

Winja Lutz¹

Dissoziation als Anpassungsleistung

Einleitung

Dissoziation bedeutet das Gegenteil von Assoziation, es ist eine Störung der Integration und Verknüpfung von Informationen. Dissoziation wird als ein »komplexer psychophysiologischer Prozess bezeichnet, [der] die Erinnerung an die Vergangenheit verhindert oder verändert, das Identitätsbewusstsein stört, das Erleben von Kontrolle über Körperempfindungen und Körperbewegungen stört sowie aktuelle Wahrnehmungen und Emotionen von anderen psychischen Prozessen abspaltet« (Eckardt-Henn/Hoffmann 2004, S. 393).

Dissoziation an sich ist nicht pathologisch, im Gegenteil, sie ist hilfreich und manchmal sogar angenehm. Jeder von uns kennt Zustände der Selbstvergessenheit, im Alltag führen wir gewohnte Handlungen wie automatisiert durch, sodass wir hinterher gar nicht mehr sagen können, was genau z. B. auf dem Weg zur Arbeit eigentlich vorgefallen ist. All dies ist normale Dissoziation. Im Gegensatz zur sogenannten dysfunktionalen/pathologischen Dissoziation können wir uns bei Bedarf sofort wieder reorientieren. Die meisten von uns kennen stressreiche Phasen, in denen wir besonders fahrig und vergesslich sind. In diesem Fall verstärkt sich die dissoziative Reaktion. Bei akut überfordernden oder gar traumatischen Situationen kommt es dann soweit, dass Erlebnisinformationen nicht mehr integrativ wahrgenommen und nur noch fragmentiert und abgespalten gespeichert werden. Passiert dies im frühkindlichen Alter wiederholt und vor allem durch nahe Bezugspersonen, so wird das Kind in seiner hirnpfysiologischen Entwicklung, der Entwicklung gesunder Regulationsmöglichkeiten, seiner Bindungsrepräsentanzen und seines Selbstkonzepts beeinträchtigt (Schore 2001; Liotti 2004; Lyons-Ruth, 2006). Die Dissoziation als Bewältigungsstrategie und Schutzmechanismus wird immer wichtiger, da die abgespaltenen Erfahrungsinformationen nicht bewusst werden dürfen und die dissoziative Reaktion immer leichter anspringt (Overkamp, 2002).

Wieland (2014) unterscheidet im Bereich der dysfunktionalen Dissoziation zwischen leichter, moderater und schwerer Dissoziation, wobei die *leichte Dissoziation*

¹ Die Autorin bedankt sich bei Na'ama Yehuda, Renée P. Marks, Sandra Wieland, Frances Waters, Joyce C. Morene, Quentin Dignam, Bob Slater, Sue Evans, Richard Hohlfelder, Joanne Silber, Jürgen Benecken und Ken Benau für ihre hilfreichen Anregungen.

das unaufmerksame Wegdriften beschreibt, das landläufig als Dissoziation verstanden wird. Bei *moderater Dissoziation* kann es dann zu Derealisations- und Depersonalisationsphänomenen kommen, dissoziative Wahrnehmungsstörungen, bei denen dem Kind die Umgebung oder sein eigener Körper unwirklich oder verfremdet erscheinen. Im Falle *schwerer Dissoziation* kommt es zur vollständigen Abspaltung von Erlebensinformationen, sodass Sinnesempfindungen, Emotionen und Situationsinformationen in abgetrennten Persönlichkeitsanteilen gespeichert werden: dissoziative Anteile oder Selbstzustände. Dieses Ausmaß an Dissoziation bringt besondere Schwierigkeiten mit sich – sowohl für die Alltags- und Beziehungsgestaltung des Kindes als auch für seine Helfer/innen (Schmid 2008).

Dissoziative Symptome sind keine Störungen, sondern Anpassungen an gestörte Umstände. Die aus der Dissoziation resultierenden Verhaltensweisen werden häufig fehldiagnostiziert, wenn der traumatische Ursprung nicht berücksichtigt wird. Durch die innere Fragmentierung und Spaltung und die fortdauernde Abhängigkeit von den gewalttätigen Bindungspersonen ist es für Kinder schwierig, von ihren Erlebnisse zu berichten, und die zugrundeliegenden Traumatisierungen bleiben oft lange unentdeckt – traumatisierte, dissoziative Kinder »sprechen« eher durch ihr Verhalten als über Worte.

Im Bereich der Traumapädagogik hat sich in den letzten Jahren auch in Bezug auf die Auseinandersetzung mit dissoziativen Reaktionen sehr viel entwickelt und eine Reihe von Autor/innen und Praktiker/innen haben das Bewusstsein für die Problematik geschärft und vor allem auf sensible Weise praktische Bewältigungsmöglichkeiten für die pädagogische Praxis aufgezeigt (Beckrath-Wilking et al. 2013; Gahleitner et al. 2014; Garbe 2015; Hantke/Görges 2012; Schmid 2008; Streeck-Fischer 2014; Weiß et al. 2014; Yehuda 2014). Besonders deutlich wird hier, wie groß der praktische Handlungsspielraum traumapädagogisch ausgebildeter Fachkräfte sein kann und sein sollte. Pädagogische Mitarbeiter/innen aus allen Lebensbereichen dieser Kinder brauchen das Wissen und das Handwerkszeug, um gut mit ihnen umzugehen. Eine traumasensible Fürsorge dient nicht bloß dazu, eine Therapie zu unterstützen, sie ist ein eigenständiges, unverzichtbares Arbeitsfeld. Traumapädagog/innen leisten Bindungs- und Beziehungsarbeit, sie stabilisieren und strukturieren den Alltag, trainieren Regulation und Reorientierung und helfen traumatisierten, dissoziativen Kindern psychoedukativ, zu verstehen was mit ihnen passiert – sie sind ein sicherer Anker in einer aus den Fugen geratenen Welt (Weiß et al. 2014).

Der Einbezug dissoziativer Phänomene in den Diskurs sowie in die praktische Arbeit ist der nächste Schritt auf dem Weg zu einer konsequent interdisziplinären Zusammenarbeit, bei der alle Beteiligte gleichermaßen wertgeschätzt werden. Damit ein Netzwerk geschaffen wird, das traumatisierte, dissoziative Kinder und Jugendliche verstehen und halten und die notwendigen gesellschaftlichen Veränderungen vorantreiben kann.

