

ADHS oder PTBS?

Die Relevanz einer Differenzierung zwischen ADHS und PTBS für sozialpädagogisches Handeln.

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades eines

Master of Arts

an der Karl-Franzens-Universität Graz

vorgelegt von

Victoria BEN BOUBAKER

01312569

am Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft

Begutachter: Univ.-Prof. Dr.phil. Arno HEIMGARTNER

Graz, 2022

Abstrakt

Die vorliegende Masterarbeit behandelt ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung bzw. Aufmerksamkeitsdefizitstörung) und Traumafolgeerkrankungen, vor allem PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung), sowie in weiterer Folge deren Unterscheidung. Das besondere Augenmerk liegt hierbei auf den verschiedenen Interventionsformen, die je nach vorliegender Diagnose getätigt wurden. Es wird beforscht wie sich Betroffene, je nach bestehendem Krankheitsbild, nach einer traumapädagogischen Rehabilitation in der Facheinrichtung Ubuntu, entwickelt haben.

Das Ziel der Arbeit besteht darin herauszufinden, inwiefern eine Differenzierung zwischen ADHS und Traumafolgeerkrankungen für sozialpädagogisches Handeln relevant ist. Dabei ist vor allem wesentlich, welche Interventionen vor dem Rehabilitationsaufenthalt durchgeführt wurden, welchen Entwicklungsverlauf Betroffene mithilfe des traumapädagogischen Konzeptes der Facheinrichtung Ubuntu durchmachten und wie sich zuvor gezeigte Verhaltensauffälligkeiten nach ihrem Rehabilitationsaufenthalt veränderten.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Schwierigkeit, die zu untersuchenden Krankheitsbilder voneinander zu unterscheiden um demnach sozialpädagogische Unterstützungsangebote anzupassen. Zunächst wird eine ausführliche Literaturrecherche durchgeführt. Danach werden die Inhalte der Dokumentationen mit einem Fragebogen herausgefiltert., um die Forschungsfragen zu beantworten. Insgesamt wurden 24 Fragebögen von männlichen Probanden zwischen 16 und 32 Jahren ausgewertet, die alle zur traumapädagogischen Rehabilitation in der Facheinrichtung Ubuntu waren. Anschließend wurden die Daten mittels statistischer Auswertung verarbeitet. Die Ergebnisse zeigen, dass alle Personen der Stichprobe Traumarisikofaktoren in ihrer Biografie aufweisen, obwohl die Mehrheit der Probanden eine ADHS-Diagnose aufweist und keine Diagnose einer Traumafolgeerkrankung. Außerdem kann festgestellt werden, dass sowohl ADHS-Betroffene, als auch Betroffene mit Traumafolgeerkrankungen vom traumapädagogischen Konzept der Facheinrichtung Ubuntu profitieren.

Abstract

This master's thesis deals with the clinical pictures of ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder or Attention Deficit Disorder) and trauma sequelae, especially those of PTSD (Post Traumatic Stress Disorder), and subsequently their differentiation with regard to their behavioral symptoms. Special attention is paid to the different forms of intervention, which were carried out depending on the diagnosis and how the affected persons, depending on the existing clinical picture, developed after a trauma pedagogical rehabilitation in the specialized institution Ubuntu.

The aim of the work is to find out to what extent a differentiation between ADHD and trauma sequelae is relevant for social pedagogical action. The main focus is on which interventions were carried out before the rehabilitation stay, which developmental course the affected persons went through with the help of the trauma pedagogical concept of the specialized facility Ubuntu and how previously displayed behavioral conspicuities changed after their rehabilitation stay.

Another focus is on the difficulty to distinguish between the different clinical pictures in order to adapt socio-educational support services. In addition to an extensive literature search, a document analysis is carried out and, based on this, completed questionnaires are evaluated in order to answer the research questions. A total of 27 questionnaires were evaluated from male subjects between the ages of 16 and 32, all of whom were at the Ubuntu specialized facility for trauma pedagogical rehabilitation. Subsequently, the data were processed using statistical analysis. The results show that all subjects in the sample have trauma risk factors in their biographies, although the majority of subjects have an ADHD diagnosis and no diagnosis of trauma sequelae. Furthermore, it can be stated that both ADHD sufferers and sufferers with trauma sequelae benefit from the trauma pedagogical concept of the Ubuntu specialized facility.

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	5
1.1	Begründung	6
1.2	ADHS	10
1.2.1	Begriffsdefinitionen	10
1.2.2	Physiologie ADHS	13
1.2.3	Diagnostik	14
1.2.4	Interventionen	18
1.3	PTBS	24
1.3.1	Begriffsdefinitionen	24
1.3.2	Physiologie Trauma	31
1.3.3	Diagnostik	33
1.3.4	Interventionen	34
2	Vergleich beider Krankheitsbilder	38
2.1	Diagnostik	38
2.2	Gemeinsame Problembereiche ADHS und Traumafolgerkrankungen	39
2.3	Interventionen	53
3	Handlungsfeld – Traumapädagogische Facheinrichtung Ubuntu	55
3.1	Strukturelle Rahmenbedingungen	56
3.2	Rehabilitative Rahmenbedingungen	57
3.3	Getätigte Interventionen	58
4	Empirische Untersuchung	76
4.1	Forschungsfragen und Zielsetzung	76
4.2	Erhebungsverfahren	78
4.3	Stichprobe	81
4.4	Hypothesenbildung und statistische Auswertung	81
4.5	Darstellung der Ergebnisse	84
5	Resümee	90
5.1	Beantwortung der Forschungsfragen	91
5.2	Ausblick	92

Literaturverzeichnis	93
Abbildungsverzeichnis	109
Tabellenverzeichnis	109
Anhang	110

Die vorliegende Masterarbeit ist gegendert. Alle anderen Geschlechterformen finden sich in den männlichen und weiblichen Bezeichnungen wieder.

1 Einführung

Aufgrund meiner beruflichen Weiterbildung und Qualifizierung zur Traumapädagogin und traumazentrierten Fachberatung am österreichischen Traumapädagogikzentrum (ÖTPZ) begann ich als Sozialpädagogin und Traumapädagogin in der traumapädagogischen Facheinrichtung Ubuntu zu arbeiten.

Zumeist liegt der Fokus meiner praktischen Arbeit auf der Bearbeitung von Traumafolgeerkrankungen, insbesondere der pädagogischen Intervention bei Diagnosen der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (kPTBS), sowie Diagnosen im dissoziativen Bereich. Sozialpädagogische Diagnostikverfahren des ÖTPZ, wie Sozialanamnesen, Adult Attachment Interviews (AAI) und Fremdanamnesen sowie Arztbriefe zeigen, dass Klienten bereits in der frühen Kindheit Traumarisikofaktoren (Trauma Typ 1 und/oder Trauma Typ 2) (vgl. Terr 1995, S.301) aufweisen.

Im Laufe meiner beruflichen Arbeit konnte ich zudem feststellen, dass sowohl beim Großteil unserer Bewohner, als auch bei Bewerbern, welche eine traumapädagogische Langzeitrehabilitation in unserer Einrichtung anstreben, ADHS diagnostiziert wurde, bzw. die Vermutung einer ADHS Erkrankung vorliegt. Weitere Literaturrecherchen belegen nicht nur eine generell erhöhte Komorbiditätsrate von Personen mit ADHS von bis zu 80% (vgl. DGKJP/DGPPN/DGSPJ 2017), sondern ebenfalls die Vermutung einer erhöhten Komorbidität zwischen traumatischen Erlebnissen in der Kindheit und der Herausbildung von ADHS Symptomen (vgl. Sanderud/Murphy/Elklit 2016, S.301), ADHS und PTBS (vgl. Vuksanovic 2015, S.3) bzw. ADHS und entwicklungsbezogenen Traumata (vgl. Van der Kolk 2016, S.116).

In der traumapädagogischen Arbeit mit unseren Klientinnen orientieren wir uns an einem Konzept, welches beim Vorhandensein mehrerer Diagnosen, so wie es bei den meisten unserer Klienten der Fall ist, vorsieht, dass wir zu Beginn der Rehabilitation zunächst PTBS Symptome bearbeiten, dann die Suchtmittelabhängigkeit (wenn vorhanden) und erst danach die ADHS Symptomatik. Dieses Vorgehen wurde mit unserer medizinischen Leitung, Dr. med. Winfried Tröbinger, erarbeitet.

Der Grund hierfür ist, dass Klienten nach Bearbeitung der PTBS-Symptome, häufig keine ADHS-Symptome mehr zeigen (vgl. Levine/Kline/Jahn 2015, S.137; Van der Kolk 2016, S.120). Diese Tatsache brachte mich dazu, mich im Rahmen meiner Masterthesis näher mit der Thematik auseinanderzusetzen.

1.1 Begründung

Kaum eine andere Krankheit steht so im Spannungsfeld zwischen Pädagogik, Psychologie, sozialer Arbeit und Medizin, wie ADHS. Es handelt sich hierbei um eine der häufigsten Störungen im Kindes- und Jugendalter und steht seit vielen Jahren im Mittelpunkt heftiger Diskussion, vor allem in Bezug auf die Medikation durch Psychostimulanzien (vgl. Brandau/Kaschnitz 2014, S.7). Ungefähr 2/3 der Betroffenen mit ADHS leiden neben der charakteristischen ADHS-Symptomatik noch an einer beträchtlichen Anzahl komorbider Störungen. Typische Merkmale dieser Störung sind wiederkehrendes, trotziges, ungehorsames und feindseliges Verhalten gegenüber Autoritätspersonen, wie beispielsweise den Eltern oder LehrerInnen. Betroffene neigen dazu schnell wütend zu werden und geraten häufig in Streitigkeiten (vgl. Schneider/Margraf 2009, S.431). Vor allem in den letzten Jahren wurde deutlich, dass ADHS-Symptome bei ca. 40-60% der Betroffenen bis ins Erwachsenenalter bestehen bleibt und die Mehrheit zusätzlich psychiatrische Störungen entwickelt. Das Auftreten depressiver Störungen schwankt im Erwachsenenalter sehr stark. Das gemeinsame Auftreten mit Autismus-Spektrum-Störungen, depressiven Störungen oder schwereren Störungen des Sozialverhaltens und ADHS ist etwas weniger häufig. Letztere gehen ab der Adoleszenz oft mit Substanzmissbrauch und der Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen einher (vgl. Banaschewski/Becker/Döpfner/Holtmann 2017, S.153f.). In Anbetracht der enormen Auswirkungen auf zukünftige Generationen, sind neue Präventionsansätze und Behandlungsmethoden für ADHS dringend notwendig (vgl. Garbe et al. 2012, S.455).

Dementsprechend wird durch das Vorliegen komorbider Störungsbilder, das Stellen einer ADHS-Diagnose deutlich erschwert (vgl. Gawrilow 2012, S.31). Die Häufigkeit von ADHS beträgt fünf Prozent weltweit (vgl. Garbe et al. 2012, S.455). Die zuvor genannten Verhaltensweisen sind jedoch nicht ausschließlich Symptome von ADHS.

Auch Traumafolgeerkrankungen zählen insbesondere bei Kindern und Jugendlichen zu den häufigsten psychischen Krankheitsbildern. Rund 20% der Jugendlichen waren in ihrem Leben mindestens einem traumatischen Ereignis ausgesetzt. Deshalb hat das Forschungsinteresse in den Bereichen „Trauma“ und „Psychotraumatologie“ in den letzten Jahren besonders zugenommen (Landolt 2012, S.14). Die Auswirkungen eines traumatischen Erlebnisses sind von verschiedenen Faktoren abhängig, „vor allem Häufigkeit, Art und das Ausmaß, beeinflussen die Folgen traumatisierender Vorfälle“ (Hantke/Görges 2012, S.54).

Durch die Entstehung der Diagnose PTBS wurde die Diagnose anderer Störungsbilder selten. Das Verhalten der Menschen wurde fassbarer, da Zusammenhänge zwischen individuellen Erfahrungen und einem spezifischen Verhalten hergestellt werden konnte (vgl. Van der Kolk/McFarlane/Weisaeth 2000, S.28f.).

„Erhöhte Schreckhaftigkeit, permanentes Zusammensucken, ständige Angst, Nicht-Zuhören- Können, kein Durchhaltevermögen haben, nicht bei der Sache bleiben können und ständiges Jammern, sofortige Bedürfnisbefriedigung, selbstverletzendes Verhalten (Ritzen, Schneiden, Brennen...), Wutausbrüche ohne ersichtlichen Grund, keine Kritikfähigkeit besitzen (auf Kritik mit weinen oder Aggressionen reagieren), Aggressivität, Gewalt, verbale oder körperliche Gewalt gegen andere oder sich selbst, Medikamentenmissbrauch, Drogenmissbrauch, Lügen bzw. Stehlen, Veränderung des Selbstbildes, kein Selbstwertgefühl, Opferhaltung, Somatisieren, andauernd krank sein, immer das Gegenteil tun, permanent Grenzen testen, Unverbindlichkeit, keine Regeln einhalten, provozieren, Spaltung, immer im Mittelpunkt stehen, Endlosdebatten, permanentes Zurückreden, nichts annehmen können, innere Unruhe, Überaktivität, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Angst sowie Orientierungslosigkeit, Dramatisieren, künstlich aufregen, Körperkontakt von anderen erzwingen, Vereinnahmung von anderen Menschen“ (ÖTPZ 2020a, S.1ff.) und noch einige Verhaltensweisen mehr, sind für Betroffene mit PTBS charakteristisch (vgl. Landolt 2012, S.32).

Traumata und ihre Folgen gewinnen in der sozialpädagogischen Praxis zunehmend an Bedeutung. Die Erkenntnisse aus der Hirnforschung sowie aus der Psychotraumatologie, beeinflussen sozialpädagogische Handlungsabläufe immer öfter, da in den letzten Jahren immer deutlichere Auswirkungen von Traumatisierungen auf die Entwicklung und Verhaltensweisen von Menschen nachgewiesen werden konnten (vgl. Lang et al. 2013, S.4). Menschen, die bereits in ihrer frühen Kindheit Traumata erlebt haben, stellen neben ihrem sozialen Umfeld vor allem pädagogische Fachkräfte vor besondere Herausforderungen. Oft sind traumatisierte Personen schon im Kindergartenalter verhaltensauffällig bzw. werden spätestens in der Schule zu sogenannten „Problemkindern“: Sie sind z.B. aggressiv, lügen, stehlen oder neigen zu unverständlichen Absenzen, Amnesien sowie plötzlichen „Ausrastern“. Oft leiden Betroffene unter schweren Lern-, Aufmerksamkeits- und Kontaktstörungen und haben erhebliche Empathiedefizite sowie brüchige bis korrupte Wertsysteme (Weiß 2008, S.130f.).

Die extremen Verhaltensweisen dieser Menschen schränken vor allem bei Kindern, den gesamten Entwicklungsspielraum massiv ein, beherrschen den individuellen Alltag und auch jenen von engen Bezugspersonen. Anstehende Entwicklungsaufgaben können nicht mehr gemeistert werden und bedeuten in weiterer Folge besonders im Erwachsenenalter negative Konsequenzen (vgl. Weiß 2008, S.130f.).

Aufgrund der großen Ähnlichkeiten im Verhalten von traumatisierten Personen und Personen mit ADHS (vgl. Van der Kolk 2016, S.76; Levine et al. 2015, S.94) und der Tatsache, dass sich im Rahmen meiner beruflichen Tätigkeit in der traumapädagogischen Facheinrichtung Ubuntu gezeigt hat, dass bei Klienten mit ADHS, nach der Bearbeitung von PTBS-Symptomen, auch die für die ADHS-Diagnose ausschlaggebenden Symptome besserten, stellte ich mir die Frage nach der Relevanz einer klaren Differenzierung zwischen ADHS und PTBS Symptomen in Bezug auf sozialpädagogisches Handeln.

Ziel dieser Masterarbeit ist es dieser Forschungsfrage nachzugehen und aus den gewonnenen Erkenntnissen vor allem im pädagogischen Umgang einen Nutzen ziehen zu können. Inwieweit liegt es folglich in der Verantwortung von SozialpädagogInnen, zwischen ADHS diagnostizierten Personen bzw. bei jenen Personen, bei denen ADHS vermutet wird, nochmals genauer hinzusehen, um eine mögliche PTBS auszuschließen? Würde sich dadurch das sozialpädagogische Handeln verändern? Und hätte es Auswirkungen auf die individuelle Hilfeplanung eines Menschen und folglich auch auf deren Zukunft?

Um sich intensiv mit der Forschungsfrage auseinandersetzen zu können, werden im ersten Kapitel beide Krankheitsformen näher erklärt. Physiologie, Diagnose und verschiedene Interventionsformen werden wissenschaftlich ergründet. Das zweite Kapitel widmet sich dem Vergleich beider Krankheitsbilder, um Gemeinsamkeiten, bzw. Unterschiede genauer zu durchleuchten. Anschließend wird das Handlungsfeld vorgestellt und getätigte Interventionen der Facheinrichtung Ubuntu beschrieben. Daraus resultierend werden Klientendokumente der traumapädagogischen Facheinrichtung Ubuntu analysiert und darauf aufbauend ein Dokumentations-Resümee-Fragebogen beantwortet. Dadurch sollen zentrale Ergebnisse in Bezug auf die Forschungsfrage erlangt werden. Abschließend werden gewonnene Erkenntnisse dargelegt und abschließende Überlegungen getätigt.

1.2 ADHS

ADHS gilt im deutschsprachigen Raum als Abkürzung für „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bzw. Aufmerksamkeitsdefizitstörung“. Darunter wird eine Verhaltensstörung verstanden, welche durch Auffälligkeiten in den Kernbereichen: Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität gekennzeichnet ist (Rothenberger/Neumärker 2010, S.11). Die zwei Experten auf dem Gebiet der pädagogischen Psychologie, Birgit Spinath und Roland Brünken (2016) meinen dazu: „Zu den Hauptmerkmalen von ADHS gehören die Störung der Aufmerksamkeit (häufiger Tätigkeitswechsel, Ablenkbarkeit), erhöhte Impulsivität (unüberlegtes Handeln, mangelnde Fähigkeit zum Belohnungsaufschub) sowie Hyperaktivität (unkontrollierte, fehlorganisierte, oft überschießende Aktivitäten). Darüber hinaus gibt es isolierte Störungen der Aktivität sowie der Aufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsdefizit- Störung, ADS)“ (Spinath/Brünken 2016, S.112).

1.2.1 Begriffsdefinitionen

Die Bezeichnung Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung oder Aufmerksamkeitsdefizitstörung“ löst frühere Bezeichnungen wie Minimale Cerebrale Dysfunktion (MCD) oder Psychoorganisches Syndrom (POS) ab. Im deutschsprachigen Raum ist vor allem die Bezeichnung ADHS populär, je nachdem ob die Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit oder ohne Hyperaktivität vorliegt (Paal 2007, S.13).

ADHS nach dem Klassifikationssystem für psychische Störungen DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- fifth edition), welches von der American Psychiatric Association (APA) herausgegeben wird (vgl. APA 2015, S. 9ff.), oder die Hyperkinetische Störung (HKS) nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme „ICD-10“ (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision) der World Health Organisation (World Health Organisation 2016; Remschmidt/Schmidt/Poustka 2017, S.198ff.) sind definiert als in der Kindheit beginnende, mindestens sechs Monate bestehende und situationsübergreifend auftretende Entwicklungsstörungen (vgl. Banaschewski et al. 2017, S.149ff.; Faraone/Doyle/Mick/Biederman 2015).

Die Kernsymptome sind Unaufmerksamkeit, Impulsivität oder motorische Unruhe. Die Auffälligkeiten sind nicht dem Alter, dem Entwicklungsstand und der Intelligenz von Betroffenen entsprechend und führen zu psychosozialen Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen, wie z. B. im familiären oder schulischen Alltag oder in der Beziehung zu Gleichaltrigen (vgl. Banaschewski et al. 2017, S.149ff.; Faraone/Doyle/Mick/Biederman 2015).

Die beiden international gängigsten Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5 präzisieren die Symptome weitgehend übereinstimmend, unterscheiden sich jedoch hinsichtlich Subtypisierungen und zusätzlicher Kriterien (vgl. Banaschewski et al. 2017, S.149ff.).

Klassifikation nach ICD-10

Im ICD-10 fordert die Diagnose einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung sowohl das Vorliegen einer beeinträchtigten Aufmerksamkeit als auch der Hyperaktivität. Nach den ICD-10-Kriterien müssen mindestens sechs von neun Symptomen, von Unaufmerksamkeit sowie drei von vier Symptome von Hyperaktivität und mindestens eins von vier Symptomen von Impulsivität seit mindestens sechs Monaten vorliegen. Wenn gleichzeitig auch die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt werden, liegt eine Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (HKS) vor. „Eine Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (entsprechend der vorwiegend unaufmerksamen Erscheinungsform im DSM) kann in der ICD-10 unter „Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ klassifiziert werden. In der ICD-10 ist der Beginn der Störung vor dem siebten Lebensjahr definiert“ (Rothenberger/Neumärker 2010, S.11).

Laut der ICD-10 gelten für die HKS „[...] die Leitsymptome Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität“ (Steinhausen 2010a, S.22). Sie ist gekennzeichnet durch einen frühen Beginn, Probleme bei Aufgabenstellung durch Mangel an Ausdauer gekoppelt mit überaktiven Verhalten und Unaufmerksamkeit und der Isolation dieser Handlungsweisen von unterschiedlichen Situationen, als auch über einen längeren Zeitraum (vgl. ebd.).

Klassifikation nach DSM-5

Nach dem DSM-5 müssen mindestens sechs von neun Symptomen von Unaufmerksamkeit bzw. von Hyperaktivität/Impulsivität vorhanden sein, welche seit mindestens sechs Monaten in mehreren Situationen bestehen und zu einem reduzierten Funktionsniveau führen. Das DSM-5 unterscheidet drei Subgruppen der ADHS: gemischtes Erscheinungsbild, vorwiegend unaufmerksames Erscheinungsbild und vorwiegend hyperaktives-impulsives Erscheinungsbild. Außerdem existiert im DSM-5 für Betroffene, die zwar Symptome zeigen und deshalb im sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsniveau beeinträchtigt sind, aber nicht alle notwendigen Kriterien erfüllen, die Spezifikation teilremittiert. Im DSM-5 werden zudem erstmals Spezifika der ADHS im Erwachsenenalter definiert (vgl. Banaschewski et al. 2017, S.149ff.; Faraone et al. 2015, S. 1052ff.).

Die APA führt in ihrem herausgegebenen DSM-5-Modell an, das anders als beim ICD-10-Klassifizierungsmodell, für eine Diagnose nicht alle Kernsymptome zur gleichen Zeit auftreten müssen (vgl. Becker 2014, S.33f.).

Festzuhalten ist, dass im weiteren Verlauf dieser Masterarbeit auf die Bezeichnung HKS verzichtet und für das beschriebene Krankheitsbild die Abkürzung ADHS nach dem DSM-5 verwendet wird. Diese Bezeichnung scheint nach persönlichem Befinden populärer zu sein.

1.2.2 Physiologie ADHS

In der Öffentlichkeit finden immer wieder Diskurse über das tatsächliche Vorhandensein von ADHS statt. Zum einen besteht die Auffassung, dass ADHS keine eigenständige Krankheit darstellt, welche vor allem durch den amerikanischen Kinderarzt Richard Saul in seinem Werk „Die ADHS-Lüge“ bestätigt wird. Dieser vertritt die Meinung, dass ADHS lediglich eine Reihe von Symptomen sei, welche sich auf andere psychische Störungen zurückzuführen lässt. Zum anderen gibt es die Auffassung von anderen AutorInnen die der Meinung sind, dass ADHS ein soziales Konstrukt sei, welches durch erlernte Handlungsweisen gekennzeichnet ist und nicht den gesellschaftlich anerkannten Normen entspricht. Daneben wird in diversen anderen Veröffentlichungen die These aufgestellt, dass ADHS frei erfunden sei und aus gesellschaftlichen Interventionen, sowie mangelnder, zeitlicher Ressourcen resultiere (DeGrandpre 2005, S.23; Brandau/Pretis/Kaschnitz 2014, S.11ff.; Saul 2015 S.13ff.). Dem gegenüber stehen ÄrztInnen, PsychologInnen, als auch TherapeutInnen, welche sich auf eine Vielzahl von Untersuchungsergebnissen stützen, welche das Gegenteil behaupten. Demnach gilt ADHS als „anerkanntes, klinisches Störungsbild mit den Hauptmerkmalen einer schwankenden Aufmerksamkeit, einer erhöhten Impulsivität und Hyperaktivität, welches vor dem Hintergrund einer umfassenden Diagnostik durch unterschiedliche Therapien zu behandeln ist“ (Gawrilow 2012, S.61).

Aktuelle Forschungsergebnisse können jedoch belegen, dass eine multifaktorielle, durch komplexe Gen-Umwelt-Interaktionen bedingte Störung die Ursache für ADHS zu sein scheint. Im Allgemeinen spielen hierbei der Einfluss pränataler und früher Entwicklungsfaktoren eine erhebliche Rolle. Wenn Eltern aufgrund ihrer eigenen Bindungserfahrungen oder unverarbeiteter Traumata nicht feinfühlig auf den Säugling reagieren, kommt es zu frühen Interaktionsstörungen, welche die Entwicklung des Kindes nachhaltig beeinträchtigen. „Weisen diese Kinder zusätzlich noch bestimmte genetische Prädispositionen auf, hat dies zur Folge, dass diese Kinder auf späteren traumatisierenden und stressvollen Reize ADHS-Symptome äußern können“ (Retz/Retz-Junginger/Rösler 2012, S.177ff.).

Anhand von Tiermodellen wurden die molekulargenetischen Prozesse in Hinblick auf eine ADHS-Erkrankung intensiv erforscht. Diese zeigen, dass „pränataler Stress der Mutter oder frühe Trennungserfahrungen zu unterschiedlich starken Genexpressionen im Hippocampus führen können. Dauerhaft verändert sich dadurch sowohl die basale als auch die stressinduzierte Aktivität der HPA-Achse [aus dem englischen Wort hypothalamic-pituitary-adrenal axis, oder Stressachse], die maßgeblich zur pathologischen Entwicklung und Verhaltens Veränderung beiträgt. Dadurch kommt es einerseits zu depressiven, bzw. überängstlichen und andererseits zu motorisch aktiven, aggressiven Verhalten“ (Thapar/Cooper/Eyre/Langley 2013, S.3ff.).

Es gibt zudem bereits die Erkenntnis, dass die epigenetischen und damit neuroendokrinen Effekte sogar auf die nächste Generation übertragen werden können und in einem bestimmten Zeitfenster sogar abänderlich sind (vgl. Francis/Diorio/Liu/Meaney 1999, S.1155ff.).

Als mögliche prä-, peri- und postnatale Risikofaktoren werden unter anderem ein niedriges Geburtsgewicht, Frühgeburtlichkeit sowie mütterlicher Alkohol- und Nikotinkonsum während der Schwangerschaft genannt (vgl. Thapar et al. 2013, S.3ff.).

1.2.3 Diagnostik

Die internationalen Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von ADHS empfehlen vor allem im Kindesalter (vgl. APA 2015, S.9ff.) auch aufgrund der klinischen Heterogenität des Störungsbildes, die Beachtung mehrerer Informationsquellen und die Verwendung andersartiger diagnostischer Verfahren (vgl. Delmo et al. 2001). Aufmerksamkeitsprobleme, Impulsivität und motorische Unruhe können auch bei anderen Störungen auftreten. In der Differentialdiagnostik wird zunächst abgeklärt, inwiefern ein noch altersentsprechendes Verhalten vorliegt oder psychosoziale Rahmenbedingungen die Symptomatik bedingen. Differentialdiagnostisch zu beachten sind außerdem medikamenteninduzierte Störungen, Seh- oder Hörstörungen und weitere somatische sowie neurologische Erkrankungen. Die Diagnose kann in der Regel ab dem Alter von vier Jahren hinreichend sichergestellt werden. Je jünger Betroffene sind, desto schwieriger ist die Abgrenzung zu Normvarianten (vgl. DGKJP et al. 2017).

Da sich ADHS jedoch auf unterschiedlichste Weise äußert und bei Betroffenen individuell verläuft, wird eine eindeutige Diagnose meist erst im Alter von sechs Jahren gestellt (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt 2010, S.317).

Sind die Symptome im Vergleich zu anderen Kindern in der gleichen Altersgruppe, auf demselben Intelligenzniveau und in ähnlichen Situationen, überdurchschnittlich stark ausgeprägt, lässt sich mit erhöhter Wahrscheinlichkeit ADHS vermuten. Diagnostische Verlaufsprozesse dienen vor allem der Abgrenzung zu Differentialdiagnosen und komorbiden Störungen (vgl. DGKJP et al. 2017). Der Diagnoseablauf von ADHS sollte dementsprechend immer mehrdimensional und in Hinblick auf die ADHS-Symptomatik geschehen (vgl. Spinath/Brünken 2016, S.112ff.; Steinhausen/Rothenberger/Döpfner 2010, S.201ff.). Weiteres sollte der Prozess auf der Grundlage einer umfassenden strukturierten Exploration von Betroffenen, sowie deren Bezugspersonen, hinsichtlich Häufigkeit, Intensität und Variabilität der aktuellen ADHS-Symptomatik in den verschiedenen Lebensbereichen (Familie, Schule, Peergroup, Freizeit) und hinsichtlich des Grades der aus der Symptomatik resultierenden Funktionseinschränkungen, beruhen (vgl. Görtz-Dorten/Döpfner/Rösler 2010, S.216).

