Friedrich Linderkamp *Gino Casale*

Die traumasensible Schule – Grundlagen, Konzepte und Perspektiven

Zusammenfassung

Schutzsuchende Kinder und Jugendliche aus Krisengebieten haben häufig ein erhöhtes Risiko für psychische Traumata. In Deutschland stellen Schülerinnen und Schüler mit Traumaerfahrungen die Schulen vor große Herausforderungen. Daher brauchen Schulen wissenschaftlich fundierte und im Schulalltag umsetzbare Handlungskonzepte. Im transatlantischen Raum hat sich das Konzept der traumasensiblen Schulen bewährt. Traumasensible Schulen organisieren Diagnostik und Förderung bei traumatisierten Schülerinnen und Schülern auf mehreren Förderstufen im multiprofessionellen Team. Der Beitrag skizziert Grundlagen zu Trauma bei Schülerinnen sowie zu Konzepten und Programmen einer traumasensiblen Schule. Er schließt mit einem Ausblick auf notwendige Forschungsbemühungen zur Implementation traumasensibler Diagnostik und Förderung in Schulen.

In Deutschland hat die traumapädagogische Arbeit in Schulen in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen. Ursächlich hierfür ist insbesondere eine zunehmende Zuwanderung schutzsuchender Kinder und Jugendlicher aus Krisen- und Kriegsgebieten, die ein erhöhtes Traumatisierungsrisiko aufweisen. Die erlebten belastenden Ereignisse der betroffenen Kinder und Jugendlichen gehen häufig mit Schulleistungsstörungen, Schlafstörungen, Hyperarousal und emotionaler Dysregulation einher und manifestieren sich im ungünstigsten Fall als posttraumatische Belastungsstörung (z. B. Dixius & Möhler, 2017). Schülerinnen und Schüler mit Traumatisierungserfahrungen lernen und entwickeln sich in der Schule unter erschwerten Bedingungen, was einen sonderpädagogischen Auftrag an Fachkräfte für eine individuelle Unterstützung und Förderung impliziert.

Bisherige traumapädagogische Konzepte für Schule und Unterricht sind vor allem psychoanalytisch ausgerichtet und fokussieren pädagogische Beziehungsarbeit, ein individuelles Fallverstehen und die Schaffung eines sicheren und „heilsamen“ Lernorts (siehe Zimmermann, 2017). Sie bilden somit eine aussichtsreiche Basis für eine fachbezogene theoretische wie empirische Fundierung für eine schulweite traumasensible Arbeit sowie den damit zusammenhängenden Professionalisierungs- und Implementationsprozessen.

Der Ansatz der traumasensiblen Schule ist ein international anerkanntes und empirisch bewährtes Handlungskonzept für Schulen (Thomas et al., 2019). Es basiert auf den Grundannahmen, dass Schulen (und alle an ihr beteiligten Akteurinnen und Akteure) den Einfluss traumatischer Ereignisse auf das Zusammenleben realisieren, ein Bewusstsein für Ausprägungsformen und Effekte von Traumata in der Schule entwickeln und auf Trauma und damit assoziierte Probleme proaktiv reagieren und eine Re-Traumatisierung zu verhindern versuchen (Overstreet & Chafouleas, 2016). Dies erfolgt durch schulweite Implementations- und Professionalisierungstrategien, durch den Einsatz evidenzbasierter Handlungsmethoden und eine multiprofessionelle Ausrichtung der traumasensiblen Arbeit (Plumb et al., 2016). Die traumasensible Schule weist eine große

Zeitschrift für Heilpädagogik
74., 2023
Seite 100–109

Nähe zu mehrstufigen Förderkonzepten, wie Response-to-Intervention (RtI) oder Schoolwide Positive Behavior Support (SW-PBS) auf. Im Beitrag stellen wir zunächst theoretische und empirische Grundlagen von Trauma in der Schule vor. Anschließend beschreiben wir das Konzept der traumasensiblen Schule als mehrstufiges Förderkonzept und diskutieren dessen Umsetzbarkeit in der schulischen Praxis. Wir schließen mit einem Ausblick auf notwendige Forschung zu dem Thema.

Zum Begriff des Traumas

Ein bedeutsames traumatisches Ereignis wie körperliche und seelische Misshandlungen, sexueller Missbrauch, häusliche Gewalt, Unfälle, lebensbedrohliche Erkrankungen, Krieg, Vertreibung und Flucht, der Tod nahestehender Angehöriger und andere starke Angst induzierende Situationen widerfahren etwa jedem vierten Kind oder Jugendlichen (Costello et al., 2002). Die traumatischen Ereignisse und/oder Umstände werden von der betreffenden Person als körperlich oder emotional schädlich und möglicherweise lebensbedrohlich erlebt und wirken, ggf. dauerhaft, auf zentrale Funktionsbereiche sowie auf das mentale, physische, soziale, emotionale oder geistige Wohlbefinden (Carter & Blanch, 2019, S. 50). Traumatische Erfahrungen können selbst erlebt sein (z. B. das direkte Erleben physischer Gewalt) oder auch nur durch Beobachtungen (von z. B. physischer Gewalt gegen ein anderes Kind oder etwa gegen ein Elternteil) entstehen. Im Unterschied zu kritischen Lebensereignissen können Traumata die Entstehung von psychischen Krankheiten begünstigen (Neuner et al., 2021). Traumata haben nachweislich auch einen sehr ungünstigen Einfluss auf die akademische Entwicklung von Kindern (Terrasi & de Galarce, 2017). Im pädagogischen Kontext führen traumatische Erfahrungen häufig zu Beziehungsstörungen zu Bezugspersonen, in der Klassengruppe oder in einer gesamten Institution (Zimmermann, 2017).

Aus klinischer Perspektive wird gemäß ICD-11 (WHO, 2019) zwischen (komplexer) Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) und Anpassungsstörung unterschieden. Die Symptommuster der PTBS beinhalten das Wiedererleben der Geschehnisse in der Gegenwart in der Weise, dass sie sinnlich als erneut geschehen oder in Form von Albträumen erfahren werden. Aus diesem Grund meiden die Betroffenen Erinnerungen, die diesen Effekt begünstigen können. Zudem bestehen eine erhöhte Wachsamkeit und Schreckreaktion bezüglich potentieller Bedrohungen. Die typischen Merkmale sind:

- wiederholtes Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks)
- Träume oder Albträume – vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit
- Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber
- Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten
- ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung
- übermäßige Schreckhaftigkeit
- Schlafstörung
- Komorbide Ängste und Depressionen, zum Teil mit Suizidgedanken.

Anpassungsstörungen entstehen aufgrund eines außergewöhnlichen negativen Lebensereignisses oder aufgrund einer besonderen Veränderung im Leben, die akut belastend sind und zu einer anhaltend unangenehmen Situation führen. Anpassungsstörungen als Folge schwerer oder kontinuierlicher Belastungen führen in Kombination mit limitierten Bewältigungsstrategien zu Problemen der sozialen Funktionsfähigkeit. Weitere assoziierte Symptome sind (siehe DIMDI, 2022):

- Beschädigung des sozialen Netzes des Betroffenen
- depressive Stimmung, Ängste und Sorgen
- das Gefühl, mit den alltäglichen Gegebenheiten nicht zurechtzukommen
- Störungen des Sozialverhaltens - insbesondere bei Jugendlichen.

Sind die genannten Symptome bei Kindern und Jugendlichen erfüllt und liegt demnach eine klinische Störungsdiagnose vor, resultiert daraus ein klinischer Handlungsbedarf. In Bezug auf den

resultierenden Psychotherapiebedarf endet die pädagogische Zuständigkeit. Jedoch sollten sich auch pädagogische Fachkräfte, und insbesondere Lehrkräfte, ein grundlegendes Wissen darüber, wie sich Traumafolge- bzw. Anpassungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen äußern können, aus folgenden Gründen aneignen (Bell et al., 2013): Lehrkräfte können die genannten Problematiken am besten frühzeitig erkennen, da sie einen großen Teil des Tages sowie in enger Nähe mit den Schülerinnen und Schülern interagieren und dementsprechend viele traumabezogene Symptome registrieren können. Der soziale Vergleich mit anderen Kindern ermöglicht ihnen dabei einzuschätzen, welche Verhaltensprobleme ungewöhnlich und ggf. aus Traumatisierungen resultieren könnten. Eine erhöhte diagnostische Kompetenz in diesem Bereich ist zudem hinsichtlich einer Früherkennung möglicher traumabedingter Störungen förderlich.