Lebensbedrohung ist subjektiv

»Ich verstehe nicht, warum bei Kindesmisshandlungen immer gleich von Trauma und Lebensgefahr gesprochen wird, auch wenn es körperlich nicht lebensgefährlich ist«, sagt eine Erzieherin in der Weiterbildung. Die allumfassende Abhängigkeit, in der ein Kind mit seinen Bezugspersonen lebt, ist von einer erwachsenen Perspektive aus schwer nachzuvollziehen. Erwachsene Geisel- und Entführungsoffer kennen eine ähnliche Situation, und nach dem sechstägigen Geiseldrama in Stockholm 1973 gingen die Folgen durch die internationale Presse, weil es vielen unverständlich erschien, warum die befreiten Geiselofer sich für ihre Täter und deren Ziele einsetzen, ja, diese sogar im Gefängnis besuchten und finanziell unterstützten. Als eine der Frauen angab, sich mit einem der Täter verlobt zu haben, war der öffentliche Skandal perfekt (Bejerot 1974).

In abhängigen gefährlichen Beziehungen, aus denen es keinen Ausweg gibt, entwickeln Menschen einen inneren Ausweg: Kleinste positive Gesten werden überbewertet und die bedrohlichen, gewalttätigen Handlungen werden abgespalten. Die Weltansicht der Täter/innen wird übernommen, um ihrem Verhalten irgendwie einen Sinn geben zu können. Die ohnmächtige und willkürliche Realität, die jederzeit das eigene Leben kosten könnte, wird so relativiert. Das Opfer richtet alle Wahrnehmung darauf, den Täter zu beruhigen, seine nächsten Handlungen zu erraten, sich ihm lieb zu machen. Dabei identifiziert sich das Opfer unwillkürlich mit dem Täter und es entsteht eine emotionale Bindung (Reemtsma, 1998).

Im Gegensatz zu erwachsenen Opfern haben Kinder aber keine Alternativen, nicht einmal im Kopf. Sie haben kein ausgebildetes Selbstkonzept, mit dem sie sich innerlich wappnen könnten. Sie haben keine gefestigten Bindungserfahrungen, auf die sie zurückgreifen können. Werden die Eltern, an die das Kind sich schuttsuchend wendet, selbst zur Gefahrenquelle, entsteht eine zutiefst unerträgliche, lebensgefährliche Zwickmühle. Für das Kind gibt es niemand anderen, an den es sich wenden kann. Es muss sich aber an jemanden wenden, weil es andernfalls sterben wird. Ein Kind kann physisch und psychisch nicht alleine überleben. Aus diesem Grund sind Bindungsimpulse in der letzten Konsequenz grundsätzlich stärker als Schutzimpulse (Eibl-Eibesfeld 2009, S. 78; Silberg 2012); wir können das auch sehr anschaulich im Still-Face-Paradigma beobachten (Tronick 2007). In diesem Experiment bekommt die Mutter den Auftrag, mitten in der Kommunikation mit ihrem Säugling auf einmal zwei Minuten lang nicht zu reagieren und ihr Kind nur mit ausdrucksloser Miene anzuschauen. Wird das Experiment nicht abgebrochen, kollabiert das Baby zuletzt in einen dumpfen, traurigen Zustand. An dieser Stelle beginnt bereits die dissoziative Bewältigung.

Fallbeispiel Josi I

Wir sind zur Fallbesprechung im Jugendamt. Frau Meyer-Behring blickt Josi an: »Erzähl doch mal, was habt ihr denn am Wochenende gemacht?« Josi starrt aus dem Fenster.

»Josi?« Josis Augen rutschen leicht nach hinten weg, ein Tick, den sie häufig zeigt, besonders nach den Beurlaubungen bei ihrer Mutter. Dann zuckt sie ruckartig mit den Schultern, blickt Frau Meyer-Behring an und erzählt mit monotoner Stimme: »Erst waren wir was einkaufen und dann sind wir mit der Tram gefahren. Da war die Mama plötzlich weg – also, ihre Augen waren weg und sie war ganz schlaff. Ich hab sie geschüttelt, aber sie hat nicht geantwortet, ich dachte sie ist tot. Ich hab sie ganz wild geschüttelt, dann kam sie wieder.«

Josi ist neun Jahre alt.

Ich blicke Frau Meyer-Behring hoffnungsvoll an, spätestens jetzt muss doch das Kindeswohl über dem Erziehungsrecht der Mutter liegen, denke ich, aber Frau Meyer-Behring blickt tonlos zurück. Die Stimmung im Raum ist vorsichtig und abwartend: »Das war ja bestimmt nicht schön, wie ging es dir denn dabei?«, wendet sich Frau Meyer-Behring an Josi. Aber das Mädchen ist jetzt taff und abweisend, eine andere Josi-Facette: »Was soll schon sein! Das passiert halt manchmal. Ich muss sie ja nur ordentlich schütteln, dann kommt sie wieder zu sich. Kein Problem.«

»Was meinst du denn, Josi? Willst du weiter zu deiner Mama in die Beurlaubung übers Wochenende?«

Josi guckt erschreckt: »Natürlich!!«

Josi war seit knapp 1,5 Jahren bei uns in der WG. Ihre Mutter, Frau M., war heroinabhängig und in einer Substitutionstherapie. Gleichzeitig war sie aktiv alkoholabhängig. Frau M. hatte in ihrer Kindheit sexuelle Gewalt durch ihren Stiefvater erlebt und war von ihrer eigenen Mutter nicht geschützt worden und auch Josi selbst hatte durch einen ehemaligen Partner der Mutter sexuelle Gewalt erlebt. Die Heroinabhängigkeit der Mutter bestand bereits während der Schwangerschaft mit Josi (Trost, 2013).

Dissoziation als unwillkürliche Überlebensstrategie

Es hat wenig Sinn, misshandelte Kinder zu fragen, ob sie den Kontakt zu ihren Eltern wollen. Es ist unsere Aufgabe als Helfer/innen, realistisch abzuschätzen, ob der Kontakt die Kinder nur immer wieder triggert oder es sogar zu weiteren Traumatisierungen kommen könnte, was bei Josi, wie sich später herausstellte, der Fall war. Sie wurde bei jedem Besuch Zeuge ihrer betrunkenen Mutter und kümmerte sich darum, sie irgendwie nach Hause zu bringen. Oft musste das Mädchen Sex zwischen der Mutter und verschiedenen Männern mitansehen, und in betrunkenen Affektdurchbrüchen schlug die Mutter das Mädchen wiederholt. Das alles erzählte Josi im Jugendamt nicht. Traumatisierte, dissoziative Kinder testen mögliche Helfer/innen oft erst einmal. Die Situation im Jugendamt zeigte ihr, dass die Helfer/innen ihre Situation nicht ernst nahmen.