Hierauf Bezug nehmend wird vor allem die Anamnese herangezogen, in der die Krankheitsgeschichte aus Sicht der Betroffenen dargelegt wird. Infolgedessen ist vor allem das Alter einer Person zu berücksichtigen, denn oftmals sind Betroffene noch zu jung, um selbst Auskunft über die Art und den Verlauf ihrer Störung zu geben. Aus diesem Grund werden auch Fremdanamnesen herangezogen, in denen neben der Sicht der Eltern auch jene von anderen nahen Bezugspersonen, sowie dem schulischen Personal berücksichtigt wird (vgl. Spinath/Brünken 2016, S.112ff.; Steinhausen et al. 2010, S.201ff.).

Die Beantwortung eines Fragebogens für die Selbsteinschätzung von ADHS-Symptomen kann ab einem Alter von elf Jahren durchgeführt werden (vgl. Banaschewski et al. 2017, S.150ff.). Alle gezeigten Symptome werden sowohl beim Fremdbeurteilungs- als auch beim Selbstbeurteilungsbogen entsprechend den ICD-10 bzw. DSM-5 Kriterien überprüft (vgl. Kahl/Puls/Schmid/Spiegler 2012, S.12).

Zusätzliche Initiativen sind Verhaltensbeobachtungen, welche bereits während der Interviewsituation stattfinden. In diesem Fall kann jedoch lediglich die Wahrnehmung in Bezug auf das Verhalten als Einschätzung durch ExpertInnen festgehalten werden, wodurch jedoch Verfälschungen entstehen können (vgl. Kahl et al. 2012, S.12).

Dem Diplompsychologen und Psychotherapeuten Manfred Döpfner (2010) zufolge, sollte deshalb ein besonderes Augenmerk auf die Repräsentativität des beobachteten Verhaltens gelegt werden, da Verhaltensbeobachtungen nur einen bemessenen Ausschnitt sehen und beurteilen und das Verhalten der ausgewählten ExpertInnen für die Durchführung ebenfalls beeinflussend sein kann (S.209). Verhaltensbeobachtungen im natürlichen Feld werden daher meist von den Eltern bzw. Bezugspersonen aus dem näheren Umfeld sowie den Betroffenen selbst vorgenommen. Um die Schwierigkeiten festhalten und einschätzen zu können, nennt Döpfner (2010) den Problembeurteilungsbogen und das Problemtagebuch, in welchem festgehalten werden soll, wie oft und wie einschlägig abweichendes Verhalten auftritt und was die Gründe dafür sind (vgl. Döpfner 2010, S.211ff.).

Vor allem testpsychologische Untersuchungen dienen zur Aufnahme von „[...] Intelligenz-, Entwicklungs- und Leistungsdiagnostik [...]“ (Döpfner 2010, S.19). Dazu zählen zum einen einzelne Fertigkeiten wie etwa das Lesen, Schreiben oder Rechnen, aber auch der Überprüfung von Intelligenz, Konzentrationsfähigkeit und Impulsivität (vgl. Steinhausen et al. 2010, S.201f.).

Hinzu kommen außerdem körperliche Untersuchungen, die der Überprüfung von begleitenden körperlichen Krankheiten dienen. Auch diverse Labortests sind Teil solcher Untersuchungen (vgl. Steinhausen et al. 2010, S.201f.). „Besonderes Augenmerk gilt vor allem der Entwicklung der Geschlechtsorgane und insbesondere der Untersuchung nach Anzeichen von Misshandlung oder Vernachlässigung“ (Rothenberger 2010, S.245).

ADHS ist geprägt durch eine 90%-ige Komorbiditätsrate, jedoch werden bei Betroffenen aufgrund der ausgeprägten Symptomatik wie Hyperaktivität und Impulsivität oftmals komorbide Störungen übersehen (vgl. Romanos/Jans 2014, S.117ff.; Gawrilow 2016, S.31; Steinhausen 2010b, S.175).

Im Kindesalter bestehen komorbide Störungen am häufigsten aus oppositionellen Störungen (ca. 50%), umschriebene Entwicklungsstörungen (Motorik, Sprache, schulische Fertigkeiten; 10%-25%), Angststörungen (bis zu 25%) und Tic-Störungen (bis zu 25%). Des Weiteren fällt es Betroffenen schwer mit Autoritätspersonen zu interagieren, weshalb sie erhebliche Defizite in Bezug auf das Wahrnehmen von Grenzen aufweisen. Darüber hinaus leiden Betroffene unter affektiven Störungen, ergo Störungen des Stimmungs- und Aktivitätsniveaus (vgl. Gawrilow 2016, S.31ff.) und Entwicklungsstörungen wie beispielsweise Lernstörungen (vgl. Mayer 2016, S.45f.) oder Dyskalkulie (Landerl/Vogel/Kaufmann 2017, S.101ff.).

Überdies zählen Störungen der motorischen Fertigkeiten, Kommunikationsstörungen, sowie auch Entwicklungsstörungen im Umgang mit sozialen Kontakten dazu (vgl. Steinhausen/Rothenberger/Döpfner 2010, S.253).

Psychotherapeut und Psychologe Hannes Brandau und Wolfgang Kaschnitz, Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, sowie Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie befassen sich in ihrem Buch „ADHS im Jugendalter“ mit einer Untersuchung, welche den schädlichen Gebrauch von Suchtmitteln bei Jugendlichen mit ADHS analysiert. Betroffene, welche neben ADHS noch an einer zusätzlichen Störung des Sozialverhaltens litten, tendierten öfter zu Substanzmissbrauch als die Kontrollgruppe (Brandau/Kaschnitz 2013, S.170f.). „Die hohen Komorbiditätsraten bei ADHS, sowohl im Kindes- als auch im Erwachsenenalter, sind ein Grund für anhaltende Kritik an den beiden großen Diagnosesystemen ICD-10 und DSM-5.“ (Faraone et al. 2015, S.1052ff.).

1.2.4 Interventionen

Interventionen haben beim Vorliegen von ADHS das vorrangige Ziel Symptome zu vermindern und die psychosoziale Funktionstüchtigkeit wieder aufzubauen, bzw. diese zu erarbeiten. Zudem ist die positive Entwicklung des Selbstwertgefühls, sowie der Selbst- und Fremdwahrnehmung von Betroffenen ein weiteres ebenso zentrales Ziel. Interventionen sollten multimodal und folglich in Kombination aus mehreren Interventionsformen konzipiert sein (vgl. Steinhausen et al. 2010a., 201ff.), indem je nach Schweregrad der individuellen Symptomatik, dem Funktionsniveau, dem Alter und Entwicklungsstand, sowie den Präferenzen der Betroffenen und des Umfeldes, psychosoziale, psychotherapeutische und pharmakologische Interventionen kombiniert werden. Auch koexistierende Störungen sollen leitliniengerecht behandelt werden (vgl. DGKJP et al. 2017).

1.2.4.1 Medizinische Interventionen

Von allen Therapieansätzen in den letzten Jahren dominiert am stärksten die Behandlung mit Psychostimulanzien. Der Einsatz von Medikamenten bei ADHS stellt ein häufig diskutiertes Thema dar. Die zwei ExpertInnen auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie, Neurologie und Psychoanalyse Johanna Krause und Klaus Henning-Krause (2009) postulieren bei der ADHS eine Störung des Dopaminsystems, welche sich durch die Gabe von Stimulanzien korrigieren lässt (S.14ff.).

Die Einnahme von medikamentösen Präparaten als Teil einer ganzheitlichen Behandlung ab dem sechsten Lebensalter wird jedoch nur dann angeordnet, wenn nicht medikamentöse Interventionsformen nicht ausreichend wirken (vgl. Schmeck et al. 2008, S.436f.; Himpel/Rothenberger/Banaschewski 2010, S.308ff.; Romanos/Jans 2014, S.126f.). Wenn sich binnen sieben Monaten mittels alternativer Therapieversuche keine Erfolge einstellen, können laut ExpertInnen therapiebegleitend Medikamente als Unterstützung herangezogen werden (vgl. Döpfner et al. 2007, S. 40), da ExpertInnen den größten Nutzen von ADHS-Medikamenten vor allem in der Erhöhung der Wirksamkeit von psychologischen und pädagogischen Interventionen sehen (vgl. DGKJP et al. 2017).

Zu den in Österreich drei bekanntesten und zugelassenen Wirkstoffen zur Behandlung von ADHS zählen Methylphenidat, Atomoxetin und Amphetamin. Seit 2013 wurde auch Lisdexamphetamin in Österreich zugelassen (vgl. Romanos/Jans 2014, S.127).

Methylphenidat

Eines der am häufigsten verordneten Präparate bei einer vorliegenden ADHS-Diagnose ist Methylphenidat (MPH). „Es ist eine zentralnervöse Stimulanz, welches die Wiederaufnahme von Dopamin und Noradrenalin in die Präsynapse hemmt.“ (Schmeck et al. 2008, S.436ff.). Die MPH-Gruppe umfasst beispielsweise kurzwirksames Ritalin, länger wirkendes Ritalin SR, sowie Concerta oder Medikinet, welche beide unter die Gruppe der Langzeitpräparate (LZP) fallen und zwölf Stunden wirken können. (vgl. Himpel et al. 2010, S.308ff.). Aufgrund klinischer Erfahrungen gilt MPH als Medikation der ersten Wahl, vor allem dann, wenn ein schneller Wirkungseintritt gewünscht wird. Es findet bei über 60% der Kinder und Jugendlichen als Pharmakotherapie der ersten Wahl Anwendung. Grundsätzlich wird empfohlen zunächst sämtliche psychosozialen Maßnahmen auszuschöpfen, was in der Praxis häufig missachtet wird. Schon in den ersten sechs bis zwölf Monaten brechen über 40% der medikamentös behandelten Personen die Therapie ab und über 40% bekommen zusätzliche Psychopharmaka verschrieben (vgl. Himpel et al. 2010, S.310ff.). Kann durch MPH nicht die erwünschte Wirkung erzielt werden, besteht die Option eines Wechsels zu anderen Substanzen, wie beispielsweise Atomoxetin (vgl. Garbe et al. 2012, S.312).

Atomoxetin

Atomoxetin (ATX) ist ein Wirkstoff, der vor allem zur Behandlung depressiver Störungen Einsatz findet und deshalb eine stimmungsaufhellende und angstlösende Wirkung aufweist. Handelsüblich ist das Medikament vor allem unter dem Namen ‚Strattera‘ bekannt. Und ist für die Behandlung von Kindern ab sechs Jahren zugelassen. Als Nebenwirkungen können verminderter Appetit, Mundtrockenheit, Übelkeit und Erbrechen, gastrointestinale Störungen, Schlaflosigkeit, Stimmungsschwankungen, Miktionsstörungen, Dermatitis, Hypertonie und erhöhte Herzfrequenz auftreten. Außerdem kann es nach der Einnahme zu erhöhter Suizidgefahr kommen Wahl (vgl. Schmeck et al. 2008, S.436ff.; Himpel et al. 2010, S.308ff.).

Wenn MPH aufgrund mangelnder Wirksamkeit oder zu starker Nebenwirkungen nicht eingenommen werden kann, gilt ATX als Mittel zweiter Wahl. Besteht die Gefahr eines Substanzmittelmissbrauchs durch Betroffene oder das Umfeld, gilt ATX als Medikation erster Wahl (vgl. Schmeck et al. 2008, S.436ff.; Himpel et al. 2010, S.308ff.).

Amphetamin

Amphetamin wird synthetisch hergestellt und wirkt vorwiegend zentral. Es wird bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS ab sechs Jahren eingesetzt und findet ebenso Verwendung bei Narkolepsie. Wie auch bei MPH können Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen, Magenschmerzen, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, Erhöhung des Blutdrucks und der Herzfrequenz und psychotische Symptome auftreten (vgl. Mutschler et al. 2008, S.193).

Lisdexamphetamin

Im Juni 2013 kam das Lisdexamfetamin haltige ADHS-Präparat ‚Elvanse‘ auf den Markt, welches in anderen Ländern wie etwa den USA, Kanada und Brasilien schon seit längerem zugelassen ist. Lisdexamfetamin ist ausschließlich nach Diagnosestellung durch einen Facharzt im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie zur Behandlung von ADHS zulässig. Dabei sollten neben der Pharmakotherapie auch unbedingt psychologische, pädagogische und soziale Maßnahmen durchgeführt werden. Denn wie auch bei anderen Amphetaminen, besteht bei Lisdexamfetamin ebenfalls die Gefahr des schädlichen Missbrauchs als stimulierendes Rauschmittel. Zu den möglichen Nebenwirkungen zählen Appetitmangel, unerwünschter Gewichtsverlust, Durchfall, Mundtrockenheit, sowie Übelkeit, Bauchschmerzen, Angst, Schlaflosigkeit und erhöhte Reizbarkeit (vgl. Romanos/Jans 2014, S.117ff.).

Grundsätzlich können Funktionsbeeinträchtigungen bei der Dopaminübertragung im Gehirn mit Hilfe von Medikamenten vorübergehend ausgeglichen werden, da diese genetisch bedingt sind und „direkt auf diesen Teil des Gehirns, der eine Unterfunktion aufweist und für die äußerlich sichtbaren ADHS-Symptome verantwortlich ist“ (Barkley 2005, S.397), wirken. Medikamente können somit in mittelschweren, bis schweren Fällen von ADHS, die Wirksamkeit für andere Interventionsformen erleichtern, weil dadurch die Freisetzung von Dopamin im Gehirn ermöglicht werden kann und ohne diese Betroffene oft unter zu stark ausgeprägten Symptomen leiden, was andere Hilfsmaßnahmen unmöglich macht (vgl. ebd.).

Nach den beiden Psychotherapeutinnen und Fachexpertinnen auf dem Gebiet der ADHS, Esther Sobanski und Barbara Alm (2004) „kann mittels der medikamentösen Behandlung die Kernsymptomatik Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität beeinflusst werden.“ (S.697ff.). Es wird angenommen, dass Dopamin eine wesentliche Rolle bei Antrieb und Motivation hat, wobei Noradrenalin die Aufmerksamkeitsleistungen zu beeinflussen scheint. In Bezug auf die Impulssteuerung wird ein Zusammenhang mit dem Serotonin vermutet (vgl. Krause/Krause 2009, S.14ff.).

„Auf das Organisations- und Vermeidungsverhalten, den sozialen Interaktionsstil, den Selbstwert und Coping-Strategien hat die medikamentöse Intervention jedoch keinen Einfluss.“ (Sobanski/Alm 2004, S. 697ff.). Außerdem sollte eine Pharmakotherapie nicht vor dem dritten Lebensjahr angeboten werden (vgl. DGKJP et al. 2017).

1.2.4.2 Therapeutische Interventionen

Zur Behandlung von ADHS wird eine multimodale Therapie herangezogen, die sich aus Verhaltenstraining, Verhaltenstherapie, Psychotherapie und Coaching zusammensetzt. Die Therapie findet ganzheitlich und zeitunabhängig statt und findet situationsübergreifend in der Freizeit, Schule und im Familiensetting Anwendung (vgl. Barkley 2005, S.78ff.).

Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie gilt als eine spezielle Form der Psychotherapie und ist eine zentrale psychosoziale Behandlungskomponente in der multimodalen ADHS Behandlung. Die Grundannahme der Verhaltenstherapie ist, dass störende Verhaltensweisen erlernt wurden und durch die Therapie wieder „verlernt“ werden können (Steinhausen 2010b, S.63).

Die Symptome der ADHS schaffen häufig ein angespanntes Verhältnis zwischen Betroffenen und deren sozialem Umfeld. Um die problematische Beziehung zu bessern, werden überwiegend folgende vier Strategien der Verhaltenstherapie verwendet:

- der Aufbau positiver ErzieherInnen-/LehrerInnen-/Eltern-Kind-Interaktion
- die Strukturierung problematischer Situationen
- die Anwendung positiver Verstärkung zur Reduzierung störender Verhaltensweisen
- der gezielte Einsatz negativer Konsequenzen bei nicht ausreichendem Erfolg positiver Konsequenzen (Steinhausen 2010b, S.337).

Die Verhaltenstherapie zielt auf eine dauerhafte Verhaltensmodifikation ab und verwendet Methoden des Selbstinstruktionstrainings, Selbstmanagements, personenbezogenen und familienbezogenen Kooperationstrainings, Konzentrationstrainings und der Wahrnehmungsschulung. Die Verhaltenstherapie überliefert Methoden zur Bewältigung einzelner Situationen. Hierbei besitzen die Selbstwirksamkeit und die Handlungsorganisation einen hohen Stellenwert. Im Erwachsenenalter bedient sich die Verhaltenstherapie zusätzlichen Strategien wie dem „[...] Zeit-, Konflikt-, Lern-, Organisations-, Stress-, und Finanzmanagement“ (Brandau/Kaschnitz 2013, S.111ff.), wobei in der Erwachsenentherapie vorwiegend von Coaching und Empowerment (vgl. Brandau/Kaschnitz 2013, S.133) gesprochen wird.

Ergotherapie

In der Ergotherapie ist Selbstmanagement ein zentraler Aspekt und zielt dabei auf die Förderung und Steigerung von Selbstvertrauen, Motivation und der motorischen Fähigkeiten ab. Im Rahmen der Ergotherapie sollen vor allem alltägliche Handlungskompetenzen von Betroffenen analysiert werden (vgl. Winter 2013, S.56ff.).

Die Ergotherapie ist ebenfalls personenzentriert ausgerichtet, weshalb nach individuellen Wünschen, Fähigkeiten und der vorliegenden Verhaltensproblematik von Betroffenen gehandelt wird (vgl. ebd., S. 56ff.). Neben der Zusammenarbeit mit Eltern gilt auch der Austausch mit beispielweise LehrerInnen, PsychologInnen und den zuständigen ÄrztInnen, als unerlässlich. Denn die Ergotherapie ist Teil eines multimodalen Vorgangs (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2016; Steinhausen et al. 2010a, S.201ff.).

Tiergestützte Therapie

Die tiergestützte Therapie ist durch mehrere einzelne Methoden gekennzeichnet. Menschen können während der Therapieeinheiten mit Tieren in Interaktion treten, oder sich auf andere Art und Weise um die Tiere kümmern, wie beispielweise sie zu füttern oder zu säubern (vgl. ESAAT 2012, S.2). Die tiergestützte Therapie beinhaltet zudem Gespräche, tiergestützte Intervention und einzelnen Elemente des Coachings (vgl. Schuhmayer 2015, S.26). Die Therapiezielt darauf ab, Selbstwert, Selbstbewusstsein, sowie soziale Kompetenzen zu fördern. Das psychische und physische Leistungsspektrum kann durch diese Intervention erweitert werden (vgl. ebd. S.26).

„Bindungs- und fürsorgeartige Beziehungen zu Tieren scheinen in der Lage zu sein, dass menschliche Oxytocin-System zu aktivieren. Hierdurch werden beziehungsfördernde, sowie angst- und stressreduzierende Effekte ausgelöst, die es Pädagogen und Therapeuten wesentlich erleichtern, Beziehungen zu Personen herzustellen, die das sonst kaum zulassen würden“ (Julius et al. 2014, S.184).

Die breite Vielfalt an Interventionsformen beim Vorliegen von ADHS lässt sich mit aktuellen Fallzahlen begründen. ADHS betrifft weltweit ca. fünf Prozent aller Kinder und Jugendliche, weshalb es folglich einer der häufigsten diagnostizierten Verhaltensstörungen ist und zu einer der meist verbreitetsten chronisch verlaufenden Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren zählt (Romanos/Jans 2014, S.117ff.; Rothenberger/Neumärker 2010, S.11f.).

1.3 PTBS

Neben der ADHS zählen bei Kindern und Jugendlichen auch Traumafolgestörungen, insbesondere die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), zu den häufigsten psychischen Krankheitsbildern. Rund 20% Prozent der Jugendlichen waren in ihrem Leben mindestens einem traumatischen Ereignis ausgesetzt, weshalb das Forschungsinteresse in den Bereichen „Trauma“ und „Psychotraumatologie“ in den letzten Jahren besonders zugenommen hat (Landolt 2012, S.14).

Typische Merkmale einer PTBS sind „das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), oder in Träumen, vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Anhedonie sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten“ (Dilling et al. 2010, S.207).

1.3.1 Begriffsdefinitionen

Die Abkürzung PTBS (oder im englischen PTSD) steht im deutschsprachigen Raum für Posttraumatische Belastungsstörung oder Posttraumatisches Belastungssyndrom (Landolt 2012, S.14) und „[...] ist die primäre Traumafolgestörung in den diagnostischen Manualen“ (Hensel 2014, S.30).

Trauma

In der Fachliteratur existieren viele verschiedene Definitionen über den Begriff „Trauma“. Das Wort „Trauma“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet Verletzung oder Wunde. Die beiden TherapeutInnen und ExpertInnen auf dem Gebiet der Traumatherapie, traumazentrierten Fachberatung und Traumapädagogik, Lydia Hantke und Hans Joachim Görge (2012) definieren Traumata vor allem als seelische Verletzung oder seelische Wunde (S.53). Die renommierte Traumaforscherin Leonore Terr (1995), unterteilt traumatische Ereignisse in zwei Kategorien, nämlich in Trauma Typ 1 und Trauma Typ 2 (S.10ff.).

Zu Typ 1 zählen Erlebnisse, die einmalig auf einen Menschen einwirken und nur kurz andauern. Zudem werden sie nicht von engen Bezugspersonen ausgelöst bzw. beeinflusst. Beispiele für Traumata dieser Kategorie wären: Unfälle, Überfälle, operative Eingriffe, Verbrennungen, plötzliche Trennungen, schwere Erkrankungen, sowie Naturkatastrophen (vgl. Terr 1995, S.10ff.).

Beim Trauma Typ 2 handelt es sich um Traumatisierungen, die über einen längeren Zeitraum auf einen Menschen einwirken, lange andauern, mehrfach sowie vorrangig in den Entwicklungsphasen stattfinden und zumeist durch enge Bezugspersonen ausgelöst werden. Beispiele hierfür wären: Psychosoziale Auswirkungen von schweren Krankheiten, eine schwere (psychische) Störung von engen Bezugspersonen, emotionale Vernachlässigung, anhaltende Abweisung, emotionale Gewalt, körperliche Gewalt, häusliche Gewalt, sexuelle Gewalt, körperliche bzw. geistige Behinderung, (gewaltsamer) Tod eines Familienangehörigen, Obdachlosigkeit, Flucht, Krieg, Traumatisierungen durch Trennung, Sucht, transgenerationale Weitergabe (Bsp. innerfamiliärer Missbrauch) und ungebührliche elterliche Machtausübung (Terr 1995, S.10ff.).

Aktuelle Forschungsergebnisse zeigen jedoch, dass eine Traumatisierung weniger aufgrund des Geschehens an sich als solche bezeichnet wird, sondern aufgrund der Tatsache, wie eine Person das Geschehen erlebt. In diesem Sinne wird unter dem Begriff Trauma ein Erlebnis verstanden, das plötzlich auf einen Menschen einwirkt, vom Individuum als absolut lebensbedrohlich bewertet wird und sämtliche Bewältigungsstrategien, über die eine Person zu diesem Zeitpunkt verfügt, überfordert (vgl. Hantke/Görges 2012, S.53).

Mittler-, Schutz- und Risikofaktoren

Inwieweit ein traumatisierendes Ereignis krankhafte Auswirkungen hat, ist von verschiedenen Faktoren abhängig (vgl. Gahleitner 2011, S.47; Hantke/Görges 2012, S.54f.). Ausschlaggebend dafür, ob eine Person lebensbedrohliche Ereignisse verarbeiten und integrieren kann oder nicht, hängt vom Zusammenwirken von Mittler- Schutz- und Risikofaktoren ab (vgl. Zito/Martin 2016, S.28).

Unter Mittelfaktoren werden die Umstände verstanden, unter denen sich das Geschehen abspielt. Beispiele hierfür wären die prätraumatische psychische Ausgangslage, das Alter der Person, die das Trauma erlebt, kulturelle Hintergründe, sowie Häufigkeit und Schwere der Traumatisierung. Ein Kleinkind beispielsweise verfügt über weniger Abwehrmechanismen und Ressourcen als ein Erwachsener, um ein traumatisches Erlebnis zu bewältigen. Außerdem sind Kleinkinder noch von ihren Mitmenschen abhängig, weshalb täternaher Beziehungen noch dramatischerer Auswirkungen haben (vgl. Weiß 2011, S.44ff.). Mittelfaktoren geben Auskunft darüber, was, wann und wie unter welchen Umständen passiert ist (vgl. Zito/Martin 2016, S.28).

Unter Risikofaktoren werden Umstände verstanden, welche die Wahrscheinlichkeit einer Traumafolgesymptomatik nach einem traumatischen Ereignis erhöhen. Vermehrte Belastungserfahrungen, unberechenbare Beziehungen und unsichere, stressgeladene Lebensbedingungen, erhöhen das Risiko nach einem lebensbedrohlichen Ereignis an einer Traumafolgestörung zu erkranken (vgl. Zito/Martin 2016, S.29).

Risiko- und Mittelfaktoren sind die Ursache unterschiedlicher Traumafolgestörungen. „Diesen stehen im Normalfall risikosenkenden Faktoren gegenüber, welche die Resilienz fördern und dadurch die psychische Widerstandsfähigkeit von Betroffenen erhöhen.“ (Weiß 2013a, S.260f.). Diese risikosenkenden Faktoren werden als protektive Faktoren oder Schutzfaktoren bezeichnet und unterstützen die Heilung nach einem traumatischen Ereignis. Somit wirken sie potentiellen Traumafolgesymptomen bzw. Traumafolgeerkrankungen entgegen. Hierzu zählen beispielsweise, kompensatorische Elternbeziehungen, ein sicheres Bindungsverhalten, ein sozial günstiges Umfeld, Intelligenz, eine hohe Reflexionsfähigkeit, Kreativität und Humor (vgl. Weiß 2011, S.44ff.). Weitere Schutzfaktoren sind vor allem persönliche Fähigkeiten und Werte. So sind z.B. eine positive Lebenseinstellung und aktive Bewältigungsstrategien nützlich, um ein erlebtes Trauma zu verarbeiten (vgl. Zito/Martin 2016, S.28f.).

Im Allgemeinen lässt sich sagen, dass je stabiler die Persönlichkeit und die soziale Situation einer Person sind, desto eher lässt sich ein traumatisches Ereignis verarbeiten und in die Biografie integrieren. Je fragiler die Persönlichkeit und die Lebenssituation, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit nach einem traumatischen Ereignis an dessen Folgen zu leiden. Wenn sich also das Zusammenspiel von Mittler-, Schutz- und Risikofaktoren als ungünstig erweist, wird sehr häufig von einer Traumafolgeerkrankung oder einer Traumafolgeerkrankung gesprochen (vgl. Zito/Martin 2016, S.29f.).

Traumafolgeerkrankungen

Hierzu zählt neben der PTBS noch eine Vielzahl weiterer Störungsbilder, weshalb es diese im Rahmen dieser Masterarbeit ebenfalls zu erläutern gilt. Denn „[...] die klinische Realität seit Einführung der PTBS zeigt, dass die Folgen von sequentiellen Traumatisierungen in der Kindheit und Jugend wesentlich komplexer sind, sowohl in der Entstehung als auch der Symptomatik.“ (Zito/Martin 2016, S.30).

Die prolongierte Trauerreaktion

Die prolongierte Trauerreaktion kann beispielsweise nach dem Tod einer nahestehenden Person auftreten, oder im Falle einer plötzlichen Trennung. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass Betroffene über einen längeren Zeitraum (zumindest aber sechs Monate) trauern und sich gedanklich übermäßig stark mit dem Verlust beschäftigen. Darunter fällt auch die Unfähigkeit, die Veränderung zu akzeptieren, sowie Schwierigkeiten an sozialen Aktivitäten teilzunehmen (vgl. Maercker et al. 2013, S.198ff.).

Akute Belastungsreaktion oder akute Belastungsstörung

In der ICD-10 wird unter der akuten Belastungsreaktion „eine vorübergehende Störung mit beträchtlichem Schweregrad definiert, die sich bei einem psychisch gesunden Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche körperliche oder seelische Belastung entwickelt und im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt“ (Dilling et al. 2011, S.450ff.) verstanden.

Sie lässt sich vor allem aufgrund zeitlicher Kriterien von der PTBS unterscheiden, da die Symptome direkt nach dem belastenden Ereignis auftreten und nach acht bis 48 Stunden wieder abklingen. In der akuten Belastungsreaktion werden zwei Symptomgruppen unterschieden. Die erste Gruppe bezieht sich vor allem auf körperliche Beschwerden (z. B. erhöhte Herzfrequenz, Schweißausbruch, Atemnot) und psychische Beschwerden (z.B. Derealisation, Depersonalisation, Todesangst). Die zweite Gruppe verweist vor allem auf Veränderungen im Verhalten (z. B. sozialer Rückzug, Desorganisation oder Überaktivität) (vgl. Dilling et al. 2011, S.454f.).

Im DSM-5 wird nicht von der akuten Belastungsreaktion gesprochen, sondern von der akuten Belastungsstörung und das auslösende Ereignis wird näher als in der ICD-10 beschrieben (vgl. Bryant et al. 2011, S.802ff.).

Posttraumatische Belastungsstörung

Unter PTBS wird im Allgemeinen eine „[...] verzögerte oder langanhaltende Reaktion auf ein traumatisches Ereignis verstanden, welches innerhalb von sechs Monaten auftritt.“ (Dilling et al. 2011, S.452f.). Eine Diagnose kann frühestens vier Wochen nach einem belastenden Ereignis gestellt werden und „die Symptome müssen innerhalb eines halben Jahres nach dem Ereignis wiederkehrend auftreten. Außerdem werden diese als bedrohlich und unkontrollierbar empfunden.“ (Hensel 2014, S.30). Zusätzlich wird zwischen akuter und chronischer PTBS unterschieden. „Bei der akuten PTBS treten die Symptome bis zu drei Monate lang auf, bei der chronischen PTBS länger als drei Monate“ (Weiß 2013a, S.260). Bei einer lange andauernden PTBS können die Folgen zu Gehirn- und Persönlichkeitsentwicklungsstörungen führen (vgl. Besser 2013, S.47) und die Lebensqualität nicht unwesentlich einschränken (vgl. Weiß 2013a, S.260).

