

EINFÜHRUNG

TRAUMAPÄDAGOGIK
Begriffe
Historisches

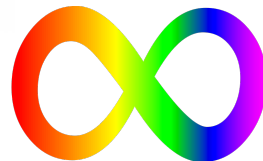
Bemühen um Konzeptualisierung (theoretische/technische „Geschlossenheit“) - Fachdisziplin

- Psychosoziale Traumatologie
- Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen
- Traumapädagogik

Implementierung von Aspekten o.g. Konzeptualisierungsversuche

(... in Handlungsfeldern: zum Beispiel Migration und Trauma)

- Traumaintegrierte Soziale Arbeit
- Traumasensible Soziale Arbeit



Fachkräfte Sozialer Arbeit/Sozialpädagogik arbeiten/teten in alle historischen Epochen mit traumatisierten Menschen

Johann Heinrich Pestalozzi (Stanser Brief, 1779)

betreute Kinder im Stanser Waisen- und Armenhaus:

„aufgebrochene Köpfe“, „ausgezehrte Gerippe“, „Hudel mit Ungeziefer“ – als Folge von Vernachlässigung und Krieg

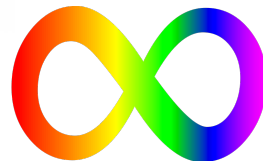
Lida Gustava Heymann (Hamburg, 1897)

Beratungsstelle entgegen Lasterhöhlen (Bordelle) in denen Frauen misshandelt wurden

Pädagogik und Beratung „an den Grenzen des Machbaren“

Traumapädagogik in der Bundesrepublik im Kontext mit der Heilpädagogik (Borbonus, M.- Sozialarbeiter/ Sozialtherapeut) - Mitte der 80ger Jahre

- Arbeit in **stationären Einrichtungen** der Jugendhilfe
erste therapeutische Wohngruppe für sexuell missbrauchte Mädchen in
Myrrha
- Beratungsstelle „Kind im Zentrum e.V. - Sozialtherapeutische
Hilfen für sexuell missbrauchte Kinder und ihre Familien
(Berlin)
- Wilma Weiß (Sozialpädagogin) Bundesarbeitsgemeinschaft
für Traumapädagogik (BAG-TP)



historisch verordeter Diversifizierungsprozess mehr oder weniger prägnanter Zugänge

keine einheitliche Konzeptualisierung

traditionell Zugänge/traditionelles Verständnis

- medizinisch-psychiatrische Traumakonzeption (klassifizierte Symptomorientierung)
- psychoanalytisch orientierte Traumakonzeption (innerpsychisch/psychodynamische Prozesse)
- neurophysiologische Hypothesenbildung



Traumapädagogik ist eine **Fachdisziplin**, die mit lebensgeschichtlich belasteten Mädchen und Jungen Antworten auf Fragen sucht, was sie brauchen um, um selbstbemächtigt ihren Weg gehen zu können (Bausum et al., 2013)

Traumarbeit aus der **Person-Kontext-Perspektive**:

(Wieder-) Herstellung Opfer-Umwelt-Beziehung

Erlangung gesellschaftlicher Anerkennung bezüglich Tat durch Institutionen (Staat)

Wiedergewinnung der Qualität der Alltäglichkeit

.... (Loch&Schulze, 2014)



Traumatisierten Menschen in **Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit** (entsprechende Beratungsstellen, sozialpädagogische Elternarbeit, im Rahmen der Hilfen zur Erziehung, Soziale Arbeit mit Flüchtlingskindern, Psychohygiene und Prävention), (Schulze et al., 2014)



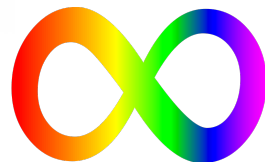
„Gängige“ Trauma-Konzeptionen sind in der Regel
westlich-individuell orientiert (Joannidis, 2006)

sie widerspiegeln **nicht die soziokulturellen
Bedeutungssysteme** aus denen die betroffenen
Minderjährigen stammen

insofern ist

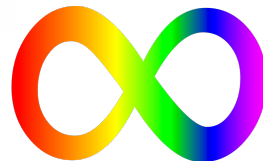
- die „**einfache**“ **Verwendung** des Konzeptes der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)
- die **Annahme** einer **allgemeinen** (interindividuellen, inter- und transgenerationalen- und /-kulturellen) **Gültigkeit**