Eine Haltung, der wir in der Jugendhilfe häufig begegnen, gründet auf der Idee, dass der Kontakt zu den biologischen Eltern mehr wert sei als jede professionelle Helfer/innen-Bindung. Die prekären Umstände seien für die Kinder gar nicht so schlimm, da sie sie ja schon lange gewohnt seien. Diese Haltung trägt zu einem traui-

schen Teufelskreislauf bei. Wir erwarten von tätergebundenen, parentifizierten Kindern, dass sie selbstverantwortlich und mit erwachsenem Überblick ihren Kopf aus der Schlinge ziehen. Das ist, wie wir es am Beispiel des Stockholm-Syndroms sehen können, unmöglich. Überforderte, traumatisierte Kinder werden in der Konsequenz für ihre erfolgreiche Überlebensstrategie mit unterlassener Hilfeleistung bestraft.

Josi hatte Frau Mayer-Behrings Haltung sehr genau erfasst und prompt kam ihr Einzelkämpfer-Anteil heraus, der jede Hilfe ablehnte. Unsere Aufgabe ist es, traumatisierten Kindern unmögliche Entscheidungen als erwachsene professionelle Helfer/innen abzunehmen, ohne dass sie erst darum bitten müssen. Es geht bei Traumatisierungen nicht darum, ob sie objektiv lebensbedrohlich sind, sondern darum, ob sie vom Kind als solches erlebt werden. Ist es nicht möglich, zu flüchten oder zu kämpfen, um eine Situation zu ändern, die den Organismus und das eigene Selbst überfordert, so entsteht ein Trauma und peritraumatische Dissoziation. Wovon ein Individuum überfordert wird, ist dabei stark von seinem Entwicklungsstand abhängig. So ist es für ein Neugeborenes sehr viel stressreicher, wenn es vor Hunger schreiend zehn Minuten lang alleine ohne Antwort in einem Zimmer liegt, als für einen Jugendlichen, der zehn Minuten aufs Abendbrot warten muss, weil die Eltern verspätet von der Arbeit kommen und der Kühlschrank leer ist. Porges (2010) hat mit dem Konzept der Neurozeption beschrieben, dass Menschen ihre Umgebung automatisiert und unbewusst immerzu abscannen, um diese entweder als sicher, gefährlich oder lebensbedrohlich einzuschätzen.

Das Neugeborene kann die Situation bereits nach fünf Minuten als lebensgefährlich einstufen und in eine dissoziative Erstarrung geraten, wohingegen der Jugendliche in der oben beschriebenen Situation wahrscheinlich höchstens etwas genervt und ungeduldig im leicht sympathischen System aktiv wird und anfängt die Schränke zu durchsuchen. Entwicklungsbedingt verstehen Kinder die Welt zudem sehr wörtlich und können sie nicht so einschätzen, wie wir als Erwachsene. Wenn zum Beispiel der Vater dem Kind droht, es dürfe nichts erzählen, weil die Mama dann sterben würde, dann ist das für das Kind eine unumstößliche Realität.

Was bleibt einem Kind unter diesen Umständen übrig? Es schützt sein entwickelndes Selbst und sein Überleben neurozeptiv, ohne bewusste Entscheidung, mithilfe dissoziativer Mechanismen. Dissoziation bedeutet einen inneren Ausweg aus einer äußerlich ausweglosen Situation. Wenn das Kind durch die Gewalt seiner Eltern so überfordert wird, dass sich der Zwiespalt nicht mehr integrieren lässt, kommt es zu einem Abschaltpunkt (Hochauf 2007). Die Situation endet am Abschaltpunkt natürlich nicht, aber Wahrnehmung und Gedächtnisspeicherung des Kindes werden dissoziativ fragmentiert. Auf hirnpfysiologischer Ebene bedeutet dies, dass die eingehenden Informationen nicht mehr über den Hippocampus in die neokortikale Verarbeitung integriert werden (Sachsse 2004). Sie bleiben sozusagen auf limbischem Niveau stecken und werden in ihre Einzelteile zerlegt. So kann ein Erinnerungsfragment den Geruch des Aftershave des Vaters beinhalten, ein anderes das Geräusch der sich schließenden Tür, nachdem die Mutter ins Zimmer geguckt hat, ein weiteres das Gefühl schweißnasser Haut oder die Schmerzen im Rachen (Gill 1996; Kagan 2004).

Die fragmentierte Speicherung auf limbischem Niveau hat zur Folge, dass diese Erlebnisse nicht als vergangen abgespeichert werden und das traumatisierte Kind dadurch sehr triggeranfällig ist. Das Geräusch einer ins Schloss fallenden Tür oder die orale Stimulation beim Zähneputzen kann später bereits einen Flashback auslösen, bei dem die alte Situation nicht als dort-und-damals, sondern als hier-und-heute erlebt wird und das Kind gemessen an der heutigen Realität übertrieben (und für viele Helfer/innen unverständlich) heftig reagiert.

Fallbeispiel Josi II

Josi sitzt auf der Treppe und behält den Eingang im Auge. Wachsam und einsam wie hinter einer undurchdringlichen Wand sitzt sie da und beobachtet die Tür, durch die vor über einer Stunde ihre Mutter hätte kommen sollen, um Josi zur Beurlaubung abzuholen.