Traumata im Kindes- und Jugendalter

Einen besonders hohen Anteil als Ursache für Traumata machen verschiedene Formen der Gewalt gegen Kinder und Jugendliche aus (Boullier & Blair, 2018). In Deutschland wurden 38.630 Fälle akuter Kindeswohlgefährdung im Jahr 2020 dokumentiert. Darunter befanden sich neben einem hohen Anteil von 17.314 Vernachlässigungen 9.189 Fälle körperlicher Misshandlung, 10.204 Fälle psychischer Misshandlung (z. B. durch Demütigungen, Einschüchterungen und Isolierung) sowie 1.923 Fälle sexueller Gewalt (Statistisches Bundesamt, 2022). Berücksichtigt man andere traumarelevante Ereignisse wie Autounfälle und Katastrophenerfahrungen, steigt die Zahl der Kinder mit Traumatisierungsrisiko weiter an. Obwohl sich nicht bei allen Kindern, die ein potenziell traumatisches Ereignis erleben, traumatische Stresssymptome entfalten (Ackerman et al., 1998; Copeland et al., 2007), entwickeln viele Kinder psychische Probleme, die wiederum ihre schulischen Leistungen beeinträchtigen (Perfect et al., 2016).

Traumata durch Fluchterfahrungen

Kinder und Jugendliche, die Krieg und Flucht ausgesetzt sind, zeigen ein erhöhtes Risiko für Traumatisierung (Pine et al., 2005). In Deutschland wurden im Jahr 2019 knapp 166.000 Asylanträge gestellt, davon stammten 50,5 % von Kindern und Jugendlichen bis zu 18 Jahren (BAMF, 2019). Über 50 % der minderjährigen Schutzsuchenden stammen aus Krisen- und Kriegsgebieten (BAMF, 2022), sodass bei diesen Kindern und Jugendlichen von einem hohen Traumatisierungsrisiko, beispielsweise aufgrund von krimineller oder sexueller Ausbeutung und kriegerischer Zwangsrekrutierung, auszugehen ist (Schröder et al., 2018). Möhrle und Kolleginnen und Kollegen (2016) ermittelten bei 35–61 % der männlichen unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten (UMF) emotionale Störungen. In anderen Studien indizieren klinische Interviews innerhalb der Gruppe der UMF psychische Erkrankungen im Umfang von 42 % bis 56 %, vor allem im Bereich internalisierender Störungen (Höltermann et al., 2022; Jakobsen et al., 2014; Huemer et al., 2011). Einzuschränken ist, dass UMF im Durchschnitt von mehr traumatischen Ereignissen wie Krieg, sexueller und physischer Gewalt als auch vom Tod der Eltern berichten als begleitete minderjährige Geflüchtete (vgl. Müller-Bamouh et al., 2019). Suizidalität stellt ein weiteres Risiko dar. Eine Meta-Analyse von Panagioti und Kollegen (2015) zeigt auf Basis von 28 Studien mit Jugendlichen einen hoch signifikanten positiven Zusammenhang zwischen PTBS und Suizidalität ($d = 0.70$). Das Problem verstärkend kommen belastende und bedrohliche Erlebnisse während der Flucht (Menschenhandel, unsichere Fluchtwege über das Meer) sowie Akkulturationsprobleme in Deutschland hinzu. Der Umgang mit einer zum Teil gänzlich fremden Sprache aus einem fernen Kulturraum mit differierenden Werten und (religiösen) Einstellungen, aber auch Aspekte wie ungewohntes Essen und andere Kleidung erfordern weitreichende Anpassungsleistungen. Diese fallen insbesondere der vulnerablen Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit Fluchthintergrund besonders schwer. Hier wird die große Bedeutung des kultursensiblen Umgangs mit den betreffenden Schülerinnen und Schülern deutlich.

Gavranidou und Kollegen (2008, S. 229) interpretieren die Ergebnisse ihrer Studie mit jugendlichen Flüchtlingen gar in der Weise, dass möglicherweise primär die gesellschaftlichen und familiären Exilbelastungen mit psychischen Auffälligkeiten zu assoziieren sind, während die unmittelbaren traumatischen Kriegserfahrungen vor der Flucht sekundär sind. Der negative Einfluss traumatischer Erfahrungen auf die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit Fluchterfahrung scheint gut belegt (Fazel et al., 2012; Liming & Grube, 2018; Pine et al.,

2005). Auch wenn die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen mit Fluchthintergrund keine PTBS entwickelt, liegt die Prävalenzrate in dieser Gruppe höher als in der Vergleichsgruppe ohne Fluchthintergrund. Studien aus Deutschland dokumentieren bei 19 % der Kinder von Asylbewerberinnen eine PTBS. Hinzu kommen erhöhte posttraumatische Stresswerte bei 16 % der Kinder. Bei fast 44 % der UMF lassen sich bedeutsame Symptome einer PTBS feststellen. Im Vergleich dazu liegt die Prävalenz der PTBS bei BMF bei ca. 28 % (Höltermann et al., 2022). Internationale Studien weisen PTBS-Prävalenzraten von ein Drittel bis über die Hälfte der betreffenden Kinder auf (vgl. Eberle-Sejari et al., 2015). Ob traumatisierte Kinder und Jugendliche eine psychische Störung entwickeln, hängt maßgeblich von ihrer individuellen Fähigkeit zur Emotionsregulation, der sozialen Unterstützung sowie der Anzahl und Schwere der erlebten traumatischen Ereignisse ab (Boullier & Blair, 2018; Demir et al., 2020; Höltermann et al., 2022; Pine et al., 2005).

Für derart belastete Kinder und Jugendliche kann die Schule einen traumasensiblen Lebenskontext darstellen. In der Schule liegen die personalen, sächlichen und sozialen Voraussetzungen zur emotionalen und sozialen Kompetenzförderung vor. Die Schülerinnen und Schüler können soziale Unterstützung durch positive Beziehungen zu Mitschülerinnen und Mitschülern sowie zu Lehrkräften erfahren (z. B. Casale et al., 2018). Die Bedeutung der Schule nimmt zu, wenn berücksichtigt wird, dass nur sehr wenige geflüchtete Kinder Zugang zu außerschulischer Psychotherapie haben bzw. ihn aufgrund sprachlicher und kultureller Hürden nicht in Anspruch nehmen. In einer Studie von Ruf, Schauer und Elbert (2010) waren dies lediglich 4,3 %. Der Unterstützungsbedarf ist jedoch groß, denn Kinder und Jugendliche sind mit der kognitiven Verarbeitung des Erlebten bzw. mit der Stressbewältigung häufig überfordert. Kirsch und Goldbeck (2013, S. 89) heben vor diesem Hintergrund hervor, dass hier „eine dem Entwicklungsstand des Kindes angepasste und ressourcenorientierte soziale Unterstützung die affektive und kognitive Bewältigung von Traumata modellieren und fördern“ könne. Hier gewinnen schulbasierte Interventionsprogramme an Bedeutung. In einer Meta-Analyse bestätigen Rolfsnes und Idsdoe (2011) gute Effekte schulbasierter Programme zur Reduktion von PTBS-Symptomen. Sie ermittelten auf Grundlage von 19 Studien, die in der Mehrzahl kognitiv-verhaltenstherapeutisch angelegte Programme berücksichtigten, eine mittlere Effektstärke (ES) von 0.68 (vgl. Eberle-Sejari et al., 2015). Insbesondere ist dabei das Potenzial präventiver Maßnahmen im schulischen Kontext hervorzuheben (Ellis et al., 2013).

