

Chancen und Grenzen der Anwendung im stationären sozialpsychiatrischen Setting

Zweiter Prüfer: Dennis Hölzer

Inhaltsverzeichnis	
Abbildungsverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	IV
1 Einleitung	1
2 Trauma	3
2.1 Definition „Trauma“	4
2.2 Physische und Neurobiologische Prozesse	5
2.3 Risiko- und Schutzfaktoren	8
2.4 Traumafolgestörungen	10
2.4.1 Dissoziation	10
2.4.2 PTBS/kPTBS	11
2.4.3 Störungen im Bindungsverhalten	14
3 Traumapädagogik	14
3.1 Abgrenzung zur Traumatherapie	15
3.2 Traumapädagogische Haltung	16
3.3 Handlungsleitende Inhalte & Methoden	19
3.3.1 Pädagogik des sicheren Ortes	20
3.3.2 Bindungsorientierte Pädagogik	21
3.3.3 Pädagogik der Selbstbemächtigung	22
3.3.4 Traumapädagogisch diagnostisches Verstehen	23
3.3.5 Psychoedukation	24
3.3.6 Interdisziplinäre Vernetzung	25
3.3.7 Selbstfürsorge	25
4 Stationär sozialpsychiatrisches Setting	26
4.1 Gegenstandsbestimmung „Sozialpsychiatrie“	26
4.1.1 Historischer Hintergrund	27
4.1.2 Verständnis der Sozialpsychiatrie	28
4.1.3 Rechtliche Rahmenbedingungen	31
4.2 Gegenstandsbestimmung „stationär“	32
4.3 Einrichtungsstruktur der besonderen Wohnform	34
4.4 Zielgruppe	35
4.5 Ziele und Aufgaben	36
4.5.1 Rolle der Bezugsassistenz	37
4.5.2 Gruppenangebote	39
5 Verknüpfung Traumapädagogik und stationäre Sozialpsychiatrie	40
5.1 Gegenüberstellung und Analyse beider Fachrichtungen	40
5.2 Chancen und Grenzen der Anwendung	46
6 Schlussbetrachtung	48
Literaturverzeichnis	51
Anhang	VI
Eidesstattliche Erklärung	XIV

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Diagram of hierarchic organization of three basic brain types (MacLean 1973, 9).....	6
Abb. 2: Traumatische Zange (Huber 2020 ,51).....	7
Abb. 3: Rahmenmodell der Ätiologie von Traumafolgen (Maercker 2013, 37)	9
Abb. 4: Grundhaltung in der Traumapädagogik (Gahleitner et al. 2015, 178)	16
Abb. 5: Kernstücke der traumapädagogischen Arbeit (Gahleitner et al. 2015, 179)	20
Abb. 6: Bio-psycho-soziales Modell der ICF (DIMDI 2005, 23; zit. n. Röh 2022, 33).....	29

Abkürzungsverzeichnis

ACE – Adverse Childhood Experiences (Study)

BAG – Bundesarbeitsgemeinschaft

BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales

BTHG – Bundesteilhabegesetz

DeGPT – Deutsche Gesellschaft für Psychotraumatologie

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.

DGSA – Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit

DGSP – Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

EGH – Eingliederungshilfe

FVTP e.V. – Fachverband Traumapädagogik e.V.

HmbWBG – Hamburgisches Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz

ICD 11 – International Classification of Diseases 11th Revision

ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health

kPTBS – komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

PTBS – Posttraumatische Belastungsstörung

SGB IX – Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen

UN-BRK – UN-Behindertenrechtskonvention

WBBauVO – Wohn- und Betreuungsbauverordnung

1 Einleitung

„In Deutschland sind jedes Jahr 27,8% der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen.“ (Jacobi et al. 2014, 81/ebd. 2016, 88; zit. n. DGGP 2024, 1)

Viele dieser Menschen haben auch traumatische Erfahrungen erlebt, die sich auf ihr Verhalten, ihre Wahrnehmung und ihr Vertrauen in sozialen Beziehungen auswirken können und in manchen Fällen auch in Traumafolgestörungen resultieren. Diese gehen mit vielfältigen Symptomen einher, weshalb sich die Folgen auf etliche Lebensbereiche auswirken und die betroffenen Personen darin stark behindern können. Eine der prägnantesten Folgestörungen ist die Posttraumatische Belastungsstörung. In einer Studie, die den Kriterien des ICD-11 folgte, wurde in Deutschland eine Ein-Monats-Prävalenz für die PTBS von 1,5% gefunden (vgl. Maercker et al. 2018). Laut einer anderen Studie wird die 12-Monats-Prävalenz auf 2,3% geschätzt (vgl. Jacobi et al. 2016, 89). Die Ergebnisse zeigen auf, dass nicht wenige Menschen mit traumatischen Ereignissen konfrontiert sind. „Traumatische Belastungen stellen [auch] das Hilfesystem in Feldern der Pädagogik und Sozialen Arbeit vor ebenso große Herausforderungen wie Chancen.“ (Weiß/Gahleitner 2020, 17)

Die Traumapädagogik bietet hier eine wertvolle Grundlage, um Stabilität und Sicherheit im Alltag zu fördern und auf die besonderen Bedürfnisse dieser Menschen einzugehen, denn „sie fußt auf einem breiten Verständnis der Traumabewältigung.“ (Weiß 2021, 106) Mit ihrer wertschätzenden und verständnisvollen Grundhaltung legt die Traumapädagogik ihren Schwerpunkt auf vorhandene Ressourcen der Betroffenen und deren Resilienz. Dies erfolgt stets unter Berücksichtigung des „Wissen[s] um [die] Folgen von Traumatisierung und biografischen Belastungen.“ (FVTP 2011, 4) Die Traumapädagogik stellt für Menschen einen sicheren Ort dar, um „neue, ergänzende Erfahrungen machen [zu] können, sich selbst und ihre Handlungsstrategien verstehen [zu] lernen [...] und sichere Bindungserfahrungen [zu erlangen]“ (ebd.) Dabei spielt der Fachverband Traumapädagogik e.V. eine zentrale Rolle, da er fachliche Leitlinien und Qualitätssicherung bereitstellt und regelmäßig Fachkonferenzen sowie Veranstaltungen organisiert (vgl. FVTP 2024). Mit diesem Ansatz bietet die Traumapädagogik nicht nur Stabilität und Sicherheit, sondern stellt auch eine wichtige Unterstützung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und der Wiedergewinnung ihrer Lebensqualität dar.

Gesundheitliche Probleme bei Personen mit schweren, chronischen psychischen Erkrankungen äußern sich oft in einer reduzierten Leistungsfähigkeit in Bereichen wie Wohnen, Bewältigung alltäglicher Aufgaben sowie der Planung und Strukturierung des Tages oder der Freizeitgestaltung (vgl. DGGP 2024). Viele Menschen finden sich, aufgrund der benannten prekären Lebenssituationen und daraus folgender Stigmatisierung innerhalb der Gesellschaft, oftmals im Sozialen Hilfesystem wieder. Im Gegensatz zu langen stationären

Aufenthalt in psychiatrischen Kliniken ist der aktuelle Konsens, die Menschen möglichst in ihrem Sozialraum zu stabilisieren (vgl. Rosemann/Konrad 2017, 10). Diese Forderungen verorten sich in der Sozialpsychiatrie. Die DGSP versteht diese „als Psychiatrie im sozialen, gesellschaftlichen und politischen Kontext, [wobei] Behandlung, Hilfe und Teilhabe [...] für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in diesem Feld zu organisieren [sind].“ (DGSP 2024) Dazu zählen neben ambulanten Angeboten zur Sozialen Teilhabe auch die stationäre Sozialpsychiatrie mit ihren teilhabeorientierten Einrichtungen, welche zu der Eingliederungshilfe zählen. Ein Großteil dieser sozialpsychiatrischen Hilfen im Leistungsbereich der Eingliederungshilfe werden von Sozialarbeiter*innen ausgeführt (vgl. Röh 2022, 17). Im Jahr 2018 waren von insgesamt mindestens 500.000 Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung, ca. 200.000-250.000 Menschen an die Eingliederungshilfe angebunden (vgl. Steinhart 2018, 144).

Zu den einzelnen Fachgebieten findet sich reichlich Literatur. Die Traumapädagogik beispielsweise, welche im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe entstand, erweitert zunehmend den Blick auf weitere Handlungsfelder, z.B. im schulischen Kontext oder der Behindertenhilfe (vgl. Beckrath-Wilking 2013, 288). Im Arbeitsbereich mit Erwachsenen ist jedoch nur wenig Literatur zu finden, wenngleich die Traumapädagogik die Anwendung auf andere Altersgruppen nicht direkt ausschließt. Für den Bereich der Sozialpsychiatrie sind aktuell keine konkreten Werke zu finden, in denen die Traumapädagogik benannt wird. Vielmehr ist der Zusammenhang in der Erwachsenenarbeit eher in der Traumatherapie oder der Traumaberatung zu finden (vgl. ebd., 286). Da sowohl die Traumapädagogik als auch die Sozialpsychiatrie den Fokus auf die Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen und/oder Traumaerfahrung legen, ergibt sich daraus die wesentliche Frage:

Inwiefern können traumapädagogische Elemente einen unterstützenden Charakter für die Arbeit mit traumatisierten Menschen innerhalb eines stationären sozialpsychiatrischen Settings aufweisen?

Primär entstand die Themenfindung aus einem persönlichen Erkenntnisinteresse heraus die beiden Fachrichtungen miteinander zu verknüpfen und ein mögliches Potenzial der Verbindung zu erörtern. Bei der vorliegenden Thesis handelt es sich um eine Literaturlarbeit mit einem kleinen Anteil eigener Transferleistung. Der theoretische Rahmen wird mithilfe ausgewählter Literatur festgelegt und ausgearbeitet. Anschließend findet eine Gegenüberstellung der beschriebenen Aspekte statt, anhand dessen versucht wird einen Lösungsansatz für die beschriebene Fragestellung zu finden.