Ich setze mich mit etwas Abstand neben sie: »Josi, deine Oma hat gerade angerufen, deine Mama kommt heute leider nicht mehr.« Tatsächlich hatte die Oma (die Mutter der Mutter) Josis Mutter betrunken mit einigen Kumpels im Park gesehen. Der zum Zerreißen angespannte Körper des Mädchens sackt sichtbar in sich zusammen, ihre Schultern beben und sie fängt hilflos an zu schluchzen, sie schlingt sich selbst die Arme um den Oberkörper, wiegt sich vor und zurück und wimmert: »Ich will meine Mama.« Mein Herz fliegt ihr zu, ich will sie in den Arm nehmen, sie festhalten und nie mehr alleine lassen, sie wirkt so schrecklich verloren. Aber Berührungen sind für Josi schwer zu ertragen und Verzweiflung kann in Sekundenbruchteilen in mörderische Wut umschlagen. So auch jetzt: »Ich hasse sie!«, brüllt Josi plötzlich, sie springt auf, tritt mit voller Wucht gegen die Zwischentür zur Diele (zum Glück eine Schwingtür): »So eine blöde, verfickte, versoffene Schlampe!«, brüllt sie mit einer röhrenden, tiefen Stimme, die man dem kleinen Körper gar nicht zugetraut hätte.

Ich stehe mit Herzklopfen auf, bemühe mich aber, meinen Atem ruhig zu halten, um ihre Aufregung nicht zu verstärken: »Ich kann verstehen, dass du wütend bist, das ist wirklich kein gutes Mutterverhalten«, setzte ich an ... Was für ein Fehler!

Josi fährt zu mir herum, ihr schmaler Körper scheint sich zu verdichten, als würde sie vor meinen Augen wachsen und sie fährt mich mit kalter Wut an: »Du! Du verstehst doch sowieso nichts. Ihr alle! Sozialarbeiter, ihr seid doch alle dumm wie Stroh. Lasst mich bloß in Ruhe, ich komm allein klar. Ich hasse diese Scheiß-WG. Geh mir aus dem Weg, sonst mach ich dich fertig!« Damit dreht sie sich um, drängt sich mit zum Schlag erhobener Hand an mir vorbei und geht mit festem Schritt die Treppe hoch in ihr Zimmer.

Dissoziative Anteile

In dieser Szene zeigen sich verschiedene Seiten/Anteile/Facetten von Josi in schnellem Wechsel. Solche »Stimmungswechsel« sind typisch für traumatisierte, dissoziative Kin-

der. Als Diagnose gibt es die dissoziative Identitätsstörung für Kinder nicht, deutliche dissoziative Symptome gibt es bei Kindern aber ebenso wie innere Anteile. Grimmer hat den Vorschlag einer »*sich entwickelnden dissoziativen Identitätsstörung*« (Grimmer 2014, S. 99) gemacht. Innere Anteile zeigen sich bei Kindern qualitativ oft anders als bei Erwachsenen, sie sind häufig etwas weniger abgespalten. Die inneren amnestischen Grenzen sind noch nicht ganz so fest bzw. lassen sich noch leichter korrigieren. Kinder berichten oft mit großer Selbstverständlichkeit von ihren inneren Anteilen. Oft bleiben diese Anteile allerdings unentdeckt, weil niemand das Kind nach ihnen fragt (Weinberg 2014; Marks 2015). Gerade Kinder begreifen ihr inneres gespaltenes Erleben häufig als normal und thematisieren es deshalb nicht von sich aus als Problem.

Nach Putnam (1997) ist die Entwicklung von verschiedenen Verhaltenszuständen Teil der normalen kindlichen Entwicklung. Im Zuge von traumatischen Erlebnissen kommt es zu einem Mangel an Integration bzw. Überbrückung der verschiedenen Verhaltenszustände. Schulz von Thun (2010) beschreibt für nicht-traumatisierte Erwachsene etwas Ähnliches mit seinem *Konzept des Inneren Teams*. Wir alle haben verschiedene Stimmen in uns, wir merken das spätestens bei wichtigen und schwierigen Entscheidungen, bei denen sich Pro- und Kontra-Stimmen in uns streiten. Nach der *Ego-State-Theorie* von Watkins und Watkins (1997) entwickeln wir unterschiedliche Ichs für unterschiedliche Situationsanforderungen, so haben wir etwa ein Familien-Ich neben einem Arbeits-Ich. Im Zuge der gesunden Entwicklung sind die Grenzen zwischen diesen Ichs durchlässig, wir können problemlos zwischen ihnen hin und her pendeln und ihre jeweiligen Stärken nutzen.

Alle traumatheoretischen Anteile-Konzepte betonen, wie wichtig die Unterstützung der Bezugspersonen für ein Kind ist, um schwierige Erlebnisse integrativ zu verarbeiten. Es wird davon ausgegangen, dass sich abgespaltene Anteile gerade dann entwickeln, wenn das Kind eine traumatische Erfahrung nicht besprechen und verarbeiten kann. Je früher, schwerwiegender und häufiger Kinder traumatische Gewalt durch nahe Bezugspersonen erleben, desto stärker prägen sich die Grenzen zwischen den inneren Anteilen aus (Julius/Stolz 2002), bis zu dem Punkt, an dem das Kind kein ganzheitlich integriertes Selbst mehr hat, sondern wie Josi mit wenig Regulationsmöglichkeiten auf situative Trigger reagiert. In Josis Fall können wir in der geschilderten Treppenhausszene vier ihrer verschiedenen Anteile entdecken:

Die Helferin – ein parentifizierter Anteil, der ständig beobachtet und auf dem Sprung ist, Anforderungen zu erfüllen. Dieser Anteil wartet mit gespannter Wachsamkeit auf die Mutter, um dann sofort für sie da zu sein. In diesem Zustand ist Josi es gewohnt genau zu beobachten, flexibel zu reagieren und sehr viel auszuhalten.

Das kleine verlassene Mädchen – ein sehr junger zu Tode verzweifelter Anteil. Diese Seite von Josi darf nur selten nach außen sichtbar werden, eigentlich nur dann, wenn die Kontrolle ihrer anderen Anteile für einen Moment zusammenbricht. Hier zeigte sich der jahrelange haltlose Schmerz des kleinen Mädchens, das seine Mama emotional nie erreichen konnte.

Der Täteranteil – ein hoch aggressiver Anteil, der vulgär fluchend auch körperlich auf andere losgeht. Dieser Anteil ist vermutlich aus verschiedenen Vorbildern

entstanden. Nach dem Abschaltpunkt auf der Traumakurve ist das Opfer extrem aufnahme-offen. Da in der peritraumatischen Dissoziation keine Abwehr mehr möglich ist, nimmt das Kind die Impulse des Täters bzw. der Täterin ungefiltert in sich auf (Hochauf 2007; Marks 2012; Vogt 2013). Diese zeigen sich in der Folge in täteridentifizierten, täterloyalen und täterimitierenden Anteilen.