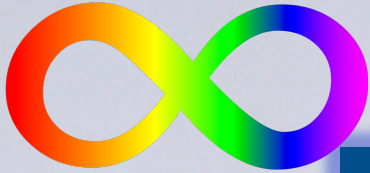
kritisch zu hinterfragen (Becker, 2006)



Becker (2006):

- Traumaforschung und Traumaarbeit nicht weiter (nicht mehr nur, d.A.) als reine Krankheitslehre
- Emanzipation des belasteten Menschen in sozial-ökonomischen Beziehungen fördern
- Traumaarbeit gelingt nicht ohne gesellschaftliche Dimension (Auflösung gesellschaftlich-politischer Umstände zum Beispiel von Gewalt)
- Heilende Gemeinschaft: Kinder und Jugendliche benötigen eine „gesunde Gemeinschaft“ (Weiß, 2013)





Was ist ein TRAUMA

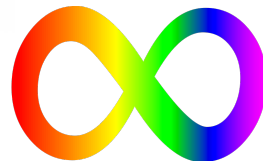
Ein belastendes Ereignis/Ereignisse oder/und Situationen **kürzerer oder längerer Dauer** von **außergewöhnlicher Bedrohung** oder/und von katastrophalem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung (**Kontrollverlust, Hilflosigkeit, Ohnmacht**) hervorrufen würden und die normalen Anpassungsstrategien eines Menschen überfordern

(Kriterium A. nach ICD 10)



... Wunde (griech.) - ursprünglich medizinisch körperliches Verständnis

- Trauma = Folge eines oder mehrerer Ereignisses/e
- Traumatisierung = Vorgang/Prozess, der mit dem Ereignis beginnt und
- sich (auch über Traumafolgen) fortsetzt (Retraumatisierung)

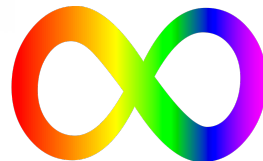


Adverse live event

Naturkatastrophe, Unfall

Man-made disaster

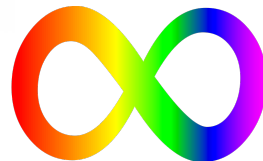
Beschuss, KZ, Gewalt jeder Art, Folter, Hinrichtung,
Todesdrohungen, schwere Deprivation.....



Akute Belastungsreaktion

Posttraumatische Belastungsstörung

anhaltende Persönlichkeitsstörung (-veränderung)



engl., to cope with: „bewältigen“, „überwinden“

Bewältigungsverhalten

Entstehung von Stress
oder adäquatem
Coping nach
Lazarus 1974



Kann ich mit meinen Ressourcen diesen Stressor bewältigen ?



Definition von Stress (Cannon, 1914):

engl. „Druck“ lat.: stringere „anspannen“

äußere und/oder innere Reizkonstellationen,
welche psychische und physische Reaktionen
auslösen

evolutionäre Bedeutung (Todstellreflex/Flucht/Angriff)

Noradrenalin anregendes Hormon

Serotonin hemmendes Hormon

kognitive Wende der Stressforschung (Lazarus)

„Appraisal“ → Bewertung („Dysstress“, „Eustress“)
in Abhängigkeit von subjektiven Ressourcen

Bewältigungserleben/Kontrollerleben

subjektive Bedeutsamkeit einer Reizsituation

Bewältigungsverhalten bezieht sich auf erwartete und/oder bereits eingetretene Reizkonstellationen (Anforderungen/ Belastungen) und wie diese kognitiv, emotional, motivational und **aktiv** gemeistert werden können

Trauerbegleitung (Kübler-Ross): Copingstrategien und Trauerphasen

Sozialmedizin:

Bewältigungsverhalten von Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen

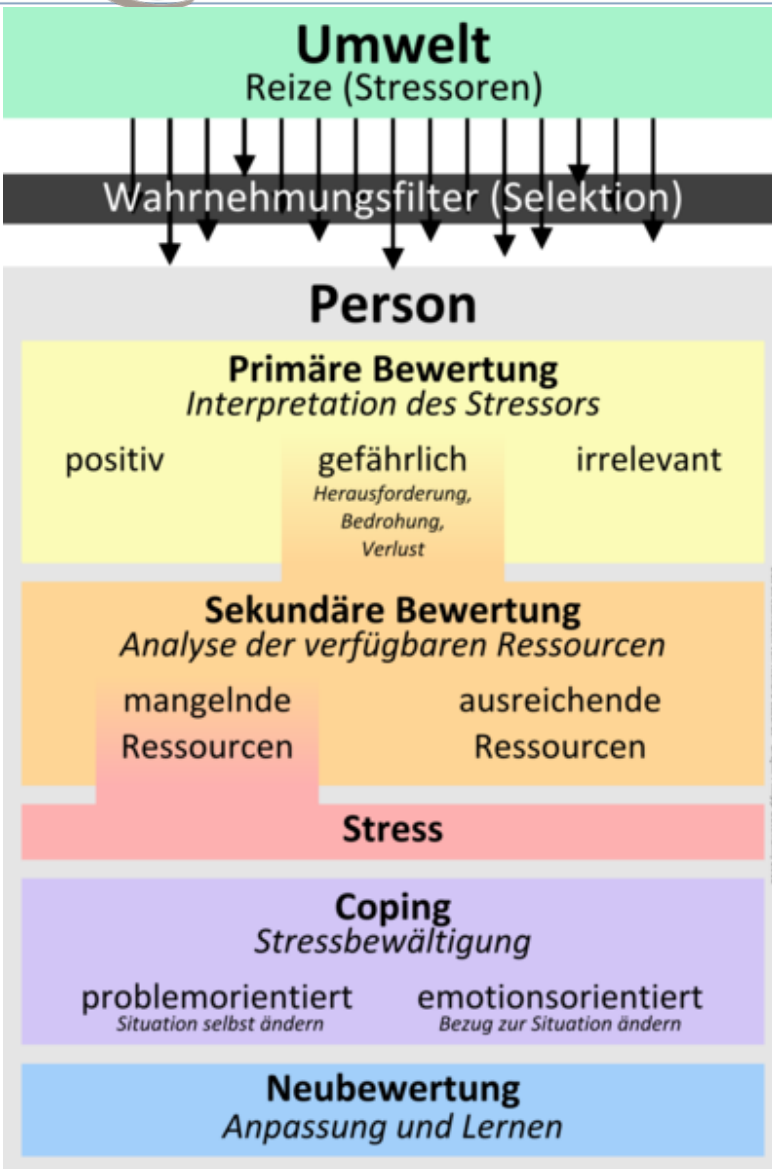
Umgang mit sozial belastenden Situationen (Langzeitarbeitslosigkeit)

Arbeitsmedizin:

Pflegeberufe

Soziale Arbeit:

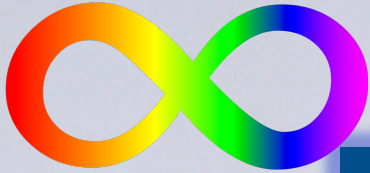
systemische Ansätze



primary Appraisal

secondary Appraisal

Reappraisal



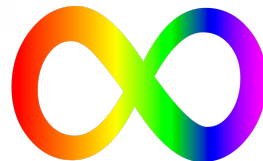
TRAUMA - ZUGÄNGE

Psychiatrischer Zugang
Psychoanalytische Zugänge
Zugang als „Sequenzielle Traumatisierung“

zunächst militärspezifisch in der Folge des Vietnamkrieges
Kategorien → **Posttraumatische Belastungsstörung**

Trauma im medizinischen Kontext

- Individuumzentriert
- „verbindliches Konstrukt“ (Verständnis)
 - zur Klassifikation von Traumas in Kategorien
- Symptomkatalog