Traumasensible Schulkonzepte

Der Ansatz der traumasensiblen Schule ist präventiv ausgerichtet und integriert insbesondere evidenzbasierte Diagnose- und Fördermethoden. Er zielt auf eine systemweite Ausrichtung und Vernetzung im Umgang mit Trauma bei Schülerinnen und Schülern ab. Eine traumasensible Schule ist eine Schule, in der sich alle Schülerinnen und Schüler sicher, willkommen und unterstützt fühlen, und in der kultur- und traumasensible Pädagogik realisiert wird. In einer traumasensiblen Schule nimmt der Umgang mit den Auswirkungen von traumatischen Belastungen auf die soziale und emotionale Entwicklung und auf das Lernen einen besonders hohen Stellenwert ein. Cole und Kollegen (2013) formulieren zentrale Merkmale einer traumasensiblen Schule:

- Die Schulleitung und das Lehrkraft-Team sind sich der Auswirkungen traumatischer Erfahrungen auf das Lernen und der Notwendigkeit eines schulweiten Ansatzes bewusst.
- Die Schule unterstützt alle Schülerinnen und Schüler dabei, sich physisch, sozial, emotional und akademisch sicher zu fühlen.
- Die Schule geht ganzheitlich auf die Bedürfnisse der Schülerinnen und Schüler ein und berücksichtigt dabei Aspekte der Beziehungen, Selbstregulation, akademische Kompetenz, körperliche und emotionale Gesundheit und Wohlbefinden.
- Die Schule bindet die Schülerinnen und Schüler ausdrücklich in die Schulgemeinschaft ein und bietet ihnen zahlreiche Gelegenheiten, verschiedenartige, neu erworbene Fähigkeiten zu erproben.
- Die Schule setzt auf Teamarbeit und teilt die Verantwortung für alle Schülerinnen und Schüler.

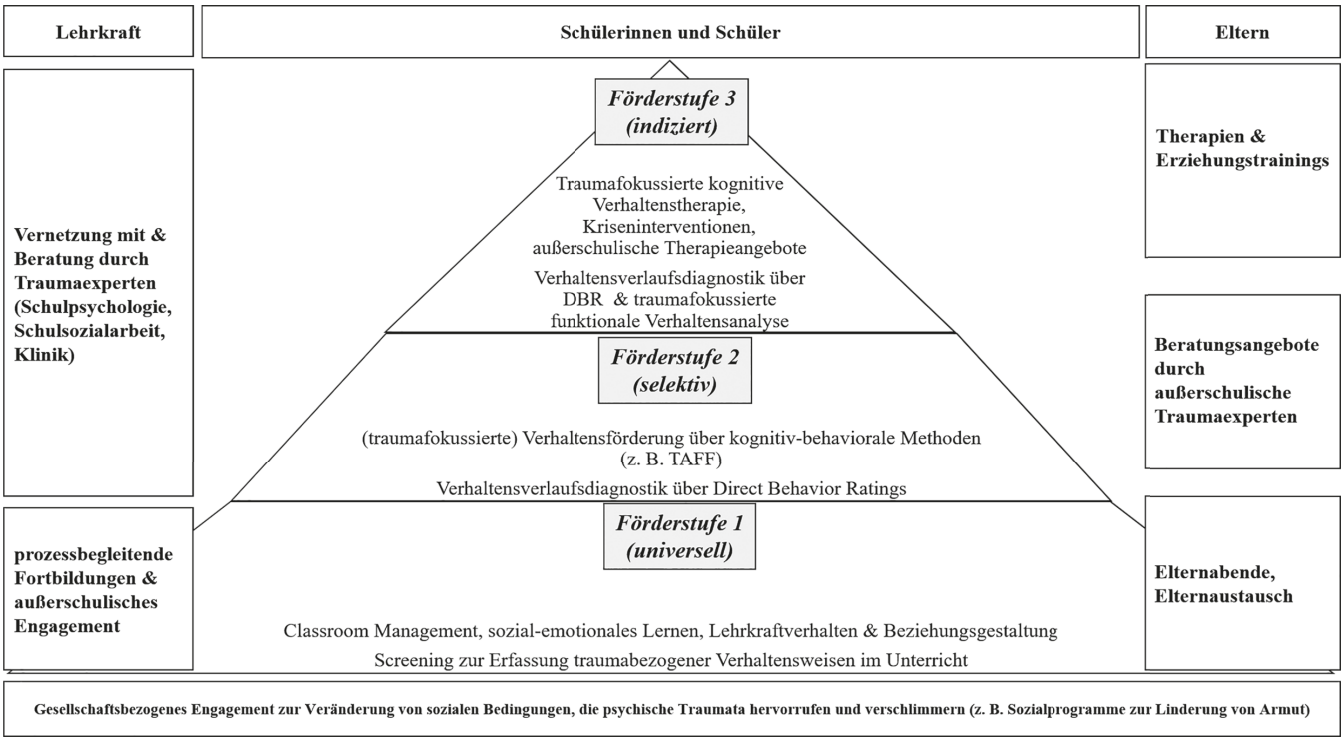
Die Rahmenbedingungen einer traumasensiblen Schule konstituieren sich über die Aufklärung des gesamten Schulpersonals über Traumata und seine Auswirkungen, der Gewährleistung eines

sicheren physischen und emotionalen Umfelds und der Beseitigung von re-traumatisierenden Praktiken (z. B. harte, strafende Ansätze). Zudem gilt es, das Mitspracherecht, die Entscheidungsfreiheit und die Selbstbestimmung der Schülerinnen und Schüler zu fördern (vgl. Guarino, & Chagnon, 2018).

Mehrstufiges Konzept einer traumasensiblen Förderung in der Schule

Eine vielversprechende Möglichkeit zur Umsetzung eines traumasensiblen Schulkonzepts sind mehrstufige Diagnose- und Förderkonzepte (sogenannte Multi-Tiered Systems of Support; MTSS), die in den USA bereits etabliert und positiv erprobt sind (Reinbergs & Fefer, 2018). MTSS, wie z. B. der Schoolwide Positive Behavior Support (z. B. Casale et al., 2022) oder Response to Intervention (z. B. Grosche & Casale, 2021) sind präventiv ausgerichtet und organisieren Hilfen für Schüler auf verschiedenen Stufen (Casale et al., 2018). In Deutschland existieren bisher kaum Methoden zur Diagnostik und Förderung bei traumaspezifischen Verhaltensweisen von Schülerinnen, die schulspezifisch ausgerichtet sind, eng miteinander kombiniert werden und psychometrisch valide messen (Piegenschke et al., 2019). MTSS organisieren Diagnostik und Förderung in (häufig drei) aufeinander aufbauenden Stufen, die sich nach der Intensität der Problembelastung der Schülerinnen und Schüler richten. In der traumarelevanten Arbeit können zudem auch außerschulisches Engagement sowie Professionalisierungsangebote für Fachkräfte im Sinne einer Multikomponenten-Förderung auf allen Ebenen erfolgen (Reinbergs & Fefer, 2018). Operativ erfolgen regelmäßige Überprüfungen der Lern- und Verhaltensentwicklung der Kinder über universelle Screenings. Wenn sich dabei Schwierigkeiten der Schülerinnen und Schüler zeigen, können je nach Bedarf verschiedene Stufen der Unterstützung greifen. Es erfolgt im Ergebnis eine Einteilung in drei Stufen mit zunehmender Intensität, die analog zu Klassifikationen präventiver Maßnahmen abgebildet werden: Stufe 1 oder universell, Stufe 2 oder selektiv und Stufe 3 oder indiziert (Abbildung 1).

Abb. 1: Exemplarisches Multi-Komponenten-Konzept zur mehrstufigen und traumasensiblen Förderung in der Schule



Förderstufe 1 (universelle Prävention)

Stufe 1, die auch als „Kern" oder „erster bester Unterricht" bezeichnet werden kann, richtet sich an alle Schülerinnen und Schüler einer Klasse und umfasst evidenzbasierte Praktiken, die sinnvolles und zugängliches Lernen für alle Schülerinnen unterstützen, z. B. Strategien bzw. Prinzipien einer inklusiven Unterrichtsgestaltung (Mitchell, 2014). Hierunter fällt auch ein kultursensibles Classroom Management, das sich vor allem dadurch kennzeichnet, dass Lehrkräfte

aktiv versuchen, ihr Wissen über den kulturellen Hintergrund der Schülerinnen und Schüler zu erweitern. Ausgehend davon setzen sie kultursensible Unterrichtsstrategien ein, fördern die Entwicklung einer fürsorglichen Klassengemeinschaft und gestalten positive Beziehungen zu den Schülerinnen und Schülern (Weinstein et al., 2004). Die Förderung von sozialen und emotionalen Kompetenzen durch manualisierte universell-präventive Programme wäre auf Stufe 1 ebenfalls vielversprechend, da sie nachweislich die Kompetenzen zur Emotionsregulation positiv beeinflussen kann (z. B. Casale et al., 2014).