Die Thesis ist in vier grundlegende Abschnitte untergliedert:

Begonnen wird mit der Erarbeitung des Traumabegriffs inklusive der körperlichen Reaktionen, Schutz- und Risikofaktoren, sowie ausgewählter Folgestörungen. Dies dient dazu ein umfassendes Verständnis für Traumatisierungen zu entwickeln, weil jeder dieser Aspekte wichtige Einsichten in die Entstehung und Wirkung von traumatischen Erfahrungen liefert. Werden die biologischen Reaktionen auf Traumata verstanden, kann die Entstehung von Symptomen und deren Langzeitfolgen besser nachvollzogen werden. Dies bildet die Grundlage für traumasensible Interventionen und Behandlungsansätze und führt dann zum zweiten Abschnitt – der Traumapädagogik.

Traumapädagogik verbindet pädagogische und traumasensible Prinzipien und verfolgt das Ziel, ein stabiles, sicheres Umfeld für Betroffene zu schaffen. Für die Thesis ist ebenso die Darlegung der traumapädagogischen Haltung und der Kernelemente der Traumapädagogik wichtig. Diese sollen verdeutlichen, wie die konkrete Umsetzung des traumapädagogischen Ansatzes in der Praxis erfolgt und somit eine unterstützende und heilende Umgebung für traumatisierte Menschen fördert.

Im dritten Abschnitt wird das Setting der stationären Sozialpsychiatrie und deren Aufgaben beschrieben. Die Auseinandersetzung mit diesem Bereich verdeutlicht, wie soziale und psychische Aspekte im Rahmen eines umfassenden Versorgungsmodells integriert werden, das sich auf die Bedürfnisse von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen konzentriert. Eine klare Definierung der stationären Sozialpsychiatrie ist erforderlich, um deren Aufgabenbereich sowie organisatorische Bedingungen und deren Umfeld von anderen Bereichen der Psychiatrie abzugrenzen, insbesondere von rein klinisch-therapeutischen und ambulanten Ansätzen. Anschließend werden die Abschnitte miteinander verknüpft.

Die Gegenüberstellung und Analyse der Traumapädagogik und der stationären Sozialpsychiatrie ist für diese Thesis von zentraler Bedeutung, da sie aufzeigt, wie traumasensible Ansätze in einem stationären sozialpsychiatrischen Setting umgesetzt werden können, um die Betreuung von Menschen mit Traumafolgestörungen zu verbessern. Zusätzlich werden verschiedene Vorteile und Herausforderungen beleuchtet, die im Zusammenspiel von Traumapädagogik und sozialpsychiatrischer Versorgung entstehen. Die Erarbeitung dieser Chancen und Grenzen erfolgt als Eigenleistung. Abgeschlossen wird die vorliegende Arbeit mit einem zusammenfassendem Fazit.

2 Trauma

Um die zuvor aufgeworfene Fragestellung fundiert zu bearbeiten, wird zunächst der Begriff „Trauma“ eingehend analysiert, um die Bedeutung und Auswirkungen von Trauma auf den Menschen nachvollziehbar abzubilden. Hierzu erfolgt eine präzise Definition des Begriffs

sowie eine Darstellung der neurobiologischen Prozesse, die während einer traumatischen Erfahrung ablaufen. Anschließend werden die Risikofaktoren und die möglichen Traumafolgestörungen aufgeführt.

2.1 Definition „Trauma“

Der Begriff ‚Trauma‘ hat seine Herkunft im Griechischen und bedeutet Wunde oder Verletzung. Diese Bezeichnung entspricht im medizinischen Kontext der physischen Verwundung des Körpers (vgl. Scherwath 2020, 20). In der Psychologie hingegen ist damit „die Verletzung der menschlichen Psyche, das sogenannte *Psychotrauma*“ (ebd.) gemeint. Da der Begriff ‚Verletzung‘ vielseitig interpretierbar ist, wird zusätzlich eine genauere Definition aus der Psychotraumatologie hinzugezogen. Fischer und Riedesser (2020) bezeichnen sie als ein

„vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“ (Fischer/Riedesser 2020, 88)

Ein Trauma entsteht also nur, wenn mehrere Faktoren zusammentreffen. Zum einen muss eine Situation als existenziell bedrohlich wahrgenommen werden, was von einem Gefühl der Aussichts- und Schutzlosigkeit begleitet wird und zum anderen reichen die eigenen Ressourcen und Möglichkeiten nicht aus, um die Situation bewältigen zu können. Dies wird auch „Traumatische Zange“ genannt (vgl. Besser 2019; zit. n. Scherwath 2020, 21). Im Kapitel „Neurobiologische Prozesse“ erfolgt eine genaue Betrachtung dieser.

Um eine Traumatisierung besser einordnen zu können, wird nach der amerikanischen Kinderpsychiaterin Leonore Terr (1989) zwischen zwei Arten unterschieden – der sogenannten Monotraumatisierung (Typ I) und der Polytraumatisierung (Typ II) (vgl. Gysi 2022, 28). Während ein Typ I Trauma ein einmaliges, überraschendes Erlebnis bezeichnet, wird von einem Typ II Trauma gesprochen, wenn traumatische Ereignisse über einen längeren Zeitraum geschehen und sich ggf. auch überschneiden (vgl. Fischer/Riedesser 2020, 155). In beiden Fällen wird zwischen akzidentiellen und interpersonellen Traumatisierungen differenziert.

Beispiele für akzidentielle Monotraumatisierungen sind Naturkatastrophen, Unfälle oder berufsbedingte Traumatisierungen. Diese werden ebenso bei akzidentiellen Polytraumatisierungen angeführt, jedoch mit dem Faktor Zeit, da die Erlebnisse länger anhaltend sein müssen. Die interpersonellen Monotraumatisierungen werden mit Beispielen wie sexualisierter oder körperlicher Gewalt, ebenso wie Überfällen oder Terrorangriffen benannt. Im Gegensatz dazu ist die interpersonelle Polytraumatisierung vor allem durch die wiederholte sexualisierte und körperliche Gewalt und/oder das Erleben von Krieg, Flucht und Geiselnahme geprägt (vgl. Gysi 2022, 29). Eine gesonderte Abgrenzung wird für Traumatisierungen vorgenommen, der eine besondere Schwere zugrunde liegen, wie

beispielsweise organisierte oder ritualisierte Gewalt, sowohl im familiären als auch im außerfamiliären Kontext. Diese äußern „sich durch den Grad an Vernetzung der Täterschaft und deren Ausmaß an kriminellem psychologischem Fachwissen zum Herstellen posttraumatischer Störungen und struktureller Dissoziation.“ (Gysi 2022, 30) Sie werden als Typ III Traumatisierungen bezeichnet (vgl. ebd.). Die Ausführung der drei Trauma Typen dient als Grundlage für das Verständnis der Entstehung von Trauma und Traumafolgestörungen. Zusätzlich sind auch Beziehungstraumatisierungen zu nennen. Diese zeigen sich in Form von Abuse (Missbrauch/Misshandlung) und Neglect (Vernachlässigung) und haben unterschiedliche Reaktionen zur Folge – nämlich Hyperarousal und Dissoziation (s. 2.4) (vgl. Schore; zit. n. Sachsse 2009, 40).

In Fachkreisen wird jedoch auch Kritik zum Traumabegriff der ICD-11 geäußert. Sie beklagen, dass sowohl die Definition der PTBS als auch der kPTBS sich an einem oder mehreren bestimmten traumatischen Ereignissen festmachen, Traumafolgestörungen jedoch entstehen können, obwohl keines der genannten Ereignisse aufgetreten ist. Beispielsweise transgenerationale Traumata oder emotionale Vernachlässigung (vgl. Huber 2020, 151). Sie fordern eine veränderte Formulierung:

„Nicht das Ereignis ist das Trauma, sondern das Trauma besteht in der Wunde, die durch die Reaktion des Menschen auf extrem stressreiche Ereignisse entsteht. Ob es zu einem Trauma gekommen ist. Wird dann jeweils an Symptomen erkennbar sein. Ob das Trauma später gebessert oder ‚geheilt‘ ist, wird an der Symptomverbesserung bzw. der Auflösung der Symptome erkennbar.“ (ebd.)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass ein Trauma eine Verletzung der Psyche ist, die durch einmalige oder mehrmalige bedrohliche Erlebnisse ausgelöst wird, in welcher die betroffene Person eine starke Erschütterung des Selbst- und Weltbildes erleidet und nur bedingt Bewältigungsstrategien zur Verfügung hat.

2.2 Physische und Neurobiologische Prozesse

Vorangehend wurde erläutert, wie der Traumabegriff in der Psychotraumatologie definiert wird und in welchen Situationen sich ein Trauma ausbilden kann. Um die Entstehung nachvollziehbarer zu gestalten, wird nun auf die körperlichen und neurobiologischen Prozesse während eines traumatischen Erlebnisses eingegangen. Zunächst ist es wichtig zu wissen, wie das Gehirn des Menschen aufgebaut ist und funktioniert. Dazu werden in dieser Arbeit keine komplexen Gehirnstrukturen analysiert, sondern mit dem dreifältigen Gehirn gearbeitet, welches die drei großen Hirnareale Reptilienghirn, Limbisches System und Neokortex abbildet (vgl. Levine/Kline 2010, 35f). Je nach Literaturgrundlage wird auch vom „Dreieinigen Gehirn“ gesprochen. Der Begriff stammt von Paul MacLean, welcher diesen in seinem Buch

„A Triune Concept of the Brain and Behaviour“ benannt und ausgeführt hat als „triune brain“ (MacLean 1973, 7).

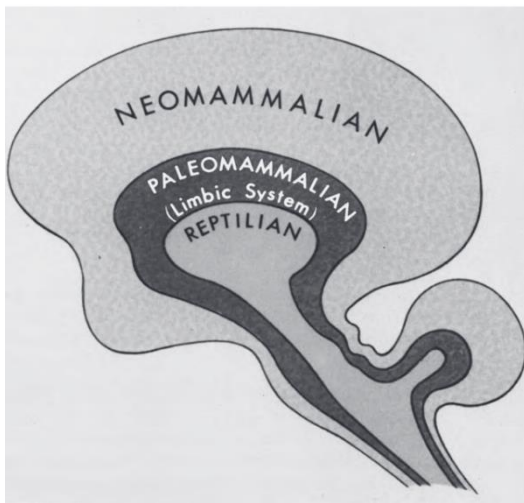


Abb. 1: Diagram of hierarchic organization of three basic brain types (MacLean 1973, 9)

Der Hirnstamm, auch Reptilienhirn genannt, ist für die lebenserhaltenden Strategien zuständig. Er reguliert den Herzschlag, die Atmung und interagiert mit dem motorischen Zentrum, damit gegebenenfalls sofort gehandelt werden kann (vgl. Handtke/Görges 2023, 39). Das Limbische System ist für die emotionale Verarbeitung (Amygdala) und das Verarbeiten und Speichern von Erinnerungen (Hippocampus) zuständig (vgl. Huber 2020, 62). Zuletzt gibt es den Neocortex, welcher den jüngsten Teil des Gehirns darstellt. Dieser ist für unterschiedlichste Denkprozesse verantwortlich. „Jede Region unseres dreifältigen Gehirns hat sehr spezielle Funktionen, und jede spricht ihre eigene ‚Sprache‘“ (Levine/Kline 2010, 36). Das Reptiliengehirn äußert sich über die körperliche Ebene, das Limbische System durch die Emotionen und der Neocortex durch Gedanken und Worte (vgl. ebd.).