A.

eine Person wird mit einem traumatischen Erlebnis konfrontiert bei dem die beiden Kriterien vorhanden sein müssen:

1. Person erlebt, beobachtet oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen oder anderer Personen beinhaltet
2. die Reaktion der Person beinhaltet intensive Furcht, Hilflosigkeit und Entsetzen (Kinder auch agitiertes Verhalten)



B. vermeintlich traumatisches Ereignis wird auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:

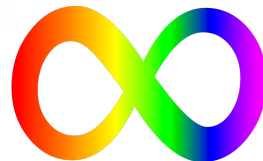
wiederkehrende intrusive Erinnerungen an das Ereignis (Wahrnehmungen, Bilder, Gedanken)

wiederkehrende intrusive Träume von dem Ereignis

Handeln und Fühlen, als ob das Ereignis wiederkehren würde (Reinszenierungen, Illusionen, Halluzinationen, dissoziative Flashback-Episoden beim Aufwachen oder bei Intoxikation)

intensive psychische Belastung bei Konfrontation mit internalen und externalen Reizen, die einen Aspekt des Ereignisses symbolisieren

körperliche Reaktionen bei Konfrontation mit internalen und externalen Reizen, die einen Aspekt des Ereignisses symbolisieren



C.

anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind oder eine Abflachung der Reagibilität (vor dem vermeintlichen Trauma nicht vorhanden), mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:

bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem vermeintlichen Trauma in Verbindung stehen

bewusstes Vermeiden von Orten, Aktivitäten, Menschen, die mit dem vermeintlichen Trauma in Verbindung stehen

Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des vermeintlichen Traumas zu erinnern

deutlich vermindertes Interesse oder Teilnahme an wichtigen Aktivitäten

Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen

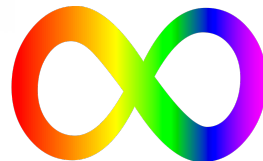
eingeschränkte affektive Bandbreite (zum Beispiel Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden)

Gefühle einer eingeschränkten Zukunft



D.
anhaltende Symptome erhöhten Arousals (vor dem vermeintlichen Trauma nicht vorhanden), mindestens zwei
der folgenden Symptome liegen vor:

Ein- oder Durchschlafstörungen, Reizbarkeit oder Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten, übermäßige Wachheit, übertriebene Schreckreaktionen

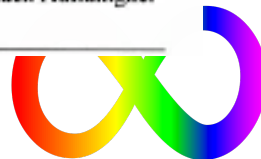


Forschungsstand zur Posttraumatische Belastungsstörung traumapädagogischer Hilfebedarf

Witt, A. et al.(2015).Hilfsbedarf und Hilfsangebot in der Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen.
In: Petermann U. et al. (Hrsg.). Kindheit und Entwicklung. Heft 4 (24). Göttingen. Hogrefe. S. 209-224.

Tabelle 1. Studien zu psychischen Auffälligkeiten und psychischen Störungen bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen

Studie (Land)	Stichprobengröße	Anteil männlicher UMF	Alter	Zeit im Aufnahmeland	Eingesetzte Verfahren	Ergebnis
Ramel et al. (2015) (Schweden)	N=56 UMF N=205 nicht-UMF	94,6% ↑	M=15,9 J. (SE=1,5) ↑	K. A.	Aktenanalyse	UMF: mehr nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten sowie häufiger Diagnosen aus dem Bereich neurotischer Störungen (F40–48) als nicht-UMF Diagnosen nach ICD-10: F40-F48: 76,8 % F30-F39: 16,1 % F9x: 1,8 % F1x: 2,3 % ←
Jensen et al. (2015) (Norwegen)	N=93 UMF	81% ↑	10–16 J. M=13,8 J. (SE=1,4) ↑	M=6 Monate (SE=5 Monate)	HSCL-37 SLE CPSS	HSCL: HSCL Gesamt: 21,5 % HSCL Internalizing: 19,4 % HSCL Angst: 30,1 % HSCL Depression: 20,4 % HSCL Externalizing: 6,5 % M=5,5 Stressful Life Events mit Tod einer nahestehenden Person (68 %), Zeuge von Gewalt (63 %) CPSS PTBS: 54 % (über klinischem Cut-Off) Anzahl von SLE waren assoziiert mit PTSD, Depression, und Angstsymptomen, nicht mit externalisierenden Auffälligkeiten ⇒