Die Einzelkämpferin – ein aggressiv-abwehrender Anteil, der jede Hilfe ablehnt und jedes Beziehungsangebot zurückweist. Traumatisierte Kinder richten sich in ihren unzumutbaren Lebensumständen ein. Jede Veränderung, selbst wenn sie positiv ist, gefährdet dieses prekäre Gleichgewicht auf unberechenbare Weise und wird deshalb erst einmal als gefährlich wahrgenommen und abgewehrt. Helferanteile wie Josis Einzelkämpferanteil fühlen sich von den neuen Helfer/innen zudem oft in ihrem Aufgabenbereich bedroht.

Dissoziation erkennen

Ein häufiger Hinweis auf mögliche Dissoziation liegt im »pathologischen Lügen«. Bei Kindern, die hartnäckig ihr Fehlverhalten leugnen, können im Hintergrund dissoziative Mechanismen eine Rolle spielen. Diese Kinder leugnen ihr Verhalten, weil es abgespalten in einem anderen inneren Anteil verankert ist. Sie werden dann leicht als lernresistent und oppositionell eingestuft. So berichtet Marks (2015) davon, wie ein neunjähriger Junge, in der Schule tagtäglich gewalttätiges Verhalten zeigte, dieses Verhalten Zuhause aber hartnäckig leugnete. Marks, als seine Therapeutin, fragte ihn, ob er irgendwelche besonderen Freunde habe, von denen niemand etwas wisse, und Michael antwortete, ohne zu zögern, dass ein »wütender Michael« in seinem Kopf lebe. Kinder benennen ihre inneren Anteile oft nach deren Emotionen oder Verhaltensweisen. In Michaels Fall war der wütende Anteil nicht völlig amnestisch abgespalten, zumindest im Rückblick gab es ein Co-Bewusstsein, selbst wenn der Alltags-Michael das Verhalten des wütenden Michael nicht regulieren konnte. Michael schützte auf diese Weise sein Ideal-Selbst, um liebenswert zu bleiben.

Eine solche Dynamik ist bei dissoziativen Kindern meist nicht manipulativ, sondern eine Anpassungsleistung zur psychischen Stabilisierung. Sie sorgt dafür, dass diese Kinder weiter in ihrem Alltags-Ich funktionieren können. Zudem war die innere Spaltung für Michael so real, dass es für ihn, trotz des Co-Bewusstseins, selbstverständlich war, dass er (als Alltags-Michael) nicht für das Verhalten in der Schule verantwortlich sein konnte. Es hatte ihn nur vorher noch nie jemand danach gefragt. Marks bat ihn, den wütenden Michael morgens in einen besonderen (imaginären) Raum zu schicken, wo er fernsehen konnte. Die gewalttätigen Ausbrüche in der Schule hörten prompt auf. Wird bei einem solchen dissoziativen Kind auf das Fehlverhalten anstatt auf die Dissoziation fokussiert (etwa mit einem Anti-Aggressions-Training), gerät das Kind immer stärker unter Druck, sodass es unter Umständen noch weitere Belastungssymptome (etwa Somatisierungen) entwickelt.

Bei frühkindlichen Traumatisierungen wird die Hirnentwicklung so beeinträchtigt, dass die Kinder es später schwerer haben, ihre Affekte zu regulieren und sich zu konzentrieren (Streeck-Fischer 2014). Aus diesem Grund kommt es so häufig zu Fehldiagnosen wie ADHS oder Störungen des Sozialverhaltens. In der pädagogischen Arbeit sollte außerdem immer berücksichtigt werden, inwieweit die Aufnahme- und Regulationskapazität traumatisierter Kinder durch die Schwere der Dissoziation beeinträchtigt ist (Schmid 2008).

Konsequenzen

An diesem Punkt stellt sich die Frage nach dem Umgang mit Konsequenzen. Grundsätzlich gilt, dass auch dissoziative Kinder verantwortlich für ihr Verhalten und das all ihrer Anteile sind (Waters 1996; Silberg 2014). Die folgenden drei Punkte sind hierbei aber wichtig.

Erstens braucht ein Kind in der akuten Situation immer zuerst Beruhigung. Ist das Kind in einem dissoziativen Zustand (ob in mörderischer Rage oder einer dissoziativen Erstarrung), so kann es die angekündigten Konsequenzen weder aufnehmen noch verstehen. Möglicherweise ist es später in einem anderen Anteil auch amnestisch für die besprochene Konsequenz und wird dann als lernresistent eingestuft. Unter starkem Stress ist unsere Aufnahmefähigkeit rein physiologisch stark eingeschränkt, wir können menschliche Stimmen schlecht hören, weil über die Gesichtsmuskeln das Mittelohr reguliert wird und wir bei Gefahr auf tiefe Frequenzen fokussieren (Porges 2011), zudem unterdrückt die Hirnaktivität, die uns eine Kampf- oder Fluchtreaktion ermöglicht, die kortikale Sprachverarbeitung und die Affektregulation (Yehuda 2014). Deshalb macht es erst Sinn, die Situation zu besprechen, wenn sich das physische Stresslevel wieder gesenkt hat.

Zweitens sollte weniger auf das Verhalten konzentriert werden und stärker auf die Verarbeitung und Integration. Wir müssen davon ausgehen, dass ein Kind unter derartigen Belastungen sein Verhalten nicht immer regulieren kann. Seine Verantwortung liegt deshalb vor allem darin, sich mit seinen Helfer/innen darum zu kümmern die Traumatisierungen zu verarbeiten und dissoziative Anteile zu integrieren (Marks 2014b).

Der dritte Punkt betrifft die Art der Konsequenzen. Traumatisierte Kinder dürfen durch die Konsequenzen nicht re-traumatisiert werden. Ein Kind, das schwere Vernachlässigung erlebt hat und als Baby tagelang alleine in seinem Zimmer im Gitterbettchen liegen gelassen wurde, wird auf ein Time-Out als Konsequenz mit hoher Wahrscheinlichkeit dissoziativ reagieren, sodass sich die dissoziative Reaktion noch mehr einschleift. Viele der klassischen Konsequenzen arbeiten mit Beziehungsentzug (Time-Out, Nachsitzen, Hausarrest, Ausschluss von Gruppenaktivitäten) und können für diese Kinder schwer zu verarbeiten sein, weil sie in der Regel bindungstraumatisiert sind. Es ist wichtig, sich die individuelle Geschichte des Kindes vor Augen zu führen (soweit bekannt) und entsprechend bindungsstärkende Konsequenzen zu

entwickeln – Time-In statt Time-Out (Marks 2013). So könnte eine Konsequenz für das Kind darin bestehen, mit der Bezugsbetreuerin eine halbe Stunde zusammenzusitzen und an den Ressourcen- und Triggerlisten für seinen Notfallkoffer zu arbeiten oder etwas Besonderes für die Gruppe zu tun (z. B. eine Tischdeko basteln).