In alltäglichen Stresssituationen interagieren die verschiedenen Hirnareale meist ohne Störungen miteinander. Das Hippocampus-System, ist gut mit den Broca Arealen (Sprachzentren), dem Thalamus und den Großhirnhälften vernetzt und für das systematische Archivieren der Erinnerungen zuständig (vgl. Huber 2020, 63). Es arbeitet „biografisch – episodisch – raumzeitlich – narrativ – semantisch“ (ebd., 62). Dies bedeutet, dass gespeicherte Erinnerungen jederzeit abgerufen und wiedergegeben werden können. Es wird daher auch „explizites Gedächtnis“ (ebd.) genannt. Das Amygdala-System hingegen wird als „implizites Gedächtnis“ (ebd.) bezeichnet und arbeitet parallel zum Hippocampus-System. Es hat die Aufgabe besonders stressvolle Reize zu identifizieren und den Körper, wenn nötig in einen Alarmzustand zu versetzen, indem es dazu anregt Adrenalin, Noradrenalin und Cortisol auszuschütten und damit eine schnelle Reaktion des Reptiliengehirns hervorrufen kann. Die

sogenannte „Fight or Flight“-Reaktion. Ein Reflex, welcher im Ursprung der Menschengeschichte zu finden ist, da zum Überleben gekämpft oder geflohen werden musste. Ist eine stressvolle Situation überstanden, indem sich z.B. der Stressor aufgelöst hat, kehrt der Körper in seinen Normalzustand zurück. Ist diese jedoch nicht durch Fight oder Flight zu lösen, kommt es zum Erstarren und Fragmentieren, auch „Freeze und Fragment“ genannt. Dies wird auch als „traumatische Zange“ bezeichnet (vgl. ebd., 56ff.).

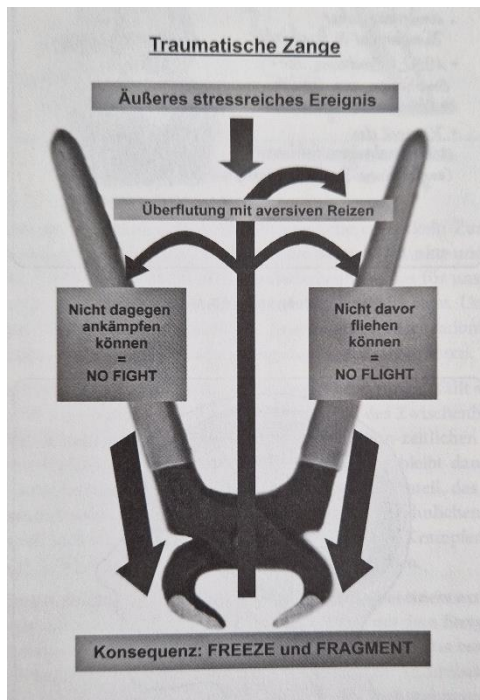


Abb. 2: Traumatische Zange (Huber 2020 ,51)

Befindet sich der Körper im Freeze-Zustand, die Amygdala hat also einen sehr stressvollen Reiz erhalten und leitet alle vorher beschriebenen Schritte ein, wird die Verbindung zu erlebnisspeichernden Hirnregionen blockiert. Das Hippocampus-System verliert vorübergehend seine Funktion, sodass nur vereinzelt und sequenziell Erinnerungen gespeichert werden. Das Amygdala-System filtert die eingehenden Informationen und übernimmt nahezu vollständig das Abspeichern dieser. Allerdings findet dies nicht biografisch, sondern emotional statt, als „eine Art ‚stroboskopartige‘ Wahrnehmung mit kleineren oder größeren Brüchen in einem turbulenten Geschehen, das hinterher schwer wieder zusammenzusetzen sein wird“ (ebd., 64).

„Zusammenhanglose Sinnesfragmente, in denen olfaktorische (Gerüche), visuelle (Bildfragmente), akustische (Geräusche) und kinästhetische Eindrücke vorherrschen, treten an die Stelle geordneter Wahrnehmungsbilder. Diese Sinneseindrücke – die neurokognitiven Anteile des „Traumaschemas“ – bleiben über lange Zeit hinweg lebendig; sie scheinen im Gedächtnis wie „eingefroren“ zu sein.“ (Fischer/Riedesser 2020, 98)

Diese Art der Erinnerungsspeicherung dient des Selbstschutzes und „wird als ‚primäre‘ oder ‚peritraumatische‘ Dissoziation bezeichnet“ (Huber 2020, 68).

Neurobiologisch geschieht also, während eines stressvollen, traumatischen Erlebnisses sehr viel im Körper, was von außen nicht ersichtlich ist. Relevant ist jedoch das Wissen, wie Erinnerungen in diesen Situationen verarbeitet und gespeichert werden - nämlich fragmentiert im Gehirn und „an die Physiologie des jeweiligen Erregungszustands gekoppelt“ (Fischer/Riedesser 2020, 97), sodass sie häufig nur „in Verbindung mit diesem wieder abgerufen werden“ (ebd.) können. Es ist ebenso wichtig zu verstehen, dass die beschriebenen Reaktionen in einer traumatischen Situation normal sind. „Es sind biologisch sinnvolle Abläufe, die uns helfen zu überleben.“ (Sachsse 2009, 53)

2.3 Risiko- und Schutzfaktoren

Ob es zu einer Traumafolgestörung kommt, durch eine Chronifizierung der Symptome „oder ob diese Erfahrung in den ersten sechs bis zwölf Wochen verarbeitet wird, [...] ist hochgradig abhängig [...] von [unter anderem] sozialen Faktoren.“ (Sachsse 2009, 53)

Wie in der Traumadefinition beschrieben, ist es zum einen relevant, ob es sich um eine Mono- oder Polytraumatisierung handelt, denn „Typ-II-Traumatisierungen, besonders wenn sie im frühen Alter geschehen, [haben] in der Regel weitreichendere Konsequenzen haben als Typ-I-Traumatisierungen.“ (Landolt 2021, 196) Zum anderen bedingt auch der eigene biografische Hintergrund und der situative Faktor den Grad der Traumatisierung bzw. die Ausprägung der Traumafolgen. Wie Fischer und Riedesser aufführen, ist das Zusammenspiel von Situationsfaktoren und Dynamiken mit den persönlichen Dispositionen und dem eigenen Erwartungshorizont bzw. der Reaktionsbereitschaft entscheidend. Sie gehen davon aus, dass ein Großteil der Menschen keine überraschende traumatische Situation erwartet und somit eine erhöhte Wahrscheinlichkeit besteht, dass es nach einer solchen Traumafolgen geben wird. Menschen mit traumatischen Vorerfahrungen sind zudem anfälliger für erneute Traumatisierungen, da sich das Nervensystem aufgrund der Erfahrungen in erhöhter Alarmbereitschaft befindet (vgl. Fischer/Riedesser 2020, 163).

Es gibt verschiedene Arten der Bezeichnungen und zeitlichen Einordnung für Risikofaktoren, je nachdem, welche Literatur herangezogen wird. Jedoch ist der Kern derselbe, da sowohl von prä-, peri- und posttraumatischen Faktoren gesprochen wird. Ein übersichtliches Modell findet sich im Buch „Posttraumatische Belastungsstörungen“ von Maercker:

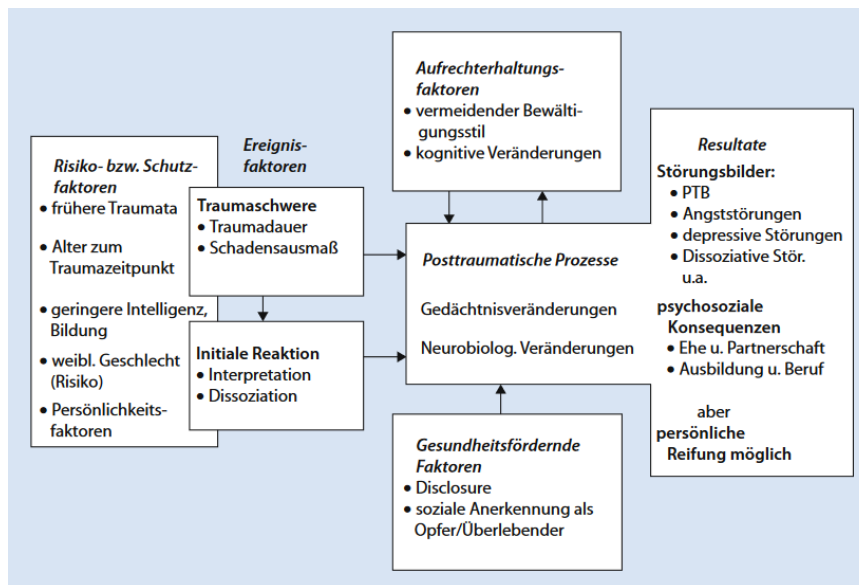


Abb. 3: Rahmenmodell der Ätiologie von Traumafolgen (Maercker 2013, 37)

Anhand dieser Darstellung wird ersichtlich, wie viele unterschiedliche Einflüsse und Voraussetzungen zusammen agieren, um eine Traumafolge auszubilden. Beschrieben werden zum einen die Risiko- und Schutzfaktoren; die Ereignisfaktoren, welche auch in der Trauma Definition zu finden sind; aufrechterhaltungs- und gesundheitsfördernde Faktoren; Posttraumatische Prozesse und deren Resultate in Form von Störungsbildern und Konsequenzen. Unterschieden wird „terminologisch zwischen protektiven und korrektiven Faktoren. Letztere wirken sich aus bei der Verarbeitung traumatischer Information, sei es während der Reaktionsphase oder im traumatischen Prozess“ (Fischer/Riedesser 2020, 164). Mit protektiven Faktoren sind vor allem Aspekte gemeint, welche einer Person schon zur Verfügung stehen und somit einen schützenden Charakter aufweisen. Sie werden auch korrektive Faktoren genannt, da sie sich auch auf die verfügbaren Möglichkeiten der Verarbeitung nach einem traumatischen Erlebnis beziehen. Dazu zählen vor allem sichere soziale Bindungen (vgl. ebd.). Zu den psychosozialen Risikofaktoren, welche die Ausbildung eines Traumas begünstigen, gehören vor allem ein „niedriger sozial-ökonomischer Standard/Armut, geringe soziale Einbindung und Unterstützung, dysfunktionale Familienstrukturen, Trennungs-/Verlusterlebnisse in der Vorgeschichte [und] psychische Erkrankungen und Sucht in der Familie“ (Scherwath/Friedrich 2020, 54).

