Kinder, Eltern und pädagogische Fachkräfte erreichen“ (Fröhlich - Gildhoff & Rönnau - Böse, 2018, S. 377). Die Autoren betonen, dass es von großer Wichtigkeit ist, dass alle im Prozess involvierten Pädagoginnen und Pädagogen der jeweiligen Institutionen qualifiziert sein müssen, um resilienzfördernd arbeiten zu können und schlagen ein Vorgehen auf vier Ebenen vor:

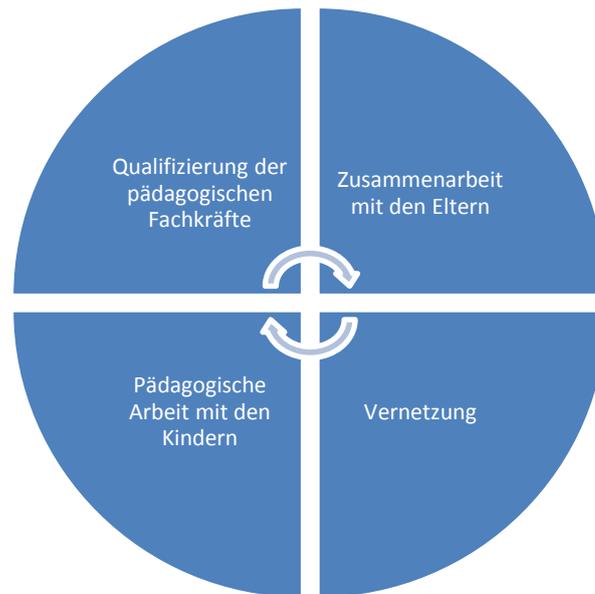


Abbildung 7: Mehrebenenansatz der Resilienzförderung (Fröhlich - Gildhoff & Rönnau - Böse, 2018, S. 378) eigene Darstellung

Auf der Ebene „Qualifizierung der pädagogischen Mitarbeiter“ steht das Ausbilden einer ressourcenorientierten und resilienzfördernden Grundhaltung im Vordergrund von Qualifizierungsmaßnahmen. Sie beinhaltet die Orientierung an den kindlichen und familiären Ressourcen und Bewältigungskompetenzen und der Möglichkeit, diese hinsichtlich vorliegender Schutz- und Risikofaktoren einschätzen und bewerten zu können. Bei der Zusammenarbeit mit den Eltern steht die Förderung elterlicher Erziehungskompetenzen durch Angebote wie Elternabende, -schulungen und Trainingsprogrammen im Vordergrund. Ebenfalls von großer Wichtigkeit ist die Vernetzung zu Diensten und Einrichtungen des sozialen Segments, vornehmlich beim Vorliegen von Auffälligkeiten oder in Krisensituationen. Neben der allgemein resilienzförderlichen und pädagogischen Arbeit mit den Kindern stehen auf letzter Ebene diverse Kursprogramme und Präventionsprojekte für die praktische Arbeit mit Kindern in Bildungseinrichtungen zur Verfügung, welche auf kindspezifische Faktoren und für unterschiedliche Altersspannen und Lebensphasen ausgerichtet sind (ebd.). Beispielsweise bietet die Autorin Fabienne Berg mit ihrem „Übungsbuch Resilienz“ Methoden und praktische Übungen zur Traumabewältigung und zur Entwicklung bestimmter Haltungen gegenüber Bedrohungssituationen. Zudem beinhaltet das Buch „50 praktische Übungen zur Stärkung von Optimismus, Akzeptanz, Verantwortungsgefühl, Lösungsorientierung, Loslassen, Neuorientierung, Einbindung in soziale Netzwerke sowie Übungen zu Glauben und Spiritualität“ (Berg,

2014, S.3). Hier finden sich auch traumapädagogische Ansätze, die zur Bewältigung traumatischer Erlebnisse entwickelt wurden, wobei bei allem Enthusiasmus und resilienzfördernden Programmangeboten nicht außer Acht gelassen werden darf, dass Kinder und Jugendliche, als Opfer traumatischer Erlebnisse, professionelle Hilfe bedürfen und in die Zuständigkeit von speziell geschulten Traumapädagogen, resp. Psychologen fallen.

5. Fazit

Die in vorliegender Arbeit beschriebenen Erkenntnisse der Trauma- und Resilienzforschung sind sowohl für die Entwicklung von Präventions- und Interventionsmaßnahmen, als auch für die (heil)pädagogische Arbeit von großer Bedeutung, denn sie eröffnen neue Blickwinkel und Handlungsperspektiven in der Arbeit mit den uns anvertrauten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Allerdings ist anzumerken, dass sowohl die Qualifizierung der pädagogischen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, als aber auch das Durchführen erwähnter Konzepte mit großen zeitlichen Kapazitäten einhergeht, die im pädagogischen Alltag häufig nicht zur Verfügung stehen. Um so wichtiger empfinde ich, dass eine ressourcenorientierte und resilienzfördernde Grundhaltung, orientiert an den kindlichen und familiären Ressourcen und Bewältigungskompetenzen, und der damit verbundenen Möglichkeit, diese hinsichtlich vorliegender Schutz- und Risikofaktoren einschätzen und bewerten zu können als Grundkompetenz des (heil)pädagogischen Handelns in Lehre und Studium forciert und etabliert werden muss.