Zur Identifikation zusätzlicher Unterstützungsbedarfe der Schülerinnen und Schüler werden auf Stufe 1 universelle Screeningverfahren eingesetzt. Es geht explizit nicht um die Identifikation von Traumatisierung (z. B. im Sinne einer PTBS), sondern um verhaltensbezogene Anzeichen, die auf eine Traumatisierung hinweisen könnten, aber durch schulbasierte Methoden adressiert werden können (Eklund et al., 2018). Das zu erfassende Zielkonstrukt sollte dabei das konkrete Verhalten der Schülerinnen und Schüler im Unterricht sein, das jedoch mit den Symptomkategorien potenzieller Traumafolgestörungen assoziiert ist. Das Screening dient also in erster Linie der Erfassung des Unterrichtsverhaltens von Schülerinnen oder Schülern mit Traumatisierungsrisiko, um herauszufinden, welche Schülerinnen oder Schüler von einer zusätzlichen Förderung profitieren könnten. Ein auffälliges Unterrichtsverhalten indiziert einen zusätzlichen Unterstützungsbedarf im Sinne einer Förderung auf Stufe 2.

Auf Ebene der Lehrkräfte werden auf Stufe 1 prozessbegleitende Fortbildungen für das gesamte Kollegium umgesetzt. Ziel ist die Vermittlung von grundlegendem Wissen und die Entwicklung von positiven Einstellungen zur traumasensitiven Arbeit (McIntyre et al., 2019). Außerdem sollten Lehrkräfte ihre Annahmen und Vorurteile darüber überprüfen, warum eine Schülerin oder ein Schüler auf eine bestimmte Weise reagiert. Zudem ist es bedeutsam, dass Lehrkräfte sich ihrer eigenen Gefühle bewusst werden, bevor sie auf (auffälliges) Verhalten von Schülerinnen reagieren. In Fortbildungen für Lehrkräfte zur traumasensiblen Arbeit erfolgt eine grundlegende Sensibilisierung der Lehrkräfte in der Weise, dass Perspektiven und Interpretationsräume erweitert werden. Ein traumasensibler Blick verhilft Lehrkräften dazu, etwa „widerspenstiges" Verhalten eines Schülers in der Weise zu verstehen, dass er möglicherweise misstrauisch gegenüber anderen ist, weil er in der Vergangenheit von anderen verletzt wurde. Wenn eine Schülerin „unmotiviert" erscheint, so kann es sein, dass sie sich deprimiert, ängstlich oder überfordert fühlt. „Aufmerksamkeit heischendes Verhalten" kann eine Reaktion auf die Angst sein, von anderen getrennt, allein oder ungehört zu sein. Es kann für die Suche nach einer sicheren Verbindung stehen (Guarino & Chagnon, 2018). Der Fortbildungsbedarf der Lehrkräfte kann sich auch aus dem Umstand heraus begründen, dass die Lehrkräfte selbst, aufgrund der Konfrontation mit den traumatischen Erlebnissen der Schülerinnen und Schüler, sogenannten sekundären traumatischen Stress, das heißt posttraumatische Stresssymptome, entwickeln können (Borntrager et al., 2012). Weitere Inhalte von Fortbildungen zum Aufbau traumasensibler Kompetenzen für Pädagoginnen und Pädagogen hat die BAG Traumapädagogik (2011) zusammengestellt (Übersicht 1). Angebote der Professionalisierung für Lehrkräfte sind insbesondere dann erfolgreich, wenn sie über einen längeren Zeitraum angelegt sind und supervidiert werden, reale (Fall-)Situationen aus dem Berufsalltag der Lehrkräfte einbeziehen und Möglichkeiten zur Anwendung der vermittelten Inhalte sowie darauf bezogenes Feedback bieten (Leidig et al., 2016). Auf Ebene der Eltern werden auf Stufe 1 Eltern- und Informationsabende umgesetzt sowie Austausch- und Vernetzungsmöglichkeiten geschaffen.

Eine weitere, gesellschaftsbezogene Präventionsstrategie auf Stufe 1 bezieht sich auf das außerschulische Engagement. Zum Beispiel könnten sich Lehrkräfte, Eltern, Schülerinnen oder Schüler, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie weitere Teile der Bevölkerung engagieren, um die sozialen Bedingungen zu verändern, die psychische Traumata hervorrufen und verschlimmern. Als Beispiel ließe sich hier das Engagement innerhalb von Sozialprogrammen zur Linderung von Armut (ein Risikofaktor für Traumaexposition; Klest, 2012) anführen.

Übersicht 1: Fortbildungsinhalte für Pädagoginnen und Pädagogen zum Aufbau Trauma sensibler Kompetenzen (Auszüge aus: BAG Traumapädagogik, 2011, S. 7ff)

Förderung des Selbstverstehens
- Die Pädagoginnen und Pädagogen wissen, was im Kopf und im Körper, insbesondere bei Stress und Trauma passiert.
- Die Pädagoginnen und Pädagogen lernen ihre eigenen Stressreaktionen zu verstehen.
- Die Pädagoginnen und Pädagogen betrachten Verhaltensweisen unter der Perspektive, dass sie individuell entwicklungslogisch und hoch sinnhaft sind. Dies gilt sowohl für das Verhalten der Kinder und Jugendlichen, als auch für das Verhalten von Eltern bzw. anderer wichtiger Bezugspersonen, Kolleginnen und bei sich selbst.

Förderung der Körper- und Sinneswahrnehmung
- Die Pädagoginnen und Pädagogen beachten und berücksichtigen, welche Sinnesreize auf die Kinder und Jugendlichen in der Gruppe wirken.
- Die Pädagoginnen und Pädagogen unterscheiden zwischen angenehmer und unangenehmer körperlicher Nähe und gehen damit reflektiert um.
- Die Pädagoginnen und Pädagogen kennen und arbeiten mit Bewegungs- und Entspannungseinheiten zur Versorgung ihrer Belastungen und den damit zusammenhängenden Auswirkungen auf ihren Körper.

Förderung der Emotionsregulation
- Die Pädagoginnen und Pädagogen kennen alle Basisgefühle und die möglichen Körperreaktionen, Empfindungen und entsprechende Handlungsimpulse.
- Die Pädagoginnen und Pädagogen werden darin unterstützt, eigene Emotionen zu erkennen, zu benennen und zum Ausdruck zu bringen.
- Die Pädagoginnen und Pädagogen kennen Möglichkeiten der Selbstregulation in Bezug auf Unter- und Übererregung und der eigenen emotionalen Stabilisierung.
- Die Interaktionen zwischen Pädagoginnen und Pädagogen und Kindern werden unter dem Aspekt der Übertragung und Gegenübertragung reflektiert.
- Die Pädagoginnen und Pädagogen wissen um die interkulturelle Gebundenheit von Emotionen und den Umgang mit ihnen.

Förderung der Selbstregulation
- Die Pädagoginnen und Pädagogen verstehen die Funktion von Dissoziation und wissen um die Möglichkeiten der Unterstützung.
- Die Pädagoginnen und Pädagogen verstehen die Hintergründe der verschiedenen Formen des Wiedererlebens (plötzliches, psychisches Wiedererleben traumatischer Ereignisse, das durch Auslösereize hervorgerufen wird) und kennen die Möglichkeiten der Unterstützung.
- Die Pädagoginnen und Pädagogen achten auf Körperreaktionen bei den Kindern und Jugendlichen und bei sich selbst.
- Die Pädagoginnen und Pädagogen kennen Entspannungstechniken, Reorientierungsmöglichkeiten und Möglichkeiten zum Erarbeiten von Notfallstrategien.