Besondere Aufmerksamkeit wird auch auf die aufrechterhaltungs- und gesundheitsfördernden Faktoren gelegt, da diese für die Arbeit mit Menschen mit Traumafolgen von Relevanz ist. Zu den Aufrechterhaltungsfaktoren gehört unter anderem eine vermeidende Bewältigungsstruktur ebenso wie kognitiv-emotionale Veränderungen. Betroffene versuchen beispielsweise durch

„unangemessene Schuldgefühle [...] nachträgliche Re-Attribuierungsversuche [...] im Dienste einer Illusion der Kontrollierbarkeit der Traumaverursachung. Die Illusion der

Kontrollierbarkeit durch die Verantwortungsübernahme ist allerdings dysfunktional und führt nicht zur Erleichterung, sondern zur Verstärkung des Leidensdrucks der Betroffenen“ (Maercker 2013, 38).

Die gesundheitsfördernden Faktoren, welche auch als Ressourcen angesehen werden können, sind wichtig für die Integration traumatischer Erlebnisse und der „Wiedergesundung der Betroffenen nach einer vorübergehend symptomatischen akuten Phase“ (ebd., 39). Es macht einen Unterschied, ob eine traumatisierte Person eine sichere soziale Umgebung und Anerkennung des Ereignisses innerhalb dieser erfährt oder ob der Person wenig soziale Unterstützung zur Verfügung steht (vgl. ebd.).

2.4 Traumafolgestörungen

Generell „legen die Befunde nahe, dass potenziell traumatisierende Ereignisse in der Kindheit vielfältige biopsychosoziale Konsequenzen bis ins Erwachsenenalter haben können.“ (Landolt 2021, 196) Eine der bekanntesten Studien zu der Kausalität zwischen kindlichem Trauma und Traumafolgen im Erwachsenenalter ist die „Adverse Childhood Experiences Study (sog. ACE-Studie) von Felitti und Anda.“ (Landolt 2021, 198)

„Mehr als die Hälfte der befragten Personen berichteten, dass sie mindestens ein ACE erlebt hatte, ein Viertel der Teilnehmer hatte sogar zwei oder mehr solche Ereignisse erlebt.“ (Felitti et al. 1998; zit. n. Landolt 2021, 198) Sachsse weist jedoch darauf hin, dass „85% aller Traumata integriert werden.“ (Sachsse 2009, 105)

Im Folgenden wird auf die gängigsten Traumafolgestörungen des ICD-11¹ eingegangen – Dissoziation, PTBS/kPTBS und auf deren vielfältigen Symptome sowie daraus entstehende Störungen im Bindungsverhalten.

2.4.1 Dissoziation

Eine einheitliche Definition für die Dissoziation ist in Fachkreisen aufgrund der vielen unterschiedlichen und immer neu dazukommenden Symptomen nicht vorhanden. Im Kern handelt es sich jedoch um Prozesse der Abspaltung (vgl. Friedrich 2014, 15). Genauer kann festgehalten werden, „dass Dissoziation eine Störung der normalen Integration und Assoziation von Informationen und Erlebnissen ist.“ (Putnam 1997; zit. n. Friedrich 2014, 15) Es gibt verschiedene Formen von Dissoziation - beispielsweise Alltagstrancen, die nahezu jeder Mensch kennt, der in Gedanken versunken war und sich anschließend nicht richtig an das Geschehene erinnern kann (vgl. Huber 2020, 75).

¹ Leseempfehlung eines Vorschlages für eine erweiterte Klassifikation von Traumafolgestörungen durch die DeGPT: Schellong, Julia (2013): Diagnostische Klassifikation von Traumafolgestörungen (70-79)

Dissoziative Amnesien hingegen sind nicht so alltäglich. Im ICD-11 wird nur die posttraumatische dissoziative Amnesie aufgeführt. Diese „ist durch die Unfähigkeit gekennzeichnet, wichtige autobiografische Erinnerungen, typischerweise an kürzlich stattgefundenen traumatischen oder belastenden Ereignissen, abzurufen, welche nicht mit einem normalen Vergessen vereinbar ist“ (BfArM 2024).

Gysi beschreibt jedoch vier weitere Formen, zu denen auch „regelmäßige Amnesien im Alltag, im Rahmen einer dissoziativen Identitätsstörung“ oder „Amnesien für Kindheit und Jugend [...] im Rahmen einer komplexen PTBS (kPTBS) und/oder struktureller Dissoziation“ (Gysi 2020, 234) gehören. Ebenso gehört seit dem ICD-11 die Depersonalisations- oder Derealisationsstörung zu den dissoziativen Störungen (ebd., 242). Derealisation meint, eine Person kann „die Umgebung oder Teile davon nicht adäquat wahrnehmen [...] bei sonst normaler Funktion der Wahrnehmungsorgane“ (Huber 2020, 72) bzw. hat ein „Gefühl des Fremdseins unter Menschen [und] der Umgebung“ (Gysi 2020, 242). Die Depersonalisation hingegen beschreibt ein „störendes Gefühl des ‚Von-sich-selbst-separiert-Sein‘“ (ebd.) bzw. dass eine Person „das Selbst oder Teile davon nicht adäquat wahrnehmen [kann]“ (Huber 2020, 72). Der Vollständigkeit halber wird noch die dissoziative Identitätsstörung aufgeführt. Diese äußert sich durch das Vorhandensein von mindestens zwei unterschiedlichen Persönlichkeitszuständen, von denen jeder „ein eigenes Muster des Erlebens, der Wahrnehmung, der Vorstellung und der Beziehung zu sich selbst, dem Körper und der Umwelt“ (BfArM 2024) hat.

2.4.2 PTBS/kPTBS

Deutlich häufiger sind Posttraumatische Belastungsstörungen zu erwarten. „In der Kindheit misshandelte und vernachlässigte Erwachsene [wiesen] eine deutlich erhöhte Rate an PTBS² von 37.5% [auf].“ (Widom 1999; zit. n. Landolt 2021, 200) Dabei ist zu beachten, dass „bei mehr als einem traumatischen Ereignis [...] das Risiko für eine PTBS fast zehnmal höher [war], als wenn nur ein Ereignis berichtet wurde.“ (Landolt 2021, 73)

Die, bis zum Inkrafttreten des ICD-11 im Jahr 2022, zu findende akute Belastungsreaktion, wird nicht mehr als eigene Diagnose aufgeführt, da es sich um eine „normale Anpassungsleistung nach Extremereignissen“ (Huber 2020, 87) handelt, also um eine normale körperliche Reaktion.

² Tabelle der PTBS-Prävalenzrate (Anhang 1)

„Nach solchen Erstreaktionen [...] versucht das Gehirn, die abgespaltenen und ‚weggekippten‘ Inhalte zunächst spontan wieder zu integrieren. Ebenso müssen das Gehirn und der Körper damit fertig werden, dass dissoziiert wurde, dass es also extreme Verwirrheitszustände und entfremdetes Erleben gab. Eine solche integrative Arbeit braucht Zeit und ist mit erheblichen körperlichen und seelischen Irritationen verbunden, die wochenlang andauern können“ (Huber 2020, 87).

Die PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung) ist weiterhin aufgeführt und die durch die kPTBS (komplexe Posttraumatische Belastungsstörung) kürzlich ergänzt worden. Die posttraumatische Belastungsstörung ist durch drei symptomatische Hauptmerkmale gekennzeichnet: Hyperarousel – körperliche und psychische Übererregung; Intrusionen – Wiedererleben; Konstriktion – Vermeidung (vgl. Scherwath 2020, 27; Gysi 2020, 61). Dies sind die nicht integrierten „Fragmente des unverarbeiteten belastenden Erlebens“ (Hantke/Görges 2023, 99). Innerhalb dieser Oberkategorien finden sich jeweils unterschiedliche Ausprägungen der Symptome. Der Zustand des Hyperarousel ist geprägt durch hohe Erregung und Wachsamkeit, welche aus den Körpererinnerungen der Notfallreaktion des Erlebten entspringen. Der Körper stellt den Organismus also darauf ein, erneut das Notfallprogramm zu aktivieren (vgl. Scherwath 2020, 27). Die Symptome, die daraus entstehen können, sind Schlafstörungen, Reizbarkeit, Aggressivität, Hypervigilanz, Angst, Konzentrations- und Leistungsschwächen, sowie körperliche Indizien wie Herzrhythmusstörungen, Kopfschmerzen und Verspannungen bis hin zu Einkoten und Einnässen (vgl. Hantke/Görges 2023; Scherwath 2020, 27). Diese Symptomatik belastet nicht nur die betroffene Person sehr stark, sondern kann auch Auswirkungen auf das soziale Erleben haben (vgl. Scherwath 2020, 28).