Vergleichsstudie von Untersuchungen zur Prävalenz von psychischen Störungen bei unbegleiteten Minderjährigen

2004-2015 (6030 TN)

97 % traumatische Erfahrungen

20% Posttraumatische Belastungsstörung

60% internalisierende und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten

40% affektive Störungen (bei weiblichen mehr)

25% Angststörungen

20% Resilienz



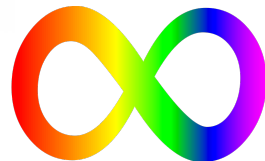
verstehender/deskriptiver Ansatz

individuelle Bedeutung traumatischer Erfahrungen
(**biographische Verankerung**)

Symptome in einer individuellen Sinnhaftigkeit als Funktion des
„ICH“

Verdrängung (bei seelischer Überlastung) → **Unbewusste**

Symbolisierungsunfähigkeit traumatischer Erfahrungen
Fehlen von Objekt- und/oder Beziehungsrepräsentanzen
(**Objektbeziehungstheorien**)

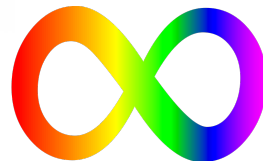


1.

Holocaust-Forschung – Schicksale der Überlebenden

Grundlegend für das Verständnis von Flucht/Migration/Trauma

schwerwiegende innerpsychische + transgenerationale Folgen
unter Extremsituationen weitgehend unabhängig von
prätraumatischer Persönlichkeit (Bohleber, 2000)

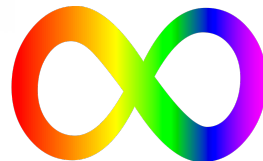


psychoanalytisch geprägte Forschung (Vokabular:
Bergmann 1996; Simitis, 1979)

Folgen von Extremtraumatisierung → **Auslöschung der Individualität** (Unterwerfung als einzige Chance)

- Zerstörung seelischer Strukturen
- Regression
- Überlebenden-Syndrom:

Warum habe ich überlebt, obwohl meine gesamte Familie Tod ist?



langfristige, transgenerationale Traumafolgen:

Transposition (Kinder verarbeiten die traumatischen Erfahrungen der Eltern)

unbewusste **Delegation** eines (phantasierten) Generationsauftrages - (Projektion)

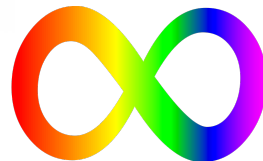
(Überlebende) Kinder erfüllen die Mission der toten Eltern/Familie

unbewusste Auftragslage die

→ wenig Raum für eigene Identitätsfindung

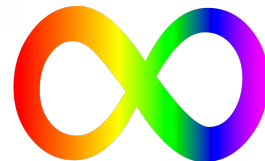
→ verinnerlichte Vernichtungsängste

zur Folge hat



anhaltend präsente Angst (langfristig und schwerwiegend)

- dauerhafte Trennung von der Familie - bei Kindern den Eltern (Flucht, KZ)
- anhaltende reale Todes- und/oder Gewaltangst
- Konzept der sequenziellen Traumatisierung



Salutogenese (Antonovsky)

Aktive Anpassung an die jeweiligen (sich ändernden) Umweltbedingungen und das konstruktive Bewältigen selbst schwer belastender Einflüsse

Aaron Antonovsky wertete 1970 eine Erhebung über die Anpassungsfähigkeit von Frauen verschiedener ethnischer Gruppen an die Menopause aus:

Untersuchungsgegenstand und „Stichprobe“

psychischer und körperlicher Gesundheitszustand
von Frauen zwischen 16 und 25 Jahre alt (1939 - nationalsozialistischen
Konzentrationslager)
in der Gruppe der KZ-Überlebenden/anschließendes Flüchtlingsdasein waren
29 % körperlich und psychisch „gesund“ trotz der Strapazen

Wie entsteht Resilienz (Gesundheit)?