Übertragung der dissoziativen Dynamik

Manchmal zeigen Kinder sich in unterschiedlichen Lebensbereichen sehr unterschiedlich. Sie sind zum Beispiel in der Schule still und angepasst (wobei hier auch dissoziative Abwesenheit oft als Unaufmerksamkeit oder Desinteresse fehlgedeutet wird), Zuhause bei den Pflegeeltern oder in der WG sind sie dagegen hoch aggressiv – oder andersherum. In der stationären Hilfe kann es auch vorkommen, dass das Kind bestimmten Mitarbeiter/innen gegenüber bestimmte Anteile aktiviert. In der Folge kommt es sehr schnell zu heftigen Auseinandersetzungen im Team.

Grundsätzlich gilt, dass uns die Arbeit mit dissoziativen Kindern besonders belastet und beeinflusst. Wir fühlen uns oft verwirrt, überfordert, als ob wir einfach nichts richtig machen können (Weiß et al. 2014, S. 110 ff.). Wir fühlen uns ausgelaugt, inkompetent und verunsichert – dies wird im Teufelskreis der dissoziativen Nichtreaktion nach Schmid (Schmid 2009, zitiert in Weiß et al. 2014, S. 106, auch abrufbar unter www.erich-kaestner-kinderdorf.de/Weiß.pdf, Folie 13) sehr gut erfasst. Manchmal spüren wir auch eine unangenehme Abneigung, uns auf das Kind einzulassen. Die traumatischen Erlebnisse dieser Kinder übertragen sich dynamisch auf uns, und wenn wir in einer WG unter Umständen nicht nur eines, sondern gleich eine ganze Reihe komplextraumatisierter Kinder haben, dann entsteht sehr schnell ein Gefühl im Team, als ginge es ständig um Leben und Tod. Es kommt dann zu emotional überladenen »fachlichen« Diskussionen, wir fühlen uns dünnhäutig, schnell angegriffen und müssen unseren Standpunkt mit großer Dringlichkeit durchsetzen.

Sobald eine solche Energie spürbar wird, ist es wichtig innezuhalten, die Dynamik anzuerkennen und sich miteinander zu fragen: Was passiert hier eigentlich gerade? Dabei kann es hilfreich sein, auch als Helfer/in erst einmal Stabilisierungsmethoden anzuwenden – im Sinne eines dynamischen Dissoziationsstopps: aufstehen, Fenster öffnen, durchatmen, Arme und Beine abklopfen und schütteln: Es geht heute nicht um Leben und Tod. Danach fällt es leichter, sich mit empathischem Abstand auseinanderzusetzen: Welche Gefühle sind bei jedem da und in welchem Zusammenhang stehen sie mit der Traumageschichte des Kindes?

Schlussfolgerungen für die stationäre Praxis

Dissoziative Kinder können ohne spezifische Behandlung nicht gesunden, Trauma wächst sich nicht aus! Im Gegenteil, die Stressfolgen verschlimmern sich über den Verlauf der Entwicklung. Im Allgemeinen lassen sich dissoziative Traumafolgen bei

Kindern unter angemessenen Bedingungen und mit der entsprechenden Begleitung erfolgreich und schneller heilen als später, wenn sie erwachsen sind. Dafür brauchen diese Kinder traumasensible Hilfe, sowohl von den Mitarbeiter/innen in der Jugendhilfe als auch von therapeutischer Seite. Im Fall von Michael reicht es langfristig nicht aus, ein oder zwei Imaginationsübungen einzuüben. Diese können kurzfristig sehr hilfreich sein, aber wenn der Trigger stark genug ist, wird auch ein »wütender Michael« vom Fernseher aufstehen und sich um die Situation draußen kümmern.

Idealerweise erhält das Kind sowohl traumapädagogische als auch traumatherapeutische Hilfe. Traumaspezifisch ausgebildete Pädagog/innen können auch ohne therapeutische Unterstützung sehr erfolgreich mit dissoziativen Kindern arbeiten. Psychoedukation, Trigger- und Ressourcenlisten, Dissoziationsstopps und körperliche Regulationstechniken helfen den Kindern, ihre eigenen Symptome zu verstehen, sie zu akzeptieren und mit ihnen umzugehen. Die Pädagogik der Selbstbemächtigung nach Weiß (2014b) ist ein wichtiges traumapädagogisches Konzept, das die wertschätzende und praktische Arbeit mit dissoziativen Traumafolgereaktionen beschreibt: »Selbstbemächtigung [...] bedeutet, dass die Mädchen und Jungen Stück für Stück das Gefühl für sich selbst wiederfinden, ihre dissoziativen Zustände wahrnehmen, als Überlebensstrategie schätzen und regulieren lernen. Dass sie sich selbst spüren lernen und in Beziehungen möglichst selbstbestimmt leben werden« (Weiß 2014).

Haben dissoziative Kinder ausreichende Stabilisierungsmöglichkeiten für sich erarbeitet, können wir mit ihnen üben, mit ihren Anteilen als Team zu arbeiten. Sind die wichtigsten inneren Anteile erst einmal identifiziert, können sie miteinander verhandeln und ihre jeweiligen Bedürfnisse anmelden. Anteile, die vielleicht noch in einem jüngeren Alter feststecken, wie etwa Josis kleiner verlassener Mädchen-Anteil, können so nachreifen (Weiß 2014). Externalisierungsmethoden, wie etwa das Zeichnen einer inneren Landkarte, das Darstellen verschiedener Anteile mit Tonfiguren, das Stellen der Anteile mit Stofftieren oder das Sprechen auf verschiedenen Anteilstühlen sind für die Anteilearbeit besonders hilfreich.