Ein weiterer Zustand sind die Intrusionen, das sogenannte Wiedererleben von Erinnerungen. Diese Flashbacks äußern sich vor allem in Form von nicht kontrollierbaren Bildern, starken Körperschmerzen oder Emotionen und entstammen der fragmentiert gespeicherten Erinnerungen der traumatischen Situation (Scherwath 2020, 29; Krüger 2015, 36ff.; Hantke/Görges 2023, 101f.; Gysi 2020, 61f.). Alle Sinne können während eines Flashbacks betroffen sein, denn „solange [Symptome] nicht als Erinnerungsfetzen distanziert und eingeordnet werden können, rufen sie den gesamten emotionalen Zustand aus der nicht verarbeiteten Situation wieder auf.“ (Hantke/Görges 2023, 102) Entstehen können Flashbacks durch unterschiedliche Auslöser, sogenannte „Trigger“ (Scherwath 2020, 28). Dies sind Reize, welche sich ebenso über alle Sinneskanäle äußern können, z.B. Gerüche, Worte, Berührungen, Orte etc. (vgl. ebd.). Körperliche Begleitsymptome sind häufig z.B. „Panikzustände, Schwitzen, [...] Schwindel, Übelkeit oder plötzliche [...] Taubheit“ (ebd., 29). Gegenteilig verhält sich der Zustand der Konstriktion, also der Vermeidung. Dieser kann auch „als Gegengewicht zu den ‚stressigen‘ beiden Symptomgruppen gelten“ (Krüger 2015, 39). Er äußert sich durch bewusste Vermeidungsstrategien, indem bestimmten Situationen aus dem

Weg gegangen wird, hauptsächlich jedoch durch unkontrollierbare, plötzlich vom Körper ausgelöste geänderte Wahrnehmung, ähnlich dem Freeze Zustand in einer traumatischen Situation (vgl. Scherwath 2020, 31; Hantke/Görges 2023, 100). Als Symptome benannt werden „Rückzug, [...] Depression, Antriebslosigkeit oder Ohnmachtsanfälle [...]“ (Hantke/Görges 2023, 100).

Eine PTBS-Diagnose kann erst nach vier bis sechs Wochen anhaltender bzw. nicht geringer werdender Symptome gestellt werden (vgl. Huber 2020, 91). Es gibt jedoch auch Fälle in denen sich die PTBS erst verzögert zeigt, teilweise erst nach Monaten oder Jahren, z.B. nach einem erneuten bedrohlichen Erlebnis (vgl. Fischer/Riedesser 2020, 52; Huber 2020, 91). „Die Symptomatik einer komplexen Traumafolgestörung [kann sich beispielsweise] nicht selten auch erst im Erwachsenenalter manifestieren.“ (Schellong 2022, 68) Es ist nicht hinreichend untersucht, wieso es zu Verzögerung kommen kann, jedoch „werden die Besonderheiten altersbezogener Erinnerungsprozesse und unspezifisch labilisierende äußere Faktoren [...] diskutiert.“ (Böwing/Freyberger 2016, 333)

Posttraumatische Belastungsstörungen treten zumeist nach Monotraumatisierungen auf, wohingegen sich nach länger überdauernden und wiederholten Traumatisierungen eine komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS) entwickeln kann. In besonders schwerwiegenden Fällen ist auch nach einer Monotraumatisierung eine kPTBS möglich. Diese ist neben den Symptomen der PTBS „zusätzlich durch schwerwiegende Affektregulationsbeeinträchtigungen sowie durch Veränderungen der Einstellungen zu anderen Menschen und zu sich selbst gekennzeichnet.“ (Gysi 2020, 73) Genauer kann von schweren Regulationsproblemen von Körper- und Gefühlswelt, intensiven Gefühlen im Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis wie z.B. Wut, Scham- und Schuldgefühlen, Wertlosigkeit und Versagensängste, Selbstverletzendes oder suizidales Verhalten ebenso wie von Bindungsstörungen gesprochen werden (vgl. Gysi 2020, 75; Huber 2020, 92).

Ein weiterer relevanter Faktor der PTBS und kPTBS ist die Komorbiditätsrate mit weiteren psychischen Störungen. Diese liegt „je nach Studie zwischen 60% und 100%.“ (Beckrath-Wilking et al. 2013, 57) Somit ist davon auszugehen, dass PTBS häufig mit weiteren Diagnosen einhergeht und sich dadurch Symptomatiken überlagern oder bedingen. Als Beispiele werden Depressionen, Angststörungen, Suchtproblematiken, Essstörungen und weitere genannt (vgl. ebd., 58ff.). Ebenso ist die Retraumatisierung zu erwähnen, welche durch eine Erinnerung an das traumatische Ereignis ausgelöst werden und die Symptombelastung damit kurz- oder langfristig erhöhen kann. Dies hängt von den in- und

externen Stabilisierungsmöglichkeiten der betroffenen Person ab (vgl. Maercker/Rosner 2006 zit. n. Maercker 2013, 16).

2.4.3 Störungen im Bindungsverhalten

Es gibt sichere und unsichere Bindungsmuster, welche der Bindungstheorie³ von John Bowlby entnommen werden können. Diese betrachtet Bindung als angeborene Motivation, um einen „sicheren Hafen“ in einer Bezugsperson zu finden, welche das Überleben des Kindes sichert, und seine emotionale Regulation beeinflusst (vgl. Brisch 2023, 150). Eine sichere Bindung zu einer oder mehreren Bezugspersonen ist also von Geburt an „eine [wichtige] Voraussetzung für kognitive und emotionale Lernprozesse.“ (ebd., 132) Findet ein Kind in seiner Bezugsperson einen sogenannten „sicheren Hafen“, so kann es sich auf dieser Grundlage ein inneres Arbeitsmodell für den Umgang mit zukünftigen Beziehungen erstellen (vgl. Huber 2020, 117). Mit zunehmender Entwicklung zeigt sich dieses dann deutlich stabiler und wird zur „Bindungsrepräsentation“ (vgl. Brisch 2020, 38).

Erfährt ein Kind jedoch ein traumatisches Ereignis, kann sich das sowohl auf die Bindungssicherheit als auch auf die psychische Entwicklung negativ auswirken. Vor allem, wenn die Traumatisierung durch eine Bindungsperson erfolgt (vgl. Brisch 2021, 114). Die Ereignisse können dann zu Veränderungen in der Bindungsrepräsentation und zu einem unsicher-desorganisierten Bindungsmuster führen, welches einen starken Zusammenhang mit Trauma-Erleben aufweist (vgl. Schleiffer 2014, 72). Daraus resultieren ggf. „chronisch gestörte Beziehungserfahrungen“ (Streeck-Fischer 2014, 2), welche sich auch auf das Selbstwertgefühl, soziale Probleme und ihre Stressresistenz auswirken (vgl. Huber 2020, 124). Ein solcher Zustand ist jedoch nicht unveränderlich, denn es wird davon ausgegangen, dass „in jedem Alter ein neuer Umgang mit negativen Gefühlen gelernt werden [kann].“ (Grossmann/Grossmann 2017, 578) Durch nahestehende Bezugspersonen oder eine Psychotherapie wird beispielsweise die Kompetenz der Selbstreflexion erlernt oder erweitert (vgl. Brisch 2020, 63). Benannt wird dies als „erworbene sichere Bindungsrepräsentation“ (ebd.).

3 Traumapädagogik

Die Traumapädagogik ist eine noch recht junge Fachdisziplin, welche ab den 1990er Jahren vor allem in der stationären Kinder- und Jugendhilfe zum Einsatz kam (vgl. Weiß/Kessler/Gahleitner 2016, 20) und seit den letzten Jahren auch in anderen

³ Weiterführende Literatur: Bowlby 2014; Brisch 2021

Handlungsfeldern der Kinder- und Jugendarbeit Anklang findet. Sie wird vermehrt auch in weiteren Arbeitsfeldern angedacht. „Kühn schlägt 2008 vor, ‚Traumapädagogik als Sammelbegriff für die im Besonderen entwickelten pädagogischen Konzepte zur Arbeit mit traumatisierten [Nutzer*innen] in den verschiedenen Arbeitsfeldern zu verstehen‘.“ (Kühn 2008, 322; zit. n. Weiß/Gahleitner 2020, 17) Ebenso weist er darauf hin, dass sich diese Konzepte „auf den mittlerweile nicht mehr zu ignorierenden bedeutsamen und wesentlichen Beitrag [beziehen], den eine traumasensible Pädagogik in der psychosozialen Versorgung traumatisierter Menschen jeglichen Lebensalters leisten kann.“ (Kühn/Bialek 2020, 43)

3.1 Abgrenzung zur Traumatherapie

Die Traumapädagogik ist „als umfängliches Konzept zu verstehen“ (Staub/Seidl 2024, 11) und definiert sich vor allem durch dessen Grundhaltungen und Standards (vgl. ebd.). Ihren Ursprung hat sie im pädagogischen Alltag mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen (vgl. Weiß et al. 2016, 20f.). Im Gegensatz zur Traumatherapie, welche sich primär mit der direkten Traumaverarbeitung in Form von Traumakonfrontationsbehandlungen befasst, finden traumatische Belastungen und deren partiell integrative Bearbeitung jedoch vor allem im Alltag der betroffenen Personen statt (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013, 287). Daraus ergab sich die Notwendigkeit Kinder und Jugendliche unabhängig von einer Traumatherapie auch in ihrem pädagogischen Alltag wirksam und traumasensibel zu begleiten. Dies meint die Beachtung der individuellen Bedürfnisse und eine entsprechende Ausrichtung des pädagogischen Settings sowie Wissen um Trauma und seine Auswirkungen. Mithilfe neuer Erkenntnisse primär aus der Psychotraumatologie entstand die BAG Traumapädagogik⁴ (vgl. Weiß 2021, 106; Weiß et al. 2016, 21). Diese erarbeitete 2011 ein Positionspapier mit den traumapädagogischen Standards, welche die Basis für traumapädagogische Arbeit bietet (vgl. FVTP 2011).

Die Traumapädagogik bedient sich verschiedener Elemente anderer Theorien und Wissenschaften, wie z.B. „der Sozialen Arbeit, Bindungstheorie, Resilienzforschung, Gesundheitslehre und der therapeutischen Wissenschaften.“ (Weiß et al. 2016, 22) Ebenso wird Bezug „auf Inhalte der Reformpädagogik und der emanzipatorischen Pädagogik“ (ebd.) genommen, da deren Kernziel, ähnlich wie in der Traumapädagogik, die Begleitung des Prozesses vom „Objektstatus [...] zum Subjekt-Sein [also] zur Selbstbemächtigung“ (ebd.) ist. Neben den handlungsleitenden Inhalten wie z.B. der eben genannten Selbstbemächtigung

⁴ Inzwischen umbenannt in Fachverband Traumapädagogik e.V. <https://fachverband-traumapaedagogik.org/start.html>

bildet auch „eine traumasensible Grundhaltung die Basis traumapädagogischen Geschehens.“ (Gahleitner/Frank/Leitner 2015, 177)

Die Traumapädagogik „begreift sich als offene Fachrichtung in Bewegung, die versucht interdisziplinären Weitblick beizubehalten und sich gemäß den Anforderungen weiterzuentwickeln.“ (Rothdeutsch-Granzer/Weiß/Gahleitner 2015, 176)

Nachfolgend werden die traumapädagogische Haltung sowie die handlungsleitenden Inhalte genau ausgeführt.