Förderstufe 2 (selektive Prävention)

Die Schülerinnen und Schüler, die von den angebotenen Methoden auf Stufe 1 nicht oder nur unzureichend profitieren, werden auf Stufe 2 gefördert. In der Regel erfolgt die Förderung auf Stufe 2 durch gezielte Interventionen in kleinen Gruppen. Besonders erfolgreich sind kognitiv-behaviorale Ansätze. Kognitiv-behaviorale Methoden sind therapeutische Techniken und Strategien, die zur Verhaltensänderung eingesetzt werden, indem man den Schülerinnen beibringt, ihre eigenen Gedanken und Verhaltensweisen aktiv zu verstehen und zu verändern (Mayer et al., 2005). Diese können bereits einen Fokus auf die Traumatisierung legen, das heißt traumafokussiert sein.

Um festzustellen, ob die eingesetzten Methoden zu einer Verbesserung der Entwicklung der Schülerinnen und Schüler beitragen, wird auf Stufe 2 die Verlaufsdiagnostik eingesetzt. Verlaufsdiagnostische Methoden werden engmaschig und sehr häufig eingesetzt (bis zu mehrmals täglich) und können zeitnah eine Lern- oder Verhaltensentwicklung abbilden (Grosche, 2014). Zur Verlaufsdiagnostik im sozialen und emotionalen Bereich hat sich das Direct Behavior Rating (DBR) als vielversprechende Methode gezeigt (Christ et al., 2009). Mittels DBR wird das Verhalten einer Person in einer bestimmten Situation unmittelbar nach dieser Situation auf einer Ratingskala eingeschätzt (Casale et al., 2019).

Auf Ebene der Lehrkräfte und Eltern wird auf Förderstufe 2 eine Beratung durch (außer-)schulische Traumaexpertinnen bzw. Experten für schulische Gesundheitsförderung angeboten (Berger, 2019). In inklusiven Schulen könnte diese z. B. über qualifizierte Sonderpädagoginnen und Sonderpädagogen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter oder Psychologinnen und Psychologen umgesetzt werden.

Förderstufe 3 (indizierte Prävention)
Schülerinnen und Schüler, die von den Angeboten auf Stufe 2 nicht profitieren, werden auf Förderstufe 3 gefördert. Diese umfasst eine intensivierte und individuelle Förderung, möglicherweise nur für eine einzelne Schülerin oder einen einzigen Schüler. Konzeptuell werden auf Förderstufe 3 häufig Angebote der Therapie durch speziell geschultes Personal umgesetzt. Darüber hinaus werden auch außerschulische Therapieangebote, wie z. B. die trauma-fokussierte kognitive Verhaltenstherapie (Kirsch et al., 2011), und Krisenintervention (z. B. Schepker, 2017) angeboten. Die Unterstützung und die Zusammenarbeit mit Institutionen der Jugendhilfe und klinischen Einrichtungen ist in diesem Kontext unabdingbar.

Einerseits wird die Verlaufsdiagnostik auf Stufe 3 noch engmaschiger umgesetzt, um Erfolge der Förderangebote nachzuweisen. Andererseits ist eine intensive diagnostische Verhaltensanalyse erforderlich, die auf ein Verständnis der Funktionen des Verhaltens abzielt, um daraus passende Förder- und Therapieangebote abzuleiten (Rajaraman et al., 2022).

Auf Ebene der Lehrkräfte und Eltern wird auf Förderstufe 3 die Beratung durch (außer-)schulische Traumaexpertinnen und -experten intensiviert. Außerdem werden für die Eltern (systemische) Beratungen und Elterntrainings angeboten.

Konzeption wirksamer traumasensibler Förderprogramme für die Schule

Förderprogramme stellen einen zentralen Bestandteil traumainformierter mehrstufiger Förderkonzepte dar, da diese auf allen drei Förderstufen zum Einsatz kommen. International gibt es bereits einige Programme, die in Bezug auf Trauma bei Schülerinnen und Schülern Anwendung finden, und zu denen Wirksamkeitsstudien vorliegen. Wie bereits beschrieben, entsprechen die Programme auf Förderstufe 3 Therapiekonzepten für klinisch beeinträchtigte Schülerinnen, die in Deutschland vorzugsweise außerschulisch behandelt werden. Daher konzentrieren wir uns im Folgenden auf Programme, die auf den Förderstufen 1 und 2 von Lehrkräften einsetzbar sind.

Erfolgreiche Förderprogramme zeichnen sich durch eine klare Zielformulierung, eine theoretische Fundierung, eine systematische Didaktisierung und den Einsatz evidenzbasierter Methoden aus (Hennemann et al., 2017). Traumasensible Förderprogramme zielen auf die Festlegung und respektvolle, aber konsequente Durchsetzung klarer Regeln und Verhaltenserwartungen. Es sollen eine respektvolle Sprache und ein respektvoller Ton beachtet werden, indem ein Ansatz mit positiver Orientierung auf Stärken und Verstärkung verfolgt wird. Öffentliche Konfrontationen, die für die Schülerinnen und Schüler peinlich oder beschämend sein könnten, sind zu vermeiden. Als ein bekanntes Programm ist die „Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools“ (CBITS) als eine kognitiv-behaviorale Gruppenförderung anzuführen, die in Schulen durchgeführt werden kann. Der Ansatz basiert auf sechs zentralen Wirkprinzipien (angelehnt an Kirsch & Goldbeck, 2013):

- Therapeutische Beziehung (Unterstützung bei der aktiven Bewältigung traumatischer Erinnerungen, Stärkung, Ressourcenaktivierung);
- Exposition (graduell, Auseinandersetzung mit dem traumatischen Erlebnis gemäß eigenem Tempo und selbst gewählter Methode, z. B. mittels Sprechen, Malen, Zeichnen, Schreiben; dadurch Abbau von Vermeidungsverhalten und Abschwächung von Triggerwirkungen);
- Vermittlung von Bewältigungsstrategien (Stressbewältigungsstrategien, kognitive Umbewertung, Emotionsregulationsstrategien, u. a. kognitive Neubewertung);
- Kognitive Interventionen (Edukation bzw. Aufklärung; kognitive Umstrukturierung);
- Entspannung (z. B. Achtsamkeitsbasiert);
- Einbeziehung der Eltern (Edukation; Erlernen von Strategien zur Unterstützung ihres Kindes.

Eine randomisierte kontrollierte Studie zur Wirksamkeit von CBITS ergab starke Reduktionen der PTBS-Werte und der von den Eltern berichteten psychosozialen Dysfunktion sowie moderate Reduktionen von Depression (Stein et al., 2003). CBITS besteht aus zehn kognitiv-behavioralen Gruppensitzungen zur Verringerung von PTBS-, Depressions- und Angstsymptomen bei traumatisierten Jugendlichen im Alter von elf Jahren und älter. Die Interventionssequenz umfasst auch zwei Sitzungen zur Elternbildung und eine Lehrkraftfortbildung.

Ein Programm, das dezidiert für Lehrkräfte und die Anwendung im Schulsetting konzipiert ist, ist das „Support for Students Exposed to Trauma Programm" (SSET; Jaycox et al., 2009), eine schulbasierte Gruppenintervention für Schülerinnen und Schüler, die traumatischen Ereignissen ausgesetzt waren oder auch unter Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leiden. SSET trainiert viele der gleichen kognitiven und verhaltensbezogenen Fähigkeiten wie CBITS, z. B. soziales Problemlösen, Psychoedukation und Entspannung. Die Evaluationsbefunde für SSET sind insgesamt noch recht dünn, aber eine Pilotstudie zeigte vorläufige Wirksamkeit bei der Reduzierung von PTBS-Symptomen (ES = −0.23) und Depressionen (ES = −0.32) (Jaycox et al., 2009).

In den USA haben zudem Anpassungen der „dialektischen Verhaltenstherapie" (DBT) in Schulen Einzug gehalten. Die DBT lehnt sich an die kognitive Verhaltenstherapie an, mit dem Unterschied, dass die Akzeptanz und Validierung eines aktuellen Verhaltens betont werden sowie auch die therapeutische Beziehung und eine dialektische Sichtweise („Für und Wider" statt „entweder/oder"). Inhaltlich geht es sowohl um die Bearbeitung belastender Lebensereignisse, als auch um das Erlernen und die Verbesserung kognitiver und sozialer Fertigkeiten. DBT ist eine evidenzbasierte Intervention, die sich nachweislich bei Jugendlichen, die ein Trauma erlebt haben, bewährt hat (Panos et al., 2014; Geddes et al., 2013; vgl. Reinberg & Fefer, 2018).