Eine solche ganzheitliche Traumaverarbeitung kann langfristig allerdings nur funktionieren, wenn das Kind stabile Bindungsbeziehungen entwickeln kann und eine ausreichend intensive und traumapädagogisch ausgebildete Betreuung gegeben ist. In der Jugendhilfe sind wir diesbezüglich mit einigen problematischen Bedingungen konfrontiert:

- Eine Traumatherapie für die Kinder zu organisieren, stellt eine große Hürde dar. Neben dem allgemeinen Mangel an KJP-Therapeut/innen sind traumatherapeutisch ausgebildete Kindertherapeut/innen, die mit dissoziativen Störungen arbeiten, fast so selten wie ein weißer Rabe.
- Der andauernde Kontakt zur traumatisierenden Herkunftsfamilie triggert die Kinder immer wieder an, sodass sich das psychophysiologische Stresssystem nicht entspannen kann und die pädagogische und therapeutische Arbeit stark erschwert oder sogar unmöglich wird (Brisch 2008). Dem gegenüber steht das gesetzlich verankerte Recht auf Erziehung, das vom Jugendamt nur in Extremfällen angetastet wird. Eine drohende Rückführung in die traumatisierende Herkunftsfamilie

ist eine Gefahr, die das Kind stark belasten und die Arbeit sehr erschweren kann (Marks 2014a).

- Traumatisierte, dissoziative Kinder brauchen neue positive und verlässliche Bindungspartner. Arbeitsbedingungen in der stationären Jugendhilfe wie Einzeldienste, eine hohe Fluktuation der Mitarbeiter, keine angemessene Übergabezeiten etc. erschweren die kontinuierliche Beziehungsarbeit sehr. Schmid (2008, S. 9) beschreibt allerdings entlastend, dass die grundsätzliche Verteilung der Beziehungsaufgabe auf mehrere Schultern das Kind vor erneuten Beziehungskatastrophen schützen kann.

Es sei an dieser Stelle auch einmal deutlich benannt, dass Erzieher/innen und Sozialarbeiter/innen in der Jugendhilfe gemessen an der Verantwortung, die sie tragen, und den Jobanforderungen, mit denen sie konfrontiert sind, beschämend schlecht bezahlt werden. Da Kinder und Jugendliche, die eigentlich nach § 35a SGB VIII untergebracht werden müssten, aus wirtschaftlichen Gründen zunehmend in den § 34 Einrichtungen landen, wird die stationäre Jugendhilfe häufig zu so etwas wie einer psychiatrischen Auffangstation, allerdings ohne die nötigen Mittel, eine angemessene Bezahlung und Anerkennung. Fischer et al. (2015) haben in einer ersten epidemiologischen Studie zu Grenzüberschreitungen festgestellt, dass Beschimpfungen und Beleidigungen gegenüber Mitarbeiter/innen in der Jugendhilfe an der Tagesordnung sind, mehr als die Hälfte der Mitarbeiter/innen erlebt gezielte verbale Bedrohungen, knapp ein Viertel ist tätlichen Angriffen ausgesetzt und fast ein Zehntel (9 %) wurden schon einmal mit einer Waffe bedroht. Diese Ergebnisse verdeutlichen die Dringlichkeit von angemessenen Arbeitsbedingungen und Behandlungsansätzen für komplex-traumatisierte, dissoziative Kinder und Jugendliche.

Erfreulich ist, dass das Interesse an einer traumaorientierten Pädagogik und Therapie seit einigen Jahren stark wächst. Unter Umständen sind traumaspezifische Ansätze dazu geeignet, Brücken zwischen den verschiedenen Fachbereichen zu schlagen. Sobald sie auch die Dissoziation mit beachten (Weiß et al. 2014), könnte hier eine ganzheitliche und integrierte Versorgung auf den Weg gebracht werden. Eine Versorgung, die nicht mehr ineffektiv wie ein Innensystem abgespaltener Anteile agiert, sondern eine Versorgung, die die dissoziativen Barrieren überwindet, sodass die Stärken aller Bereiche kooperativ für das Wohl traumatisierter, dissoziativer Kinder eingesetzt werden können.

Literatur

- Bejerot, N. (1974): The six day war in Stockholm. In: *New Scientist*, 61, H. 886, S. 486–487.
- Beckrath-Wilking, U./Biberacher, M./Dittmar, V./Wolf-Schmid, R. (2013): *Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik: Ein Handbuch zur Psychotraumatologie im beraterischen & pädagogischen Kontext*. Paderborn: Junfermann.
- Brisch, K. H. (2008): Bindung und Umgang. In: *Deutscher Familiengerichtstag* (Hrsg.): *Siebzehnter Deutscher Familiengerichtstag vom 12. bis 15. September 2007 in Brühl*. Brühler Schriften zum Familienrecht, Band 15. Bielefeld: Giesecking, S. 89–135.
- Eckardt-Henn, A./Hoffmann, S. O. (2004): Dissoziative Störungen. In: Egle, U. T./Hoffmann, S. O./Joraschky, P. (Hrsg.): *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung: Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Traumatisierungen*. Stuttgart: Schattauer, S. 393.
- Eibl-Eibesfeld, I. (2009): *Human Ethology*. New York: Aldine Transaction.
- Fischer, S./Steinlin, C./Dölitzsch, C./Schmid, M. (2015): «Du blöde Schlampe!» Grenzverletzungen und Belastungsreaktionen bei pädagogischen Mitarbeitenden in Jugendhilfeeinrichtungen der Schweiz: Ergebnisse einer epidemiologischen Studie. Jahrestagung der DeGPT [Konferenz], Innsbruck, 27.2.2015.
- Gahleitner, S. B./Hensel, Th./Baierls, M./Kühn, M./Schmid, M. (2014): *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern: Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Garbe, E. (2015): *Das kindliche Entwicklungstrauma: Verstehen und bewältigen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gill, E. (1996): *Treating Abused Adolescent*. New York: Guilford Press.
- Grimminck, E. (2014): Meine Anteile zusammenschmelzen: Die Behandlung nach frühkindlichem sexuellen Missbrauch. In: Wieland, S. (Hrsg.): *Dissoziation bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Grundlagen, klinische Fälle und Strategien*. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 89–109.
- Hantke, L./Görges, H.-J. (2012): *Handbuch Traumakompetenz: Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik*. Paderborn: Junfermann.
- Hochauf, R. (2007): *Frühes Trauma und Strukturdefizit: Ein psychoanalytisch-imaginativ orientierter Ansatz zur Bearbeitung früher und komplexer Traumatisierungen*. Kröning: Asanger.
- Julius, H./Stolz, M. (2002): Dissoziative Störungen bei sexuell missbrauchten Mädchen und Jungen. In: May, A./Remus, N./Bundesarbeitsgemeinschaft Prävention & Prophylaxe e.V. (Hrsg.): *Traumatisierte Kinder, Schriftenreihe gegen sexualisierte Gewalt, Bd. 4*. Berlin: Verlag die Jonglerie, S. 51–68.
- Kagan, R. (2004): *Rebuilding Attachments with Traumatised Children: Healing from Losses, Violence, Abuse and Neglect*. New York: The Hayworth Press.
- Liotti, G. (2004): Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. In: *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, H. 4, S. 472–486.
- Lyons-Ruth, K./Dutra, L./Schuder, M. R./Bianchi, I. (2006): From Infant Attachment Disorganization to Adult Dissociation: Relational Adaptations or Traumatic Experiences? In: *Psychiatric Clinics of North America* 29, H. 1, S. 63–86.
- Marks, R. (2012): Täterintrojekte in der Behandlung von dissoziativen Kindern. In: Vogt, R. (Hrsg.): *Täterintrojekte. Diagnostische und therapeutische Behandlungsmodelle für dissoziative Strukturen*. Kröning: Asanger.
- Marks, R. (2013): *Taming the Tiger – Trauma in Children*. DVD. Momentum Av & Tellen Ltd.
- Marks, R. (2014a): Alle müssen gerettet werden. Zwei Wochen Intensivtherapie für ein adoptiertes Kind. In: Wieland, S. (Hrsg.): *Dissoziation bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Grundlagen, klinische Fälle und Strategien*. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 110–146.
- Marks, R. (2014b): *Attachment, Trauma and Dissociation – an Integrative Perspective on Therapy With Children and Adolescents*. Workshop, 5.–6. Dezember 2014, Leipzig.