3.2 Traumapädagogische Haltung

Die Traumapädagogik ist wie schon beschrieben durch eine traumasensible Grundhaltung, „die das Wissen um Folgen von Traumatisierung und biografischen Belastungen berücksichtigt und ihren Schwerpunkt auf die Ressourcen und Resilienz der Mädchen und Jungen legt [geprägt].“ (FVTP 2011, 4) Sie „setzt an der Sinnhaftigkeit individueller Verhaltensweisen aus längst vergangenen und aktuellen Lebenssituationen an und verfolgt dabei die zielgerichtete Perspektive, von dieser Ebene ausgehende Assistenz- und Hilfsangebote zu gestalten.“ (Kühn/Bialek 2020, 46)

Im Wesentlichen wurden fünf zentrale Aspekte ausgearbeitet:



Abb. 4: Grundhaltung in der Traumapädagogik (Gahleitner et al. 2015, 178)

Die Annahme des guten Grundes ist elementar, denn die Kinder und Jugendlichen haben durch ihre Traumata bestimmte „trauma-logische“ (Lang/Lang 2013, 108) Denk- und Verhaltensweisen entwickelt, um in ihrer „unnormalen Lebenssituation“ (ebd.) überleben zu können. Außerhalb der traumatischen Situation wirkt das erlernte Verhalten deplatziert und kann durchaus belastend für alle Beteiligten sein. Um in ein Reflektieren und eine Veränderung zu gelangen, ist es wichtig, die dysfunktionale Verhaltensweise innerhalb der Geschichte des Menschen wertschätzen, verstehen und akzeptieren zu wollen (vgl. FVTP 2011, 4). Oft ist es ihnen nicht möglich dies selbst zu tun und einen Erfahrungsschatz mit guten Gründen für ihr

dysfunktionales Verhalten aufzubauen. Ein solcher kann „zu mehr Selbstbewusstheit, Selbstverstehen, Selbstkontrolle und Selbstwirksamkeit [führen].“ (Lang/Lang 2013, 109)

„‘Gute Gründe‘ sind immer emotionale Ausgangslagen, denen zu entsprechen versucht wird, indem sie kompensiert, überdeckt, bagatellisiert oder verleugnet werden oder denen ausgewichen oder mit anderen Strategien begegnet wird.“ (ebd., 110)

Betroffene können somit die Haltung der Fachkraft nutzen, um sich selbst verstehen und achten zu lernen. Ein positiver Aspekt der Annahme des guten Grundes ist, dass Fachkräfte den Kindern und Jugendlichen mit Wertschätzung und Verständnis begegnen können, „ohne dabei mit deren Verhalten einverstanden sein zu müssen.“ (ebd., 111)

Obwohl die Haltung der Wertschätzung schon im Zusammenhang mit dem guten Grund deutlich wird, ist sie aufgrund ihrer Relevanz als separater Punkt aufgeführt. Da betroffene Personen durch die erlebte Hilflosigkeit häufig Schwierigkeiten haben sich selbst und ihr Handeln zu akzeptieren, als wertvoll anzusehen und dabei ihre „Gefühle, Gedanken und Beziehungsinhalte der traumatisierenden Situationen immer wieder auf aktuelle [übertragen]“ (FVTP e.V. 2011, 5) ist es wichtig, ihnen die Wertschätzung im sozialen Miteinander von außen entgegenzubringen. Ein Mensch erlernt sein Selbstbild „über Rückmeldungen von anderen und über einen sozialen Vergleich, [daher] benötigen Kinder mit traumatischen Erfahrungen eine ermutigende und wertschätzende Umgebung.“ (Weiß/Schirmer 2013, 113) Ebenfalls sollte den Betroffenen die Expert*innenschaft für ihren traumatischen Stress zugesprochen werden (vgl. ebd., 114). Damit ist „die Expertise, die jeder Mensch für sich selbst, seine Biografie und aktuelle Lebenssituation besitzt [gemeint].“ (van Mil 2023, 323) Dies alles kann, wie auch schon die Annahme des guten Grundes, zu „Selbstakzeptanz [führen] und [...] Grundlage des Erlebens von Selbstwert und Selbstwirksamkeit sein.“ (Weiß/Schirmer 2013, 112)

Unter Partizipation wird eine Beteiligung an der „Gestaltung der eigenen Lebensbedingungen [verstanden]“ (FVTP e.V. 2011, 5). Viele Kinder und Jugendliche haben in ihrem Umfeld wenig bis keine Möglichkeiten der Teilhabe erfahren, sodass „es [...] unverzichtbar [ist], diesen [...] korrigierende Erfahrungen von Autonomie, Kompetenz und Zugehörigkeit zugänglich zu machen.“ (Andreae de Hair/Bausum 2013, 115) Konkret bedeutet dies, dass Regeln und Strukturen der jeweiligen Einrichtung bekannt sind, verstanden werden und es Möglichkeiten gibt sich in die Gestaltung des Alltags einzubringen. Dies kann in Form eines (Haus-)Rates, eines Gruppensprechers oder Ähnlichem erfolgen. Die Aufgabe der Fachkraft kann hierbei sein, in den Dialog zu gehen und die Prozesse motivierend und integrativ zu begleiten (vgl. ebd., 116). „Eine Grundvoraussetzung [für eine erfolgreiche Partizipation] sind Information und

Transparenz aller sie betreffenden Sachverhalte und aller einrichtungsinternen Mitgestaltungsmöglichkeiten.“ (ebd., 115) Dies führt zum nächsten Aspekt – der Transparenz.

Für viele betroffene Menschen ereignen sich traumatische Erlebnisse plötzlich und mit einer großen Unberechenbarkeit (vgl. Wahle/Lang 2013, 118). Ein Teil dieser erlebt schon in ihren Herkunftssystemen Machtmissbräuche und unvorhersehbare Veränderungen, weshalb Transparenz seitens der Pädagog*innen und der Einrichtung ein wichtiger Faktor für das alltägliche Geschehen ist. Diese soll dazu führen, dass „die Verantwortlichkeiten, die Strukturen und die Abläufe im Alltag [...] klar [sind].“ (ebd., 119) Den Betroffenen wird dadurch eine Sicherheit geschaffen, welche „die stetige Aktivierung der Kampf- und Flucht- und Erstarrungsstrategien mit ihren entsprechenden Verhaltensweisen [verhindert oder verringert].“ (ebd.) Sie haben also die Möglichkeit korrigierende Erfahrungen zu machen und diese zu integrieren. Wichtig ist, dass die Transparenz ganzheitlich angewendet wird, sowohl bei Alltagsstrukturen, auf den verschiedenen Kommunikationsebenen und in „Verantwortungs- oder Hierarchiestrukturen“ (ebd.), wie auch auf institutioneller Ebene. Zu beachten ist, dass „transparente Strukturen und transparente Kommunikation [...] ein fortlaufender, immer wiederkehrender Prozess [ist].“ (ebd. 121)

Als letzter Punkt wird Spaß und Freude benannt. Dies klingt erstmal ungewöhnlich, ist jedoch ein wichtiger Bestandteil der traumapädagogischen Haltung. Menschen mit traumatischen Erfahrungen sind oft in dysfunktionalen Emotionen gefangen. Dazu zählen vor allem „Angst, Scham, Schuld, Ekel, Trauer und Ohnmacht.“ (Lang 2013, 121) Durch fehlende empathische Unterstützung von Bindungspersonen, ist es den Betroffenen häufig nicht möglich „sich innerhalb dieser Gefühle regulieren zu können.“ (ebd.) Die Emotionen wirken sich dementsprechend negativ auf die Wahrnehmungsfähigkeit und Bildung von kreativen Gedankengängen aus, wodurch „ein lösungsorientiertes, selbstbewusstes Handeln sehr erschwert [wird].“ (ebd.) Daraus können sich Angst- oder depressive Zustände entwickeln, weshalb ein Entgegenwirken mit positiven Gefühlen und Eindrücken sehr wichtig ist, um Sicherheit zu schaffen und das Gehirn in eine Lernbereitschaft zurückzuführen. Diese Sicherheit kann auf Basis der Bindungstheorie geschaffen werden, indem für eine fröhliche und sichere Atmosphäre gesorgt wird (vgl. ebd., 122). Korrigierende Erfahrungen des Erfolges und der Motivation „bringen Leichtigkeit und Hochgefühl, was Zuversicht, Optimismus und Kreativität im Denken und Handeln unterstützt“ (ebd., 122f.). Generell tragen Spaß und Freude „wesentlich zur Genesung und zu einer positiven Entwicklung und Lebenseinstellung [bei].“ (Lohmann 2016, 131)

Aktuell befinden sich die Traumapädagogischen Standards und damit die fünf Haltungselemente in Überarbeitung und sollen durch ein sechstes Element erweitert werden – der „Anerkennung der Expert*innenschaft“ (vgl. van Mil 2023, 323).

All diese Grundhaltungen finden auf der Basis von Bindung und Beziehung zwischen Pädagog*innen und Nutzer*innen, ebenso wie der Nutzer*innen untereinander statt und können ein Lernmittel sein, um die eigenen Erfahrungen zu korrigieren (vgl. Staub/Seidl 2024, 20). Es entstehen „positive Beziehungserfahrungen“ (Weiß et al. 2020, 27), welche besonders relevant sind, da Menschen mit erlebtem Trauma oftmals auch Störungen im Bindungs- und Beziehungsverhalten ausbilden (siehe 2. Trauma).