Je nach Klassifikationssystem (ICD-10 oder DSM-5) treten, für das Erfüllen der diagnostischen Kriterien eine Vielzahl verschiedener Symptome in Erscheinung (vgl. Remschmidt/Becker 2019), wobei unabhängig von den beiden Diagnosesystemen, PTBS durch ihre diagnostische Sonderstellung definiert wird. „So wird mit der Beschreibung des Ereignisses oder Geschehens von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß, die Ursache der Symptomatik definiert. Es lässt sich jedoch schwer festzustellen, ob eine Störung durch ein Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß verursacht wurde, dass bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweigung auslösen würde.“ (Fergusson/Horwood/Boden/Mulder 2014, S.31ff.) Zwar besteht über eine große Anzahl von traumatisierenden Ereignissen unter eben jener Definition Einigkeit (wie z. B. Vergewaltigungen, Unfälle, Kriegsereignisse oder familiäre Gewalt), jedoch existieren auch Fälle, bei denen Betroffene Ereignisse erleben, welche als weniger einschneidend erscheinen, sie aber dennoch Kriterien einer PTBS erfüllen. Nur schwer in der PTBS-Diagnose erfassbar scheint der „subjektive Faktor“ zu sein, der bereits bei geringeren Traumatisierungen oftmals zu einer PTBS-Symptomatik führen kann. Gerade bei PTBS scheinen daher unterschiedlich individuelle Reaktionen auf Traumatisierungen nicht die Ausnahme, sondern die Regel zu sein (ebd.).

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

Die komplexe PTBS tritt vor allem bei Personen auf, die „Ereignissen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß“ (Fergusson et al. 2014, S.31ff.) in der Kindheit erlebt haben. Nach dem Vorschlag der ICD-11-Arbeitsgruppe wird das Störungsbild hierbei durch die drei Kernbereiche der PTBS charakterisiert, zu denen jedoch langanhaltende und generalisierte Beeinträchtigungen der Emotionsregulation, negative Auswirkungen auf das Selbstkonzept und Schwierigkeiten im sozialen Bereich hinzukommen. Bei Kindern und Jugendlichen werden im Rahmen der komplexen PTBS zudem Symptome wie regressives oder riskantes Verhalten sowie Substanzmissbrauch beschrieben (vgl. Maercker et al. 2013, S.11ff.). Komplexe Traumafolgestörungen können nicht nur zu Anpassungs- und Bindungsstörungen führen, sondern auch Persönlichkeitsstörungen, Suizidalität, oder eine DIS (Dissoziative Identitätsstörung) begünstigen (vgl. Hohenthal 2011, S.23).

Die entwicklungsbezogene Traumafolgestörung

Bei einer entwicklungsbezogenen Traumafolgestörung erfüllen die gezeigten Störungsbilder zwar nicht die diagnostischen Kriterien einer PTBS-Diagnose, scheinen jedoch einen identischen Ursprung zu haben und verursachen eine ähnliche Symptomatik. So führt der niederländische Psychiater Bessel van der Kolk als Beispiel an, dass 82% der traumatisierten Kinder, die beim NCTS (National Child Traumatic Stress Network) vorsprechen, nicht die diagnostischen Kriterien einer PTBS erfüllen, „[...] deren Verhaltensauffälligkeiten jedoch auf meist interpersonelle Traumatisierungen wie Missbrauch, Misshandlungen und Vernachlässigungen zurückzuführen seien“ (Schmid/Fegert/Petermann 2010, S.47ff.). Auf Basis dieser Forschungsergebnisse wurden Kriterien für eine Diagnose entwickelt, die diesen Symptomen, sowie deren vermeintlichen Entstehung durch traumatische Erlebnisse gerecht wird und die darüber hinaus eine Möglichkeit bietet, viele Symptome, welche meist als einzelne komorbide Störungsbilder diagnostiziert werden, unter einer Diagnose zusammenzufassen (vgl. ebd.).

Dissoziative Störungen

Bei dissoziativen Störungen ist die Integration von Bewusstsein, kognitiven Funktionen wie Gedächtnis, Wahrnehmung, das Erfassen des eigenen Körpers, die Kontrolle motorischer Funktionen und Emotionen, sowie der eigenen Identität, gestört. Hierzu werden auch die Depersonalisations-/ Derealisationsstörungen gezählt, bei welchen ein Unwirklichkeitserleben einhergeht und als Entfremdung der Umgebung (Derealisation) bzw. der eigenen Person (Depersonalisation) beschrieben werden. Sogenannten „Ich-Zustände“ oder „Ego-States“ von nichttraumatisierten Personen würden sich situativ gleich verhalten und bilden bei normaler Entwicklung ein Verhaltensrepertoire für einen angemessenen Umgang mit Eltern, Geschwistern, LehrerInnen und FreundInnen. Im Allgemeinen lässt sich ein adäquates und zentrales Motiv erkennen (Huber 2012, S.41ff.). Bei Personen, welche insbesondere in der Kindheit sequentiellen Traumatisierungen ausgesetzt waren, kann es zu Entwicklung pathologischer Ich-Zustände kommen, welche sich im schlimmsten Fall zu mehreren, eigenständigen Persönlichkeiten in einem Körper ausbilden (vgl. Huber 2012, S. 41ff.).

Bei dissoziativen Störungen spielen schwere, chronische und frühe Misshandlungen oder Vernachlässigung eine bedeutende Rolle, meist durch eine nahestehende Bezugsperson. Diverse Studien konnten aufzeigen, dass die von Betroffenen berichtete Traumatisierung auch aktenkundig (Gerichte, Polizei, Jugendamt) geworden waren (vgl. Huber 2012, S. 41ff.).

1.3.2 Physiologie Trauma

Die Ursache einer solchen Störung lässt sich auf die Entstehung eines Traumas zurückführen, bei der vor allem neurobiologische Prozesse eine wichtige Rolle spielen. Bewertet ein Subjekt nämlich eine Situation als lebensbedrohlich (= traumatisches Ereignis) verändern sich unmittelbar übliche Vorgänge im Gehirn. Das limbische System wird aktiviert und der Vorgang im Neokortex wird auf einen Minimalstand reduziert. Die Amygdala analysiert die Gefahrensituation und das Stammhirn bereitet sich auf zwei instinktive Überlebensstrategien vor, nämlich Kampf (fight) oder Flucht (flight) (vgl. Hantke/Görges 2012, S.58ff.; Beckrath-Wilking et al. 2013, S.53ff.). Der Körper versucht somit die gefährliche Situation mit Angriff oder Rückzug zu bewältigen (vgl. Huber 2012, S.41).

Die Möglichkeit einer dieser beiden Überlebensstrategien anzuwenden, ist abhängig von Alter und Situation. Besonders Kinder sind an ihr soziales Umfeld gebunden und können meist weder kämpfen noch fliehen. Oftmals müssen sie, insbesondere bei täterloyalen Beziehungen, noch in der Lage sein, überlebensnotwendige Bindung zu halten, weshalb es noch einen körpereigenen Schutzmechanismus gibt, der das Erleben der Eindrücke zwar nicht verhindert, ihre Intensität jedoch abschwächt: Können weder Kampf noch Flucht dazu dienen, das lebensbedrohliche Ereignis abzuwehren, aktiviert sich eine weitere Überlebensstrategie, nämlich die Erstarrung, oder Dissoziation (vgl. Huber 2012, S.43).

Ab diesem Zeitpunkt geht es nur mehr darum, zumindest psychisch zu überleben. Adrenalin, Noradrenalin, Cortisol und Dopamin werden ausgeschüttet und sorgen dafür, dass der Körper nicht mehr wahrgenommen werden kann. Ab dem Einsetzen dieses Mechanismus kann von einer Traumatisierung gesprochen werden. Der psychologischen Psychotherapeutin Michaela Huber zufolge, scheint nur eine „Auflösung des Selbst als Fluchtversuch gegenüber der Bedrohung möglich zu sein, weshalb erst das Abspalten des eigenen Selbst einer Person das bedrohliche Ereignis zu einem traumatischen Ereignis macht“ (Huber 2012, S.43). Betroffene beschreiben diese Situation als Depersonalisationserleben, in dem sie „neben sich stehen“ und dem Ereignis lediglich physisch beiwohnen. Dieser Prozess ist nicht bewusst steuerbar. Eindrücke, Gedanken, Bilder, Empfindungen und Emotionen welche in dieser Situation gemacht werden, bleiben im Hippocampus gespeichert, die allerdings nicht von der Großhirnrinde aufgenommen werden können (ebd.).

Die Inhalte des traumatischen Ereignisses, sogenannte Traumaerinnerungen, werden vom Bewusstsein abgespalten und können vom Hippocampus in keinen zeitlichen Kontext eingeordnet werden. „Das Ereignis kann auf diese Weise nicht mehr in seiner realen, zusammenhängenden Form erinnert werden“ (Beckrath-Wilking et al. 2013, S.53). Dies hat zur Folge, dass das Trauma auch nicht als vergangen begriffen werden kann (vgl. Hantke/Görges 2012, S.60). Die Fragmentierung sorgt für eine Zersplitterung der bedrohlichen Erfahrung, sodass die belastenden Eindrücke verdrängt werden und dadurch „das äußere Ereignis nicht mehr (jedenfalls nicht ohne spätere gezielte Anstrengungen) zusammenhängend wahrgenommen und erinnert werden kann“ (Huber 2012, S.43). Diese zeitlich nicht sortierten Bruchstücke sind Grund für die stetig wiederkehrenden Flashbacks (= plötzlich auftretende Traumaerinnerung), die sich als äußerst belastend auf Personen mit Traumata auswirken (vgl. ebd.).

„Wegen dieses zeitlosen und unintegrierten Auftauchens der traumatischen Erinnerungen bleiben Opfer in dem Trauma wie in einer gegenwärtigen Erfahrung eingeschlossen, anstatt es als etwas akzeptieren zu können, das der Vergangenheit angehört“ (Van der Kolk 2000, S.33).

1.3.3 Diagnostik

Ob sich aus einem traumatischen Ereignis eine Traumafolgeerkrankung entwickelt hängt von den ersten Wochen ab und wie gut das Erlebte verarbeitet werden kann (Beckrath-Wilking et al. 2013, S.54). Die zentralen Bausteine einer PTBS-Diagnose sind die Erfassung von traumatischen Ereignissen sowie deren Auswirkung auf symptomatischer und funktionaler Ebene. Nach dem ICD-10 Klassifikationsmodell wäre die Einbettung der spezifischen Diagnosestellung in die Gesamtdiagnostik von Vorteil, welche die Einflüsse auf die aktuelle Lebenssituation, Chronifizierungsfolgen, sowie komorbide Symptome berücksichtigt (vgl. VA/DOD 2017).

PTBS tritt nämlich generell häufig mit komorbiden Störungen wie Angst-, depressiven, somatoformen und Persönlichkeitsstörungen auf. Das Suizidrisiko von Personen mit PTBS ist beispielsweise 15-mal höher als bei nichttraumatisierten Personen der Allgemeinbevölkerung. Eine nichtbehandelte PTBS führt außerdem zu höheren Raten von Familien-, Partnerschafts- und Arbeitsproblemen. Gründe für diese psychosozialen Komplikationen sind symptombedingte Beeinträchtigungen der Betroffenen, z.B. Vermeidungsverhalten, Konzentrationsschwierigkeiten, erhöhte Reizbarkeit (vgl. Yaffe et al. 2010).

Die beiden psychologischen Psychotherapeutinnen, Estelle Bockers und Christine Knaevelsrud (2011) sind für die Zusammenfassung von Befunden verantwortlich, die zeigen dass eine dauerhafte PTBS ein erhöhtes Risiko für dissoziative Erkrankungen und Substanzmissbrauch nach sich ziehen (vgl. Macy 2007, S.177ff.). Auch das Erleben von physischer Gewalt in der Kindheit ist mit einer erhöhten Reviktimisierungsrate verbunden (vgl. Bockers/Knaevelsrud 2011, S.389ff.).

Diesbezüglich sollte bei der Diagnosestellung nicht nur die Beeinträchtigungen im Alltag erhoben werden, sondern auch spezifischen Kontextfaktoren. Folgendes Schema wird hierbei eingehalten: „Erhebung der Traumavorgeschichte sowie der Spontansymptomatik in der Anamnese, Durchführung eines Fragebogentests als Screening der Symptomintensität, sowie die Durchführung eines diagnostischen Interviews“ (Schneider/Pflug/Margraf/In-Albon 2017), wobei aktuell im deutschsprachigen Raum nur eine geringe Anzahl an strukturierten Interviews zur Diagnosestellung existiert (vgl. Schneider/Pflug/Margraf/In-Albon 2017).

Außerdem berücksichtigen weder die aktuellen ICD-10 Kriterien, noch die bereits verfügbaren Informationen für ICD-11, die verschiedenen Ausprägungen der Symptomatik bei Kindern (vgl. Goldbeck/Jensen 2017, S.3ff.). Im DSM-5 werden kinderspezifische Symptome erwähnt und basierend auf den Vorarbeiten von Scheeringa, Zeanah und Cohen (2011), die Kriterien für Kinder im Alter von sechs Jahren und jünger, weniger jedoch streng formuliert. Beruhend auf der aktuellen Befundlage kann davon ausgegangen werden, dass die Diagnose von PTBS bzw. traumabedingte Reaktionen im Vorschulalter, mit den aktuell bestehenden Kriterien und Störungsdefinitionen, nicht ausreichend erfasst werden können (S. 770ff.). Gemäß der aktuellen Definition zählen beispielsweise Bindungsstörungen, die vor allem in jüngeren Jahren häufig vorkommen, nicht als Trauma. Viele Behandlungsstudien schließen bereits Kinder und Jugendliche ein, die zwar hohe Belastungen mit posttraumatischer Symptomatik vorweisen, allerdings nicht die vorausgesetzten Kriterien der Symptomcluster erfüllen können (vgl. Scheeringa et al. 2011, S.853).

Vor allem wenn die traumatischen Erfahrungen länger zurückliegen und die Symptome nicht dem klassischen Bild einer PTBS entsprechen, werden Traumafolgestörungen sehr selten diagnostiziert. Dies trifft auch oftmals auf Angehörige zu, die ebenfalls lebensgeschichtlich belastet sein und potentiell an einer PTBS leiden könnten (vgl. Goldbeck/Jensen 2017, S.3ff.).

1.3.4 Interventionen

Neueste Forschungsergebnisse zeigen, dass eine präzise Umschreibung der PTBS Symptome aufgrund der Vielschichtigkeit äußerst selten gelingt. Wie bereits zuvor erwähnt, führen nicht verarbeitete Traumata zu deutlichen Verhaltensveränderungen, die sich je nach Ausprägung zu psychischen Störungen herausbilden können. Die Symptome nach einer Traumatisierung lassen sich zwar meist mit großer Wahrscheinlichkeit auf diese zurückführen, werden in den Diagnosekatalogen jedoch oftmals anderen Oberkategorien zugeordnet (vgl. Landolt 2012, S.46f.). Eine Studie der deutschen Jugendpsychiaterin Susanne Habetha (2012) beweist, dass „Traumatisierte nicht ausreichend professionell versorgt werden und aktuell noch [...] riesige Lücken zwischen [dem] Bedarf und [der] tatsächlich erfolgte[n] Behandlung“ (Habetha/Bleich 2012, S.105) bestehen.

1.3.4.1 Medizinische Interventionen

Dies zeigt sich insbesondere bei der Behandlung von PTBS durch Pharmakotherapie, welche sich in den letzten Jahren kaum veränderte (vgl. Detweiler et al. 2016, S.73). Aufgrund der Gleichartigkeit der Symptome zu depressiven Störungen, basierten psychopharmakologische Behandlungsansätze auf den wissenschaftlichen Erkenntnissen zu eben jenen Störungen (vgl. Abdallah/Southwick/Krystal 2017, S.130f.). „Die ersten Berichte zu positiven Wirkungen von antidepressiver Medikation bei PTBS stärkten die Theorie, dass Antidepressiva über serotonerge und noradrenerge Aktivität, die Furchtkonditionierung reduzieren und den Schlafzyklus positiv beeinflussen“ (Pearlstein 2000, S.40f.). Einige spezifische PTBS-Symptome, wie Flashbacks und Übererregung, konnten zwar mittels Medikation verbessert werden, jedoch wurden in Hinblick auf das Vermeidungsverhalten keine positiven Veränderungen erzielt (vgl. Friedman 1988, S.282). „Der Einsatz von Medikation sollte fachärztlicher Behandlung vorbehalten bleiben und mögliche Nebenwirkungen genauso wie ein differenziertes Vorgehen beim eventuellen Absetzen von Medikation beachten. Dies gilt insbesondere für den Umgang mit Benzodiazepinen, von deren Einsatz bei PTBS generell abgeraten wird“ (Guina et al. 2015, S.281f.).

1.3.4.2 Therapeutische Interventionen

„Ein zentrales Merkmal zur Einteilung verschiedener psychotherapeutischer Behandlungstechniken ist die Unterscheidung zwischen traumafokussierten und nicht-traumafokussierten Interventionen“ (Morina/Koerssen/Pollet 2016, S.42ff.).

Unter der traumafokussierten Intervention zur Behandlung einer PTBS wird eine therapeutische Interventionstechnik verstanden, welche die Konfrontation mit den traumatischen Erlebnissen beinhaltet. „Diese sind definiert als Behandlungsansätze, bei denen der Schwerpunkt auf der Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis und/oder dessen Bedeutung liegt“ (Bisson et al. 2007, S.97ff.). Als besonders wirksam erweist sich dabei die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (vgl. Cohen/Mannarino/Deblinger 2009, S.255), worüber auch vielversprechenden Untersuchungsergebnisse vorliegen. Es existieren sogar bereits Hinweise für eine erfolgsversprechende Anwendung beim Vorliegen einer komplexen PTBS (vgl. Sachser/Goldbeck 2017, S.93ff.).

Weitere traumafokussierte Methoden sind die narrative Expositionstherapie für Kinder und Jugendliche (KIDNET) und Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Es gibt keine exakten Vorgaben in Bezug auf den richtigen Zeitpunkt einer Traumakonfrontation, im Rahmen einer traumafokussierten Behandlung. Es sollte aber in Absprache mit den Betroffenen stattfinden und nicht zu lange hinausgezögert werden (vgl. Bisson et al. 2007, S.97ff.).

Im Gegensatz dazu liegt bei nicht-traumafokussierten Interventionen das Hauptaugenmerk nicht auf der Verarbeitung des traumatischen Ereignisses oder dessen Bedeutung, sondern auf der Vermittlung von Fertigkeiten der Emotionsregulation, dem Umgang mit Symptomen, sowie der Lösungsfindung aktueller Probleme. Außerdem finden sich in einigen Therapieansätzen phasenbasierte Ansätze wieder, die traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Techniken kombinieren (vgl. Bisson et al. 2007, S.97ff.).

„Wichtige Aspekte der Traumatherapie sind die Vermittlung von Sicherheit und Kontrolle sowie der Aufbau einer therapeutischen Beziehung, die auf Vertrauen beruht“ (Hausmann 2006, S.114).

Erst wenn Betroffene im Rahmen einer Therapie über erlebte Traumata sprechen können, ohne emotional überwältigt zu werden, kann zur Trauma-Synthese übergegangen werden. Hierbei wird mittels verschiedener Techniken, wie beispielsweise Nacherleben oder Exposition, die Traumaerinnerung neu bewertet und integriert. Es finden Triggeranalysen statt und darauf aufbauend das Antrainieren neuer Reaktionsmuster. Am Ende findet eine Neuordnung der transformierten Erfahrungen in das eigene Leben statt, wodurch Ressourcen reaktiviert werden und Betroffene im besten Fall wieder zur Gänze in die Gesellschaft integriert werden (vgl. Hüther/Korittko/Wolfrum/Besser 2010, S.28f.). Metaanalysen zeigen, dass die psychotherapeutische Behandlung der PTBS Wirkung zeigt und die posttraumatische Stresssymptomatik dadurch signifikant reduziert werden kann (vgl. Morina et al. 2016, S.42ff.).

Die Verhaltenstherapeutin Regina Steil und die Psychotherapeutin Rita Rosner (2013) merken diesbezüglich jedoch an, dass oftmals eine „einfache“ PTBS diagnostiziert wird, was dazu führt, dass lediglich „die in der Diagnose enthaltenen Teile der Symptomatik behandelt werden und sich andere Aspekte chronifizieren“ (S.48f.).

Van der Kolk hebt diesbezüglich hervor, dass die Auswirkungen zwischenmenschlicher Traumatisierungen oftmals nicht ausreichend behandelt werden, „[...] da der Fokus auf behavioraler Symptomkontrolle gelegt wird, anstatt anzuerkennen, dass die gesamte Entwicklung in unterschiedlichsten Bereichen beeinträchtigt ist und weitergehendere Interventionen erforderlich sind“ (Van der Kolk 2009, S.527ff.).

Im sozialpädagogischen Bezugsrahmen wird in diesem Kontext vor allem die stationäre Kinder- und Jugendhilfe erwähnt. So sind laut der Traumatherapeutin Hanna Wintsch (2012) „viele Kinder, die in stationären Einrichtungen, Heimen oder Pflegefamilien leben, traumatisiert“ (S.307). Auch die Psychotherapeutin Anne Schmitter-Boeckelmann (2016) betont, dass Personen in stationären Einrichtungen die ebenso therapeutische Hilfe erhalten haben, „in der Regel komplexe Traumatisierungen durch nahestehende Bindungspersonen erlebt [...] [und] aufgrund des Ausbleibens positiver Bindungserfahrungen häufig auch eine Bindungsproblematik oder -störung“ (S.334) herausgebildet haben. Etwa 80% der Betroffenen aus der stationären Kinder- und Jugendhilfe geben das Erleben von ein oder mehreren traumatischen Ereignissen an. Dazu zählen beispielsweise Gewalterfahrungen, Vernachlässigung oder Misshandlungen im häuslichen Umfeld (vgl. Gahleitner/de Hair/Weinberg/Weiß 2017, S.8).

Weltweit betrachtet beweisen epidemiologische Studien zur PTBS eine Lebenszeitprävalenz zwischen 1,3% und 9,2%. Bei misshandelten Kindern ist die Prävalenz von PTBS gegenüber jener der Allgemeinbevölkerung signifikant erhöht (vgl. Ackerman et al. 1998). Da der Großteil der Betroffenen jedoch nicht die diagnostischen Kriterien einer PTBS erfüllen (Van der Kolk 2009, S.580) „[...] ist fraglich, wie hoch die ‚Dunkelziffer‘ der Menschen mit Traumafolgestörungen tatsächlich ist. Dies betrifft vor allem Bindungstraumata ohne körperliche oder sexuelle Gewalt und komplexe Traumafolgestörungen [aufgrund der Symptomvielfalt und Entwicklungsauswirkungen]“ (Steil/Rosner 2013, S.48f.).

2 Vergleich beider Krankheitsbilder

Diese Tatsache erschwert nicht nur die Unterscheidung von PTBS und komplexen Traumafolgeerkrankungen, sondern auch jene von ADHS und PTBS, bzw. ADHS und komplexen Traumatisierungen (vgl. Vuksanovic 2015, S.1). Literaturrecherchen bestätigten eine erhöhte Komorbidität zwischen traumatischen Kindheitserlebnissen und der Ausbildung von ADHS Symptomen (vgl. Sanderud et al. 2016, S.301), ADHS und PTBS (vgl. Vuksanovic 2015, S.3) bzw. ADHS und entwicklungsbezogenen Traumata, welche vor allem aus der großen Ähnlichkeit der jeweiligen Symptomvielfalt rührt (vgl. Van der Kolk 2016, S.527ff.).

2.1 Diagnostik

In der Theorie lassen sich die beiden Störungsbilder ADHS und PTBS relativ gut voneinander abgrenzen: Werden entsprechende Verhaltensauffälligkeiten mit einem eindeutigen, massiv traumatisierenden Ereignis begründet, das nicht länger als sechs Monate zurückliegt und treten in Folge des Ereignisses die Symptome, Wiedererleben, Vermeidung, das Gefühl von Taubheit, emotionale Abstumpfung, sowie Anzeichen einer allgemeinen Übererregung auf, liegt die Diagnose einer PTBS nahe (vgl. Landolt 2012, S.14). Bestehen Verhaltensauffälligkeiten vorwiegend in den Bereichen Aktivität, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle und das bereits vor dem sechsten Lebensjahr, sowie nicht in Folge einer „außergewöhnlichen Bedrohung“ auf, lässt sich eine PTBS scheinbar ausschließen und die Diagnose ADHS wird wahrscheinlicher (Banaschewski et al. 2017, S.149ff.).

Doch auch wenn sich beide Störungsbilder in ihrer Diagnose, zumindest nach den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-5, dem ersten Anschein nach recht deutlich voneinander abgrenzen lassen, muss dennoch festgehalten werden, dass diese zum einen Konstrukte willkürlicher Setzungen und Kategorisierungen sind und zum anderen die Verhaltensweisen jeweils beider Störungsbilder, sowie der entwicklungsbezogenen Traumafolgeerkrankung, in der Praxis nahezu ident zu sein scheinen (vgl. Levine et al. 2015, S.33f.).

Werden nämlich die Symptome einer ADHS jenen von traumatisierten Personen gegenübergestellt, mit dem Versuch beide Störungsbilder bzw. ihrer Manifestationen auf der Verhaltensebene voneinander abzugrenzen, stellt dies eine große Herausforderung dar (vgl. Vuksanovic 2015, S.3ff.).

Während bei ADHS die Symptome Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit und Impulsivität beobachtet werden können, sind dies bei traumatisierten Personen die Symptome Dysregulation, Unaufmerksamkeit und Schwierigkeiten im sozialen Umfeld. Folglich ist eine definitive Abgrenzbarkeit der beiden Störungsbilder aufgrund der großen Ähnlichkeit der Symptomatik allem Anschein nach nahezu unmöglich und kann nur über die ausführliche Anamnese der Lebensgeschichte erfolgen (vgl. Vuksanovic 2015, S.3ff.).

2.2 Gemeinsame Problembereiche ADHS und Traumafolgeerkrankungen

Im Allgemeinen lassen sich daher mehrere Problembereiche feststellen, aufgrund derer entweder ADHS oder eine Form von Traumafolgeerkrankung diagnostiziert werden kann. Auch wenn je nach vorliegendem Krankheitsbild unterschiedliche Bezeichnungen getätigt werden, lassen sich im Gesamten folgende Indikationen erkennen:

Bewusstseinszustände

Bei traumatisierten Personen vermitteln fragmentierte Traumaerinnerungen Betroffenen das Gefühl, sich direkt im traumatischen Erleben zu befinden, was unter anderem zu Intrusionen, Flashbacks und Dissoziationsphänomenen führt (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013, S.72). Auf ihr soziales Umfeld wirken Betroffene daher auch oft unaufmerksam und abgelenkt, weshalb sie während dissoziativer Zustände für äußere Reize kaum zugänglich sind (vgl. ebd.).

Die Kernproblematik der Unaufmerksamkeit bei ADHS Betroffenen erschwert ebenfalls die Konzentrationsfähigkeit über einen längeren Zeitraum. Betroffene haben Probleme damit, Aufgaben zu beginnen, bzw. diese abzuschließen (vgl. Barkley 2005, S.67).

Umgang mit emotionalen Zuständen und der Affektkontrolle

ADHS-Betroffene weisen außerdem Probleme mit der Affektkontrolle auf, welche sich vorwiegend durch impulsives Handeln zeigen. Entscheidungen werden meist plötzlich getroffen und ohne Rücksicht auf zukünftige Auswirkungen kalkuliert. Die Impulsivität von Betroffenen zieht sich durch mehrere Lebenslagen, beispielsweise wenn sie im Gespräch unterbrechen oder gar ihr Gegenüber kaum zu Wort kommen lassen. Im Erwachsenenalter reduzieren sich die Symptome der Hyperaktivität zwar, jedoch kommt es vermehrt zu einem Gefühl der inneren Unruhe, welches sich von außen nur schwer erkennen lässt (vgl. Kahl et al. 2012, S.131).

Emotionale Gefühlszustände und deren Steuerung geraten auch nach traumatischen Erfahrungen zunehmend durcheinander. Betroffene wiederholen erlebte Traumata immer wieder. Vor allem Kinder wiederholen diese im Spiel, ziehen sich zurück, verlieren ihre Neugier und sind zwischen Protest und Resignation hin und hergerissen (vgl. Levine/Maté 2010, S.64ff.). Görges und Hantke (2012) beschreiben bei Traumatisierten eine rasche Änderung von Hoch- zu Unterspannung. Wenn sich Betroffene in Hochspannung oder in Übererregung befinden, steht zu diesem Zeitpunkt das durch diffuse Körpererinnerungen hervorgerufene Trauma im Vordergrund (ebd., S.86f.). Zustände in der Unterspannung zeigen sich hingegen durch: „Aus dem Kontakt gehen, Lähmungserscheinungen, Bewegungsstörungen, Depression, Antriebslosigkeit, Ohnmachtsanfälle, plötzliches Einschlafen“ (Hantke/Görges 2012, S.88).

Finden wiederholt Traumatisierungen im Leben eines Menschen statt, hat dies wesentlich verheerendere Folgen für eine Person. „Die Initiale, also erste Traumatisierung legt das Reaktionsniveau und die Art der Repräsentation fest, mit der ein Mensch auf den erneuten Einbruch reagiert. Jede nachfolgende Traumatisierung aktiviert auch wieder das Netzwerk der ersten Traumatisierung, die erste Reaktion wird also gefestigt und bestimmt primär das Niveau der Notfallreaktion“ (ebd., S.89).