- Marks, R. (2015): To Dissociate or Not to Dissociate – An exploration of the complexity of dissociative features in children and adolescents. In: ESTD Newsletter 4, H. 2.
- Overkamp, B. (2002): Erfolgreiche Diagnostik dissoziativer Symptome und Störungen. In: Sachsse, U./Özkan, Ö./Streeck-Fischer, A. (Hrsg.): Traumatherapie – Was ist erfolgreich? Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 13–27.
- Porges, S. W. (2010): Die Polyvagal-Theorie: Neurophysiologische Grundlagen der Therapie. Emotionen, Bindung, Kommunikation & ihre Entstehung. Paderborn: Junfermann.
- Porges, S. W. (2011): The Polyvagal Theory for Treating Trauma: A Teleseminar Session. In: The National Institute for the Clinical Application of Behavioral Medicine (Hrsg.). www.stephenporges.com/images/stephen%20porges%20interview%20nicabm.pdf (Abruf 19.6.2015).
- Putnam, F. (1997): Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective. New York: Guilford Press.
- Reemtsma, J. P. (1998): Im Keller. Reinbek: rororo.
- Sachsse, U. (Hrsg.) (2004): Traumazentrierte Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.
- Schulz von Thun, F. (2010): Miteinander reden, Band 3: Das »Innere Team« und situationsgerechte Kommunikation. Reinbek bei Hamburg: rororo.
- Schore, A. N. (2001): The Effects of Early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health. In: Infant Mental Health Journal 22, H. 1–2, S. 201–269.
- Schmid, M. (2008): Entwicklungspsychopathologische Grundlagen einer Traumapädagogik. In: Trauma & Gewalt 2, H. 4, S. 2–23.
- Schmid, M. (2009): Die dissoziative Nichtreaktion. In: Weiß: Umgang mit Traumata in der Heimerziehung, S. 13 (hrsg v. Zentrum für Traumapädagogik). www.erich-kaestner-kinderdorf.de/Weiß.pdf (Abruf 19.6.2015).
- Silberg, J. (2012): The Child Survivor: Healing Developmental Trauma and Dissociation. New York: Routledge.
- Silberg, J. (2014): Worte finden für den Schmerz: Eine dissoziative Jugendliche mit medizinischem Trauma. In: Wieland, S. (Hrsg.): Dissoziation bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Grundlagen, klinische Fälle und Strategien. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 241–265.
- Streeck-Fischer, A. (2014): Trauma und Entwicklung: Adoleszenz – frühe Traumatisierungen und ihre Folgen. Stuttgart: Schattauer.
- Tronick, E. (2007): The neurobehavioral and social development of infants and children. New York: Norton.
- Vogt, R. (2013): SPIM 30 Behandlungsmodell dissoziativer Psychotraumastörungen: Konzeptbegriffe – Materialien – Langzeitfallbeispiele. Kröning: Asanger.
- Waters, F. (1996): Parents as Partners in the Treatment of Dissociative Children. In: Silberg, J. (Hrsg.): The Dissociative Child: Diagnosis, Treatment, and Management. Lutherville, MD: Sidran.
- Watkins, H./Watkins, J. (1997): Ego States – Theory and Therapy. New York: W.W. Norton.
- Weinberg, D. (2014): Psychotherapie mit komplex traumatisierten Kindern: Behandlung von Bindungs- und Gewalttraumata der frühen Kindheit. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weiß, W. (2014): Traumapädagogische Selbstbemächtigung für hochdissoziative Mädchen und Jungen. Fachtag des Erich Kästner Kinderdorfes »Keiner darf verloren gehen«. Umgang mit Traumata in der Heimerziehung, 9.7.2014. www.erich-kaestner-kinderdorf.de/Weiß.pdf (Abruf 19.6.2015).
- Weiß, W./Kamala Friedrich, E./Picard, E./Ding, U. (2014): »Als wär ich ein Geist, der auf mich runter schaut« – Dissoziation und Traumapädagogik. Weinheim: Beltz Juventa.
- Wieland, S. (Hrsg.) (2014): Dissoziation bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Grundlagen, klinische Fälle und Strategien. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Yehuda, N. (2014): Er ist fast wie zwei verschiedene Kinder – Die Arbeit mit einem dissoziativen Kind in der Schule. In: Wieland, S. (Hrsg.): Dissoziation bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Grundlagen, klinische Fälle und Strategien. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 266–331.