3.3 Handlungsleitende Inhalte & Methoden

Aus der Haltung der Traumapädagogik wird ersichtlich, dass diese vor allem in Form korrigierender Erfahrungen zu einer Veränderung des Selbstbildes und somit einer sukzessiven Zurückgewinnung der Kontrolle über sich und seine Verhaltensmuster beitragen sollen. Ebenso steht die Ermöglichung gelingender Beziehungen und der sozialen Teilhabe im Fokus. Das Erreichen dieser Ziele ist mit verschiedenen Inhalten und Methoden möglich. Eine Orientierung dieser erfolgt anhand der „Kernstücke der traumapädagogischen Arbeit“ (Gahleitner et al. 2015, 179) und wird ergänzt durch den Punkt „Selbstfürsorge“.

Als zusätzliches Konzept ist auch die traumapädagogische Gruppenarbeit zu nennen, welche sich auf die Inhalte der Selbstbemächtigung und des sicheren Ortes beziehen (vgl. Bausum 2016, 305). „Die Bedeutung der Gruppe als Werkzeug, Gegenstand und Ort pädagogischer Arbeit [...] [wird] in nahezu allen pädagogischen Ansätzen und Handlungsfeldern mitgedacht.“ (ebd., 303) Die traumapädagogische Gruppenarbeit ermöglicht, durch die Benennung traumatische Erfahrungen erlitten zu haben, Entlastung, korrigierende Erfahrungen und auch eine Reduzierung von Schamgefühlen und Isolierung (vgl. ebd., 307).

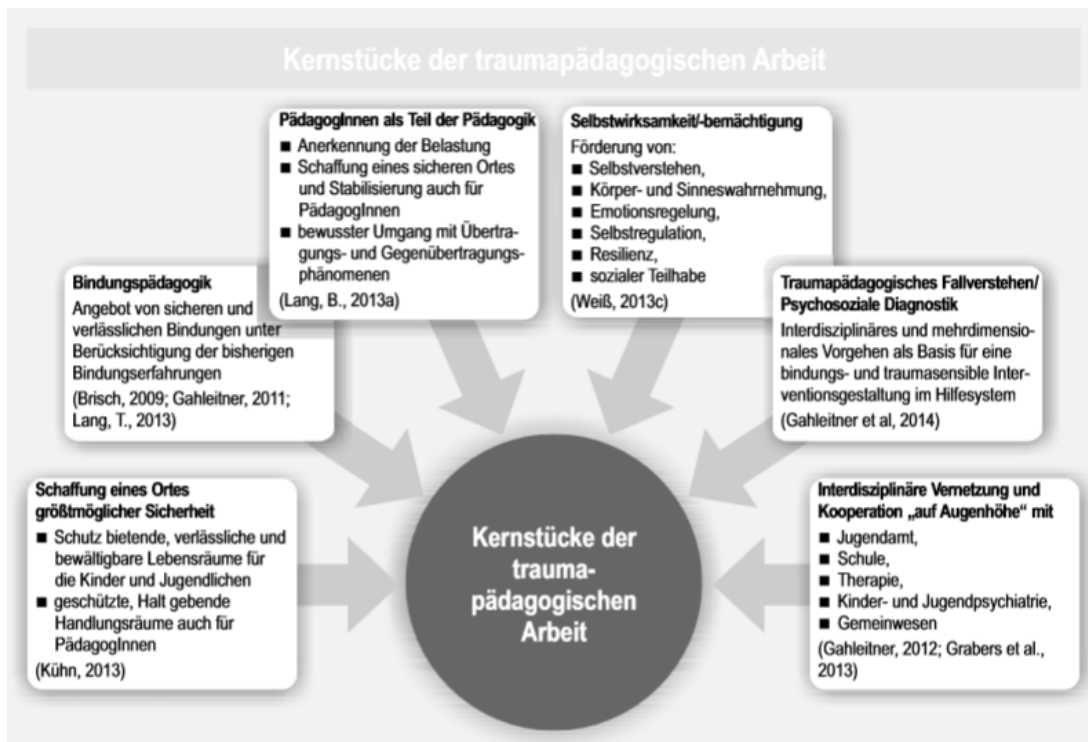


Abb. 5: Kernstücke der traumapädagogischen Arbeit (Gahleitner et al. 2015, 179)

3.3.1 Pädagogik des sicheren Ortes

Ein wichtiger Grundstein ist die „Pädagogik des Sicheren Ortes“ (Kühn 2006; zit. n. Kühn 2013, 32). Diese dient dazu den Betroffenen und auch den Fachkräften einen vorhersehbaren Rahmen bzw. Lebensraum zu gestalten, um sich nach und nach „den Traumabewältigungs- und Entwicklungsaufgaben nähern zu können.“ (Rothdeutsch-Granzer et al. 2015, 178) Kühn beschreibt für die Vorgehensweise⁵ „die Gestaltung ‚sicherer Orte‘ für die Betroffenen, die Gestaltung ‚emotionaler Dialoge‘ zwischen Kind und PädagogIn [und] die Gestaltung ‚geschützter Handlungsräume‘ für die PädagogInnen.“ (Kühn 2013, 32)

Der sichere Ort wird zwischen dem Äußeren und dem Inneren unterschieden. Häufig erleben Betroffene traumatischer Ereignisse einen Zusammenbruch ihres Sicherheitsgefühls, wenn sie von ihrem Umfeld im Außen keinen zuverlässigen Rahmen erfahren. Das Wiedererlangen dieses inneren Sicherheitsgefühls benötigt einen äußeren verlässlichen und vorhersehbaren Ort als Stütze (vgl. ebd., 33). Letzterer „entsteht im Zusammenspiel von Kindern/Jugendlichen, PädagogInnen, Fachdiensten, Leitungskräften und Strukturen.“ (FVTP e.V., 4) Mit der Gestaltung emotional-orientierter Dialoge ist die Erarbeitung neuer zwischenmenschlicher Kommunikationswege gemeint. Diese soll die als Überlebensstrategie erworbene

⁵ Darstellung „Pädagogik des sicheren Ortes“ (Anhang 2)

Kommunikationsstruktur, z.B. vermeintliche Provokation oder das Austesten von Grenzen, durchbrechen und in eine funktionalere Richtung lenken. Dem Kind soll dadurch ein „ressourcenorientierte[r] Zugang zu sich selbst und zu seinen Mitmenschen [ermöglicht werden].“ (Kühn 2013, 34) Damit die Kommunikation in diesem Rahmen gelingen und ein sicherer Ort geschaffen werden kann, ohne eine Überlastung der Fachkräfte auszulösen, ist ein geschützter Handlungsraum für Pädagog*innen unabdingbar. Die Verantwortung für die Erschaffung eines sicheren Ortes liegt also nicht nur bei den Fachkräften, sondern ist durch institutionelle Rahmenbedingungen und die Unterstützung der Leitungskräfte zu gewährleisten (vgl. ebd.).

3.3.2 Bindungsorientierte Pädagogik

Im Zusammenhang mit dem sicheren Ort ist auch ein Blick auf die Beziehungsarbeit relevant. Als handlungsleitend wird die bindungsorientierte Pädagogik benannt, welche „in der Beziehungsgestaltung die bisherigen Bindungserfahrungen von Kindern und Jugendlichen berücksichtigt.“ (Lang 2013, 187) Problematische Bindungsverhaltensweisen der Betroffenen basieren auf früheren Erfahrungen und ihrer inneren Arbeitsmodelle/Bindungsrepräsentation und sind als Antwort auf „hoch unsichere Bindungsbedingungen“ (ebd., 215) zu verstehen. „Sie dienen der Anpassung, der Sicherheit, dem Schutz und dem emotionalen Überleben.“ (ebd., 192) Diese Verhaltensweisen finden sich auch in aktuellen Beziehungsgestaltungen wieder, weshalb ein besonderes Augenmerk auf die Übertragung und Gegenübertragung innerhalb dieser gerichtet werden sollte.

Die Übertragung bezeichnet das Projizieren früherer traumatischer Erfahrungen und damit einhergehenden Gefühlen und Körperempfindungen auf neue Interaktionspartner*innen bzw. Pädagog*innen (vgl. ebd., 193). Als Gegenübertragung wird dementsprechend die emotionale Gegenreaktion der Pädagog*innen bezeichnet. Diese agieren mit eigenen Anpassungsstrategien und laufen Gefahr durch ihre Reaktion „unbeabsichtigt frühere Muster der Täter-Opfer-Beziehung [zu] wiederholen.“ (Hermann 2010; zit. n. Lang 2013, 195) Dementsprechend ist das Wissen um die Übertragungsmuster, eine gute Selbstregulation und Selbstreflexion von großer Wichtigkeit. Dadurch wird sichergestellt, dass die Bezugspersonen sich mit ihren eigenen Gefühlen und Körperreaktionen, die durch das Verhalten der Kinder und Jugendlichen ausgelöst werden kann, auseinandersetzen und sich ihrer bemächtigen, statt überwältigen zu lassen. Sie bleiben damit als „sicherer Hafen“ handlungsfähig und können die Kinder und Jugendlichen entsprechend begleiten (vgl. Lang 2013, 210ff.)

„Mit Methoden zur Förderung des Selbstverstehens, zur Sensibilisierung für die eigene Körper- und Sinneswahrnehmung sowie zur Unterstützung der Emotions- und

Selbstregulation werden Kindern und Jugendlichen, aber auch Bezugspersonen im Hilfesystem zur Selbstwirksamkeit befähigt.“ (Rothdeutsch-Granzer 2015, 179)

3.3.3 Pädagogik der Selbstbemächtigung

Damit wird der nächste wichtige Aspekt eingeleitet – die Selbstbemächtigung nach Wilma Weiß. Diese bezeichnet die Förderung von Selbstverständnis, Selbstakzeptanz, Selbstregulation, Körperwahrnehmung, einer positiven Geschlechtsrolle und sozialer Teilhabe (vgl. Weiß 2021, 138f.). Das „SelbstVerstehen und [die] SelbstRegulation“ (ebd., 138), ist nicht nur für Pädagog*innen relevant, sondern vor allem für traumatisierte Menschen. „Wer ein chronisches Trauma erlitten hat, fühlt sich unwiderruflich anders oder verliert jegliches Gefühl für sich selbst.“ (Herman 1993, S. 122; zit. n. Weiß 2021, 139) Ebenso wirkt sich das erlernte Verhalten oft negativ und schädigend auf die Betroffenen und deren Umfeld aus. Ein Selbstverstehen ist nötig, um dysfunktionale Verhaltensweisen als traumalogisch zu begreifen und mithilfe der Unterstützung durch Pädagog*innen „alternative Verhaltensmöglichkeiten [zu] erarbeiten.“ (Weiß 2021, 141) Eine mögliche Methode dafür ist die „Weil-Frage“, denn sie impliziert die Annahme des Guten Grundes (s. 3.1. Haltung). Ein Beispiel wäre: „Du tust das, weil...?“ (ebd., 142). Hingegen aktiviert die „Frage ‚Warum tust Du das?‘, bei Kindern aus herausfordernden Lebensumständen sofort ein Schuldgefühl [...], [welches] sie in die Defensive drängt.“ (ebd.) Mit der Weil-Frage wird erreicht, dass das Kind „sein Verhalten als Reaktion auf früher verstehen“ und „als normale Reaktion auf eine unnormale Situation akzeptier[en kann].“ (ebd.) Aus dem Selbstverstehen heraus kann sich die Wahrnehmung des Körpers, der Sinne und der Emotionen weiterentwickeln.