Verzerrtes Selbst- und Weltbild

Aufgrund der Emotionen während eines Traumas und der nichtvorhandenen Möglichkeiten das Geschehene abzuwenden, werden das Selbst- und Weltbild erschüttert. Diese werden nicht selten durch mangelnde Selbsteinschätzung und Überforderung ausgeglichen. „Dysfunktionale Glaubenssätze prägen das Selbstbild und führen zu immer neuen Misserfolgserlebnissen“ (Beckrath-Wilking et al. 2013, S.100ff.). Das Gefühl der fehlenden Unterstützung durch das soziale Umfeld, beziehungsweise durch jene, die eigentlich vor Leid schützen sollten, lässt die Welt als kalt und feindselig erscheinen. Daher zeigen besonders Kinder die lange Zeit einer unsicheren Umgebung ausgesetzt waren, eine enorme Anpassungsleistung, auch um in „ihrer Welt“ bestehen zu können. „Der Fokus der Wahrnehmung wird somit auf die mit den Traumata in Beziehung stehenden Facetten gerichtet“ (Gahleitner 2011, S.48). Daraus resultiert eine einseitige und verzerrte Wahrnehmung und dass Betroffene ihre Umwelt, auch wenn sie sich in Sicherheit befinden, stets als feindlich und potentiell bedrohlich erleben (vgl. Hantke/Görges 2012, S.89).

„Unangemessene Verhaltensreaktionen, sogenannte dysfunktionale Verhaltensmuster, führen in eine zunehmende Isolation“ (Hantke/Görges 2012, S.89).

Auch durch die primäre Symptomatik von ADHS-Betroffenen fühlen sich deren Mitmenschen oftmals provoziert, weshalb sie ihnen oft aggressives Verhalten entgegen. Dies führt nicht selten zur Eskalation, da Situationen „[...] durch subjektive Wahrnehmung unterschiedlich interpretiert werden, was wiederum zu neuen Konflikten führen kann“ (Brandau/Kaschnitz 2013, S.116).

Diese Negativspirale bedeutet somit vor allem soziale Isolation für Betroffene, da sie sich aufgrund der mangelnden Fähigkeit, zwischenmenschliches Verhalten zu interpretieren und selbstreflektiert zu handeln, vom „Rest der Welt“ ausschließen, bzw. ausgeschlossen fühlen (ebd.).

Keine Zukunftsperspektiven und Zielorientierung

Weitere Einschränkungen bei ADHS-Betroffenen schließen vor allem Bereiche der Handlungsorganisation, sowie die Entwicklung von übergeordneten Regelsystemen ein. Die Handlungsorganisation von Betroffenen ist vor allem durch eine Beeinträchtigung des strategischen Planungsverhaltens gekennzeichnet. Dies führt oftmals zu einer mangelnder Lösungsorientierung, sowie einer unzureichender Zielanalyse. Die daraus entstehenden Problembereiche können gravierende Folgen haben, wie beispielsweise in der Kategorienbildung, im induktiven Schlussfolgern sowie im Verständnis von Instruktionen. (vgl. Lauth/Linderkamp/Schneider/Brack 2011, S.213f.). Der sogenannte „Marshmallow-Test“ welcher sich mit der unmittelbaren Bedürfnisbefriedigung beschäftigt, verdeutlicht dass es ADHS-Betroffenen schwerfällt, in zukünftige Erfolge zu investieren. Diesbezüglich lassen sich signifikante Unterschiede zwischen Personen mit und ohne ADHS erkennen (Barkley 2005, S.73f.).

Auch Traumatisierten fällt es schwer, konkrete Ziele in ihrem Leben zu verfolgen, bzw. ihr Handeln einem konkreten Wunsch anzupassen und dementsprechend aktuelle Bedürfnisse aufzuschieben (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013, S.100ff.). Beispielsweise erhoffen sich Betroffene häufig ein glückliches und erfolgreiches Leben, sind im Gegenzug jedoch nicht bereit, die in der Gegenwart hierfür nötigen Schritte zu tätigen (vgl. Streeck-Fischer 2012, S.86ff.).

Die Ursache liegt in der negativen Veränderung von Kognitionen und der Stimmung nach einem Traumageschehen. Betroffenen fällt es zum einen sehr schwer, positive Emotionen zu entwickeln und zum anderen prägen übertrieben negative Überzeugungen und Erwartungen ihr Handeln (vgl. Hantke/Görges 2012, S.86).

Neurophysiologische Dysfunktionalität des Gehirns

„Insbesondere die Gehirnarchitektur folgt einem genetisch angelegten Bauplan, der durch frühe Erfahrung und Lerneffekte stark modifizierbar ist“ (Wettig 2012, S.20).

Das heißt Menschen, die bereits sehr früh mit traumatischen Erfahrungen konfrontiert werden, zeigen Veränderungen in deren Gehirnstrukturen auf. „Durch die Bewertung eingehender Reize über die fünf Sinne, werden im Gehirn die Angst- und Ekelzentren aktiviert“ (Faller 1999, S.547). Wird eine Bedrohung als potentielle Lebensgefahr wahrgenommen, aktiviert sich unmittelbar das Stresszentrum sowie das vegetative Erregungszentrum im Gehirn. Die aufgenommenen Impulse werden durch den Präfrontalen Kortex überprüft, bevor sie als aggressive Verhaltensweisen ausgeführt werden. Der Präfrontale Kortex informiert einerseits über die Auswirkungen des geplanten Handelns, andererseits auch darüber, wie die eigenen Handlungen von anderen Personen interpretiert werden würden. Dieser Vorgang im Gehirn würde gesunde Menschen in ihrem potentiellen Handlungsvorgang besinnen, was jedoch weder bei Traumatisierten noch bei ADHS-Betroffenen der Fall ist (vgl. Bauer 2011, S.53ff.; Lauth et al. 2011, S.213f.).

Diese Tatsache kann somit als Ursache betrachtet werden, warum Betroffene die Anforderungen einer Situation nicht zur Gänze erfüllen können. Die Folgen sind Phasen der Unter- bzw. Überaktivierung, welche die Verhaltensregulation beeinflussen. Dadurch kann das eigene Verhalten nicht mehr adäquat gesteuert werden und es kommt schließlich zu Verhaltensäußerungen wie Impulsivität, Hyperaktivität, bzw. Hypervigilanz (vgl. Bauer 2011, S.53ff.; Lauth et al. 2011, S.213f.).

Somatisieren

Werden beispielsweise traumatisierte Kinder mit Situationen oder Gegenständen, die an das Trauma erinnern, konfrontiert, reagieren sie ebenfalls mit körperlichen Erregungssymptomen wie „Bauch- oder Kopfschmerzen, anklammerndem, regressivem oder aggressivem Verhalten, sowie Angst vor Dunkelheit oder vor dem Alleinsein“ (Lauth et al. 2011, S.277).

Weiteres zeigen Betroffene aufgrund starker Belastungen in der Vergangenheit häufig Verzögerungen in deren Entwicklung, sowie ein geschwächtes Immunsystem. So kommt es zu einer erhöhten Anfälligkeit für Erkrankungen (vgl. Streeck-Fischer 2012, S.80).

Auch diese Formen der ADHS-Symptomatik können sich bereits bei Säuglingen zeigen, indem eine erhöhte Aktivität im Mutterleib verzeichnet wird. Vor allem auf körperlicher Ebene lassen sich charakteristische Verhaltensweise erkennen. Sie weinen häufiger und lassen sich nur schwer beruhigen. Manchmal können auch sogenannte Regulationsstörungen auftreten, welche negative Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme, die Verdauung, sowie den Schlafzyklus haben. Betroffene Kinder sind in Bezug auf ihr Essverhalten sehr heikel und reagieren äußerst empfindlich gegenüber äußeren Sinnesreizen (vgl. Brandau et al. 2014, S.17f.; Gawrilow 2016, S.94f.).

Risikoreiches Verhalten

Außerdem weisen ADHS-Betroffene ein stark ausgeprägtes Risikoverhalten aus. „Sie neigen dazu, schnell aggressiv und delinquent zu werden und sind daher einem höheren Unfallrisiko ausgesetzt“ (Gawrilow 2016, S.95).

Auch traumatisierte Personen, insbesondere „Opfer von Gewalterfahrungen in der Kindheit, weisen im Laufe ihres weiteren Lebens ein stark erhöhtes Risiko auf, erneut viktimisiert zu werden. So zeigte sich, dass in der Kindheit viktimisierte Frauen, im Vergleich zu Frauen ohne traumatische Kindheitserfahrungen, ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko hatten, als Erwachsene erneut Opfer zu werden“ (Classen/Palesh/Aggarwal 2005, S.103ff.). Vermutet wird, dass „[...] das Reviktimisierungsrisiko unter anderem in Zusammenhang mit dem Selbstwert und anderen traumabezogenen ungünstigen kognitiven Schemata steht. Eine Vielfalt von Studien konnte die besondere Bedeutung ungünstiger kognitiver Schemata für die Folgen einer Traumatisierung auf die psychische Gesundheit belegen“ (LoSavio/Dillon/Resick 2017, S.18f.).

Fremd- und Selbstverletzung

Menschen mit einer Traumafolgerkrankung zeigen außerdem ein erhöhtes Aggressionspotenzial und sind eher bereit Gewalt anzuwenden. Vor allem selbstverletzende Verhaltensweisen können als Versuch verstanden werden, sich selbst zu reorientieren: „Sie sind oft das wichtigste Mittel, um quälende traumatische Affektzustände wie diffuse Spannungszustände, aber auch Depersonalisationsphänomene oder unerträgliche Gefühle des Verlassenseins zu unterbrechen sowie Intrusionen, Flashbacks und Übererregung weitgehend einzuschränken oder zu verhindern“ (Beckrath-Wilke et al. 2013, S.58).

Auch ADHS-Betroffene verletzen sich häufiger als deren Altersgenossen ohne ADHS. Dieses Problem bleibt auch bis ins Erwachsenenalter bestehen. „Betroffene verletzen sich und verursachen Verkehrsunfälle mit größerer Wahrscheinlichkeit als Erwachsene ohne diese Störung“ (Barkley 2005, S.75).

Bindungsstörung

Stärke der Ausprägung und Verlauf der Störungsbilder werden von Milieubedingungen und psychosoziale Faktoren immens beeinflusst (vgl. Döpfner 2010, S.20; Esser 2008, S.208). Diesbezüglich wird sich vor allem auf umfangreiche Erkenntnisse der Bindungsforschung gestützt (vgl. ebd.). Ein Säugling ist nämlich auf seine Umwelt angewiesen und auf mindestens eine Bindungsperson, die sich adäquat um die Bedürfnisse des Neugeborenen kümmert. Bleibt diese Form der Betreuung aus oder agiert die Bindungsperson zunehmend unzuverlässig, bedrohlich oder gar gewalttätig, prägen diese Erfahrungen einen jungen Menschen. Denn dadurch wird das Gehirn auf pathologische Weise geformt (vgl. Hüther 2012, S.15ff.). Auf diese Art entstehen nicht nur ernstzunehmende Bindungsstörungen, sondern auch negative Erwartungen, die dieser junge Mensch an sich, seine Fähigkeiten und an seine Umwelt stellt (vgl. Riedesser/Fischer 2016, S.166).

„Dadurch werden elementare Verlassenheits- und Vernichtungsängste aktiviert und das Urvertrauen in sein Gegenteil verkehrt, wodurch ein Verhalten ausgelöst werden kann, das als ´frozen watchfulness´ beschrieben worden ist: ein chronischer Alarmzustand des psychobiologischen Systems“ (ebd.).

„Traumatische Erfahrungen zerstören die Bindungssicherheit und wirken sich besonders zerstörerisch auf die gesunde psychische Entwicklung aus, wenn das Trauma durch Bindungspersonen ausgeübt wird“ (Brisch 2013, S.114).

Nachdem Kinder aufgrund ihrer Abhängigkeit immer wieder mit ihren Bindungspersonen interagieren müssen, kommt es häufig zu einer sogenannten Umkehr: Kinder sehen sich selbst als die Ursache ihrer negativen Gefühle und Probleme an und geben sich die Schuld am Verhalten ihrer Bezugspersonen. Dieses Verhalten wird Rollenumkehr genannt (vgl. Hüther 2012, S.100ff.).

Die Entwicklung einer Bindungsstörung ist auch bei ADHS-Betroffenen, aufgrund der Tatsache dass deren Eltern aufgrund eigener Bindungserfahrungen nicht adäquat reagieren, meist ein Teufelskreis der von den Eltern auf ihre Kinder übertragen wird. Es kommt dadurch zu frühen Interaktionsstörungen (vgl. Retz et al. 2012, S.177ff.).

Heiße und kalte Aggression

Der Neurobiologe, Arzt und Psychotherapeut Joachim Bauer (2011) beschreibt zwei Formen einer dissozialen Persönlichkeit, nämlich die heiße und die kalte Aggression.

Die heiße Aggression äußert sich reaktiv-impulsiv. „Bei impulsiv-antisozialen Personen steigt die Sensibilität der Amygdala, der Hypothalamus weist eine erhöhte Reaktionsbereitschaft auf und die Impulsivität auf unerwartete Reize, wird vom Hirnstamm verstärkt wahrgenommen“ (S.92ff.). Dies liefert auch die Erklärung, weshalb Betroffene harmlose Gesten oftmals als bedrohlich einstufen und dementsprechend heftig darauf reagieren. Die daraus resultierenden Emotionen lassen sich kaum kontrollieren und äußern sich durch impulsives, gewaltsames Handeln (vgl. ebd.).

Das Pendant zur heißen Aggression ist die kalte Aggression. Diese wirkt im Außen oft berechnend und scheinbar ohne jegliche Gefühlsregung. Diese lässt sich dadurch erklären, dass „jene zuständigen Bereiche des Gehirns, physiologisch vermindert ausgeprägt sind. Amygdala, Insulae und Hypothalamus werden unterreguliert, die beiden ersteren weisen sogar eine deutliche Verminderung des Volumens auf. Ebenfalls vermindert in Funktion und Struktur sind jene Teile des präfrontalen Kortex, die für die Regulierung und Kontrolle der geplanten Aktivitäten verantwortlich sind. Dadurch wird die Rückkoppelung zur Amygdala gestört und die Aktivierung der Empathiezentren bleibt aus“ (vgl. ebd.).

Bauer bringt damit die heiße und kalte Aggression in eine Art Ranking, das im Zusammenhang des Ausmaßes einer Traumatisierung steht. „Traumatisierungen mittleren Ausmaßes führen zu heißer Gewalt, was bedeutet, dass bestimmte Gehirnareale anwachsen, besonders sensibel auf Umweltreize reagieren und diese Reize in ihrer Wahrnehmung verstärken. Dauern die Traumatisierungen lange an und nehmen sie an Intensität zu, lassen die Funktionen einzelner Gehirnareale nach beziehungsweise vermindern diese sogar ihre Struktur“ (Bauer 2011, S.100).

Neben diesen Veränderungen ist auch ein erhöhter Cortisolspiegel erkennbar. Kommt es öfters zu Ausschüttung von Cortisol und dauern diese Sequenzen lange an, wird dadurch der gesamte Stoffwechsel beeinflusst. Die Folge ist, dass Stress nicht mehr richtig abgebaut werden kann und somit belastend auf den Organismus einwirkt. Der Psychologe Jürgen Wettig (2012) redet in diesem Kontext von Stressnarben. „Derartige Einwirkungen auf die Psyche hinterlassen somit eindeutige Spuren im Körper“ (S.20ff.). Dementsprechend stellt dieses Problem auch für ADHS-Betroffene ein zentrales Problem dar. Die Schulpsychologin Caterina Gawrilow (2016) bezieht sich in ihrem Werk, zunehmend auf die Aggression. Für ADHS-Betroffene ist es sehr schwierig sich zu einer Peergroup zugehörig zu fühlen, bzw. allgemein Freunde zu finden. Sie tendieren deshalb eher dazu, den Kontakt zu Gleichgesinnten zu suchen (S.94). Weiteres ist vor allem die Sensibilität eine Eigenschaft, mit der Menschen mit ADHS-Diagnose geprägt sind. „Sie können mit Hänseleien und verbalen Auseinandersetzungen mit anderen Kindern nicht umgehen und verfallen in eine verbale sowie körperliche Aggressivität“ (Neuhaus 2016, S.76f.).

Gestörtes Psychosozialverhalten

Betroffene mit ADHS fallen immer wieder durch aktives (z.B. Aggressionen und oppositionelles Handeln) und passives (z.B. Unaufmerksamkeit), sowie dissoziales Verhalten auf, was eine natürliche Bindung zu Gleichaltrigen und Familienmitgliedern erschwert und zu Isolation und sozialer Ausgrenzung führt. Es scheint ein Teufelskreis zu sein, der nur schwer aufzuhalten ist, denn je größer die soziale Ausgrenzung, umso weniger lassen sich Betroffene zu gesellschaftlich konformem Verhalten und Konzentration motivieren (vgl. Hüther 2012, S.100ff.).

Daraus resultieren wiederum erneute und verstärkte Folgeerscheinungen, die eine gelungene Interaktion zusätzlich belasten. Auch das Verhalten von traumatisierten Menschen ist durch bedenkliche Wertsysteme, sowie haltlosen Normen gezeichnet. Sie schaffen es nicht, sich sozial angemessen zu präsentieren und adäquat am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben (vgl. Hüther 2012, S.100ff.).

Aufgrund eines oftmals „desorganisierten Bindungsverhaltens“ (Denner 2008, S.28ff.) haben vor allem entwicklungs-traumatisierte Kinder und Jugendliche erhebliche Probleme damit, anderen zu vertrauen und tragfähige Bindungen einzugehen. Hinzu kommt meist eine vermindert ausgeprägte emotionale Intelligenz, sowie die nicht vorhandene Fähigkeit, das Verhalten anderer Menschen richtig zu interpretieren (vgl. Schmid 2012, S.239). Fehleinschätzungen und Fehlinterpretationen sind die Folge, was oftmals dazu führt, dass viele Menschen mit Traumahintergrund Probleme damit haben sich verbindlich zu zeigen. „Zu beobachten sind einerseits starke Machtkämpfe und Aggressionen, andererseits der Rückzug in die Isolation, oder auch die Übernahme einer dienenden Rolle“ (Schmid 2012, S.239).

Bewältigung alltäglicher Lebensanforderungen und selbstständige Lebensführung

Aufgrund der primären Traumasymptomatik fällt Traumatisierten der adäquate Umgang mit ihren Emotionen schwer und bereits deren Bewertung bereitet Betroffenen erhebliche Probleme. Dies führt nicht selten zu Depressionen, massiven Konzentrationsschwierigkeiten und auch Fehleinschätzungen von potentiell gefährlichen Situationen (vgl. Sautter 2012, S.100f.).

„Kinder, die ihre ganze Kindheit und Jugend nur durch das ‚Nichtspüren‘ und Abspalten von Gefühlen und Empfindungen überlebt haben, sind auch im Erwachsenenalter häufig dabei beeinträchtigt, Gefühle einzuordnen und Empfindungen zu äußern“ (Strallhofer 2014, S.23). Durch die verpasste Möglichkeit von Betroffenen, ihre Emotionen wahrzunehmen und angemessen darauf zu reagieren, ist die Bildung eines Selbstwertgefühls nicht möglich. Deshalb führen sie oftmals ein sehr emotionsflaches Leben, welches sie daran hindert am Leben teilzuhaben (vgl. Sautter 2012, S.101).

Dieses Phänomen lässt sich auch bei ADHS-Betroffenen beobachten. Bereits im Kindergartenalter werden bei ihnen Merkmale von Hyperaktivität, Impulsivität, sowie Unaufmerksamkeit beobachtet (vgl. Brandau et al. 2014, S.17f.; Gawrilow 2016, S.94).

Im Erwachsenenalter können zusätzlich Symptome emotionaler Dysregulation (geringe Frustrationstoleranz, Irritabilität, ausgeprägte Stimmungsschwankungen) und komorbide Störungen entstehen (vgl. Faraone/Biederman/Mick 2006, S.159ff.; Banaschewski et al. 2017, S.150) und etwa 15% bis 35 % erfüllen noch die diagnostischen Kriterien einer ADHS. Etwa 70% der Betroffenen weisen in diesem Alter weiterhin situationsübergreifende Symptome oder funktionelle Beeinträchtigungen auf (vgl. ebd.).

Umgang mit dem eigenen Körper

Diesbezüglich konnten hirnelektrische Analysen ebenfalls belegen, dass „es sich bei ADHS um eine Fehlfunktion der selektiven Aufmerksamkeit handelt, die durch eine defizitäre Reizerkennung und Reizverarbeitung sowie durch eingeschränkte Lern- und Gedächtnisprozesse gekennzeichnet ist“ (Neuhaus 2016, S.52). Zusätzlich können auch Entwicklungsverzögerungen auftreten, welche sich in grob- und feinmotorischer Ungeschicklichkeit äußern. Aus diesem Grund haben solche Kinder häufig Abneigungen gegenüber Aktivitäten, welche Geduld und Geschick abverlangen. Zusätzlich können auch Verzögerungen in der Sprachentwicklung festgestellt werden (vgl. Gawrilow 2016, S.92).

Vor allem traumatische Erfahrungen werden vom Körper besonders abgespeichert. „Sie werden als tiefgreifende persönliche Demütigung und Entwürdigung erlebt, Abscheu und Ekel vor dem eigenen Körper, der eigenen Existenz, können die Folge sein“ (Beckrath-Wilking et al. 2013, S.100ff.).

Görges und Handtke (2012, S.89) merken ebenfalls an, dass es fallweise auch zu einer erheblichen „Schmerzunempfindlichkeit in verschiedenen Körperregionen kommen kann“ (Streck-Fischer 2012, S.80). Durch das wiederholte Überschreiten der individuellen Schmerzgrenze während eines Traumas, leiden Betroffene deshalb oftmals unter einer sogenannten Körperschemastörung. Der Körper kann dann nicht mehr adäquat wahrgenommen werden, was folglich zu einer mangelnden Körperwahrnehmung in Gefahrensituationen führt, wodurch die Verletzungsgefahr höher ist. Traumatisierte kommen zudem aufgrund der Veränderung ihrer hormonalen Entwicklung früher in die Pubertät (vgl. ebd.).

Der Körper wird im Allgemeinen dann wahrgenommen, wenn Schmerzen gespürt werden. Beispielsweise werden gesunde Zähne im Normalfall nicht intensiv wahrgenommen. Bei traumatisierten Personen kommt es jedoch häufig zu körperlichen Symptomen, für die keine medizinischen Ursachen gefunden werden können. Im Außen zeigen sich diese Schmerzen durch einen deutlich erhöhten Muskeltonus und eine damit verbundene starre Körperhaltung (vgl. Levine/Maté 2010, S.64ff.).

Motorische Unruhe, Tics, Hypervigilanz

Der Arzt und Traumatherapeut Andreas Krüger (2016), beschreibt diese Verhaltensweisen ähnlich und führt seinerseits an, dass betroffene Kinder folgende Symptome zeigen: „Allgemeine Unruhe, es ist motorisch hyperaktiv, zeigt Einschlaf- und Durchschlafstörungen Konzentrationsstörungen, Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen, aggressive Impulsausbrüche, bis hin zu Gewalttätigkeit.[...] Traumatisierte Kinder fallen in der Schule auf, die Konzentrationsstörungen führen zu Einbußen schulischer Leistungen. Aggressives, unberechenbares Verhalten ‚nervt‘ die Familie, die Mitschüler und Lehrer oder Erzieher – das Kind oder der Jugendliche zieht sich beschämt zurück und wird sozial ausgegrenzt, was zusätzlichen Stress verursacht und die Situation wiederum verschärft“ (S.35).

Was bei Traumatisierten als Hypervigilanz beschrieben wird, würde bei ADHS-Betroffenen als Hyperaktivität oder motorische Unruhe bezeichnen werden. Diese lässt sich bei Kindern einfacher feststellen, als bei Erwachsenen. In Momenten, in denen beispielsweise ruhiges Sitzen abverlangt wird, stechen die unruhigen und zappeligen Kinder schnell hervor. Erwachsene zeigen zwar ähnliche Verhaltensweisen, üben diese jedoch wesentlich unterschwelliger aus (vgl. Krause/Krause 2009, S.83).

Studien in den 1980ern quantifizierten das Bewegungsschema von Kindern und zeigten somit, dass Kinder mit ADHS sich deutlich häufiger bewegen als Kinder ohne ADHS. Barkley selbst führte ebenfalls Untersuchungen in diese Richtung durch. Er kam zu dem Ergebnis, dass sich Kinder mit ADHS achtmal mehr bewegten als die Kinder der Kontrollgruppe (vgl. Barkley 2005, S.77).

Negative Auswirkungen auf die berufliche bzw. schulische Situation

Motorische Unruhe, Tics sowie Konzentrationsstörungen prägen vor allem die Schulzeit von ADHS-Betroffenen. Der klinische Psychologe Klaus Udo Ettrich und die Kinder- und Jugendpsychiaterin, Christine Ettrich (2006) vertreten die Auffassung, dass diese Kinder angesichts ihrer vorliegenden Symptomatik massive Probleme damit haben, gute Ergebnisse in der Schule zu erzielen (S.86). „Vor allem die fluktuierende Konzentrationsfähigkeit bei motivationalen Schwankungen, erhöhte Ablenkbarkeit und ein flüchtiger Arbeitsstil (bzw. bei ADS ohne Hyperaktivität ein sehr langsamer Arbeitsstil) führen zu schwächeren Ergebnissen, als sie durch das eigentliche Leistungsvermögen des Kindes möglich wären“ (Kahl et al. 2012, S.54).

Deshalb ist vor allem die Phase der Pubertät für ADHS-Betroffene prekär. Denn in dieser Zeit gilt es Grundsteine für die berufliche Zukunft zu legen, indem Schulabschlüsse gemacht- und berufliche Werdegänge eingeschlagen werden. Betroffene mit ADHS haben in dieser Phase ihres Lebens somit besondere Probleme, da Lernstörungen und Unaufmerksamkeit zu mangelndem Durchhaltevermögen führen. „Aus diesen Gründen werden viele Jugendliche mit ADHS zu SchulabgängerInnen ohne Abschluss“ (Gawrilow 2016, S.97f.).

Auch „Kinder mit Traumafolgestörungen fallen in der Schule auf, weil es ihnen schwer fällt sich zu konzentrieren und sie nicht zwischen wesentlichen und unwesentlichen Informationen unterscheiden können. Die traumatischen Erfahrungen spiegeln sich somit in der Funktionalität des Gehirns und damit in den kognitiven Leistungen wider“ (Streeck-Fischer 2012, S.85).

Finanzielle Probleme

Sowohl bei ADHS-Betroffenen als auch Menschen mit Traumafolgeerkrankungen ist ein erhöhtes Risiko gegeben, später einmal unter finanziellen Problemen zu leiden (vgl. Klos/Görgen 2009, S.88).

Für ADHS-Betroffene stellt der Umgang mit Geld eine Herausforderung dar, weil Impulse nur schwer unterdrückt werden können und somit keine realistische Abschätzung bezüglich der finanziellen Möglichkeiten stattfindet. Aufgrund ihres Krankheitsbildes haben sie Probleme damit abzuwägen, ob diverse Ausgaben leistbar sind (vgl. Barkley 2005, S.71ff.).

Bei Menschen mit Traumafolgerkrankung lässt sich dieses Phänomen vor allem mit dem erhöhten Suchtpotential und der daraus resultierenden Beschaffenheit erklären. Dies bedeutet eine enorme finanzielle Belastung, durch welche die Lebenskosten mittelfristig nicht mehr finanzierbar sind. Die kann in weiterer Folge zur Verschuldung und Wohnungslosigkeit führen (vgl. Klos/Görgen 2009, S.88).

Konflikte mit dem Gesetz

Die Störung der Impulskontrolle begründet sowohl bei ADHS-Betroffenen, als auch traumatisierten Menschen potentielle „[...] Wutausbrüche, den schlechten Umgang mit Geld, Promiskuität, Alkohol und Nikotin Abusus, Gewalt, Adipositas, das gestörte Sozialverhalten oder die emotionale Labilität“ (Krause/Krause 2009, S.85ff.).

Suchtproblematik

Brandau und Kaschnitz thematisieren in ihrem Buch „ADHS im Jugendalter“ den Missbrauch von Suchtmitteln bei Jugendlichen mit ADHS. Sie zeigten auf, dass Jugendliche mit ADHS zu Suchtmitteln greifen, um die charakteristische Symptomatik für eine kurze Sequenz zu reduzieren (vgl. ebd., S.170f.).

Betroffene mit Traumafolgestörungen erleben solche Emotionen unbewusst und nehmen diese als eine besonders intensive Form innerlicher Anspannung wahr, welche mittels Druckregulierung ausgeglichen werden muss. „Dieses ‚Dampfablassen‘ geschieht beispielsweise durch Fremd- und Selbstverletzung, Zerstörung von Gegenständen, Essstörungen, sowie risikoreiches Handeln und vor allem Suchtverhalten“ (Hantke/Görges 2012, S.102).

Im Rahmen eines Vortrags an der ärztlichen Akademie München fasst die Ärztin für pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie Nevena Vuksanovic (2015) die Ergebnisse einer ADHS-Trauma Studie folgendermaßen zusammen:

„Alle Eltern wurden unter anderem nach zwei Arten von potentiell traumatischen Ereignissen im Leben ihrer Kinder befragt: erstens nach den Ereignissen, die in der Beziehung passiert sind – ‚Interpersonal Events‘ [IPEs; z. B. geschlagen werden, bedroht werden, Zeuge körperlicher Gewalt in der Familie sein] –, und zweitens nach den ‚Non Interpersonal Events‘ [nIPEs], die nicht in der Beziehung stattfanden [z. B. Autounfälle, Feuer erleben, Todesfälle in der Familie]. ADHS-Kinder hatten fast jede Art von traumatischen Ereignissen häufiger erlebt als gesunde Gleichaltrige. Sehr interessant war allerdings, dass der signifikante Unterschied zwischen den zwei Gruppen hinsichtlich der IPEs – der Ereignisse, die in der Beziehung erlebt wurden – bestand [$p=.004$]. Über 40% der ADHS-Kinder hatten mindestens eines dieser Ereignisse im Hintergrund, viele auch mehrere. Dagegen war der Unterschied bei den nIPEs nicht signifikant. [...] In unserer Stichprobe [N= 80] waren über 70% der ADHS- Kinder gleichzeitig hinsichtlich der PTBS klinisch auffällig gewesen“ (S.1).