Antonovsky's Postulate

- a. Existenz von **generalisierten Widerstandsressourcen (Resilienz)**
- b. individuelle **Bedeutungszuschreibung** an Stressoren (kognitive Bewertung von Stressoren)

c. Kohärenzkonzept

- 1. „Sinn für Kohärenz“ (Sense of coherence- SOC)
- 2. Kohärenzgefühl

Keilson (Längsschnittstudie 1967-1978 zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen)

kumulatives Traumaverständnis in Kontexten unklarer sozialer und politischer Kontexte

im Vordergrund die **zeitlich-soziale-politische Dimension**
(nicht die intrapsychischen Umstände)

anhand der „basic needs“ (Bowlby) → Bedeutung der traumatischen Sequenzen auf die Entwicklung
(Attachment, Orientation&Control, Pleasure/Pain Avoidance, Selfenhancement)



1. Sequenz

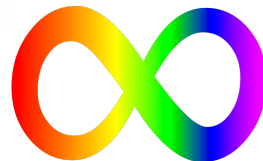
Beginnphase (präludierende Momente der Verfolgung)

ethnisch motivierte Terrorisierung

Rechtsschutz zerfällt

Verfolgung

Auflösung der eigenen Umgebung



2. Sequenz

Aufenthalt im KZ

Verstecken/Untertauchen/Improvisieren (zum Beispiel von Pflegefamilien)

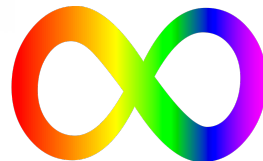
Trennung von den Eltern

Abbruch von Lern-/Spiel-/Kontaktmöglichkeiten

Deportation

Hunger/Sterben/Gewalt/ Bedrohung

Identitätszerfall



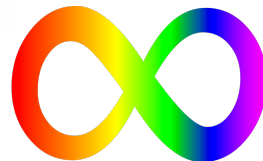
3. Sequenz

Nachkriegszeit mit Schwierigkeiten der Wiedereingliederung

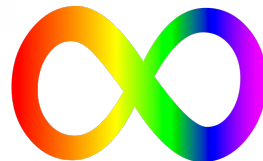
Bestellung der Vormundschaft/Unterbringung
bürokratische Reglementierung als erneuter Eingriff in die
Identität

Was wir für die Kinder getan? (Retraumatisierung)

Konsequenz dieser sequenziellen Traumatheorie:
nicht nur die Symptome der Posttraumatische Belastungsstörung bestimmen die
Traumaeinschätzung sondern eine sorgfältige Biographieanalyse
(Belastungsanalyse)



Vorfluchtphase
Fluchtphase
Exilphase
Rückkehrphase



in Anlehnung an Keilson
Becker&Weyermann (2006)

Becker, 2006

1. Zeit vor Beginn der traumatischen Prozesse Verfolgung bis Flucht
2. Beginn der Verfolgung (Flucht)
3. Akute Verfolgung und direkter Terror Flucht selbst
4. Chronifizierung der Verfolgung (Flucht)
5. Zeit des Übergangs Ankunftsort
Vorläufigkeit (Übergang1)
6. nach der Verfolgung vom Flüchtling zur
Remigration
Migration

Bei Kindern immer auch auf der Entscheidungsbasis anderer Menschen (in der Regel keine eigene Mitwirkung)

Zeit vor Beginn der traumatischen Prozesse (Flucht)

unfreiwillige Entscheidung zur Flucht

Bewusstsein von Trennung und Verlust

Unklare Zukunft

Inhaftierung, sexuelle Gewalt

Zwangsmaßnahmen



Beginn der Verfolgung (Flucht)