Schlüsselwörter
Trauma, Prävention, evidenzbasierte Förderung, Implementation

Abstract
Psychological trauma evokes a high level of suffering for those affected. This is particularly true for children and youth from crisis regions seeking protection in other countries. In Germany, students who have experienced trauma present schools with major challenges. Therefore, schools need scientifically based concepts that can be implemented in everyday school life. In the transatlantic region, the concept of trauma-sensitive schools has proven its worth. Trauma-sensitive schools organize assessment and intervention for traumatized students at multiple levels of support in a multi-professional team. The article outlines the basics of trauma in students and the concepts and programs of trauma-sensitive schools. It concludes with an outlook on necessary research efforts for the implementation of trauma-sensitive assessment and intervention in schools.

Keywords
trauma, prevention, evidence-based intervention, implementation

In Deutschland ist die Wirksamkeit der „Narrativen Expositionstherapie für Kinder" (KIDNET; Schauer et al., 2011) bei Kindern und Jugendlichen mit einer PTBS mehrfach untersucht worden. Inhaltlich werden implizite Gedächtnisrepräsentationen gezielt bearbeitet und in der Weise konsolidiert, dass eine Integration der Lebenserfahrungen in den biographischen Gesamtzusammenhang erfolgt. Dabei werden Ressourcen der Person aktiviert und neue positive Beziehungserfahrungen im empathischen Kontakt vermittelt. Die Forschungsergebnisse zeigen mittlere bis hohe Effektstärken (z. B. Leenarts et al., 2013). In Ihrem systematischen Review fanden Eberle-Sejari und Kollegen (2015) durchgehend hohe und zeitstabile Effektstärken.

Ergänzend zu kognitiv-behavioralen Ansätzen finden sich weitere Interventionskonzepte. So konnten auch bezüglich nicht-trauma-fokussierter, meditationsbasierter Ansätze hohe Effekte gefunden werden. Der Ansatz der „Meditation-Relaxation" (MEDRELAX; Catani et al., 2009) beinhaltet Psychoedukation, Bearbeitung aktueller Schwierigkeiten, Atemübungen sowie Meditations- und Entspannungspraktiken. Die Autoren ermittelten in ihrer Studie im Hinblick auf die Reduktion von PTBS-Symptomen eine Effektstärke von 1.83 und 1.96 mit hoher Stabilität bis zum Follow-Up-Zeitpunkt (2.20 und 1.96).

Die Studien zur Wirksamkeit des ebenfalls in der Traumatherapie etablierten „Eye Movement Desensitization and Reprocessing" (EMDR) sind demgegenüber geradezu widersprüchlich. So konstatiert ein Review von Gillies und Kollegen (2012) keine signifikanten Verbesserungen der traumabezogenen Symptomatik durch EMDR, wohingegen eine andere Studie eine Effektstärke von 0.72 ermittelt (Diehle et al., 2014). Der Nachteil dieser Programme besteht darin, dass für deren Umsetzung geschulte Therapeutinnen oder Therapeuten nötig sind.

In der Zusammenschau erfüllt das Förderprogramm CBITS die Wirkprinzipien der klaren Zielformulierung, der theoretischen Fundierung und der Evidenzbasierung. Das Programm SSET erfüllt vor allem die Prinzipien der systematischen Didaktisierung und der Passung zum schulischen Kontext. Die hohen Effektstärken bezüglich meditationsbasierter Ansätze sollten zudem zu einem ergänzenden Modul der Unterstützung und Förderung führen.

Aus diesem Grund haben wir die Grundprinzipien der Programme für die Entwicklung eines deutschsprachigen Förderkonzepts für den Einsatz zur traumasensiblen Arbeit mit Schülerinnen und Schülern mit Fluchterfahrungen, namentlich „Trauma sensible Unterstützungs- und Förderkonzept für Kinder und Jugendliche mit Fluchthintergrund (TAFF)“ (Linderkamp & Casale, 2022). zusammengeführt. Die Grundbausteine umfassen dialogische Edukation, Umgang mit Gefühlen und Gedanken, soziales Problemlösen und Übungen zur Achtsamkeit. Die Programmentwicklung erfolgt im Rahmen des Projekts TRAILS, das vom Bundesminisiterium für Bildung und Forschung (Kennzeichen 01NV2128) gefördert wird. Der aktuelle Stand der Programmentwicklung und Evaluation ist über die Homepage des Projekts (www.trailsprojekt.de) abrufbar.

Zusammenfassung und Ausblick auf die Erforschung und Implementation traumasensibler Förderkonzepte

Traumatisierte Schülerinnen und Schüler stellen in der (inklusiven) Schule – noch einmal mehr durch die Vielzahl geflüchteter Menschen aus dem Ukraine-Krieg – eine große Herausforderung dar. Allerdings fehlt im deutschsprachigen Raum auf der einen Seite eine Bestandsaufnahme der Erfahrungen und Bedarfe von Lehrkräften, Schülerinnen und Eltern in Bezug auf den Umgang mit Traumata in der Inklusion. Auf der anderen Seite existieren kaum evidenzbasierte Konzepte zur Diagnostik und Förderung bei traumatisierten Schülerinnen und Schülern. Zukünftige Forschung sollte

- die Erfahrungen und Bedarfe von Lehrkräften, Schülerinnen und Eltern in Bezug auf traumasensible Diagnostik und Förderung in inklusiven Schulen erfassen,
- prüfen, inwiefern sich ein partizipativ zu entwickelndes integriertes System aus Methoden zur traumasensiblen Diagnostik und Förderung in inklusiven Schulen implementieren lässt und
- kontrollieren, welche Effekte sich in Bezug auf verschiedene Merkmale zeigen.

Als Zielgruppe für Forschung könnten zunächst (aufgrund höherer Prävalenzen) Schülerinnen und Schüler mit traumatischen Fluchterfahrungen sowie deren Lehrkräfte und Eltern an inklusiven Schulen der Sekundarstufe I in den Blick genommen werden. Mehrstufige Förderkonzepte könnten die Blaupause für ein integriertes und mehrstufiges System zur traumsensitiven Diagnostik und Förderung in inklusiven Schulen sein, das bedarfsorientiert und partizipativ unter systematischem Einbezug der Lehrkräfte, Schülerinnen und Eltern entwickelt, implementiert und hinsichtlich der Wirksamkeit evaluiert wird.

Die drastisch gestiegenen Zahlen von geflüchteten Kinder und Jugendlicher in den letzten Jahren (vgl. Koehler & Schneider, 2019) sind eine weitreichende gesamtgesellschaftliche Herausforderung, insbesondere in der Bildungspolitik und Bildungspraxis. Daher bedarf es erprobter Konzepte in der traumasensiblen Arbeit mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen in Schule und Gesellschaft (z. B. TIES Studie, Sürig & Wilmes, 2011). Innovative Unterstützungs- und Förderkonzepte können dabei helfen, den in Deutschland erschwerten Zugang zu Bildung aufgrund sozialer Herkunft zu überwinden, indem sensitive Lernkontexte geschaffen werden.

Literatur

Die für den Beitrag verwendete Literatur steht Ihnen online zur Verfügung:
www.verband-sonderpaedagogik.de/wp-content/uploads/2023/2/zfh_2023_100_lit.pdf

Der Beitrag mit allen verwendeten Quellen findet sich ebenfalls in der digitalen Bibliographie.