2.3 Interventionen

Diese Tatsache ist vor allem in Hinblick auf die verschiedenen Interventionsformen relevant. Metaanalysen konnten zeigen, dass die psychotherapeutische Behandlung beim Vorliegen einer PTBS Wirkung zeigt und vor allem die Stresssymptomatik signifikant reduzieren kann (vgl. Morina et al. 2016, S.41ff.). Die Evidenz für eine psychopharmakologische Behandlung von PTBS ist bislang noch gering (vgl. ebd.). Die Behandlung von ADHS jedoch, sollte „im Rahmen eines multimodalen therapeutischen Gesamtkonzeptes erfolgen“ und entsprechend individueller Präferenzen, dem sozialen Umfeld, sowie mit psychotherapeutischen und pharmakologischen Interventionen kombiniert werden (DGKJP et al. 2017).

Bei Kindern unter sechs Jahren werden neben psychosozialen oder therapeutischen Maßnahmen (z. B. Elterntraining, Verhaltenstherapie, Psychoedukation) vor allem eine ADHS-spezifische Pharmakotherapie empfohlen. Hierbei werden vor allem Stimulanzien wie Methylphenidat, Amphetamin und Lisdexamphetamin, sowie Atomoxetin zur Behandlung in Betracht gezogen, welche wie bereits zuvor beschrieben, bei schädlichem Gebrauch zu einer Substanzmittelabhängigkeit führen können (vgl. ebd.).

Im Falle einer vorliegenden Traumafolgeerkrankung würde aufgrund des erhöhten Suchtpotentials auf den Gebrauch von Stimulantien verzichtet werden (Fischhof/Pelikan 2006, S.89f.)

An dieser Stelle könnte jedoch angemerkt werden, dass bei der einerseits erhöhten Komorbiditätsrate von ADHS und PTBS (vgl. Vuksanovic 2015, S.3) bzw. ADHS und entwicklungsbezogenen Traumata (vgl. Van der Kolk 2016), sowie andererseits der nahezu unmöglichen eindeutigen Unterscheidung der jeweiligen Verhaltensweisen in deren Erscheinungsform (vgl. Levine et al. 2015, S.33f.) es für den weiteren Entwicklungsverlauf von Betroffenen absolut notwendig wäre, in Bezug auf eine pharmakologische Behandlung, die beiden Krankheitsbilder eindeutig zu differenzieren (vgl. Goleman 2007, S.319ff.)

Vor diesem Hintergrund erscheint es zur Klärung der Eingangsfrage nach der Relevanz einer Differenzierung der beiden Störungsbilder für sozialpädagogisches Handeln notwendig zu sein, jenseits der angeführten Definition einer PTBS, generelle Überlegungen zum Begriff „Trauma“ und zur Verursachung von (in diesem Zusammenhang vor allem ADHS-ähnlichen) Verhaltensauffälligkeiten durch Traumatisierungen unterschiedlicher Art anzustellen (Levine et al. 2015, S.33f.).

Aus diesem Grund widmet sich das nächste Kapitel dem Handlungsfeld, in welchem die empirische Forschung durchgeführt wurde und die daraus resultierenden Ergebnisse gewonnen wurden. Da es sich bei der Zielgruppe ausschließlich um männliche Personen handelt, wird diesbezüglich im weiteren Verlauf auf die gegenderte Schreibweise verzichtet, sofern diese inhaltlich nicht erforderlich ist.

3 Handlungsfeld – Traumapädagogische Facheinrichtung Ubuntu

Seit 2005 begeben sich junge Männer im Alter von 16 bis 30 Jahren in die traumapädagogische Facheinrichtung Ubuntu auf Langzeitrehabilitation, um auf ihrem Weg in ein selbstständiges Leben, in Bezug auf folgende Indikations- bzw. Problembereiche, professionell begleitet zu werden:

posttraumatische Belastungsstörung/komplexe posttraumatische Belastungsstörung, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, dissoziative Störung, Essstörungen, selbstverletzendes Verhalten, selbstschädigendes Verhalten, suizidale Krisen, Suchtmittelabhängigkeit/Polytoxikomanie, Störung des Selbstwertgefühls, Anpassungsprobleme, strafrechtliche Delikte, Haftaufenthalt, unkontrollierbare Aggressionsausbrüche, keine abgeschlossene Schul- und/oder Berufsausbildung (Ubuntu 2020)

Die Klienten erlangen Unterstützung bei der Erreichung ihrer individuellen Ziele, die sich vorwiegend auf die Bereiche der nachhaltigen Stabilität, Existenzsicherung, Arbeitsmarktintegration, Deliktbearbeitung und das Erkennen von störenden Verhaltensweisen und Emotionen erstrecken. Zusätzlich wird den Klienten beim Vorliegen einer Suchtmittelabhängigkeit die Möglichkeit einer Suchtmittelbehandlung ohne vorhergehenden Entzug geboten (Ubuntu 2020).

3.1 Strukturelle Rahmenbedingungen

Die Facheinrichtung Ubuntu bietet eine umfassende traumapädagogische Rehabilitation und ist Kooperationspartner des Österreichischen Traumapädagogikzentrums (ÖTPZ) sowie Mitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft für Traumapädagogik (BAG) (ÖTPZ 2020).

Daher sind auch die MitarbeiterInnen der Facheinrichtung Ubuntu ein multiprofessionelles Team aus Fachkräften mit einer abgeschlossenen Ausbildung im Sozial- bzw. Gesundheitsbereich. Alle MitarbeiterInnen verfügen über eine Zusatzqualifikation zur/zum diplomierten Traumapädagogin/Traumapädagogen, welches im ÖTPZ mit dem berufsbegleitenden Diplomlehrgang „Qualifikation Traumapädagogik und Traumazentrierte Fachberatung“ mittels sowohl schriftlicher als auch mündlicher Prüfung abgeschlossen wird (ebd.)

In dieser Ausbildung werden Themen der Psychotraumatologie, Bindungsarbeit, Stabilisierungstechniken, Methoden der Traumapädagogik, Strategischen Fallarbeit, Psychoedukation, Skillstraining, Selbstfürsorge und Psychohygiene sowie Kenntnisse zu dissoziativen Störungen, Sucht und ADHS abgehandelt (vgl. ÖTPZ 2020).

Es werden zudem traumaspezifische Interventionsformen erlernt, wie beispielsweise Kriseninterventionen mit Berücksichtigung von Trauma, Trauma und Sucht, sowie Trauma und ADHS. Diesbezüglich stützen sich die theoretischen Inhalte auf die neueste Forschung der Psychotraumatologie, wie z.B. der Neurodeeskalation nach Christoph Göttl. In der Ausbildung zur TraumapädagogIn und traumazentrierten FachberaterIn wird traumaspezifisches Fachwissen vermittelt, welches in der Arbeit mit Betroffenen unumgänglich ist (vgl. ÖTPZ 2020).

3.2 Rehabilitative Rahmenbedingungen

Das traumapädagogische Konzept der Facheinrichtung Ubuntu beruht auf einer ziele- und ressourcenorientierten Einzelarbeit, auf Psychoedukation im Gruppensetting, sowie auf die pädagogische Arbeit im Alltag unter Rücksichtnahme der verschiedenen Symptome der zuvor geschilderten Problembereiche. Die zentralen Ziele stellen hierbei die Stabilisierung und Ressourcenaktivierung der Klienten dar, um die Integration in ein selbstbestimmtes Leben realisierbar zu machen. In Partizipation mit den Klienten werden an der Realisierung individueller Ziele bzw. Teilziele gearbeitet. Die traumapädagogische Rehabilitation setzt sich im Allgemeinen aus den nachstehenden Teilbereichen zusammen (Ubuntu 2020).

Psychiatrische Konsultation

Es erfolgt eine regelmäßige Konsultation des zuständigen Facharztztes für Psychiatrie und Neurologie. Hierbei wird die medikamentöse Behandlung der Klienten besprochen und wenn nötig angepasst, sowie weitere medizinische Schritte eingeleitet (Ubuntu 2020).

Traumazentrierte Fachberatung

Die Klienten erhalten wöchentlich Einheiten der traumazentrierten Fachberatung. Das Ziel dieser Sitzungen ist es zu verstehen, welche Auswirkungen traumatische Erlebnisse bei einem Individuum auslösen. Dementsprechend entdecken die Klienten Ressourcen und Strategien, um mit ihren Symptomen besser umzugehen und in weiterer Folge innere Sicherheit herzustellen. Darüber hinaus soll ein adäquater Umgang mit eigenen Emotionen ermöglicht werden. Betroffene sollen im allgemeinen Stabilisierung auf sämtlichen Ebenen ihres Seins erfahren (vgl. Ubuntu 2020).

Bezugsbetreuung

Traumata beeinflussen meist auch den Umgang im zwischenmenschlichen Bereich. Durch das System der Bezugsbetreuung wird den Klienten eine Möglichkeit geboten, eine heilsame Bindungserfahrung zu machen. „Daher ist ein zentraler Teil des Konzeptes von Ubuntu die Individualbetreuung. Grundsätzlich gilt für alle BewohnerInnen ein institutioneller Rahmen, innerhalb dessen individuelle Therapiepläne, welche individuelle Vereinbarungen und Regeln inkludieren, erstellt werden“ (Halper/Orville 2013, S.115).

Traumapädagogisches Konzept

In der Facheinrichtung Ubuntu lehnt sich das institutionelle Konzept an die zentralen Elemente der Traumapädagogik. Darunter wird ein Kollektivum von ausgearbeiteten pädagogischen Konzepten, für die Arbeit mit traumatisierten Menschen verstanden. Es vereint einerseits Einflüsse aus der Pädagogik und andererseits aus der Psychotraumatologie (vgl. Ubuntu 2020).

3.3 Getätigte Interventionen

Das Leistungsprofil über getätigte Interventionen im Rahmen des Konzeptes bezieht sich auf alle Bewohner der Einrichtung, unabhängig von deren Diagnosen. Auch wenn in diesem Abschnitt der Begriff der „Traumatisierten o.Ä.“ aufgrund des traumapädagogischen Konzeptes der Facheinrichtung häufiger Anwendung findet, wird sich immer auch auf ADHS-Betroffene bezogen.

Traumapädagogische Grundhaltung

Im Umgang mit traumatisierten Personen ist eine traumapädagogische Haltung wesentlich. Diese berücksichtigt „[...] das Wissen um die Folgen von Traumatisierung und biografischen Belastungen. [...] Hierbei bildet eine wertschätzende und verstehende Haltung das Fundament“ (BAG-TP 2011, S.4). Der DeGPT/Fachverband Traumapädagogik nennt folgende fünf Grundprinzipien, welche im Umgang mit traumatisierten Personen als unerlässlich gesehen werden:

Die Annahme des guten Grundes:

„Alles was ein Mensch zeigt, macht einen Sinn in seiner Geschichte“ (Lang et al. 2013, S.5). Das Denkmodell der Annahme des guten Grundes stellt einen essentiellen Grundgedanken in Hinblick auf das Verständnis von Verhaltensweisen dar. „Dieses basiert auf Grundannahmen, die davon ausgehen, dass das Verhalten von Menschen normalerweise nicht destruktiv motiviert ist, sondern aus dem inneren System des Menschen heraus Sinn ergibt“ (Scherwath/Friedrich 2012, S.63). Das Verhalten wird wertfrei betrachtet und ein Verständnis für die individuelle Biografie aufgebaut. Oftmals auftretendes unpassendes und nicht nachvollziehbares Verhalten wird nicht als destruktiv abgetan, sondern der Sinn dahinter erläutert, um dementsprechend zu handeln (vgl. Scherwath/Friedrich 2012, S.63f.).

Wertschätzung

Im Zusammenleben ist eine wertschätzende Haltung auf jeder Ebene von Bedeutung (vgl. Weiß 2013a, S.92). Eine Gesellschaft ist geprägt durch die Vielfalt an Persönlichkeiten und deren Individualität. Die gegenseitige Akzeptanz und Wertschätzung fördert das Verständnis für das Gegenüber und trägt zu einer friedvollen Atmosphäre bei, in der sich jeder in seiner Individualität hinsichtlich seiner eigenen Bedürfnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten entwickeln kann. „Es ist gut so, wie du bist“ (Lang et al. 2013, S.5).

Partizipation

„Ich traue Dir was zu und überfordere Dich nicht“ (Lang et al. 2013, S.6). Die Partizipation am eigenen Lebensalltag zählt zu einer der essentiellsten Faktoren in der Arbeit mit traumatisierten Menschen. Denn Trauma beinhaltet immer eine Art von Kontrollverlust mit dem Glauben, das eigene Umfeld nicht beeinflussen zu können. Durch Partizipation im Alltag haben Betroffene die Möglichkeit Erfahrungen der Selbstwirksamkeit zu machen, um dadurch wieder Gefühle von Kontrolle und Teilhabe zurückzuerlangen (vgl. Wahle 2013, S.157).

Alle Bewohner haben in der Facheinrichtung Ubuntu die Möglichkeit Vorschläge und Wünsche in Hinblick auf bevorstehende Aktivitäten und Ausflüge zu äußern. Somit werden sie aktiv in die Gestaltung eines Wochenplanes miteinbezogen. Weiteres werden sie in sämtliche Tätigkeiten miteingebunden, welche die Instandhaltung des Hauses betreffen. Gemeinsam mit einem Betreuungspersonal werden kleine Reparaturen und Sanierungen durchgeführt, oder aber das Haus passend zu den Jahresfestkreisen dekoriert.

Transparenz

„Jeder [und Jede] hat jederzeit ein Recht auf Klarheit“ (Lange et al. 2013, S.6). Menschen mit Traumata sind meist durch missbräuchliche Erfahrungen hinsichtlich Macht und Hierarchie geprägt worden. Sie haben ein hohes Maß an Willkür und Ohnmacht erfahren, weshalb ein transparenter Umgang mit Hierarchien, Strukturen und Machtverhältnissen, unumgänglich ist (Scherwat/Friedrich 2012, S.71f.).

In der Facheinrichtung Ubuntu sorgt daher ein geregelter, strukturierter sowie abwechslungsreicher Wochenplan für einen übersichtlichen Alltag. Dieser ist breit gefächert und wird den saisonalen Gegebenheiten angepasst. Eine geregelte Hausordnung dient einer klaren Struktur, sowie einem harmonischen Zusammenleben. Alle Tagesabläufe und aktuellen Termine sind für alle Klienten jederzeit auf einer Pinnwand ersichtlich und werden täglich morgens nochmals mit allen Bewohnern besprochen. Somit wird ihnen stetig Vorhersehbarkeit und Sicherheit vermittelt (vgl. Ubuntu 2020).

Spaß und Freude

„Viel Freude trägt viel Belastung“ (Lang et al. 2013, S.7). Traumatische Erfahrungen ziehen Gefühle wie Angst, Ohnmacht, Trauer, Wut und Ekel nach sich. Es gilt daher die Freudenseiten des Lebens hervorzuheben, um der Belastung mittels Resilienz entgegenzuwirken (vgl. ebd.).

Positive Life Events dienen in der Facheinrichtung Ubuntu als positiver Gegensatz zu den negativen Gefühlen aus der Vergangenheit und begünstigen Spaß und Freude im Lebensalltag von Betroffenen. Deshalb finden auch mehrmals im Monat verschiedene Ausflüge und Aktivitäten statt (vgl. Ubuntu 2020).

Traumapädagogische Gesprächsführung

Sprache ist eines der wesentlichen Ausdrucksmittel in der Arbeit mit Menschen, vor allem jenen, welche traumatische Erlebnisse in ihrer Biografie aufweisen. Sprache trägt Kommunikation, vermittelt Werte und Normen und ist Abbild der sozialen Realität. Eine wertschätzende und klare Sprache ist daher ein wesentlicher Parameter der Traumapädagogik (vgl. Zimmermann 2016, S.234ff.). „Wichtig bei der Gesprächsführung mit traumatisierten Menschen ist das Ansprechen und Benennen von Emotionen und die Rückmeldung. Das war deine normale Reaktion auf eine unnormale Situation“ (Halper 2012, S.16). Dabei ist es wichtig, auf Gefühle einzugehen und diese auch zuzulassen. Die traumapädagogische Gesprächsführung soll das eigene Verstehen sowie die Selbstbemächtigung stärken. Traumatisierungen sind sehr oft von Geheimhaltung und Verschwiegenheit gekennzeichnet. In der traumapädagogischen Gesprächsführung ist damit das Benennen und Ansprechen von Gefühlen, Befindlichkeiten und Krisen ein wesentlicher Faktor. Das Ansprechen lässt erkennen, dass Fachkräfte die Situation verstehen oder zumindest die Bedeutung der Situation für Betroffene zu verstehen versuchen. Dies führt zu Entlastung seitens der Betroffenen (vgl. ebd.).

Fördernder Dialog

Mit Hilfe des fördernden Dialogs, sollen verdrängten Lebens – und Entwicklungserfahrungen gefördert werden. Gemeint ist dabei die Verschüttung von Entwicklungen, die sich in der innerpsychischen Realität ausdrückt und sich dabei sowohl auf nie gemachte Erfahrungen, als auch auf Verluste von vorhandenen Fähigkeiten, aufgrund regressionsfördernder traumatischer Erfahrungen bezieht. Durch das Dialogische wird die Bedeutung von Kommunikationsprozessen, zur Bearbeitung von traumatischen lebensgeschichtlichen Sequenzen, betont (vgl. Zimmermann 2016, S.235f.).

Doppelbotschaften (Double Binds)

Bei Double Binds handelt es sich um Kommunikationsmuster, bei denen widersprüchliche Nachrichten übermittelt werden, wie beispielsweise ernsthaften Inhalte auf lächelnde Art und Weise mitzuteilen. Double Binds oder Doppelbotschaften sind also ein paradoxes Kommunikationsmuster, bei dem das Gesprochene (verbal) nicht mit der Mimik (nonverbal) übereinstimmt. Dies wird in der Fachsprache auch als inkongruente Nachricht verstanden. Vor allem EmpfängerInnen dieser zweideutigen Botschaften können schnell in eine Ambivalenz geraten, da nicht genau verstanden wird, welche Botschaft nun ernst zu nehmen ist. Auch Wünsche und Aufforderungen können demnach widersprüchlich formuliert werden (vgl. ebd.).

„Befinden sich traumatisierte Menschen in einer betreuten Einrichtung, ist es meist so, dass sie außerhalb der Therapie nicht über ihre Traumata sprechen sollten“ (Halper/Orville 2013, S.105ff.). In der Einrichtung Ubuntu haben sich TraumapädagogInnen auf ein neues Konzept geeinigt, von dem alle Seiten profitieren. Die BezugsbetreuerInnen bearbeiten mit dem Klienten im Rahmen der traumazentrierten Einheiten belastendes Material und erarbeiten individuelle Notfallpläne, sowie Stabilisationsmöglichkeiten. Durch die Kombination aus pädagogischer, traumapädagogischer, und traumazentrierter Methoden lässt sich ein besseres Arbeitsklima feststellen und die Klienten weisen weniger klinische Einweisungen und Therapieabbrüche auf (vgl.ebd.).

Schaffung des sicheren Ortes

Der sichere Ort beschreibt Qualitätskriterien in der Arbeit mit traumatisierten Menschen, die durch die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Traumapädagogik herausgegeben wurden. Der sichere Ort ist ein Konzept, das sowohl für das ambulante als auch stationäre Setting gültig ist. Es stellt eine grundlegende Interventionsform der Traumapädagogik dar (vgl. Baierl 2017, S.60). Laut der Fachärztin für Psychotherapie, Brigitte Hüllemann (2019) können dies sowohl reale Orte oder Plätze sein, als auch imaginierte Orte und Lokationen an denen sich Betroffene wohlfühlen. „Wichtig ist ein Ort, an dem Betroffene innere Sicherheit, Ruhe und Gelassenheit empfinden können“ (S.100).

Die Bereitstellung äußerer Sicherheit und Stabilität stellt nämlich die Grundlage für die Erreichung innerer Sicherheit und Stabilität dar (vgl. BAG-TP 2011, S.15).

Traumatisierte Personen können sich erst dann sicher fühlen, wenn sie sich an einem „sicheren Ort befinden, an dem keine Gefahren bzw. potentielle Traumatisierungen drohen (= äußerer sicherer Ort)“ und sie „[...] sich bei Menschen befinden, die sie beschützen und versuchen alle Bedrohungen abzuwehren (= personaler sicherer Ort)“. Zudem müssen sie auch „Sicherheit in sich selbst finden“ können, also lernen „auf sich selbst zu vertrauen und davon ausgehen, alle Herausforderungen und Gefahren sicher und gut meistern zu können (= das Selbst als sicherer Ort)“. Spiritueller Glaube und positive Schwingungen dienen außerdem dazu, dass sich Betroffene „[...] behütet und geborgen fühlen (= Spiritualität als sicherer Ort)“. So können Betroffene äußeren Gefahren, sowie sich „[...] aufdrängende innere Bilder ausblenden und sich an einen sicheren Ort begeben (= innerer sicherer Ort)“ (Baierl 2014, S.56ff.).

Die Einrichtung Ubuntu befindet sich in ländlicher Gegend in der Weststeiermark im Bezirk Voitsberg. Es gibt einen großen Garten, sowie einen kleinen Gemüsegarten. Grillplatz und Feuerstelle werden ebenfalls geboten, ebenso ein Trainingsraum und Möglichkeit im Sommer an der direkt anliegenden Teigitsch baden zu gehen. Außerdem soll das Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit durch die in der Einrichtung lebenden Hunde gefördert werden. Das Betreuungspersonal isst gemeinsam mit den Bewohnern und es wird gewartet, bis alle fertiggegessen haben, um anschließend zusammen den Tisch abzuräumen. Außerdem hat jeder Klient die Möglichkeit, sein persönliches Zimmer individuell und persönlich zu gestalten, sodass sich jeder wohlfühlt. Die Einrichtung bietet dadurch ein vor allem familienähnliches Setting, welches an die Qualitätskriterien der BAG Traumapädagogik angelehnt sind.

Nachbeelterung (Reparenting)

Der Begriff „Nachbeelterung“ (auch unter der englischen Bezeichnung Reparenting bekannt) bezieht sich auf die Beziehungsgestaltung und meint das bewusste Neusozialisieren vergangener Traumata anhand alternativer Verkörperungen. Das Prinzip der Nachbeelterung wurde vom amerikanischen Psychologen und Psychotherapeuten, Jeffrey E. Young entwickelt und stammt ursprünglich aus der sogenannten Schematherapie. Bei der Schematherapie finden vor allem Gedanken, Affekte sowie Körperreaktionen eine besondere Beachtung. Unter Schemas werden im Allgemeinen „[...] innerpsychische Strukturen verstanden, die in der Kindheit und Jugend entstehen und im späteren Leben in gewissen Situationen unbewusst bestimmte Verhaltensweisen auslösen“ (Damm 2010, S.29ff.). Traumatisierungen in frühen Lebensspannen können dazu führen, dass ein Mensch „sogenannte maladaptive Schemas“ entwickelt, die für Betroffene und deren Umfeld ungünstig sein können (ebd.). Die Nachbeelterung beinhaltet die Fähigkeit von Fachkräften, nicht erfüllte Grundbedürfnisse von Betroffenen wahrzunehmen und adäquat darauf zu reagieren, damit Betroffene die Möglichkeit bekommen, positive Bindungserfahrungen zu machen und dadurch „emotional nachzureifen“. Hiermit sollen fehlende Entwicklungsschritte nachgeholt werden (Wagner 2013, S.91). Denn ein bereits bestehendes Bindungsverhalten ist veränderbar, wodurch mittels Nachbeelterung „[...] eine Korrektur von negativen Erfahrungen ermöglicht werden kann“ (Brisch 2013, S.154).

Durch die Arbeit im Bezugsbetreuungssystem während des Rehabilitationsaufenthaltes in der Einrichtung Ubuntu, bekommen Klienten ebenfalls die Möglichkeit emotional nachzureifen. Gemeinsame Filmabende, spannende Ausflüge aber auch das gemeinsame durchstehen von Krisen, ermöglicht es den Klienten heilsame Erfahrungen zu machen.

Triggeranalyse

Trigger sind Schlüsselreize die Gedanken, Gefühle oder Affekte einer traumatischen Erinnerung auslösen. „Sobald ein Selbstanteil durch einen solchen Stimulus getriggert wird, reagiert er automatisch ganz ähnlich wie in der ursprünglichen traumatischen Situation“ (Boon/Stelle/Van der Hart 2013, S.170). Auch konkrete Gedanken, körperliche Empfindungen oder emotionale Zustände können Triggerreize darstellen. Um im Alltag nicht von Traumareaktionen überwältigt zu werden, ist es notwendig sämtliche Trigger auszuforschen. Sobald klar wird, wann und unter welchen Umständen Betroffene getriggert werden, werden passende Bewältigungsstrategien erarbeitet, sowie Skills entwickelt, die dazu dienen Distanz zu traumatischem Material zu gewinnen (vgl. Eisenberg 2015).

Skilltraining

Ursprünglich entstand das Konzept des Skillstrainings in Kooperation mit der amerikanischen Psychologin Marsha Linehan, im Rahmen der dialektischen-behavioralen Therapie (DBT-Skillstraining) für die ambulante Behandlung von suizidalen und sich selbst verletzenden Jugendlichen (vgl. Miller/Rathus/Linehan 2007, S.245ff.).

Um traumatisierten Menschen auch im deutschsprachigen Raum gerecht zu werden, wurde das DBT-Skillstraining sowohl für den ambulanten, als auch für den stationären Gebrauch adaptiert. Das Skillstraining bietet neben Betroffenen auch den Durchführenden eine klare Struktur, ein transparentes Vorgehen und ermöglicht daher jeder Zeit eine Orientierung der derzeit angestrebten Ziele (Fleischhaker et al. 2011, S.3). Betroffenen werden im Allgemeinen sogenannte Skills, also Fertigkeiten vermittelt, welche Alternativen zu den bisher meist dysfunktionalen Bewältigungsversuchen darstellen und folglich geeignete Strategien im Umgang mit der eigenen Person, den Gefühlen und dem sozialen Umfeld bietet. Die Vermittlung von Skills erfolgt im stationären Rahmen in sogenannten Bezugsbetreuungsstunden (vgl. Bohus/Wolf-Arehult 2013, S,9).

Strukturell handelt es sich beim DBT-Skillstraining in der Facheinrichtung Ubuntu um ein Modul-Konzept welches wie folgt lautet:

- **Achtsamkeit:** um die bewusste Wahrnehmung zu fördern, die Realität anzunehmen, Automatismen zu unterbrechen und dadurch Kontrolle zurückzugewinnen, Stabilisierung zu gewährleisten.
- **Stresstoleranz:** zur Vorbeugung von Hochstressphasen, das zeitige Wahrnehmen von Hochspannung, die Erarbeitung von funktionalen Strategien für die Spannungsregulation, die Erstellung eines Notfallkoffer um in adäquate Spannungszustände zu gelangen, sowie der Erarbeitung einer Spannungsskala.
- **Emotionsregulation:** um Wissen über Gefühle und deren Bedeutung zu vermitteln, für die Wahrnehmung und den Ausdruck von Gefühlen, um Emotion zu analysieren und in Folge dessen zu regulieren.
- **Zwischenmenschliche Fertigkeiten:** um eine Verbesserung von sozialen Kompetenzen zu erzielen, die Organisation und Interaktion sozialer Situationen zu erleichtern, Orientierung auf Ziele und Beziehungen zu ermöglichen.
- **Selbstwert:** um dysfunktionale Selbstwahrnehmung zu sensibilisieren, alternative Bewertungen aufzubauen, angenehme Erlebnisse mit der eigenen Person zu fördern (vgl. Bohus/Wolf-Arehult 2013, S.9).

Stresstoleranz

Traumatisierte geraten viel schneller in Hochstressphasen, was aufgrund der zuvor beschriebenen Physiologie eine charakteristische Traumafolgesymptomatik darstellt. Dies kann dazu führen, dass Betroffenen die Kontrolle über Gefühle und Verhaltensweisen entgleitet (vgl. Lüdecke/Sachsse/Faure 2010, S.255).

Aufgrund der Inaktivität der Großhirnrinde ist es in Hochstressphasen nicht mehr möglich, klar zu denken und Umweltreize adäquat zu interpretieren. Die Ausbildung einer adäquaten Stresstoleranz soll dabei helfen, Spannungszustände frühzeitig zu erkennen und bewusst zu empfinden. Dazu ist es zunächst notwendig, Betroffene mit der Trauma-Physiologie während Hochstresssituationen vertraut zu machen und die Anwendung einer Spannungsskala zu installieren (vgl. Halper 2012, S.19ff.).

Stabilisierung

Neben der Erarbeitung einer Spannungsskala für die Dienlichkeit in Hochstressphasen, ist es zudem notwendig Dissoziationen und Flashbacks, in denen Betroffene traumatische Inhalte wiedererleben, zu unterbrechen. Diese wirken nämlich stark belastend und können zu einer Retraumatisierung führen. Mithilfe starker Stimulation der Sinnesreize können Betroffene während derartiger Bewusstseinszustände reorientiert und anschließend stabilisiert werden (vgl. Weiß 2013b, S.178f.). Da dissoziative Zustände sowohl psychisch als physisch außerordentlich herausfordernd sind, ist es wichtig im Anschluss Entspannungstechniken anzuwenden, oder einen inneren sicheren Ort mit Hilfe von Imaginationen herzustellen. Ziel jeder Stabilisierung ist hierbei die Wiedererlangung von Sicherheit (vgl. Friedrich/Scherwath 2012, S.161f.).