Lebensgefahr

Abhängigkeit von „Fluchthelfern“

Ziel- und Überlebensunklarheit

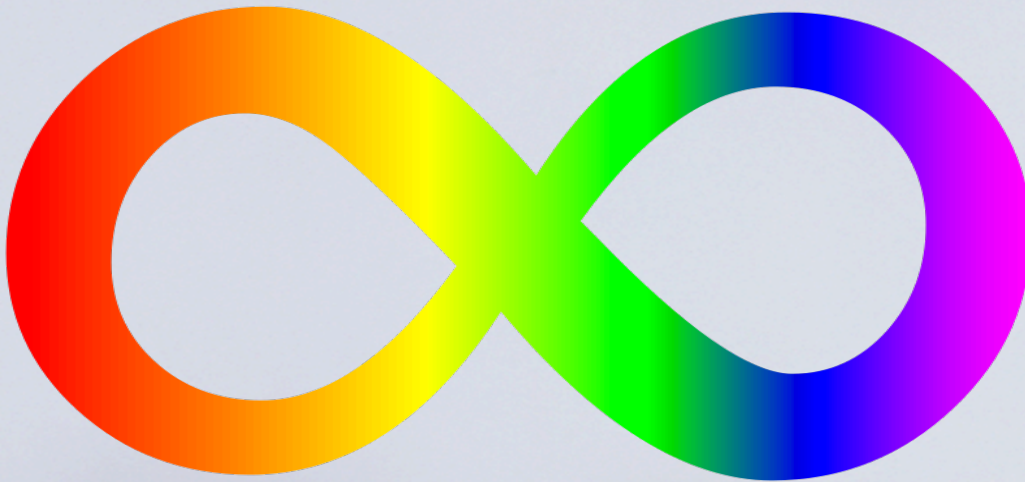
Übergang 1 (Vorläufigkeit):

Ankunft schockierend, keine Sicherheit, Weiterreise unklaren Ziels (regionale Aufteilung)

starke Bindung an Heimatland und Religion



Traumatasensibler Zugang



„Haltung“ der Fachkräfte (Traumapädagogik)

Klientbezogenheit/Klientenzentriertheit

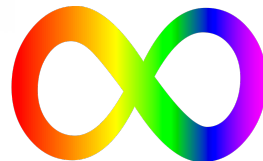
bedingungslose positive Wertschätzung
Verständnisvolle Offenheit/Empathie
Selbstkonkruenz/Echtheit

Selbstreflexive „inneren Haltung“

vorurteilsbewusste Konzepte/Anti-Bias-Approach
Diversität beachten und respektieren
technische Neutralität/Supervision

Fachkompetenz

Wissen um (biographische) Ursachen und Folgen von Trauma
Wissen um Resilienz, Ressourcen und Salutogenese
Wissen um Biographiearbeit



psychosoziale Diagnostik (Fallverstehen)

„Handwerk“

Rechtlicher Status (Feststellungsverfahren als „Minderjährige“)

Verteilungsbürokratie

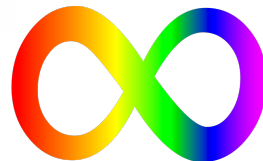
Soziale Anamnese (Ressourcen/Resilienz)

konkrete Traumaanalyse im sequenziellen Ansatz

Analyse der sozialen Isolation/Integration

Wie zeigen sich Traumaauswirkungen (Multiprofessionell)

körperliche Untersuchung (nicht zur Feststellung sondern im
Gesundheits/Krankheitsansatz)



Die Annahme des guten Grundes (Haltende Arbeit):

Um Traumata zu überleben entwickeln Kinder und Jugendliche bestimmte Verhaltensweisen.

Diese Verhaltensweisen wirken sich des Öfteren belastend auf die Pädagogen und die Umwelt aus.

Durch die auftretende Belastung kann es passieren, dass die Würdigung und Wertschätzung eines Verhaltens als notwendige Überlebensstrategie verloren geht.

Traumapädagogik versteht sich als Maßnahme, dieser Entwicklung/Haltung entgegenzuwirken.



Wertschätzung:

Traumapädagogische Arbeit zielt auf die Schaffung eines sicheren Ortes ab, in dem die Kinder und Jugendlichen ein positives Selbstbild von sich entwickeln können.

Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein der Kinder und Jugendlichen sollen durch die Wertschätzung der TraumapädagogInnen wachsen.

Gleichzeitig sollen verzerrte Kognitionen und Einstellungen im Prozess der traumapädagogischen Arbeit korrigiert werden.



Partizipation:

Um geringen Selbstwirksamkeitserwartungen und dem Gefühl von Kontrollverlust entgegenzuwirken, ist es wichtig, dass die Kinder und Jugendlichen aktiv an ihren Lebensbedingungen arbeiten.

Das Erleben von Autonomie, Kompetenz und Zugehörigkeit dient als notwendige Motivation und muss von den TraumapädagogInnen vermittelt werden.



Transparenz (Struktur):

Es ist notwendig, dass die Kinder und Jugendlichen ein Gefühl von Berechenbarkeit/Ordnung und Transparenz vermittelt bekommen.

Dies gilt vor allem in Bezug auf ihre eigenen Verhaltensweisen.

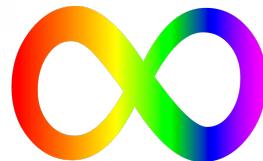
Werden den Kindern keine Erklärungsansätze und Interpretationen ihres eignen Verhaltens geboten, laufen diese Gefahr, sich selbst abzuwerten.



Spaß und Freude:

Um Belastungen und Gefühlen wie Angst und Scham entgegenzuwirken, ist es unabdingbar, Spaß und Freude im Alltag zu schaffen.

Vorhandene Ressourcen müssen gestärkt werden, neue entdeckt werden.



Förderung des Selbstverstehens:

Es werden Erklärungsansätze für Verhaltensweisen und welche Prozesse bei Stress und Trauma in Kopf passieren geliefert.

Förderung der Körper- und Sinneswahrnehmung:

Hierbei wird auf unterschiedliche Sinnesreize eingegangen. Zum Beispiel lernen die jungen Menschen, angenehme von unangenehmen Reizen zu unterscheiden.



Förderung der Emotionsregulation:

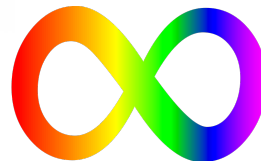
Emotionsregulation wird verbessert durch Psychoedukation und direktes Erlernen.

Förderung der physischen und psychischen Widerstandsfähigkeit:

In diesem Kontext werden Resilienz, Fähigkeiten, Stärken und Interessen gefördert.

Förderung der Selbstregulation:

Es werden Notfallstrategien, Reorientierungsmethoden, Entspannungsmethoden vermittelt sowie Wissen und Verständnis von Flashbacks und Dissoziation.



Chancen zur sozialen Teilhabe:

Es werden Angebote der aktiven Lebensgestaltung, des Rückzugs und Abgrenzung sowie Möglichkeiten der Partizipation geboten (z.B. Mitsprache).

Gruppenpädagogik:

Im Gruppenalltag werden traumabezogene Aspekte der Gruppendynamik verständlich gemacht und ein zielgerichteter Umgang erlernt.



Bindungspädagogik:

Hierfür werden Bindungserfahrungen erfasst sowie bindungsförderndes Verhalten und Stabilisierung.

Elternarbeit:

Die Eltern und die gesamte Biographie der Kinder können in den Prozess miteingebunden werden.



Selbstbemächtigung (Weiß, 2013) :

Befreiung von Ohnmacht und Abhängigkeit durch aktives Handeln, Selbstbestimmung und Autonomie

(Selbstakzeptanz, Selbstverstehen, Selbstregulation, Verstehen von Körperempfindung, Dissoziation)

Sicherer Ort (Schulze&Kühn, 2014)

Sicherheit im eigentlichen sinn (Oragnisationskonzepte)





Schulze, H. et I. (2014). Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Baltmannsweiler.Schneider Verlag.
Zimmermann, D. (2015). Migration und Trauma. Giesen. Psychosozial-Verlag.
Hargasser, B. (2015). unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge. Frankfurt/M.Brandes&Apsel.
Bausum, J. et al. (2013). Traumapädagogik. Weinheim. Beltz Juventa.