Prof. Dr. Friedrich Linderkamp
Bergische Universität Wuppertal
Institut für Bildungsforschung in der School of Education
Gaußstraße 20 · 42119 Wuppertal
+49 202439-1251
linderkamp@uni-wuppertal.de

Prof. Dr. Gino Casale
Bergische Universität Wuppertal
Institut für Bildungsforschung in der School of Education
Gaußstraße 20 · 42119 Wuppertal
+49 202439-1271
gcasale@uni-wuppertal.de

Literatur

Ackerman, P. T., Newton, J. E., McPherson, W. B., Jones, J. G., & Dykman, R. A. (1998). Prevalence of posttraumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect, 22 (8), 759–774.*

BAG Traumapädagogik (2011). *Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe.* Verfügbar unter https://www.institut-trauma-paedagogik.de/files/positionspapier_11-2011.pdf [22.08.2022]

Bell, H., Limberg, D., & Robinson III, E. M. (2013). Recognizing trauma in the classroom: A practical guide for educators. *Childhood Education, 89 (3), 139–145.*

Berger, E. (2019). Multi-tiered approaches to trauma-informed care in schools: A systematic review. *School Mental Health, 11 (4), 650–664.*

Borntrager, C., Caringi, J. C., van den Pol, R., Crosby, L., O'Connell, K., Trautman, A., & McDonald, M. (2012). Secondary traumatic stress in school personnel. *Advances in School Mental Health Promotion, 5(1), 38–50.*

Boullier, M., & Blair, M. (2018). Adverse childhood experiences. *Paediatrics and Child Health, 28(3), 132–137.*

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (Hrsg.) (2019). *Aktuelle Zahlen. Ausgabe: Dezember 2019.* Verfügbar unter https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/AsylinZahlen/aktuelle-zahlen-dezember-2019.pdf?__blob=publicationFile&v=4 [27. 02 2020]

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (Hrsg.) (2022). *Aktuelle Zahlen. Ausgabe: September 2022.* Verfügbar unter https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/AsylinZahlen/aktuelle-zahlen-september-2022.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [27.02.2020]

Carter, P. & Blanch, A. (2019). A Trauma Lens for Systems Change. *Stanford Social Innovation Review, 17, 48–54.*

Casale, G., Hennemann, T., Hanisch, C., Hagen, T., Krull, J., Meyer, H. & Hövel, D.C. (2022). MultiMo – Eine schulbasierte Konzeption eines multimodalen und mehrstufigen Förderkonzeptes bei externalisierendem Problemverhalten in der Grundschule. In S. Blumenthal, Y. Blumenthal & K. Mahlau (Hrsg.), *Kinder mit Lern- und emotional-sozialen Entwicklungsauffälligkeiten in der Schule – Diagnostik-Prävention-Förderung,* (S. 169–176). Stuttgart: Kohlhammer.

Casale, G., Hennemann, T., & Hövel, D. (2014). Systematischer Überblick über deutschsprachige schulbasierte Maßnahmen zur Prävention von Verhaltensstörungen in der Sekundarstufe I. *Empirische Sonderpädagogik, 6 (1), 33–58.*

Casale, G., Hövel, D., Hennemann, T. & Hillenbrand, C. (2018a). Prävention und schulische Gesundheitsförderung. In B. Röhrle, J. Anding, D. Ebert & H. Christiansen (Hrsg.). *Prävention und Gesundheitsförderung Bd. VI. Zur Verbesserung der Wirksamkeit* (S. 245–285). Tübingen: DGVT-Verlag

Casale, G., Huber, C., Hennemann, T. & Grosche, M. (2019). *Direkte Verhaltensbeurteilung in der Schule: Eine Einführung für die Praxis.* München: Ernst Reinhardt Verlag.

Casale, G., Volpe, R. J., Daniels, B., Hennemann, T., Briesch, A. M. & Grosche, M. (2018b). Measurement Invariance of a Universal Behavioral Screener across Samples from the USA and Germany. *European Journal of Psychological Assessment, 34, 87–100.* https://www.doi.org/10.1027/1015-5759/a000447

Catani, C., Kohiladevy, M., Ruf, M., Schauer, E., Elbert, T. & Neuner, F. (2009). Treating children traumatized by war and Tsunami: A comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka. *BMC Psychiatry, 9, 1–11.*

Chafouleas, S. M., Johnson, A. H., Overstreet, S. & Santos, N. M. (2016). Toward a Blueprint for Trauma-Informed Service Delivery in Schools. *School Mental Health, 8 (1), 144–162.* https://doi.org/10.1007/s12310-015-9166-8

Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry, 64 (5), 577–584.*

Costello, E. J., Erkanli, A., Fairbank, J. A. & Angold, A. (2002). The prevalence of potentially traumatic events in childhood and adolescence. *Journal of Traumatic Stress, 15, 99–112.*

Christ, T. J., Riley-Tillman, T. C. & Chafouleas, S. M. (2009). Foundation for the Development and Use of Direct Behavior Rating (DBR) to Assess and Evaluate Student Behavior. *Assessment for Effective Intervention, 34 (4), 201–213.* https://doi.org/10.1177/1534508409340390.

Demir, Z., Böge, K., Fan, Y., Hartling, C., Harb, M. R., Hahn, E., Seybold, J. & Bajbouj, M. (2020). The role of emotion regulation as a mediator between early life stress and posttraumatic stress disorder, depression and anxiety in Syrian refugees. *Translational Psychiatry, 10, 371.* https://doi.org/10.1038/s41398-020-01062-3

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2022). Verfügbar unter https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/block-f40-f48.htm. [02.08.2022]

Diehle, J., Opmeer, B. C., Boer, F., Mannarino, A. P. & Lindauer, R. J. L. (2014). Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: what works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry, 23, 227–236.*

Dixius, A. & Möhler, E. (2017). Ein neues Therapie-Konzept validiert die besonderen Bedürfnisse geflüchteter Kinder und Jugendlicher: START. *Psychotherapie Forum, 22(3), 76–85.* https://doi.org/10.1007/s00729-017-0095-x

Eberle-Sejari, R., Nocon, A., & Rosner, R. (2015). Zur Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen bei jungen Flüchtlingen und Binnenvertriebenen mit posttraumatischen Symptomen: Ein systematischer Review. *Kindheit und Entwicklung: Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie, 24 (3), 156–169.* https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000171

Eklund, K., Rossen, E., Koriakin, T., Chafouleas, S. M., & Resnick, C. (2018). A systematic review of trauma screening measures for children and adolescents. *School Psychology Quarterly, 33 (1), 30.*

Ellis, B. H., Miller, A. B., Abdi, S., Barrett, C., Blood, E. A. & Betancourt, T. S. (2013). Multi-tier mental health program for refugee youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81, 129–140.*

Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C. & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high- income countries: Risk and protective factors. *The Lancet, 379, 266–282.*

Gavranidou, M., Niemiec, B., Magg, B. & Rosner, R. (2008). Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. *Kindheit und Entwicklung, 17 (4), 224–231.* https://doi.org/10.1026/0942-5403.17.4.224

Geddes, K., Dziurawiec, S., & Lee, C. W. (2013). Dialectical Behaviour Therapy for the treatment of emotion dysregulation and trauma symptoms in self-injurious and suicidal adolescent females: A pilot programme within a community-based child and adolescent mental health service. *Psychiatry Journal, 1–10*

Gillies, D., Tylor, F., Gray, C., O'Brien, L. & D'Abrew, N. (2012). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 12,* Art. No.: CD006726.

Grosche, M. (2014). Fördermaßnahmen im Prozess überprüfen. Das Konzept der Lernverlaufsdiagnostik. In T. Bohl, A. Feindt, B. Lütje-Klose, M. Trautmann & B. Wischer (Hrsg.), *Fördern* (S. 113–115). Seelze: Friedrich.

Grosche, M. & Casale, G. (2021). Response-to-Intervention (RTI) und schulische Inklusion – Grundlegender Widerspruch oder zwei Seiten einer Medaille? In C. Mähler & M. Hasselhorn (Hrsg.): *Test & Trends: Inklusion,* (S. 169–183). Göttingen: Hogrefe.

Guarino, K. & Chagnon, E. (2018). *Trauma-sensitive schools training package.* Washington, DC: National Center on Safe Supportive Learning Environments. https://doi.org/10.1186/s40878-019-0129-3

Hennemann, T., Hövel, D., Hagen, T., Casale, G. & Fitting-Dahlmann, K. (2017). *Schulische Prävention im Bereich Verhalten.* Stuttgart: Kohlhammer.