Ressourcenaktivierung

Im Sinne der Ressourcenaktivierung dienen sämtliche Ressourcen, über die Menschen verfügen, der Stabilisierung. In Umgang mit traumatisierten Personen werden deshalb Stärken, sowie Fähigkeiten und Fertigkeiten eruiert, um diese anschließend gezielt zu fördern. Damit sollen sämtliche Ressourcen in Krisen als Kraftquelle nutzbar gemacht werden. Die Erkenntnis über das Verfügen von Ressourcen und die daraus resultierenden positiven Erfahrungen, dienen sowohl einem positiven Selbstkonzept, als auch einer optimalen Selbstwirksamkeit (vgl. ebd., S.95f.).

„Darüber hinaus gilt es auch zu entdecken, welche Stärken oft in einer Schwäche verborgen sind, [...].“ (Reddemann 2007, S.56). Vor allem traumatisierte Personen haben erhebliche Probleme damit, sich ihren Stärken bewusst zu werden. Meist nehmen sie ihre Fähigkeiten als wertlos und unnötig wahr. Aus diesem Grund gilt es Betroffenen stetig bewusst zu machen, wie wertvoll und hilfreich ihre Fertigkeiten eigentlich sind, vor allem hinsichtlich der Bewältigung krisenhafter Situationen (vgl. Friedrich/Scherwath 2012, S.101ff.).

Imaginationsübungen

Wie bereits erwähnt, stellt die Schaffung eines sicheren Ortes eine essentielle Grundlage in der Traumarbeit dar. Durch ihn wird Betroffenen ein Ort der Heilung geboten, der ihnen Geborgenheit bietet. Sobald Intrusionen oder Flashbacks im Alltag auftreten, dient ein sicherer Ort der Stabilisierung (vgl. Sachsse/Sack 2011, S.83f.).

Von besonderer Bedeutung für die emotionale Stabilisierung traumatisierter Menschen sind Imaginationsübungen, die neben der Traumapädagogik in fast allen modernen Traumatherapien der heutigen Zeit Anwendung finden. Es handelt sich hierbei um eine Übung der psychoimaginativen Traumatherapie, welche von der Psychoanalytikerin und Psychiaterin Luise Reddemann (2017, S.19) entwickelt wurde.

Sicherungsgruppe

Die „Sicherungsgruppe“, die jeden Freitagabend in der Facheinrichtung Ubuntu stattfindet, bietet den Bewohnern die Möglichkeit genau dies zu üben. Hier werden Imaginationsübungen vorgestellt und ausprobiert. Das bewusste Erschaffen von positiven und entspannenden Bildern kann sich auf Emotionen und Stresslevel signifikant auswirken. Es gilt, den stressigen inneren Bildern, die traumatisierte Menschen meist haben, etwas entgegenzusetzen. Imaginationsübungen dienen somit der psychischen Stabilisierung und Selbstberuhigung. Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung, wie Flashbacks, Alpträume oder Intrusionen, können durch den Einsatz von Imaginationsübungen reduziert werden (Ubuntu 2020).

Biografiearbeit

Die Erkundung der Lebensgeschichte nimmt vor allem im traumapädagogischen Kontext einen wichtigen Stellenwert ein, da sich vergangene traumatisierende Erlebnisse von Betroffenen nicht aus dem pädagogischen Alltag heraushalten lassen. Die Biografiearbeit bietet „[...] eine Möglichkeit zur Reduktion von traumabedingten störenden Verhaltensweisen“ (Krautkrämer-Oberhoff/Haaser 2013, S.135). Aufgrund der Fragmentierung von belastendem Traumamaterial, wird die eigene Lebensgeschichte von Betroffenen meist als sehr unvollständig wahrgenommen. Dadurch wird auch die Entwicklung eines positiven, sowie stabilen Selbstbildes verhindert, was auch die Bildung eines Selbstwertgefühls negativ beeinflusst (vgl. ebd., S.127). Dementsprechend zielt die Biografiearbeit darauf ab, die eigene Lebensgeschichte zu rekonstruieren, indem Erinnerungsfragmente zugeordnet –und „Widersprüchlichkeiten integriert werden, um biografische Zusammenhänge herzustellen“ (Sauer 2012, S.212).

Ein weiterer Schritt im Rahmen der Biografiearbeit ist eine kognitive Neubewertung der eigenen Vergangenheit, um Akzeptanz und Verständnis für die persönliche Lebensgeschichte aufzubringen (vgl. Krautkrämer-Oberhoff/Haaser 2013, S.127ff.). Dadurch sollen zum einen biografische Zusammenhänge aufgezeigt werden und sich zum anderen eine ganzheitliche Lebensgeschichte entwickeln (vgl. Weiß 2013b, S.97). Das Selbstwertgefühl wird folglich gestärkt und die Entstehung eines realistischen Selbstbild, sowie Identitätsgefühls gefördert (vgl. Krautkrämer-Oberhoff/Haaser 2013, S.127ff.). Eine explizite Konfrontation mit traumabezogenen Inhalten steht hierbei nicht im Vordergrund (vgl. Sauer 2012, S.212).

Resilienzförderung

Eine Möglichkeit zur Steigerung der Selbstwirksamkeit bietet die Resilienzförderung. Diese geht meist mit der Ressourcenaktivierung einher (vgl. Huber 2009, S.91). Dabei sollte bedacht werden, dass der damit verbundene Begriff „Resilienz“ psychische Widerstandskraft bedeutet, welche im Zusammenhang mit Widerständigkeit steht (Reddemann 2011, S.19). Dementsprechend handelt es sich bei der Resilienzförderung um die Bewältigung lebensgeschichtlicher Schwierigkeiten, deren anschließende Überwindung sowie Verinnerlichung als Teil des innerlichen Wachstumsprozesses verstanden wird (vgl. Antonovsky 1997, S.34ff.).

Eine Erhöhung der Widerstandsfähigkeit hat viele positive Auswirkungen in der Arbeit mit Traumatisierten. In erster Linie soll mit Eigenschaften wie Intelligenz, Humor, dem Glauben an das Gute, Mut oder Phantasie erreicht werden, dass Belastungssituationen besser bewältigt werden können. Es soll möglich sein darüber zu lachen, wenn man überrascht wird oder kleine Ungeschicklichkeiten passieren. Ein solches Vorgehen ermöglicht eine höhere Transparenz und zeigt Ehrlichkeit und Offenheit. Diese Faktoren sind im Umgang mit Betroffenen sehr hilfreich (vgl. Lang et al. 2013, S.6ff.).

Psychoedukation

Ziel der Psychoedukation ist, „durch systematische und kompetente Informationen über das jeweilige Krankheitsbild dessen Entstehungsbedingungen und über die therapeutischen Möglichkeiten, die Erkrankung besser nachvollziehen zu können und um in weiterer Folge besser damit umzugehen. Psychoedukation hat auch die Funktion, zur Entstigmatisierung psychischer Störungen beizutragen und Barrieren zum Aufsuchen einer Behandlung abzubauen. Dieses bildet die Grundlage für einen gemeinsam erarbeiteten Behandlungserfolg“ (Möller/Laux/Deister 2015, S.589).

Bei der Psychoedukation in der Arbeit mit Traumatisierten geht es darum, Betroffene über die Folgen traumatischer Ereignisse aufzuklären, sie über deren Entwicklungsverläufe zu informieren und ihnen folglich dadurch Sicherheit zu vermitteln (vgl. Seidler 2013, S.212). Betroffene sollen demnach ein Verständnis für die eigenen Denk- und Verhaltensmuster aufbringen. Das Ziel der Psychoedukation ist zum einen die Wissensvermittlung über die Entstehung und zum anderen deren möglichen Folgen (vgl. Seidler 2013, S.212; Werner 2014, S.151).

Die traumapädagogische Rehabilitation sieht auch die Teilnahme an verschiedenen psychoedukativen Gruppen vor. Als Psychoedukation wird die Aufklärung von Betroffenen und Angehörigen über physische und psychische Erkrankungen und deren Entstehungsmechanismus bezeichnet. Sie beinhaltet systematische wie auch didaktische Maßnahmen und soll das Krankheitsverständnis, den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit und die Krankheitsbewältigung fördern (vgl. Ubuntu 2020).

Das Verstehen-Können einer Erkrankung ist Voraussetzung für einen selbstverantwortlichen und selbstbestimmten Umgang damit. Zusätzlich werden soziale Fertigkeiten sowie die persönliche Stressbewältigung verbessert und die Ressourcenaktivierung gefördert. Psychoedukative Gruppen können zudem einen nennenswerten Beitrag zur Rückfallprophylaxe leisten.

Die traumapädagogische Facheinrichtung Ubuntu bietet Psychoedukationsgruppen für folgende Bereiche an:

- Resilienz
- Dialektische Behaviorale Therapie – Sucht
- Posttraumatische Belastungsstörung
- ADHS
- Gesunde Ernährung
- Soziale Kompetenzen und Gewaltfreie Kommunikation (vgl. Ubuntu 2020).

Teilearbeit

Wie bereits erwähnt verfügt ein Mensch über mehrere Persönlichkeitsanteile und ist im Normalfall auch in der Lage, diesen transparent zu begegnen. Traumatisierte Personen sind sich ihren Persönlichkeitsanteilen und dem daraus resultierendem Verhalten jedoch oftmals nicht bewusst, da diese Anteile gemeinsam mit der Traumaerinnerung abgespalten wurden und lediglich unbewusst zum Vorschein kommen. In diesem Fall ist nicht von Teilen eines Ganzen zu sprechen, sondern eher von verschiedenen Ganzen, verschiedenen Persönlichkeiten. Deshalb ist die Teilearbeit eine wichtige Methode in der Traumapädagogik. Die traumapädagogische Teilearbeit dient dem Austausch einzelner Persönlichkeitsanteile einer Person, sowie der Ordnung ihrer inneren Struktur. Als Ressourcen können hierbei auch unterstützende Persönlichkeitsanteile installiert werden, sogenannte „Inneren Helfer“, die z.B. als die „Idealen Eltern“ imaginiert werden können (Reddemann 2001, S.172).

Die Teilearbeit findet als Modul der Traumazentrierten Fachberatung im Rahmen der Traumapädagogischen Einheiten statt. Zunächst wird jedoch auf eine ausreichende Stabilisierung und Ressourcenaktivierung abgezielt (vgl. Ubuntu 2020).

Soziale Kompetenz und Gewaltfreie Kommunikation

Die Kommunikation kann als essentielles Bedürfnis von Menschen betrachtet werden, wodurch Gemeinschaften entstehen. Neben dem Austausch von Informationen werden außerdem zwischenmenschliche Beziehungen aufgebaut. Kommunikation ermöglicht es, Bedürfnisse zu erkennen und untereinander zu vermitteln (vgl. Rohde 2010, S.448).

Um dies zu gewährleisten gründete Marshall B. Rosenberg das Modell der Gewaltfreien Kommunikation (GFK). Diese Form der Kommunikation unterstützt Menschen dabei miteinander in Kontakt zu treten. Dies wird durch eine wertschätzende Form der Gesprächsführung ermöglicht (vgl. Rosenberg 2010, S.30).

Das Ziel der GFK ist das Aufbauen einer Beziehungsqualität, um die Bedürfnisse aller beteiligten Personen zu berücksichtigen, indem Gefühle und Bedürfnisse auf respektvolle Art und Weise ausgedrückt werden (vgl. Rosenberg 2005, zit.n. Bitschnau 2008, S.51).

Miteinander-Leben-Gruppe

Um diesen Austausch zu ermöglichen, findet jeden Sonntagvormittag die Miteinander-Leben-Gruppe, unter der Leitung einer/eines Traumapädagogin/Traumapädagogen, statt. Alle Themenbereiche, welche für die Klienten von Bedeutung sind, werden im Zuge dieser Gruppe besprochen und mitgeteilt. Die Klienten werden auf diese Weise von Anfang an, an eine konstruktive Konfliktbewältigung herangeführt (vgl. Ubuntu 2020).

Haushaltsmanagement und Training alltäglicher Fertigkeiten

In der Facheinrichtung Ubuntu findet mittwochs die Hausmanagement-Gruppe statt und sieht vor, dass Bewohner mit Hilfe des traumapädagogischen Teams einen Menüplan erstellen. Eine ausgewogene Ernährung und ein verantwortungsvoller Umgang mit Lebensmitteln haben Priorität. Im Zuge der Gruppe werden die Bewohner motiviert, sich an neuen Gerichten zu versuchen, um ihre Kompetenzen zu erweitern und zu vertiefen (vgl. Ubuntu 2020).

Außerdem erlernen die Bewohner im Rahmen einer ganzheitlichen Rehabilitation der Facheinrichtung Ubuntu die Führung des Haushaltes, Kochen, den Umgang mit den eigenen Finanzen, sowie ein angemessenes Verhalten bei gesellschaftlichen Ereignissen. Zudem wird ihnen ein breites Spektrum an regionalen Freizeitaktivitäten und Kulturangeboten zugänglich gemacht. Die Klienten haben somit die Möglichkeit die neu erlernten Handlungsmuster außerhalb der traumapädagogischen Einrichtung zu erproben und deren Wirkungsweise anschließend mit der Bezugsbetreuung zu reflektieren (vgl. Ubuntu 2020).

Aktive Freizeitgestaltung

Im Rahmen des Wochenplanes erproben die Klienten unterschiedliche Aktivitäten (Kunst, Sprachen, Technik, etc.), um neue Hobbies für sich zu entdecken. Diese können dann auch regelmäßig und im Sinne der Selbstfürsorge ausgeübt werden (vgl. Ubuntu 2020).

Sozialkontakte

Um dem Gefühl der Einsamkeit entgegenzuwirken, werden die Klienten dabei unterstützt, Freundschaften mit Menschen außerhalb der Facheinrichtung aufzubauen. Besuche können in Absprache mit der Bezugsbetreuung eingeladen und mitgebracht werden. Partnerinnen/Partner und Kinder der Klienten können an Unternehmungen und Feierlichkeiten teilnehmen.

Angehörigenarbeit

Die Elternarbeit bzw. Angehörigenarbeit im Kontext chronischer und mehrfach Traumatisierungen von Kindern und Jugendlichen durch ihre Eltern, sollte sich vom Grundprinzip der inneren und äußeren Sicherheit der Betroffenen leiten lassen. Dabei sind Auswirkungen von Retraumatisierungen und anderen dysfunktionalen Familienerfahrungen auf die Entwicklung der KlientInnen zu berücksichtigen (vgl. Weiß 2008, S.162).

Selbst bei Missbrauch duldenden oder gar missbrauchenden Angehörigen kommt die traumapädagogische Grundhaltung zutage, denn in der Traumapädagogik wird davon ausgegangen, dass Eltern, bzw. Angehörige nach bestem Wissen und Gewissen handelten, auch wenn dies nicht das Beste für die Betroffene bedeutete. Diese Grundannahme und das Wissen über die Tatsache, dass missbrauchende Bezugspersonen oftmals selbst Mehrfachtraumatisierungen in ihrer Kindheit ausgesetzt waren, legen den Grundstein für eine gelingende Angehörigenarbeit. Trotz dessen ist es hierbei immer essentiell sich als Fachkraft der eigenen Rolle bewusst zu sein und in erster Linie dem Wohlergehen der KlientInnen gerecht zu werden (vgl. ebd. S.162f.).

Falls es von den Klienten gewünscht wird und Eltern bzw. andere Angehörige greifbar sind, werden auch Beratungseinheiten für Angehörige angeboten (vgl. Ubuntu 2020).

Arbeitsmarktintegration

Das Nachgehen einer Arbeit bietet Menschen eine sinnhafte Funktion, in der sie sich als nützlich und brauchbar erleben. Erwerbstätige Menschen geben ihrem Alltag Struktur und haben die Möglichkeit in einem sozialen Umfeld ein gemeinsames Ziel zu verfolgen. Menschen brauchen Formen von regelmäßigen Tätigkeiten und „sie müssen wissen, wo sie, verglichen mit anderen, in der Gesellschaft stehen, um ihre persönliche Identität erkennen zu können [...]“ (Jahoda 1983, S.137).

Erwerbsarbeit bietet die Möglichkeit einer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und steigert den Selbstwert eines Menschen. Arbeitslosigkeit hingegen wirkt sich auf viele Lebensbereiche negativ aus. Neben geringeren finanziellen Mitteln wird Arbeitslosigkeit auch als Sicherheitsverlust sowie „Verlust der biographischen Stabilität erlebt“ (Stelzer-Orthofer 2008, S.11).

Bevor Klienten in der Facheinrichtung Ubuntu am Arbeitsmarkt integriert werden, werden vorab Stabilität und vorhergehende Erfahrungen berücksichtigt. Falls eine Arbeitsmarktintegration aufgrund fehlender Stabilität nicht möglich sein sollte, findet eine adäquate Existenzsicherung statt (vgl. Ubuntu 2020).

Netzwerkarbeit

Vor allem bei Menschen, die Traumatisierungen in ihrer Biografie aufweisen, gilt es eine verständnisvolle Haltung aufzubauen. Diese Sichtweise ermöglicht es Betroffenen erst, sich sozial und gesellschaftlich zu integrieren, sowie ein stabiles Netzwerk aufzubauen (vgl. Lang et al. 2013, S.18f.).

Auch deshalb ist die Facheinrichtung Ubuntu mit den zuständigen Behörden und KooperationspartnerInnen der Klienten vernetzt. Es findet ein stetiger Austausch statt, um die Klienten so gut als möglich in ihrer Entwicklung zu unterstützen (vgl. Ubuntu 2020).

STI (Stabilitäts- und sicherheitsorientierte) Entzugsbehandlung

Das traumapädagogische Behandlungskonzept Stressless Trail to Independence (STI) ermöglicht eine stabilitäts- und sicherheitsorientierte Entzugsbehandlung unter Berücksichtigung der PTBS-Symptome.

Durch die primäre Bearbeitung dieser Symptomatik, erhöht sich die Stabilität der Klienten. Erst dadurch wird eine Entzugsbehandlung möglich. Die Abbruch- und Rückfallquote wird durch dieses Behandlungskonzept merklich reduziert. Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass eine Entzugsbehandlung ohne vorherige Stabilisierung inkl. Minimierung der Symptome der PTBS; kaum erfolgreich absolviert werden kann (vgl. Lüdecke et al. 2010, S.176).

Im Gegensatz zu klinischen Entzugsbehandlungen werden in der Facheinrichtung Ubuntu die Reduktionsschritte parallel zur Rehabilitation über einen längeren Zeitraum vollzogen. Hierbei liegt dem Entzug kein fixes Schema zugrunde. Anhand unterschiedlicher Parameter schätzen das Fachpersonal und KlientInnen die Sinnhaftigkeit eines Reduktionsschrittes ein. KlientInnen können so selbstbestimmt mitentscheiden und müssen sich keinen Vorgaben durch Konzept oder Kostenträger beugen (vgl. Lüdecke et al. 2010, S.176). Die Zielsetzung der sicherheits- und stabilitätsorientierten Entzugsbehandlung beinhaltet die Reduktion des Substitutionsmittels, die Beikonsumabstinenz und die berufliche, soziale Integration (vgl. ebd., S.177.)

Wie bereits zu Beginn dieser Masterarbeit erwähnt liegt der Fokus der persönlichen Berufspraxis in der Bearbeitung von Traumafolgeerkrankungen, wobei bei einigen Bewohnern aufgrund ihrer Verhaltenssymptomatik nicht PTBS (bzw. eine andere Traumafolgeerkrankung) diagnostiziert wurde, sondern ADHS. Festzustellen ist vor allem, dass sich nach Bearbeitung der PTBS-Symptomatik auch jene Verhaltensweisen besserten, aufgrund derer ADHS diagnostiziert wurde (vgl. Levine et al. 2015, S.29; Van der Kolk 2016, S.78). Aufgrund dieser Tatsache und des Umstandes, dass einige wissenschaftliche Quellen deren Ähnlichkeit, bzw. Zusammenhang belegen, wird die vorliegende Empirie durchgeführt.

4 Empirische Untersuchung

In den vorangegangenen Kapiteln wurde das dieser Arbeit zugrundeliegende theoretische Fundament abgehandelt. Im folgenden Teil wird darauf aufbauend, die dazu geführte empirische Untersuchung erörtert. Zudem werden die Forschungsfrage, das Forschungsdesign, sowie die Zielsetzung und die Durchführung der Erhebung vorgestellt.

4.1 Forschungsfragen und Zielsetzung

Zu Beginn dieser wissenschaftlichen Arbeit stand die Formulierung und Konkretisierung der Forschungsfrage. Angelehnt an die Soziologen Uwe Flick und Ernst von Kardoff (Flick/von Kardorff/Steinke 2012) sollte diese Fragestellung, als Ausgangspunkt der folgenden Erhebungen, möglichst früh im Verlauf eines Projekts erstellt werden, als auch sprachlich und inhaltlich möglichst klar und eindeutig formuliert sein (S.258f.). Dementsprechend ergab sich folgende zentrale Forschungsfrage:

Inwiefern ist eine Differenzierung zwischen ADHS und PTBS für sozialpädagogisches Handeln relevant?

In der Literatur wird allerdings auch dem Umstand Rechnung getragen, dass Fragestellungen im Laufe eines Projektes adaptiert, verändert oder erweitert werden können und dies sogar auch sollen (vgl. ebd.). Die Adaption der Forschungsfrage fand auch bei der Erstellung dieser Masterthesis Anwendung, wie in der folgenden Beschreibung ersichtlich wird:

Anfänglich wurde nach ausreichend Literatur gesucht, um persönliche Beobachtungen aus der beruflichen Praxis, wissenschaftlich fundieren zu können. Dementsprechend lag der Fokus hierbei auf der Komorbidität zwischen ADHS und PTBS. Aufgrund der Tatsache, dass PTBS die am ausführlichsten erforschte Traumafolgeerkrankung ist (Dilling 2010) wurde konkret dieses Krankheitsbild jenem der ADHS gegenübergestellt. Vor allem bei der Erhebung der Daten zeichnete sich deutlich ab, dass das Krankheitsbild der PTBS in seinem Spektrum bei weitem nicht ausreicht, um die Problembereiche der zu untersuchenden Probanden auch nur annähernd abzudecken. Aus diesem Grund wurde der Fokus auf alle Traumafolgeerkrankungen erweitert, um vor allem auch jene Verhaltenssymptomaten miteinzubeziehen, die mit jenen der ADHS nahezu ident zu sein scheinen (vgl. Spinazzola et al. 2005, S.192).

Deshalb wurde neben der zentralen Forschungsfrage folgende Fragestellung ergänzt:

Inwiefern ist eine Differenzierung zwischen ADHS und Traumafolgeerkrankungen für sozialpädagogisches Handeln relevant?

Im Fokus dieser Fragestellung stehen vor allem gezeigte Verhaltensweisen von Betroffenen, welche sich nicht nur negativ auf das direkte soziale Umfeld auswirken, sondern auch SozialpädagogInnen in ihrem Berufsalltag vor Herausforderungen stellen. Wie bereits erwähnt ist hierbei die Tatsache entscheidend, dass sich die ADHS-Symptomatik kaum von jener der PTBS, bzw. diverser anderer Traumafolgeerkrankungen, unterscheiden lässt (vgl. Van der Kolk 2016, S.190).

Das Ziel dieser Masterarbeit ist neben der Klärung der Relevanz einer Differenzierung der beiden Krankheitsbilder, in weiterer Folge deren Erkenntnisgewinn vor allem für sozialpädagogisches Fachpersonal nutzbar zu machen. Aufbauend auf der zuvor angeführten Theorie, welche erhebliche Unterschiede in Bezug auf verschiedene Interventionsformen der jeweiligen Krankheitsbilder verdeutlicht, soll auch die Verantwortung der SozialpädagogInnen aufgezeigt werden, um deren individuelle Hilfeplanung für Betroffene dementsprechend anzupassen.

Die empirischen Untersuchungen soll den Entwicklungsverlauf zwischen ADHS Betroffenen und PTBS Betroffenen im Rahmen ihrer Langzeitrehabilitation in der traumapädagogischen Facheinrichtung Ubuntu vergleichen. Außerdem wird hierbei sowohl ein besonderer Fokus auf die getätigten Interventionsmaßnahmen vor Ubuntu gelegt, als auch auf die Frage ob vorhandene Diagnosen getätigte Interventionen beeinflusst haben.

Aus den theoretischen Erläuterungen dieser Problemstellung lässt sich die Relevanz und Notwendigkeit für den sozialpädagogischen Fachbereich ableiten, aufgrund derer es die angeführte Forschungsfrage mittels Dokumentations-Resümee-Fragebogen zu beantworten gilt, welche als Zusammenstellung zwischen Dokumentenanalyse und Fragebogenerhebung zu betrachten ist. Die Durchführung der vorliegenden Studie erfolgte demnach sowohl aus qualitativen, als auch quantitativen Forschungsparadigmen.

4.2 Erhebungsverfahren

Da das Forschungsinteresse der vorliegenden Arbeit auf der Auswirkung einer Diagnosestellung der beiden Krankheitsbilder und folglich auf den weiteren Interventionsverlauf und der individuellen Entwicklung der Stichprobe liegt, wurde als Erhebungsmethode der Dokumentations-Resümee-Fragebogen verwendet. Dieses Erhebungsinstrument wurde von Univ. Prof. Mag. Dr. Arno Heimgartner entwickelt und beruht auf der subjektiven Beantwortung eines Fragebogens, deren Inhalt sich auf sensiblen Daten der Probanden stützt, welche mittels Dokumentationsanalysen gesammelt wurden. Die Dokumentenanalyse dient vor allem der Aufdeckung von Problemstellungen, indem mithilfe von Quellen, kritisch soziale Wirklichkeitskonstruktionen aufgezeigt werden. Hierbei sollen zudem Zusammenhänge von sozialen Lebenswelten und individuellen Lebensgeschichten nachvollziehbar gemacht werden.

In diesem Fall dienen zum einen verschiedene Erhebungsmethoden wie das Adult Attachment Interview (AAI) oder Sozialanamnese, in denen die Lebensgeschichte der Probanden nachvollziehbar wird, sowie Arztbriefe, welche entweder die Diagnose PTBS und/oder ADHS beinhalten. Zum anderen stellen auch Verlaufsdocumentationen und Betreuungs-bzw. Abschlussberichte essentielle Quellen in Hinblick auf individuelle Entwicklungsfortschritte im Rahmen der Langzeitrehabilitation in der Facheinrichtung Ubuntu dar.

Dokumentations-Resümee-Fragebogen

Die verwendete Methode des Dokumentations-Resümee-Fragebogen zielt darauf ab, nach eingehender Analyse der relevanten Dokumente jedes Probanden, einen Fragebogen nach subjektivem Empfinden der Autorin zu beantworten. Dieser Fragebogen wurde so ausgerichtet, dass er sämtliche Informationen, zur Beantwortung der vorliegenden Forschungsfragen, ergründet. Diese beinhalten Fragen zu den verschiedenen Problembereichen, getätigten Interventionen vor und während des Aufenthaltes in der Facheinrichtung Ubuntu, das Alter, sowie mögliche Entwicklungen in den zuvor geschilderten Problembereichen. Alle Items werden im theoretischen Teil dieser Masterthesis wissenschaftlich begründet und somit deren Relevanz belegt. Der gesamte Dokumentations-Resümee-Fragebogen findet sich im Anhang wieder.

Um eine aussagekräftige Datenerhebung gewährleisten zu können, wurden für die Auswertung lediglich Dokumente verwendet, die zum einen bei allen Probanden der Stichprobe vorhanden waren und zum anderen sowohl vor dem Aufenthalt im Ubuntu, als auch währenddessen, bzw. danach ausreichten. Diesbezüglich wurde folgendes Material verwendet:

- Medizinische Datensammlungen, welche sowohl gesundheitliche Vorgeschichten, als auch Diagnosen und getätigte Interventionsformen beinhalten (Arztbriefe, medizinische Gutachten, ärztliche Stellungnahmen, Therapiepläne).
- Berichte diverser Helfersysteme vor Ubuntu (von sozialen Einrichtungen, Polizei, Gericht, TherapeutInnen, PsychologInnen, PsychiaterInnen, SozialarbeiterInnen).
- Sozialanamnesen welche während des Aufenthaltes in der Facheinrichtung erstellt wurden.
- Verlaufsprotokolle während des Rehabilitationsaufenthaltes.
- Therapiepläne und Arztbriefe während des Rehabilitationsaufenthaltes.
- Betreuungsberichte während des Rehabilitationsaufenthaltes, welche vom jeweiligen Bezugspersonal erstellt wurden.
- Arbeitsberichte und Zeugnisse von beruflichen Maßnahmen vor und während des Rehabilitationsaufenthaltes.
- Protokolle über Häufigkeit, Inhalt und verwendete Methoden der traumazentrierten Fachberatungen, bzw. traumapädagogischen Einheiten.
- Adult Attachment Interview.
- Ausgefüllte Elternexplorationsfragebögen von den Eltern oder nahen Angehörigen zu Beginn des Rehabilitationsaufenthaltes.
- Abschlussberichte vor Ende des Rehabilitationsaufenthaltes.

Folglich setzte sich die Stichprobenauswahl aus dem Vorhandensein und der Einheitlichkeit oben genannter Dokumente zusammen. Somit wurden nur jene Personen für die empirische Forschung ausgewählt, welche über alle diese Dokumente verfügen, um eine qualitative Auswertung gewährleisten zu können.

4.3 Stichprobe

Bei der Stichprobe von N=24 handelt es sich um Männer im Alter zwischen 16-32 Jahren, die zwischen 2010 und 2019, stationär in der traumapädagogischen Facheinrichtung Ubuntu in der Steiermark, zur traumapädagogischen Rehabilitation aufgenommen wurden. Alle Probanden wurden zum Erhebungszeitpunkt zumindest mit einer der näher untersuchten Krankheitsbilder diagnostiziert. Die Probanden haben weitgehend die gleichen Problemindikatoren und sind aufgrund derer nicht in der Lage, ein eigenständiges Leben zu führen. Zusätzlich haben einige von ihnen Konflikte mit dem Gesetz oder leiden an einer Suchterkrankung.