Literaturverzeichnis

- Aichinger, A. (2011). *Resilienzförderung mit Kindern*. Wiesbaden: VS.
- American Psychiatric Association, A. P. A. (2015). *Diagnostische Kriterien DSM - 5*. Göttingen: Hogrefe.
- Berg, F. (2014). *Übungsbuch Resilienz. 50 praktische Übungen , die der Seele helfen, vom Trauma zu heilen*. Paderborn: Junfermann.
- Brisch, K. - H. (2017). *Bindungstraumatisierungen. Wenn Bindungspersonen zu Tätern werden*. Stuttgart: Klett - Cotta.
- Dima, Z. (2016). *Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen*. Weinheim: Beltz.
- DIMDI. (25. Januar 2019). *Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information*. Von DIMDI: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/block-f40-f48.htm> abgerufen
- Duden. (2019). Von www.duden.de abgerufen
- Egle, U., Hoffmann, S., & Steffens, M. (1997). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. *Der Nervenarzt* ,(68) 17, S. 683-695.
- Fröhlich - Gildhoff, K., & Rönnau - Böse, M. (2018). Resilienzfokussierung in Pädagogik und Psychotherapie. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 43, S. 371-388.
- Hüther, G., Korrittko, A., Wolfrum, G., & Besser, L. (März 2012). Neurobiologische Erkenntnisse zur Herausbildung psychotraumabedingter Symptomatiken und ihre Bedeutung für die Traumapädagogik. *Trauma & Gewalt*, S. 182-193.
- Hennicke , K. (2014). Zur Einführung : Stress und Trauma. *Seelische Verletzung (Trauma) bei Menschen mit geistiger Behinderung - Wahrnehmen, Betreuen, Behandeln*, Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGb am 14. November 2014 in Kassel, S. 4-12.
- Huber, M. (2009). *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung*. Paderborn: Junfermann.

- Kapfhammer, H.-P., Dobmeier, P., Ehrentraut, S., & Rothenhäusler, H.-B. (2001). Trauma und Dissoziation - eine neurobiologische Perspektive. *Psychotherapie*, 6 (1), S. 114-129.
- Kunzler, A. M., Gilan, D. A., Kalisch, R., Tüscher, O., & Lieb, K. (Juli 2018). Aktuelle Konzepte der Resilienzforschung. *Der Nervenarzt*, 89 (7), S. 747-753.
- Lackner, R. (2004). *Wie Pippa wieder lachen lernte. Fachliche Hilfe für traumatisierte Kinder*. Wien: Springer.
- Landolt, M. A. (2012). *Psychotraumatologie des Kindesalters. Grundlagen, Diagnostik und Interventionen*. Göttingen: Hogrefe.
- Lehr, D., Kunzler, A., Helmreich, I., Behrendt, D., Chmitorz, A., & Lieb, K. (2018). Internetbasierte Resilienzförderung und Prävention psychischer Erkrankungen. *Der Nervenarzt*, 89 (7), S. 766-772.
- Mosetter, K., & Mosetter, R. (2008). Traumatische Belastungen. Der Körper als Bühne und szenische Macht. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin* 1, S. 8-24.
- Pausch, M. J., & Matten, S. (2017). *Trauma und Traumafolgestörung. In Medien, Management und Öffentlichkeit*. Wiesbaden: Springer.
- Scherwath, C., & Friedrich, S. (2016). *Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung*. München: Ernst Reinhardt.
- Weiß, W. ((8. Auflage,) 2016). *Phillipp sucht sein ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Wustmann, C. (2004). *Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern*. Berlin: Cornelsen.
- Wustmann, C. (2005). Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung. Wie Kinder Lebensbelastungen bewältigen. *Zeitschrift für Pädagogik*, 51, S. 192-206.
- Zemp, M. (2018). Die Bedeutung der Bindung für die kindliche Resilienz. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 4, S. 38-44.

Erklärung des Eides statt

Hiermit versichere ich, *Inis, Elsen-Wübbels*, dass ich meine Arbeit „*Die Bedeutung der Resilienz bei der Verarbeitung traumatischer Erlebnisse*“ selbstständig angefertigt und keine anderen als die angegebenen und bei Zitaten kenntlich gemachten Hilfsmittel benutzt habe.

Lingen, den 21.03.2019