Höltermann, A., Scharf, F., Romer, G., & Möller-Kallista, B. (2022). Psychische Belastung bei unbegleiteten und begleiteten Flüchtlingen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 50.* https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000855

Huemer, J., Karnik, N., Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, E., Plattner, B., Friedrich, M. et al. (2011). Psychopathology in African unaccompanied refugee minors in Austria. *Child Psychiatry & Human Development, 42, 307–319.*

Jakobsen, M., Demott, M.A. & Heir, T. (2014). Prevalence of psychiatric disorders among unaccompanied asylum-seeking adolescents in Norway. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 10, 53.*

Jaycox, L., Langley, A., & Dean, K. L. (2009). *Support for Students Exposed to Trauma. The SSET program: Group leader training manual, lesson plans, and lesson materials and worksheets.* Santa Monica, CA: RAND Health.

Kirsch, V., Fegert, J. M., Seitz, D. C., & Goldbeck, L. (2011). Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (Tf-KVT) bei Kindern und Jugendlichen nach Missbrauch und Misshandlung. *Kindheit und Entwicklung, 20 (2), 95–102.*

Kirsch, V. & Goldbeck, L. (2013). Traumafokussierte kognitiveVerhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen: Theoretische Grundlagen, empirische Basis und Implementierungin die Praxis. *Kindheit und Entwicklung, 22, 87–96.*

Klest, B. (2012). Childhood trauma, poverty, and adult victimization. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4 (3), 245–251.*

Koehler, C. & Schneider, J. (2019). Young refugees in education: the particular challenges of school systems in Europe. *Comparative Migration Studies, 7, 1–20.*

Leenarts, L. E. W., Diehle, J., Doreleijers, T. A. H., Jansma, E. P. & Lindauer, R. J. L. (2013). Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry, 22 (5), 269–283.* https://doi.org/10.1007/s00787-012-0367-5

Leidig, T., Hennemann, T., Casale, G. & König, J. (2016). Wirksamkeit von Lehrerfortbildungen zur inklusiven Beschulung im Förderschwerpunkt Emotionale und soziale Entwicklung – ein systematisches Review empirischer Studien. *Heilpädagogische Forschung, 42 (2), 61–77.*

Liming, K. W. & Grube, W. A. (2018). Wellbeing outcomes for children exposed to multiple adverse experiences in early childhood: A systematic review. *Child & Adolescent Social Work Journal, 35, 317–335.* https://doi.org/10.1007/s10560-018-0532-x

Linderkamp, F. & Casale, G. (2022). *Trauma sensibles Unterstützungs- und Förderkonzept für Kinder und Jugendliche mit Fluchthintergrund (TAFF).* Unveröffentlichtes Manuskript. Bergische Universität Wuppertal.

Mayer, M., Lochman, J. & Van Acker, R. (2005). Introduction to the special issue: Cognitive-behavioral interventions with students with EBD. *Behavioral Disorders, 30, 197–212.*

McIntyre, E. M., Baker, C. N., & Overstreet, S. (2019). Evaluating foundational professional development training for trauma-informed approaches in schools. *Psychological services, 16 (1), 95.*

Mitchell, D. (2014). *What really works in special and inclusive education. Using evidence-based teaching strategies* (2. Aufl.). London: Routledge.

Möhrle, B., Dölitzsch, C., Fegert, J.M. & Keller, F. (2016). Verhaltensauffälligkeiten und Lebensqualität bei männlichen unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Jugendhilfeeinrichtungen in Deutschland. *Kindheit und Entwicklung, 25 (4), 204–215.* https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000206

Müller-Bamouh, V., Ruf-Leuschner, M., Dohrmann, K., Elbert, T. und Schauer, M. (2019). Gewalterfahrungen und psychische Gesundheit im Verlauf bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Deutschland. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 48 (4), 204–218.* https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000564

Neuner, F., Ruf-Leuschner, M., Catani, C. (2021). Traumatische Ereignisse. In A. Lohaus, H. Domsch (Hrsg.) *Psychologische Förder- und Interventionsprogramme für das Kindes- und Jugendalter. Psychotherapie: Praxis.* Berlin, Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61160-9_23

Overstreet, S., & Chafouleas, S. M. (2016). Trauma-informed schools: Introduction to the special issue. *School Mental Health, 8 (1), 1–6.*

Panagioti, M., Gooding, P. A., Triantafyllou, K. & Tarrier, N. (2015). Suicidality and posttraumatic stress disorder (PTSD) in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 50, 525–537.*

Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O., & Panos, A. (2014). Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of dialectical behavior therapy (DBT). *Research on Social Work Practice, 24 (2), 213–223.*

Perfect, M. M., Turley, M. R., Carlson, J. S., Yohanna, J., & Saint Gilles, M. P. (2016). School-related outcomes of traumatic event exposure and traumatic stress symptoms in students: A systematic review of research from 1990 to 2015. *School Mental Health, 8 (1), 7–43.*

Piegenschke, K., Sihorsch, M., & Christiansen, H. (2019). Begleitete minderjährige Geflüchtete: Eine systematische Übersicht über psychologische Interventionen mit Familieneinbezug. *Kindheit Und Entwicklung: Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie, 28, 147–159.*

Pine, D. S., Costello, J. & Masten, A. (2005). Trauma, proximity, and developmental psychopathology: the effects of war and terrorism on children. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology, 30, 1781–1792.* https://doi.org/10.1038/sj.npp.1300814

Plumb, J. L., Bush, K. A., & Kersevich, S. E. (2016). Trauma-sensitive schools: An evidence-based approach. School Social Work Journal, 40 (2), 37–60.

Rajaraman, A., Austin, J. L., Gover, H. C., Cammilleri, A. P., Donnelly, D. R., & Hanley, G. P. (2022). Toward traumainformed applications of behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis, 55 (1), 40–61.*

Reinbergs, E. J., & Fefer, S. A. (2018). Addressing trauma in schools: Multitiered service delivery options for practitioners. *Psychology in the Schools, 55 (3), 250–263.*

Rolfsnes, E. S. & Idsoe, T. (2011). School-based intervention programs for PTSD symptoms: a review and meta-analysis. *Journal of traumatic stress, 24 (2), 155–165.* https://doi.org/10.1002/jts.20622

Ruf, M., Schauer, M. & Elbert, T. (2010). Prävalenz von traumatischen Stresserfahrungen und seelischen Erkrankungen bei in Deutschland lebenden Kindern von Asylbewerbern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 39, 151–160.*

Schauer, M., Neuner, F. & Elbert, T. (2011). *Narrative exposure therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders* (2. Aufl.). Bern: Hogrefe & Huber.

Schepker, R. (2017). Institutionelle und individuelle Krisenvereinbarungen an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie mit Spezifizierung für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 66 (1), 47–58.*

Schröder, H.Z., Zok, K. & Faulbaum, F. (2018). Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan, *WIdO monitor, 15 (1), 1–20.*

Statistisches Bundesamt (2022). *Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe Teil 1.* Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Kinderschutz/Publikationen/_publikationen-innen-kj-gefaehrdung-schutz.html;jsessionid=73BDC96EE559FB4FC34F1645493B3565.live731. [02.08.2022]

Stein, B. D., Jaycox, L. H., Kataoka, S. H., Wong, M., Tu, W., Elliott, M. N. & Fink, A. (2003). A mental health intervention for schoolchildren exposed to violence: a randomized controlled trial. *JAMA, 290 (5), 603–611.* https://doi.org/10.1001/jama.290.5.603

Sürig, I. & Wilmes, M. (2011). *Die Integration der zweiten Generation in Deutschland: Ergebnisse der TIES-Studie zur türkischen und jugoslawischen Einwanderung.* Osnabrück: Institut für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien.

Terrasi, S. & de Galarce, P. (2017). Trauma and learning in America's classrooms. *Phi Delta Kappan, 98 (6), 35–41.* https://doi.org/10.1177/0031721717696476

World Health Organization (2019). *ICD-11: International classification of diseases (11th revision).*

Thomas, M. S., Crosby, S., & Vanderhaar, J. (2019). Trauma-informed practices in schools across two decades: An interdisciplinary review of research. *Review of Research in Education, 43 (1), 422–452.*

Weinstein C. S., Tomlinson-Clarke S., Curran M. (2004). Toward a conception of culturally responsive classroom management. *Journal of Teacher Education, 55 (1), 25–38.* https://doi.org/10.1177/0022487103259812

Zimmermann, D. (2017): *Traumatisierte Kinder und Jugendliche im Unterricht. Ein Praxisleitfaden für Lehrinnen und Lehrer.* Weinheim: Beltz.