4.4 Hypothesenbildung und statistische Auswertung

Für die statistische Auswertung wurden die erhobenen Daten des Dokumentations-Resümee-Fragebogens in das Datenauswertungsprogramm SPSS (Superior Performance Statistical Software) von IBM übermittelt (vgl. SPSS Software 2016). Dieses Programm steht allen Studierenden der Karl-Franzens-Universität Graz in der aktuell 23. Version zur freien und kostenlosen Benützung zur Verfügung. Anschließend wurden die Daten mittels verschiedener Testverfahren ausgewertet und interpretiert.

Hierbei wurden folgender Hypothesen überprüft:

1. ADHS wird häufiger diagnostiziert als PTBS.

Diese Behauptung entstand aus der Beobachtung im Rahmen der beruflichen Praxis heraus, denn es konnte festgestellt werden, dass Bewerber der Facheinrichtung Ubuntu wesentlich häufiger eine ADHS Diagnose aufweisen, als eine PTBS Diagnose. Obwohl der Verein Ubuntu eine traumapädagogische Rehabilitationseinrichtung ist, begaben sich Klienten mit einer ADHS Diagnose aufgrund ihrer störenden Verhaltensweisen auf traumapädagogische Rehabilitation.

2. Die Mehrheit der ADHS-Diagnostizierten weisen Traumarisikofaktoren vom Typ 1 und/oder 2 in ihrer Biografie auf.

Auch diese Behauptung entstand aus der beruflichen Erfahrung, denn durch die Durchführung von Sozialanamnesen wurde bei dem Großteil der Klienten deutlich, dass sie Traumarisikofaktoren in ihrer Biografie aufweisen.

3. Bei ADHS-Betroffenen mit Traumarisikofaktoren (Typ 1 und/oder 2) findet bei der Mehrheit keine diagnostische Abklärung hinsichtlich vorliegender Traumafolgeerkrankungen statt.

Diese Hypothese wurde aufgestellt, da die Arztbriefe und diverse andere medizinische Gutachten der Klienten bei Einzug in die Facheinrichtung Ubuntu keinerlei Diagnosen von Traumafolgeerkrankungen aufweisen. Nach eingehender Recherche und Befragung der Klienten konnte festgestellt werden, dass diesbezüglich auch keine diagnostische Abklärung stattfand.

4. Die Mehrheit der ADHS-Betroffenen erhält eine medikamentöse Behandlung mit Psychostimulanzien.

Diese Hypothese geht aus dem beruflich fundierten Wissen hervor, dass die meisten ADHS-Betroffenen bei dieser Diagnose Psychostimulanzien verschrieben bekommen, um vor allem den Bildungsalltag einfach zu gestalten. Diverse Arztbriefe und medizinische Gutachten zeigen, dass Klienten vor Einzug in die Facheinrichtung zumindest ein Präparat zur Linderung von ADHS-Symptomatik verschrieben wurde.

5. Betroffene mit PTBS oder anderer Traumafolgeerkrankungen erhalten häufiger sozialpädagogische Unterstützung als ADHS-Betroffene.

Die Überlegung bei dieser Hypothese ist, dass traumatisierte Personen aufgrund ihrer dramatischen Erlebnisse eher auf das Verständnis ihrer Mitmenschen stoßen als ADHS Betroffene. Außerdem zeigt die berufliche Praxis, dass bei ADHS Betroffenen meist lediglich eine medikamentöse Therapie durchgeführt wird, anstatt familiäre Bedingungen zu verbessern.

6. Betroffene mit PTBS bzw. anderen Traumafolgeerkrankungen weisen häufiger nach der traumapädagogischen Rehabilitation eine positive Entwicklung auf als ADHS-Betroffene.

Diese Hypothese wurde getätigt, da vermutet wird, dass Personen mit Traumafolgeerkrankungen intensivere sozialpädagogische Unterstützung erhalten als PTBS betroffene und sich aufgrund ihrer Diagnose bereits bewusst sind, dass sie Traumata in ihrer Biografie aufweisen, was bei ADHS Betroffenen aufgrund der fehlenden diagnostischen Abklärung oftmals unbekannt ist.

7. ADHS-Betroffene unterscheiden sich im Vergleich zu PTBS-Betroffenen in der positiven Entwicklung nach der traumapädagogischen Rehabilitation.

Die Überlegung hinter dieser Behauptung ist die Vermutung, dass es je nach getätigter Diagnose bei den Klienten, einen Unterschied hinsichtlich getätigter Interventionen gibt.

4.5 Darstellung der Ergebnisse

Hypothese 1: ADHS wird häufiger diagnostiziert als PTBS

Aus der Häufigkeitstabelle geht hervor, dass 16 Personen (66,7% der Stichprobe) eine ADHS Diagnose erhielten und 8 Personen (33,3% der Stichprobe) eine Diagnose für eine PTBS bekamen. Doppelt so viele Personen aus der Stichprobe erhielten eine ADHS Diagnose, weshalb diese Hypothese bestätigt wurde.

Tab. 1 Häufigkeiten der Diagnosen

(Quelle: eigene Darstellung)

		Diagnosen			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ADHS	16	66,7	66,7	66,7
	PTBS	8	33,3	33,3	100,0
	Gesamt	24	100,0	100,0	

Die Ergebnisse werden grafisch anhand eines Kreisdiagramms dargestellt.

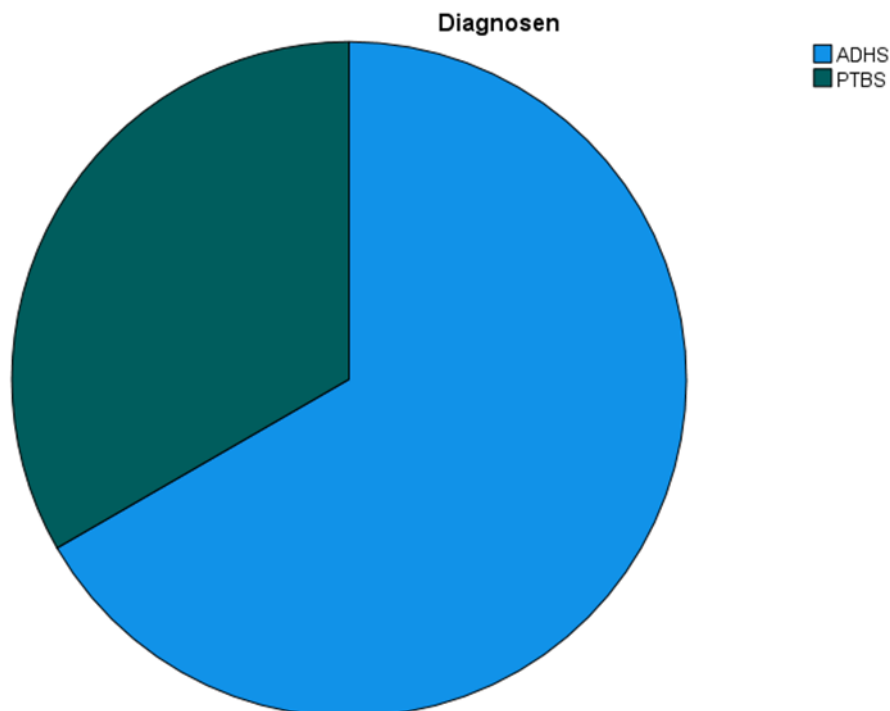


Abb. 1 Häufigkeitsverteilung der Diagnosen

(Quelle: eigene Darstellung)

Hypothese 2: Die Mehrheit der ADHS-Diagnostizierten weisen Traumarisikofaktoren vom Typ1 und/oder 2 in ihrer Biografie auf.

Insgesamt weisen 14 Personen mit einer ADHS Diagnose, Traumarisikofaktoren vom Typ 1 auf, was 87,5% der Personen mit einer ADHS Diagnose ausmacht. Alle befragten Personen mit einer ADHS Diagnose weisen Traumarisikofaktoren vom Typ 2 in ihrer Biografie auf. Die Ergebnisse werden für eine bessere Übersicht anhand von Häufigkeitstabellen dargestellt. Den Häufigkeitsangaben nach, kann davon ausgegangen werden, dass Personen mit einer ADHS-Diagnose ein erhöhtes Risiko in sich tragen im Laufe des Lebens unter den Folgen einer Belastungsstörung zu leiden (vgl. Tab.3/Tab.4).

Tab. 2 Häufigkeiten für das Auftreten von Traumarisikofaktoren vom Typ 1 bei einer ADHS Diagnose

(Quelle: eigene Darstellung)

Traumarisikofaktoren Typ I^a

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	vorhanden	14	87,5	87,5	87,5
	nicht vorhanden	2	12,5	12,5	100,0
	Gesamt	16	100,0	100,0	

a. Diagnosen = ADHS

Tab. 3 Häufigkeiten für das Auftreten von Traumarisikofaktoren vom Typ 2 bei einer ADHS Diagnose

(Quelle: eigene Darstellung)

Traumarisikofaktoren Typ II^a

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	vorhanden	16	100,0	100,0	100,0

a. Diagnosen = ADHS

Hypothese 3: Bei ADHS-Betroffenen mit Traumarisikofaktoren (Typ 1 und/oder 2) findet bei der Mehrheit keine diagnostische Abklärung hinsichtlich vorliegender Traumafolgeerkrankungen statt.

Alle befragten Personen mit einer ADHS Diagnose gaben an, bezüglich vorliegender Traumafolgeerkrankungen keine diagnostische Abklärung durchlaufen zu haben (vgl. Tab.4).

Tab. 4 Häufigkeiten für die diagnostische Abklärung von Traumafolgeerkrankungen bei einer ADHS-Diagnose

(Quelle: eigene Darstellung)

PTBS Diagnose bzw. Diagnose div. Traumafolgeerkrankungen^a

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Keine Abklärung	16	100,0	100,0	100,0

a. Diagnosen = ADHS

Hypothese 4: Die Mehrheit der ADHS-Betroffenen erhält eine medikamentöse Behandlung mit Psychostimulanzien.

Von den befragten Personen mit einer ADHS Diagnose gaben 56,3% an, eine Behandlung mit Psychostimulanzien zu erhalten (vgl. Tab.5), 43,8% gaben an, keine medikamentöse Behandlung mit Psychostimulanzien zu erhalten. Eine Mehrheit der befragten Personen nimmt demnach Medikamente zu sich.

Tab. 5 Häufigkeiten zu der Einnahme von Psychostimulanzien bei vorliegender ADHS Diagnose

(Quelle: eigene Darstellung)

Psychostimulanzien (typische ADHS-Medikation)^a

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	9	56,3	56,3	56,3
	Nein	7	43,8	43,8	100,0
	Gesamt	16	100,0	100,0	

a. Diagnosen = ADHS

Hypothese 5: Betroffene mit PTBS oder anderer Traumafolgerkrankungen erhalten häufiger sozialpädagogische Unterstützung als ADHS-Betroffene.

Die Teststatistik zeigt, dass sich die beiden Gruppen hinsichtlich ihrer Mittelwerte nicht signifikant voneinander unterscheiden (vgl. Abb.3). Das bedeutet, dass Betroffene mit PTBS oder anderen Traumafolgerkrankungen nicht signifikant häufiger sozialpädagogische Unterstützung erhalten als ADHS-Betroffene.

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Differenz für Standardfehler	95% Konfidenzintervall der Differenz	
								r	Unterer Wert	Oberer Wert
Sozialpädagogische Interventionen	Varianzen sind gleich	,000	1,000	-1,142	22	,266	-,250	,219	-,704	,204
	Varianzen sind nicht gleich			-1,128	13,669	,279	-,250	,222	-,726	,226

Abb. 2 SPSS-Output: t-Test

(Quelle: eigene Darstellung)

Hypothese 6: Betroffene mit PTBS bzw. anderen Traumafolgeerkrankungen weisen häufiger nach der traumapädagogischen Rehabilitation eine positive Entwicklung auf als ADHS-Betroffene.

Aus der Häufigkeitstabelle (vgl. Tab.7) geht hervor, dass 7 von 8 Betroffenen mit PTBS eine ganzheitlich positive Entwicklung nach einer traumapädagogischen Rehabilitation aufweisen. So profitierten insgesamt 87,5% der Personen mit einer PTBS-Diagnose von der Rehabilitation, während 62,5% der Personen mit einer ADHS-Diagnose angaben, von der Rehabilitation zu profitieren.

Tab. 6 Vergleich der Diagnosen und der Wirkung traumapädagogischer Rehabilitation

(Quelle: eigene Darstellung)

			Ganzheitlich positive Entwicklung			
Diagnosen			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
ADHS und PTBS	Gültig	Ja	3	100,0	100,0	100,0
ADHS	Gültig	Ja	10	62,5	62,5	62,5
		Nein	6	37,5	37,5	100,0
		Gesamt	16	100,0	100,0	
PTBS	Gültig	Ja	7	87,5	87,5	87,5
		Nein	1	12,5	12,5	100,0
		Gesamt	8	100,0	100,0	

Hypothese 7: ADHS-Betroffene unterscheiden sich im Vergleich zu PTBS-Betroffenen in der positiven Entwicklung nach der traumapädagogischen Rehabilitation.

Ein statistischer Test mittels Chi-Quadrat-Test ergab jedoch keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen $p = 0,204 > 0,05$ (vgl. Abb.3). Die beiden Gruppen unterscheiden sich demnach nicht signifikant im Hinblick auf eine positive Entwicklung nach der traumapädagogischen Rehabilitation voneinander. In Bezug auf die angegebenen Häufigkeiten, kann jedoch ausgesagt werden, dass Personen, die eine ADHS- sowie eine PTBS-Diagnose erhielten, insgesamt häufig von der Rehabilitation profitierten. Von den Personen, die allein eine PTBS Diagnose haben, profitierten fast alle Betroffenen von der Intervention (87,5%). Lediglich 6 Personen mit einer ADHS-Diagnose meinten, nicht von der Rehabilitation profitiert zu haben (37,5%). Trotz einer nicht signifikanten Teststatistik, muss bezugnehmend auf die relativen Häufigkeiten ausgesagt werden, dass insgesamt 71,4 % der Personen von der Rehabilitation profitierten, wobei 46,4% davon eine ADHS Diagnose besitzen und 35,7% davon eine PTBS-Diagnose. In die Berechnung der relativen Häufigkeit sind auch die Angaben der Personen mit eingeflossen, die sowohl eine ADHS- als auch eine PTBS-Diagnose besitzen.

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	1,613 ^a	1	,204		
Kontinuitätskorrektur ^b	,630	1	,427		
Likelihood-Quotient	1,776	1	,183		
Exakter Test nach Fisher				,352	,218
Zusammenhang linear-mit-linear	1,546	1	,214		
Anzahl der gültigen Fälle	24				

a. 2 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 2,33.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

Abb. 2 SPSS Output: Chi-Quadrat-Test

(Quelle: eigene Darstellung)

5 Resümee

Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung zeigten interessante und vor allem für die Sozialpädagogik relevante Themen auf, welche im zukünftigem Handeln Berücksichtigung finden sollten.

Es konnte festgestellt werden, dass aufgrund zuvor beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten ADHS häufiger als PTBS oder andere Traumafolgeerkrankungen diagnostiziert wird (vgl. Tab.1) und dass obwohl alle Probanden mit einer ADHS Diagnose zumindest Traumarisikofaktoren vom Typ 2 (vgl. Terr 1995, S.10ff.) in ihrer Biografie aufweisen (vgl. Tab.1/Tab.2). Die meisten Klienten der traumapädagogischen Facheinrichtung Ubuntu begeben sich auf Grund multifaktorieller Problemfaktoren in Rehabilitation, wobei sich nach näherer Abklärung der Ursprung der Schwierigkeiten in der Kindheit finden lässt. Bei Traumatisierungen in der Kindheit ähneln die Symptome im Erwachsenenalter, die der ADHS stark. Diese Schwierigkeit einer Unterscheidung ließe sich vor allem dadurch erklären, dass entweder die Eltern von ADHS Betroffenen eine (nicht diagnostizierte) ADHS aufweisen und somit schnell in eine Überforderung geraten (vgl. Hänig 2014, S. 14) oder aber auch die Eltern im Grunde traumatisiert sind (vgl. Terr 1995, S. 10ff.). Michael Rössler, der deutsche Facharzt für Psychiatrie und Neurologie (2014), geht soweit zu sagen, dass in klinischen Settings isolierte ADHS-Diagnosen nicht vorkommen (S.123).

Trotz dessen fand bei allen Probanden mit einer ADHS-Diagnose keine diagnostische Abklärung hinsichtlich vorliegender Traumafolgeerkrankungen statt (vgl. Tab.4), wobei diese Personen vom traumapädagogischen Konzept der Facheinrichtung Ubuntu gleichermaßen profitierten, wie jene Probanden mit einer Traumafolgeerkrankung (vgl. Abb.4).

5.1 Beantwortung der Forschungsfragen

- *Inwiefern ist eine Differenzierung zwischen ADHS und PTBS, bzw. anderer Traumafolgeerkrankungen für sozialpädagogisches Handeln relevant?*

Auf den ersten Blick könnte zunächst gesagt werden, dass eine Differenzierung zwischen ADHS und PTBS, sowie anderen Traumafolgeerkrankungen für sozialpädagogisches Handeln nicht relevant zu sein scheint. Unter näherer Betrachtung jedoch und nach eingehender Literaturrecherche und beruflichem Praxiswissen, sowie den Ergebnissen der empirischen Untersuchungen im Rahmen dieser Masterthesis muss jedoch festgehalten werden, dass es neben einer umfangreichen diagnostischen Abklärung bei ADHS-Betroffenen hinsichtlich potentiell vorhandener Traumarisikofaktoren auch die Aufgabe der Sozialpädagogik ist, bei ADHS- Betroffenen mögliche Traumafolgesymptome zu berücksichtigen. Denn wie bereits zuvor in der Theorie beschrieben, zeigen Betroffene mit ADHS und/oder PTBS, bzw. anderer Traumafolgeerkrankungen, die gleiche Verhaltenssymptomatik aufgrund derer ihnen keine selbstständige Lebensführung gelingt und zeigen jedoch ebenfalls gleichermaßen Fortschritte in ihrer Entwicklung bei getätigten traumapädagogischen Interventionen (vgl. Abb.4).

5.2 Ausblick

Hierbei lässt sich zunächst vor allem die große Wichtigkeit der differentialdiagnostischen Gründlichkeit bei der Erhebung von Aufmerksamkeitsstörungen anführen, welche die gewissenhafte Exploration und Analyse der Lebensumstände und insbesondere der Entwicklungsgeschichte beinhalten sollte. Der standardisierte Einsatz von Trauma-Screeningverfahren scheint zwar eine sinnvolle Ergänzung im Rahmen der ADHS-Diagnostik zu sein, dennoch sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass Ereignisse erst vom Subjekt an sich als traumatisch bewertet werden (vgl. Hantke/Görges 2012, S.53) und Betroffene derartige Ereignisse oftmals verdrängen (vgl. Huber 2012, S.43). Diese Tatsache zeigt auf, dass es doch die Aufgabe von SozialpädagogInnen zu sein scheint, durch eine umfangreiche Auseinandersetzung mit den KlientInnen und einer intensiven Beziehungsarbeit mögliche Traumarisikofaktoren zu erahnen, um Betroffenen passgenaue Hilfen bieten zu können.

Für die Sozialpädagogik wäre es somit wünschenswert bei einer ADHS-Diagnose hellhörig zu werden und mögliche Traumarisikofaktoren ausschließen zu können, bzw. im gegenteiligen Fall traumapädagogische Interventionen anzudenken.

Literaturverzeichnis

- Abdallah, C. G./Southwick, S. M./Krystal, J. H. (2017): Neurobiology of posttraumatic stress disorder (PTSD): A path from novel pathophysiology to innovative therapeutics. In: *Neurosci Lett*, 649, S. 130–132.
- Ackerman, P. T./Newton, J. E. O./McPherson, B. W./Jones, J. G./Dykman, R. A. (1998): Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnosis in three groups of abused children (sexual, physical, and both). In: *Child Abuse and Neglect*, 22, S. 759-774.
- Adler, E. (2010): Sozialkompetenz – was genau ist das? In: <http://www.eric-adler.com/sozialkompetenz/> [19.07.2021].
- American Psychiatric Association (2015): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH.
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. 1. Auflage. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- BAG-TP (2011): Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. In: Lang, B./Schirmer, C./Lang, T./de Hair, A. I./Wahle, T./Bausum, J./Weiß, W./Schmid, M. (Hrsg.): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 84-105.
- Baierl, M./Frey, K. (2014): Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. Kg.
- Baierl, M./Götz-Kühne, C./Hensel, T./Lang, B./Strauss, J. (2017): Traumaspezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In: Gahleitner, S. B. (Hrsg.): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. 3. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. Kg., S. 59-71.
- Banaschewski, T./Becker, K./Döpfner, M./Holtmann, M. (2017): Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Eine aktuelle Bestandsaufnahme. In: *Deutsches Ärzteblatt International*, 114, S. 149–159.

- Barkley, R. A. (2005): Das große ADHS-Handbuch für Eltern. 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Bauer, J. (2011): Vom Ursprung alltäglicher und globaler Gewalt. München: Blessing.
- Becker, N. (2014): „Schwierig oder krank?“ ADHS zwischen Pädagogik und Psychiatrie. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Beckrath-Wilking, U./Biberacher, M./Dittmar, V./Wolf-Schmid, R. (2013): Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik: Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Besser, L. U. (2013): Wenn die Vergangenheit Gegenwart und Zukunft bestimmt. In: Bausum, J./Besser, L. U./Kühn, M./Weiß, W. (Hrsg.): Traumapädagogik, Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 38-53.
- Bisson, J. I./Ehlers, A./Matthews, R./Pilling, S./Richards, D./Turner, S. (2007): Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. In: Br J Psychiatry, 190 H. 2, S. 97–104.
- Bitschnau, K. (2008): Die Sprache der Giraffen. Zur Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen. Wie die GFK Ihr Leben verändern kann. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Bockers, E./Knaevelsrud, C. (2011): Reviktimisierung: Ein bio-psycho-soziales Vulnerabilitätsmodell. In: Psychother Psychosom Med Psychol, 61 H. 09/10, S. 389-397.
- Bohus, M./Wolf-Arehult, M. (2013): Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten. Das Therapeutenmanual. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart/New York: Schattauer GmbH.
- Boon, S./Stelle, K./Van der Hart, O. (2013): Traumabedingte Dissoziation bewältigen. Ein Skills-Training für Klienten und ihre Therapeuten. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Brandau, H./Kaschnitz, W. (2013): ADHS im Jugendalter: Grundlagen, Interventionen und Perspektiven für Pädagogik, Therapie und soziale Arbeit. Weinheim: Beltz Juventa.

- Brandau, H./Pretis, M./Kaschnitz, W. (2014): ADHS bei Klein- und Vorschulkindern. 3. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Brisch, K. H. (2013): „Schütze mich, damit ich mich finde.“ Bindungspädagogik und Neuerfahrung nach Traumata. In: Bausum, J./Besser, L. U./Kühn, M./Weiß, W. (Hrsg.): Traumapädagogik, Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 150-181.
- Bryant, R. A./Friedman, M. J./Spiegel, D./Ursano, R./Strain, J. (2011): A review of acute stress disorder in DSM-5. In: Depression and Anxiety, 28 H. 9, S. 802–817.
- Bundesministerium für Gesundheit (2016): Österreichischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht. Ergebnisbericht. In: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/9/7/CH1357/CMS1453376559886/kin_derjugendgesundheitsbericht.pdf [17.08.2021].
- Classen, C. C./Palesh, O. G./Aggarwal, R. (2005): Sexual revictimization: A review of the empirical literature. In: Trauma Violence Abuse, 6 H. 2, S. 103–129.
- Cohen, J. A./Mannarino, A. P./Deblinger, E. (2009): Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. Heidelberg: Springer.
- Damm, M. (2010): Schemapädagogik - Möglichkeiten und Methoden der Schematherapie im Praxisfeld Erziehung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- DeGrandpre, R. (2005): Die Ritalin-Gesellschaft - ADS eine Generation wird krankgeschrieben. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Delmo, C./Weiffenbach, O./Gabriel, M./Stadler, C./Poutska, F. (2001): Diagnostisches Interview Kiddie-SADS-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL). 5th edition of the German research version with the addition of ICD-10-diagnosis. Juli 2000/Juli 2001. In: <https://www.q-health.com/produkte/landingpages/addy-plus> [03.09.2021].
- Denner, S. (2008): Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Kohlhammer.

- Department of Veterans Affairs/Department of Defense (2017): VA/DOD Clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder. Washington D.C.: Department of Veterans Affairs. In: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal012418.pdf> [23.03.2022].
- Detweiler, M. B./Pagadala, B./Candelario, J./Boyle, J. S./Detweiler, J. G./Lutgens, B. W. (2016): Treatment of post-traumatic stress disorder nightmares at a veterans affairs medical center. In: *J Clin Med*, 5 H. 12.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie [DGKJP]/ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN]/ Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin [DGSPJ] (2017): Interdisziplinäre evidenz- und konsensbasierte (S3) Leitlinie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. In: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-045.html> [14.03.2022].
- Dilling, H./Mombour, W./Schmidt, M. H. (2010): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Verlag Hans Huber.
- Döpfner, M./Frölich, J./Metternich, T. W. (2007): Ratgeber ADHS. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher zu Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. 2., aktualisierte Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH.
- Döpfner, M. (2010): Verhaltensbeobachtung. In: Steinhausen, H.-C./Döpfner, M./Holtmann, M./Philipsen, A./Rothenberger, A./ (Hrsg.): Handbuch ADHS - Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 208-215.
- Eisenberg, H. (2015): Information und Hilfe nach Gewalttaten, Unfällen, Vernachlässigung, Naturkatastrophen und anderen traumatischen Ereignissen. Kleine Tipps und Hilfestellungen für Betroffene. In: <http://www.traumatherapieruhr.de/tipps.htm> [10.04.2021].

- ESAAT (2012): Definition „tiergestützte Therapie“. In: http://www.esaat.org/fileadmin/medien/downloads/Die_Definition_TgT-20.2.2012.pdf [20.11.2021].
- Esser, G. (2008): Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. 3. aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme Verlag KG.
- Ettrich, C./Ettrich, K. U. (2006): Verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Faller, A. (1999): Der Körper des Menschen. Stuttgart/New York: Thieme.
- Faraone, S. V./Biederman, J./Mick, E. (2006): The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a metaanalysis of follow-up studies. In: *Psychological Medicine*, 36, S. 159–165.
- Faraone, S. V./Doyle, A./Mick, E./Biederman, J. (2015): Meta-analysis of the association between the 7-repeat allele of the dopamine D(4) receptor gene and attention deficit hyperactivity disorder. In: *The American journal of psychiatry*, 158 H. 7, S. 1052–1057. In: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11431226> [11.11.2021].
- Fergusson, D./Horwood, J./Boden, J./Mulder, R. (2014): Impact of a major disaster on the mental health of a well-studied cohort. In: *JAMA*, 71 H. 9, S. 1025-1031.
- Fischhof, P. K./Pelikan, V. (2006): Die gekränkte Seele. Psychische Probleme und wie man sie löst. Wien: Kremayr & Scheriau/Orac Buchverlage.
- Fleischhaker, C./Böhme, R./Sixt, B./Brück, C./Schneider, C./Schulz, E. (2011): Dialectical Behavior Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. In: *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5 H. 1, S. 3.
- Flick, U./von Kardorff, E./Steinke, I. (2012): *Qualitative Forschung - Ein Handbuch*. 9. Auflage. Hamburg: Rowohlt.
- Francis, D./Diorio, J./Liu, D./Meaney, M. J. (1999): Nongenomic transmission across generations of maternal behavior and stress responses in the rat. *Science*, 286 (5442), S. 1155–1158.

- Friedman, M. (1988): Toward rational pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: An interim report. In: *Am J Psychiatry*, 145 H. 3, S. 281–285.
- Gahleitner, S. B. (2011): *Das Therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Gahleitner, S. B./de Hair, A. I./Weinberg, D./Weiß, W. (2017): Traumapädagogische Diagnostik und Intervention. In: Gahleitner, S. B./Hensel, T./Baierl, M./Kühn, M. (Hrsg.): *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, S. 251-279.
- Garbe, E./Mikolajczyk, R. T./Banaschewski, T./Petermann, U./Petermann, F./Kraut, A. A./Langner, I. (2012): Drug Treatment Patterns of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents in Germany. Results from a Large Population-Based Cohort Study. In: *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 22 H. 6, S. 452–458.
- Gawrilow, C. (2012): *Lehrbuch ADHS - Modelle, Ursachen, Diagnose, Therapie*. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Gawrilow, C. (2016): *Lehrbuch ADHS. 2. Auflage*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Goldbeck, L./Jensen, T. K. (2017): The diagnostic spectrum of traumarelated disorders in children and adolescents. In: Landolt, M. A./Cloitre, M./Schnyder, U. (Hrsg.): *Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents*. Cham: Springer International Publishing, S. 3–28.
- Goleman, D. (2007): *Emotionale Intelligenz*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Görtz-Dorten, A./Döpfner, M./Rösler, M. (2010): Fragebögen und Beurteilungsskalen. In: Steinhausen, H.-C./Döpfner, M./Holtmann, M./Philipsen, A./Rothenberger, A. (Hrsg.): *Handbuch ADHS - Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 216-233.
- Guina, J./Rossetter, S. R./DeRhodes, B. J./Nahas, R. W./Welton, R. S. (2015): Benzodiazepines for PTSD: A systematic review and meta-analysis. In: *J Psychiatr Pract*, 21 H. 4, S. 281–303.

- Habetha, S./Bleich, S. (2012): Deutsche Traumafolgenkostenstudie. Kein Kind mehr – kein(e) Trauma(kosten) mehr? In: https://beauftragter-missbrauch.de/fileadmin/Content/pdf/Literaturliste/Publikat_Deutsche_Traumafolgekostenstudie_final.pdf [13.02.2021].
- Halper, M. (2012): Seelisch verletzten Kindern und Jugendlichen effizient helfen. Einblick in die Traumapädagogik-Methode. Skriptum zum Vortrag.
- Halper, M./Orville, P. (2013): „Du darfst niemandem davon erzählen!“ Traumapädagogik und Traumatherapie. In: Bausum, J./Besser, L. U./Kühn, M./Weiß, W. (Hrsg.): Traumapädagogik - Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa, S. 105- 113.
- Hänig, S. (2014): Die Auswirkungen der Erziehung auf die sozialen Kompetenzen bei Kindern mit ADHS. In: Rösler, M./Retz, A./von Gontard, A./Paulus, F. (Hrsg.): Soziale Folgen der ADHS. Kinder – Jugendliche – Erwachsene. Stuttgart: Kohlhammer, (S. 13-20).
- Hantke, L./Görges, H.-J. (2012): Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik. 1. Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Hausmann, C. (2006): Einführung in die Psychotraumatologie. Wien: Facultas.
- Hensel, T. (2014): Die Psychotraumatologie des Kindes- und Jugendalters. In: Gahleitner, S. B./Hensel, T./Baierl, M./Kühn, M. (Hrsg.): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, S. 27-40.
- Himpel, S./Rothenberger, A./Banaschewski, T. (2010): Pharmakotherapie mit Noradrenergika und anderen Substanzen. In: Steinhausen, H.-C./Rothenberger, A./Döpfner, M. (Hrsg.): Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 308-326.
- Hohenthal, M. (2011): „Verstehen und Handeln – Basisstrategien“, Vortragvorlage zum Fachtag der Hans-Wendt-Stiftung am 23.03.2011, „Wege aus dem Alptraum, Trauma-Pädagogik in Jugendhilfe, Klinik und Alltag“. In: www.michaela-huber.com/vortraege [14.03.2022].

- Huber, M. (2009): Trauma und die Folgen. Trauma und die Traumabehandlung. 4. Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Huber, M. (2012): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1. 5. Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Hüllemann, B. (2019): Einführung in die Traumatherapie. 1. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Hüther, G./Korittko, A./Wolfrum, G./Besser, L. (2010): Neurobiologische Grundlagen der Herausbildung psychotraumabedingter Symptomatiken. In: Trauma & Gewalt (4. Jhrg.), H. 1, S. 18-31.
- Hüther, G. (2012): Die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen im Kindesalter auf die Hirnentwicklung. In: Brisch, K. H./Hellbrügge, T. (Hrsg.): Bindung und Trauma. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 94-104.
- Jahoda, M. (1983): Wieviel Arbeit braucht der Mensch? Arbeit und Arbeitslosigkeit im 20. Jahrhundert. 2. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Julius, H./Beetz, A./Kotrschal, K./Turner, D. C./Uvnäs-Moberg, K. (2014): Bindung zu Tieren. Psychologische und neurobiologische Grundlagen tiergestützter Interventionen. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH.
- Kahl, K./Puls, J. H./Schmid, G./Spiegler, J. (2012): Praxishandbuch ADHS. Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen. 2. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Klos, H./Görge, W. (2009): Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit. Ein Trainingsprogramm. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH.
- Krause, J./Krause, K. H. (2009): ADHS im Erwachsenenalter. Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen. Stuttgart: Schattauer.
- Krautkrämer-Oberhoff, M./Haaser, K. (2013): Traumapädagogik und Jugendhilfe. Eine Institution macht sich auf den Weg – Werkstattbericht. In: Bausum, J./Besser, U. L./Kühn, M./Weiß, W. (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag, S. 68-90.
- Krüger, A. (2016): Erste Hilfe für traumatisierte Kinder. 6. Auflage. Ostfildern: Patmos-Verlag.

- Landerl, K./Vogel, S./Kaufmann, L. (2017): Dyskalkulie. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag, S. 11-12.
- Landolt, M. (2012): Psychotraumatologie des Kindesalters: Grundlagen, Diagnostik und Interventionen. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH.
- Lang, B./Schirmer, C./Lang, T./de Hair, A. I./Wahle, T./Bausum, J./Weiß, W./Schmid, M. (2013): Die Grundhaltung der BAG Traumapädagogik. In: Lang, B./Schirmer, C./Lang, T./de Hair, A. I./Wahle, T./Bausum, J./Weiß, W./Schmid, M. (Hrsg.): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 106-126.
- Lauth, G. W./Linderkamp, F./Schneider, S./Brack, U. (2011): Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Praxishandbuch; mit Online-Materialien. 3., neu ausgestattete Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Levine, P. A./Maté, G. (2010): In an unspoken voice. How the body re-releases trauma and restores goodness. Berkeley, California: North Atlantic Books. In: <http://www.loc.gov/catdir/enhance-ments/fy1107/2010023653-d.html> [14.03.2022].
- Levine, P. A./Kline, M./Jahn, J. (2015): Verwundete Kinderseelen heilen. Wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können. 9. Auflage. München: Kösel.
- LoSavio, S. T./Dillon, K. H./Resick, P. A. (2017): Cognitive factors in the development, maintenance, and treatment of post-traumatic stress disorder. In: *Curr Opin Psychol*, 14 S. 18–22.
- Lüdecke, C./Sachsse, U./Faure, H. (2010): Sucht – Bindung – Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Macy, R. J. (2007): A coping theory framework toward preventing sexual revictimization. In: *Aggress Violent Behav*, 12 H. 2, S. 177–192.
- Maercker, A./Brewin, C. R./Bryant, R. A./Cloitre, M./van Ommeren, M./Jones, L. M./Humayan, A./Kagee, A./Llosa, A. E./Rousseau, C./Somasundaram, D. J./Renato, S./Suzuki, Y./Weissbecker, I./Wessley, S. C./First, M. B./Reed, G. M. (2013): Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. In: *World Psychiatry*, 12 H. 3, S. 198–206.

- Mayer, A. (2016): Lese-Rechtschreibstörung (LRS). München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Miller, A./Rathus, J./Linehan, M. (2007): Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. New York: The Guilford Press.
- Morina, N./Koerssen, R./Pollet, T. V. (2016): Interventions for children and adolescents with posttraumatic stress disorder: A metaanalysis of comparative outcome studies. In: *Clinical Psychology Review*, H. 47, S. 41–54.
- Mutschler, E./Geisslinger, G./Kroemer, H. K./Ruth, P./Schäfer-Korting, M. (2008): Arzneimittelwirkungen – Lehrbuch der Pharmakologie und Toxikologie. 9. Auflage. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft GmbH.
- Neuhaus, C. (2016): ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen: Symptome, Ursachen, Diagnose und Behandlung. Stuttgart: VS Kohlhammer.
- ÖTPZ (2020a): Traumapädagogikzentrum: Störende Verhaltensweisen. In: http://www.traumapaedagogik.at/traumapaedagogische_fallarbeit.html [05.02.2021].
- ÖTPZ (2020b): Diplomlehrgang. In: http://www.traumapaedagogik.at/qualifikation_2016_stmk.html [12.09.2021].
- Paal, D. (2007): ADHS. Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung. Alle Alternativen zu Ritalin und Co. München: Herbig Verlagsbuchhandlung GmbH.
- Pearlstein, T. (2000): Antidepressant treatment of posttraumatic stress disorder. In: *J Clin Psychiatry*, 61 H. 7, S. 40–43.
- Reddemann, L. (2001): Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2007): Überlebenskunst. 2. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2011): Psychodynamische imaginative Traumatherapie bei Dissoziativer Identitätsstörung und DDNOS. In: Reddemann, L./Hofmann, A./Gast, U. (Hrsg.): *Psychotherapie der dissoziativen Störungen*. Stuttgart: Thieme, S. 128–134.
- Reddemann, L. (2017): *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie – PITT. Das Manual*. 9. Auflage. Stuttgart: Klett Cotta.
- Remschmidt, H./Becker, K. (2019): *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 7. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. <https://doi.org/10.1055/b-006-163294> [14.03.2022]

- Remschmidt, H./Schmidt, M. H./Poustka, F. (2017): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10. 7. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH.
- Retz, W./Retz-Junginger, W./Rösler, M. (2012): IDA – Integrierte Diagnose der ADHS im Erwachsenenalter. Homburg/Saar: Universitätsklinik des Saarlandes.
- Riedesser, P./Fischer, G. (2016): Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4. Auflage. Stuttgart: UTB GmbH; Reinhardt.
- Rohde, K. (2010): In guten Händen. Gesundheits und Krankenpflege. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Berlin: Cornelsen Verlag.
- Romanos, M./Jans, T. (2014): ADHS – an der Nahtstelle von Medizin und Pädagogik. In: Lernen und Lernstörungen, H. 3, S. 117-132.
- Rosenberg, M. B. (2010): Gewaltfreie Kommunikation. Eine Sprache des Lebens. Gestalten Sie Ihr Leben, Ihre Beziehungen und Ihre Welt in Übereinstimmung mit Ihren Werten. 9. Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Rösler, M. (2014): ADHS und Delinquenz. In: Rösler, M./Retz, A./von Gontard, A./Paulus, F. (Hrsg.): Soziale Folgen der ADHS. Kinder – Jugendliche – Erwachsene. Stuttgart: Kohlhammer, (S. 119-128).
- Rothenberger, A. (2010): Körperliche Untersuchung. In: Steinhausen, H.-C./Rothenberger, A./Döpfner, M. (Hrsg.): Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 245-248.
- Rothenberger, A./Neumärker, K.-J. (2010): Zur Geschichte der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. In: Döpfner, M./Rothenberger, A./ Steinhausen, H.-C. (Hrsg.): Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 11-16.
- Sachser, C./Goldbeck, L. (2017): Angst, Depression und Trauma – transdiagnostische Effekte der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie (TF-KVT). Kindheit und Entwicklung, 26 H. 2, S. 93–99.
- Sachsse, U./Sack, M. (2011): Die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung. In: Seidler, G. H./Freyberger, H. J./Maercker, A. (Hrsg.): Handbuch der Psychotraumatologie. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 178-188.

- Sanderud, K./Murphy, S./Elklit, A. (2016): Child maltreatment and ADHD symptoms in a sample of young adults. In: *European Journal of Psychotraumatology*, 7 H. 1, S. 320-361.
- Sauer, H. (2012): Biografiearbeit mit dem Erinnerungsbuch auch für traumatisierte Kinder. „Perspektiven fremduntergebrachter Kinder unter dem Aspekt der traumapädagogischen Arbeit“. In: www.fzpsa.de/2012-Tagung-Bernburg%20Fr.%20Sauer.pdf [11.04.2021].
- Saul, R. (2015): *Die ADHS Lüge. Eine Fehldiagnose und ihre Folgen*. 2. Auflage. Stuttgart: J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH.
- Sautter, C. (2012): *Wenn die Seele verletzt ist: Trauma- Ursachen und Auswirkungen*. 5. Auflage. Wolfegg: Verlag für systemische Konzepte.
- Scheeringa, M. S./Zeanah, C. H./Cohen, J. A. (2011): PTSD in children and adolescents: Toward an empirically based algorithm. In: *Depress Anxiety*, 28 H. 9, S. 770–782.
- Scheeringa, M. S./Weems, C. F./Cohen, J. A./Amaya-Jackson, L./Guthrie, D. (2011): Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three-through six year-old children: A randomized clinical trial: TF-CBT for young children with PTSD. In: *J Child Psychol Psychiatry*, 52 H. 8, S. 853–860.
- Scherwath, C./Friedrich, S. (2012): *Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Schreck, K./Albermann, K./Bader, M./Hänggeli, C. A./Ryffel, M./Zollinger, M./Steinhausen, H.-C. (2008): Behandlung von Aufmerksamkeits-Defizit-/Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen. In: *Schweiz Med Forum*, 8 H. 23, S. 436-439.
- Schmid, M./Fegert, J. M./Petermann, F. (2010): Traumaentwicklungsstörung: Pro und Contra. In: *Kindheit und Entwicklung*, Band 19 H. 1, S. 47-63.
- Schmid, M. (2012): Psychotherapie von Traumafolgestörungen im Kontext der stationären Jugendhilfe. In: Landolt, M. A./Hensel, T. (Hrsg.): *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH, S. 404-440.

- Schmitter-Boeckelmann, A. (2016): Vernetzung Traumatherapie/Traumapädagogik. In: Weiß, W./Kessler, T./Gahleitner, S. B. (Hrsg.): Handbuch Traumapädagogik. Weinheim, Basel: Beltz, S. 334-350.
- Schneider, S./Unnewehr, S./Margraf, J. (2009): Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS). Heidelberg: Springer.
- Schneider, S./Pflug, V./Margraf, J./In-Albon T. (2017): Kinder-DIPS: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ruhr-Univ Boch RUB. In: <https://omp.ub.rub.de/index.php/RUB/catalog/book/101>[14.02.2022].
- Schuhmayer, W. A. (2015): Medikamentenfreie Optionen bei AD(H)S. In: Pädiatrie & Pädologie, H. 1, S. 24-27.
- Seidler, G. H. (2013): Psychotraumatologie. Das Lehrbuch. 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Sobanski, E./Alm, B. (2004): Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Erwachsenen. In: Der Nervenarzt, H. 75, S. 697-716.
- Spinath, B./Brünken, R. (2016): Pädagogische Psychologie - Diagnostik, Evaluation und Beratung. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH.
- Spinazzola, J./Ford, J. D./Zucker, M./van der Kolk, B. A./Silva, S./Smith, S. F./Blaustein, M. (2005): Survey Evaluates. Complex Trauma Exposure, Outcome, and Intervention Among Children and Adolescents. In: Psychiatric Annals, 35 H. 5, S. 433-439.
- Steil, R./Rosner, R. (2013): Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. In: Maercker A. (Hrsg.): Posttraumatische Belastungsstörungen. Mit 40 Tabellen. 4., vollst. überarb. und aktualisierte Auflage. Berlin: Springer, S. 351-376.
- Steinhausen, H.-C. (2010a): Definition und Klassifikation. In: Steinhausen, H.-C./Rothenberger, A./Döpfner, M. (Hrsg.): Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 17-28.

- Steinhausen, H.-C. (2010b): Komorbiditäten und assoziierte Probleme. In: Steinhausen, H.-C./Rothenberger, A./Döpfner, M. (Hrsg.): Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 172- 185.
- Steinhausen, H.-C./Rothenberger, A./Döpfner, M. (2010): Untersuchung – Einleitung und Überblick. In: Steinhausen, H.-C./Rothenberger, A./Döpfner, M. (Hrsg.): Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 201-339.
- Stelzer-Orthofer, C. (2008): Aktivierung und soziale Kontrolle. In Bakic, J./Diebäcker, M./ Hammer, E. (Hrsg.): Aktuelle Leitbegriffe der Sozialen Arbeit. Ein kritisches Handbuch Wien: Löcker, S. 11-24.
- Strallhofer, B. (2014): Trauma erkennen, begleiten, intervenieren. Vertiefende Grundausbildung. Hausarbeit. Graz: Land Steiermark.
- Streeck-Fischer, A. (2012): Gezeichnet fürs Leben - Auswirkungen von Misshandlung und Missbrauch in der Entwicklung. In: Gebauer, K./Hüther, G. (Hrsg.): Kinder brauchen Wurzeln. Ostfildern: Schwabenberg, S. 79-90.
- Terr, L. C. (1995): Childhood traumas: An outline and an overview. In: Everly, G. S./Lating, J. M. (Hrsg.): Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress. New York: Plenum Press, S. 301-319.
- Thapar, A./Cooper, M./Eyre, O./Langley, K. (2013): What have we learnt about the causes of ADHD? Journal of Child Psychology and Psychiatry. In: World Health Organization (Hrsg.): Multiaxial Classification of Child and Adolescent Psychiatric Disorders. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders in Children and Adolescents. Cambridge: Cambridge University Press, S. 3-16.
- Ubuntu (2020): Was uns von anderen Einrichtungen unterscheidet. In: <http://www.Ubuntu.or.at/unterschied.html> [30.09.2021].
- Van der Kolk, B. A. (2000): Traumatic stress. Grundlagen und Behandlungsansätze; Theorie, Praxis und Forschungen zu posttraumatischem Streß sowie Traumatherapie. Paderborn: Junfermann Verlag.

- Van der Kolk, B. A. (2009): Entwicklungstrauma-Störung: auf dem Weg zu einer sinnvollen Diagnostik für chronisch traumatisierte Kinder. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 58, S. 527-586.
- Van der Kolk, B. A. (2016): Verkörperter Schrecken. Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann. Unter Mitarbeit von Theo Kierdorf und Hildegard Höhr. 3. Auflage. Lichtenau/Westfalen: G. P. Probst Verlag.
- Van der Kolk, B. A./McFarlane, A./Weisaeth, L. (2000): Traumatic Stress: Theorie, Praxis, Forschung zu posttraumatischem Streß. Grundlagen & Behandlungsansätze. Bd. 1. 1. Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Vuksanovic, N. (2015): nvuksano: ÄA_ADHS-Trauma-Zeitung_150430. In: http://www.akzente.net/fileadmin/user_upload/akzente_Fachstelle_Suchtpraevention/14_praeventionsfruehstueck/Fachartikel_N._Vuksanovic.pdf [14.03.2022].
- Wagner, W. (2013): Psychoanalytische Sozialpädagogik als Traumapädagogik. Familienanaloge Ersatzelternschaft für psychosozial hochbelastete Kinder. In: Bausum, J./Besser, U. L./Kühn, M./Weiß, W. (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag, S. 94-103.
- Wahle, T. (2013): Chance zur sozialen teilhabe. In: Lang, B./Schirmer, C./Lang, T./de Hair, A. I./Wahle, T./Bausum, J./Weiß, W./Schmid, M. (Hrsg.): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 157-174.
- Weiß, W. (2008): Wie kann man Philipp beim Suchen helfen? In: Trauma und Gewalt, H. 4, S. 328-336.
- Weiß, W. (2011): „Traumapädagogik – Einordnung in Traumaarbeit, Haltung und das Konzept der Selbstbemächtigung“, Präsentationsvortragvorlage zum 12th European Conference on Traumatic Stress Wien. In: www.ztp.welle-ev.de [15.06.21].
- Weiß, W. (2013a): Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. 7. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.

- Weiß, W. (2013b): Selbstbemächtigung - ein Kernstück der Traumapädagogik. In: Bausum, J./Besser, L. U./Kühn, M./Weiß, W. (Hrsg.): Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S.167-181.
- Werner, W. B. (2014): Empört euch – engagiert euch! Traumapädagogik und Traumabegleitung bei sexueller Gewalt an Jungen. In: Mosser, P./Lenz, H. J. (Hrsg.): Sexualisierte Gewalt gegen Jungen: Prävention und Intervention. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S.143 - 174.
- Wettig, J. (2012): Neurobiologie der frühkindlichen Traumatisierung. In: Gahleitner, S. B./Hahn, G. (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit - Risiko, Resilienz und Hilfen. Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 20-27.
- Winter, B. (2013): Ergotherapeutische Ansätze bei Kindern mit ADHS. In: Winter, B./Arasin, B. (Hrsg.): Ergotherapie bei Kindern mit ADHS. 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 56-76.
- Wintsch, H. (2012): Gruppenpsychotherapie mit (kriegs-)traumatisierten Kindern und Jugendlichen: Ein entwicklungs- und resilienzorientierter Ansatz. In: Landolt, M. A./Hensel, T. (Hrsg.): Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH, S. 284-314.
- World Health Organization (2016): ICD-10 Version: 2016. In: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F90-F98> [23.3.2021].
- Yaffe, K./Vittinghoff, E./Lindquist, K./Barnes, D./Covinsky, K. E./Neylan, T./Kluse, M./Marmar, C. (2010): Posttraumatic stress disorder and risk of dementia among US veterans. In: <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.61> [14.03.2022].
- Zimmermann, D. (2016): Migration und Trauma. Pädagogisches Verstehen und Handeln in der Arbeit mit jungen Flüchtlingen. 4. Auflage. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Zito, D./Martin, E. (2016): Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen. Ein Leitfaden für Fachkräfte und Ehrenamtliche. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Häufigkeitsverteilung der Diagnosen	84
Abb. 2 SPSS Output: Chi-Quadrat-Test	89

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Häufigkeiten der Diagnosen	84
Tab. 2 Häufigkeiten für das Auftreten von Traumarisikofaktoren vom Typ 1 bei einer ADHS Diagnose	85
Tab. 3 Häufigkeiten für das Auftreten von Traumarisikofaktoren vom Typ 2 bei einer ADHS Diagnose	85
Tab. 4 Häufigkeiten für die diagnostische Abklärung von Traumafolgeerkrankungen bei einer ADHS-Diagnose	86
Tab. 5 Häufigkeiten zu der Einnahme von Psychostimulanzien bei vorliegender ADHS Diagnose	87
Tab. 6 Vergleich der Diagnosen und der Wirkung traumapädagogischer Rehabilitation	88

Anhang

ADHS oder PTBS?

Die Relevanz einer Differenzierung zwischen ADHS und PTBS für sozialpädagogisches Handeln

Dokumentations-Resümee-Fragebogen

1) Problemexploration

- Aufgrund **Probleme in welchen Bereichen** strebt der Klient eine Langzeitrehabilitation in der Facheinrichtung Ubuntu an und **wie stark ausgeprägt** sind diese vorhanden?

1a. Veränderungen von Kognitionen und der Stimmung					
Ausprägung (1= gar nicht, 5= sehr stark)	1	2	3	4	5
Bewusstseinszustände					
Umgang mit emotionalen Zuständen und der Affektkontrolle					
Verzerrtes Selbst- und Weltbild					
Keine Zukunftsperspektiven, keine Ziele im Leben verfolgen					
Neurophysiologische Dysfunktionalität des Gehirns					
Somatisieren					

1b. Spannungszustände und Selbst-, bzw. Situationseinschätzung					
Ausprägung (1=gar nicht, 5= sehr stark)	1	2	3	4	5
Motorische Unruhe, Tics					
Risikoreiches Verhalten					
Fremd- und Selbstverletzung					

ADHS oder PTBS?

Die Relevanz einer Differenzierung zwischen ADHS und PTBS für sozialpädagogisches Handeln

1c. Interaktion mit der sozialen Umwelt					
Ausprägung (1= gar nicht, 5= sehr stark)	1	2	3	4	5
Bindungsstörung					
Heiße und/oder kalte Aggression					
Gestörtes Psychosozialverhalten					

1d. Autonomie					
Ausprägung (1= gar nicht, 5= sehr stark)	1	2	3	4	5
Bewältigung alltäglicher Lebensanforderungen und selbstständige Lebensführung					
Umgang mit dem eigenen Körper					
Negative Auswirkungen auf die berufliche – bzw. schulische Situation					

1e. Lebensentwürfe					
Ausprägung (1= gar nicht, 5= sehr stark)	1	2	3	4	5
Freizeitgestaltung/ Hobbies					
Finanzielle Probleme					
Konflikte mit dem Gesetz					

ADHS oder PTBS?

Die Relevanz einer Differenzierung zwischen ADHS und PTBS für sozialpädagogisches Handeln

2) Suchtproblematik

- Besteht beim Klienten eine Form von **Suchtproblematik** (Suchtmittelabhängigkeit und/oder Suchtverhalten)?

Ja Nein

3) Getätigte Interventionen vor Ubuntu

- Welche **medizinischen-, therapeutischen-, bzw. (sozial/trauma)-pädagogische Interventionen** unternahm der Klient vor dem Einzug in die Facheinrichtung Ubuntu und **wie häufig** fanden diese statt?

3.1 Medizinische Interventionen

Häufigkeit	nie	einmalig	manchmal	oft	regelmäßig
Medizinische Beratung					
Diagnostische Abklärung					
Medikamentöse Behandlung					
Stationärer Aufenthalt (24 h Überwachung durch ein medizinisches Personal)					

ADHS oder PTBS?

Die Relevanz einer Differenzierung zwischen ADHS und PTBS für sozialpädagogisches Handeln

3.2 Therapeutische Interventionen

Häufigkeit	nie	einmalig	manchmal	oft	regelmäßig
Psychotherapie (Einzelsetting, Gruppensetting)					
Familientherapeutische Maßnahmen					
Spezielle Therapieformen (tiergestützte Therapie, Ergotherapie, etc.)					

3.3 Sozialpädagogische Interventionen

Häufigkeit	nie	einmalig	manchmal	oft	regelmäßig
Unterstützung durch SozialarbeiterInnen (z.B. Case Management)					
Individuelle (Eltern-)Beratung					
Unterstützende Erziehung					
Fremdunterbringung					
Unterstützung im schulischen –bzw. beruflichen Kontext (Schulassistenz, Nachmittagsbetreuung, etc.)					

ADHS oder PTBS?

Die Relevanz einer Differenzierung zwischen ADHS und PTBS für sozialpädagogisches Handeln

4) ADHS-PTBS Diagnose vor Einzug ins Ubuntu

- Welche **Diagnose** liegt beim Klienten vor dem Einzug in die Facheinrichtung vor?

	Ja	Nein	Keine Abklärung
4.1 ADHS/ Formen von ADHS (ICD-10, DSM V)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 PTBS/ div. andere Traumafolgeerkrankungen (ICD-10, DSM V)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) Medikation vor Ubuntu

a.) Wurden dem Klienten vor dem Einzug in die Facheinrichtung Ubuntu **Medikamente** verschrieben?

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b.) Wenn ja, **welche Art** von Medikamente wurden dem Klienten verschrieben?

	Ja	Nein
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmungsaufheller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antipsychotische Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tranquilizer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychostimulanzien (typische ADHS-Medikation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entzugs-und Entwöhnungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ADHS oder PTBS?

Die Relevanz einer Differenzierung zwischen ADHS und PTBS für sozialpädagogisches Handeln

6) Traumarisikofaktoren

- Enthält die Biografie des Klienten **Traumarisikofaktoren** folgender Typen?

	Ja	Nein
6.a Trauma Typ I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.b Trauma Typ II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) Alter

- Wie **alt** war der Klient beim Einzug in die Facheinrichtung Ubuntu?

_____ Jahre

ADHS oder PTBS?

Die Relevanz einer Differenzierung zwischen ADHS und PTBS für sozialpädagogisches Handeln

8) Maßnahmen im Ubuntu

- Welche **Maßnahmen** wurden in Hinblick auf die Problembearbeitung unternommen und **wie häufig** fanden diese statt?

Häufigkeit	nie	einmalig	manchmal	oft	regelmäßig
a.) Traumapädagogische Grundhaltung					
b.) Traumapädagogische Gesprächsführung					
c.) Schaffung des sicheren Ortes					
d.) Nachbeelterung (Reparenting)					
e.) Triggeranalyse, Skilltraining und Stresstoleranz					
f.) Stabilisierung und Ressourcenaktivierung					
g.) Imaginationsübungen					
h.) Biografiearbeit					
i.) Resilienzförderung					
j.) Psychoedukation					
k.) Telearbeit					
l.) Soziale Kompetenz					
m.) Haushaltsmanagement und Training alltäglicher Fertigkeiten					
n.) Aktive Freizeitgestaltung					
o.) Angehörigenarbeit					
p.) Arbeitsmarktintegration					
q.) Netzwerkarbeit					
r.) (STI) Entzugsbehandlung					

ADHS oder PTBS?

Die Relevanz einer Differenzierung zwischen ADHS und PTBS für sozialpädagogisches Handeln

9) Bewertung der Entwicklung im Ubuntu

- In welchem Ausmaß sind **Verbesserungen** in den zuvor genannten Problemfeldern, aufgrund getätigter Interventionen im Ubuntu, erkennbar?

9a. Veränderungen von Kognitionen und der Stimmung					
Verbesserung (1= keine Verbesserung, 5= erfolgreich bearbeitet)	1	2	3	4	5
Bewusstseinszustände					
Umgang mit emotionalen Zuständen und der Affektkontrolle					
Verzerrtes Selbst- und Weltbild					
Keine Zukunftsperspektiven, keine Ziele im Leben verfolgen					
Neurophysiologische Dysfunktionalität des Gehirns					
Somatisieren					

9b. Spannungszustände und Selbst-, bzw. Situationseinschätzung					
Verbesserung (1= keine Verbesserung, 5= erfolgreich bearbeitet)	1	2	3	4	5
Motorische Unruhe, Tics					
Risikoreiches Verhalten					
Fremd- und Selbstverletzung					

ADHS oder PTBS?

Die Relevanz einer Differenzierung zwischen ADHS und PTBS für sozialpädagogisches Handeln

9c. Interaktion mit der sozialen Umwelt					
Verbesserung (1= keine Verbesserung, 5= erfolgreich bearbeitet)	1	2	3	4	5
Bindungsstörung					
Heiße und/oder kalte Aggression					
Gestörtes Psychosozialverhalten					

9d. Autonomie					
Verbesserung (1= keine Verbesserung, 5= erfolgreich bearbeitet)	1	2	3	4	5
Bewältigung alltäglicher Lebensanforderungen und selbstständige Lebensführung					
Umgang mit dem eigenen Körper					
Berufliche – bzw. schulische Situation					

9e. Lebensentwürfe					
Verbesserung (1= keine Verbesserung, 5= erfolgreich bearbeitet)	1	2	3	4	5
Freizeitgestaltung/ Hobbies					
Finanzielle Probleme					
Konflikte mit dem Gesetz					

ADHS oder PTBS?

Die Relevanz einer Differenzierung zwischen ADHS und PTBS für sozialpädagogisches Handeln

10) Ganzheitliche Entwicklung im Ubuntu

- Kann aufgrund getätigter Interventionen im Ubuntu, eine **ganzheitlich positive Entwicklung** festgestellt werden?

Ja

Nein