Da traumatisierte „Kinder [...] eine adäquate Selbstwahrnehmung nicht entwickeln konnten, ist die Begleitung der Differenzierung und Festigung der Wahrnehmung ein notwendiger Weg zur Selbstkontrolle, selbstreflexives Wahrnehmen der Gefühle, des Körpers, des Verstandes, der Sinne, der Energie, des eigenen Stresses und ermöglicht Selbstregulation.“ (ebd., 148)

Wird die Selbstwahrnehmung mit Wissen und einfachen Erklärungen von Seiten der Fachperson untermalt, können die Betroffenen für sich herausarbeiten, ob ihre dysfunktionalen Verhaltensmuster im Hier und Jetzt weiter bestand haben müssen (vgl. ebd., 143). Dies bietet ihnen nachfolgend die Möglichkeit alternative Handlungsmuster zu erlernen und zu integrieren. Zu beachten ist in diesen Situationen die Belastbarkeit des Fachpersonals, welche eine Grundvoraussetzung für das gemeinsame Verstehen darstellt, und dazu beiträgt fachlich und traumasensibel zu handeln. Um dies zu gewährleisten ist eine gute Selbstfürsorge notwendig (s. 3.3.7). Ebenso erforderlich ist sowohl „eine hohe Selbstreflexion [als auch] eine Einrichtungskultur, die diese Haltung stützt [...] und fördert.“ (ebd., 147)

3.3.4 Traumapädagogisch diagnostisches Verstehen

Das traumapädagogisch diagnostische Verstehen befindet sich „im Spannungsfeld von Diagnostik und Fallverstehen“ (Andreae de Hair et al. 2022, 12) und hat die Aufgabe „eine systematische Sammlung an Informationen/Erhebungen/Befunden [zu erstellen], die dann traumasensibel interpretiert werden.“ (ebd., 12f.) Es ist ein Prozess, welcher „das Verstehen einer Lebensgeschichte angestrebt, die einen Ursprung hat, sich in einem aktuellen Bild zeigt und einen Ausblick auf Weiteres und Veränderbares ermöglicht.“ (ebd., 13) Im Gegensatz zu einer einmaligen klassisch-therapeutischen Diagnostik erstreckt diese sich über die gesamte Betreuungszeit und dient dem Erarbeiten weiterführender Handlungsschritte. Relevant ist hierbei, dass die „interpretierende[n] Aussagen [als] dynamisch und veränderlich angenommen [werden]“ (ebd., 13), um ein Verharren in einer Diagnose zu verhindern.

„Mit dem traumapädagogisch diagnostischen Verstehen entsteht für die vielfältigen Arbeitsfelder der Pädagogik und Sozialen Arbeit ein Instrument, das eine fundierte Grundlage für traumasensible Begleitungs- und Hilfeplanung bietet.“ (ebd., 12)

Es wird eine Informationssammlung angelegt, welche als Grundlage des späteren Verstehens fungiert, und interdisziplinäre Sichtweisen aufzeigen soll. Diese Sammlung wird im Sinne der traumapädagogischen Grundhaltungen immer gemeinsam mit den Betroffenen angefertigt und aktiv bearbeitet (vgl. ebd., 21). Andreae de Hair et al. schlagen Elemente vor, welche „dem Sammeln und Zusammentragen traumasensibler und traumarelevanter Informationen“ (ebd., 22) dienen. Dazu zählen das Dokumentieren aller relevanter Daten und Prozessschritte; das regelmäßige Begutachten der aktuellen Situation; die Erarbeitung eigener Ressourcen; das Erkennen und Nennen der Traumaerfahrung sowie Biografiearbeit. Alles unter dem Gesichtspunkt der Bindungsorientierung (vgl. ebd., 22-25). Im Anschluss beginnt der Auswertungsprozess, welcher vor dem Hintergrund der Expert*innenschaft der Betroffenen mit ihnen gemeinsam geschieht. Vorgeschlagen werden die Vogelperspektive, welche einen Blick aus der Metaebene auf die Lebensgeschichte darstellt, ebenso wie Interventionsprozesse, welche interdisziplinäre Interventionsplanungen meint mit denen Veränderung und Teilerfolge sichtbar gemacht werden können (vgl. ebd., 26f.).

Beispielhaft kann hier die Methode der Ressourcenkarte⁶ genannt werden. „Mithilfe der Ressourcenkarte können Stärken und Fähigkeiten von jungen Menschen erfasst und reflektiert werden.“ (Andreae de Hair et al. 2022, 103) Dabei basiert sie auf den Einschätzungen der

⁶ Übung Ressourcenkarte (Anhang 3)

betroffenen Menschen und wirkt unterstützend und stärkend auf das Selbstbild. Gleichzeitig können auf dieser Grundlage Zielvereinbarungen entstehen (vgl. ebd.).

3.3.5 Psychoedukation

„Psychoedukation ist der Versuch, dem nicht medizinisch oder psychologisch ausgebildeten Menschen einen komplexen medizinischen oder psychologischen Sachverhalt zu erklären und damit seinen Heilungsprozess zu unterstützen.“ (Klappstein/Kortewille 2020, 33) Menschen suchen nach Erklärungen und entwickeln eigene Theorien in Bezug auf ihre Erkrankung. Dies geschieht aus dem „Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle“ (ebd., 34) heraus. Durch die Einordnung früherer traumatischer Ereignisse in die heutigen „emotionale[n] Probleme und Verhaltensschwierigkeiten“ (ebd., 33) ist es den Betroffenen möglich nachvollziehbare Erklärungen zu finden, wodurch neue Handlungsstrategien erarbeitet werden können (vgl. ebd., 34). Pädagogische Fachkräfte können den Prozess mithilfe einer wertschätzenden, validierenden Reaktion unterstützen, die Betroffenen in ihrer Unsicherheit zu entlasten und ihnen „gleichzeitig einen Expert*innenstatus für [ihre] eigenen Angelegenheiten [zuzusprechen].“ (ebd., 35) Damit wird eine Beziehung auf Augenhöhe angestrebt um sich anschließend der Bearbeitung von Traumafolgen zu widmen (vgl. ebd.).

Klappstein und Kortewille schlagen vor dies mithilfe von 5 Elementen als „Einstieg in die Verarbeitung“ (ebd., 38) zu gestalten. Diese umfassen „Entlastung, Externalisierung, Ich-Stärkung, Normalisierung und [die] Autonomie stärken.“ (ebd., 34) Es geht darum dem Kind die Verantwortung für das traumatische Ereignis zu nehmen und zu korrigieren, problematisches Verhalten als Traumafolge einzuordnen, das Kind nicht als seine Symptomatik zu betrachten und diese gleichzeitig zu entpathologisieren und zuletzt seine Autonomie zu stärken und auf seine Ressourcen aufmerksam zu machen (vgl. ebd., 38f.).

All dies soll Betroffene dabei unterstützen „sich wieder als kraftvoll und wirkungsmächtig erleben zu können.“ (ebd., 40) Außerdem können die genauen Traumareaktionen im Gehirn⁷ vereinfacht erläutert werden, da sich daraus Reaktionen im Hier und Jetzt ableiten (s. 2.2 Neurobiologische Prozesse).

Die Psychoedukation hat jedoch auch seine Grenzen. Bei lang bestehenden und sehr schwerwiegenden Problematiken, die den Betroffenen als normal und unveränderlich erscheinen, sollte eine schnelle fachgerechte Intervention z.B. in Form von Therapie erfolgen (vgl. ebd., 54).

⁷ Konkrete Übung: Dreigliedriges Gehirn (Anhang 4)

3.3.6 Interdisziplinäre Vernetzung

„Netzwerke erziehen, sozialisieren, leiten an und kontrollieren. Aber sie geben auch soziale Unterstützung, indem sie in der Gruppe Akzeptanz und Rückhalt geben, Hilfe bei Aufgabenbewältigung oder Krisenüberwindung anbieten.“ (Gies 2016, 327)

Wie in vielen Bereichen der Sozialen Arbeit ist auch in der Traumapädagogik die Netzwerkarbeit ein wichtiger Bestandteil. In diesem Zusammenhang wird vor allem von traumasensibler Netzwerkarbeit gesprochen. Die Nutzer*innen haben häufig mit komplexen Problemlagen zu kämpfen, daher ist ein multiprofessioneller Ansatz eine gute und wichtige Möglichkeit der ganzheitlichen Betreuung. „Eine interdisziplinäre Netzwerkarbeit zwischen dem Gesundheitssystem, der Justiz, des Jugendamtes und der Jugendhilfe sind für eine gelingende Traumapädagogik und die adäquate Begleitung betroffener Menschen [also] unabdingbar.“ (Wübker 2020, 82) Dazu zählen ebenso Schulen, Ämter, Ärzt*innen, Therapeut*innen, Wohneinrichtungen, Gemeinwesen und andere Institutionen, welche mit den Nutzer*innen arbeiten (vgl. FVTP 2011, 15; Grabars/Hensel/Löble 2013, 268-278)

„Zur Wiederherstellung sozialer und gesellschaftlicher Teilhabe eines jungen Menschen mit traumabezogenem Hintergrund ist es daher notwendig, diesbezüglich verbindliche Mindestvereinbarungen mit den anderen beteiligten Helfersystemen im Sinne einer multisystemischen Sichtweise herzustellen.“ (FVTP 2011, 14f.)

Gemeint sind damit geschützte Dialoge zwischen den einzelnen Helfersystemen, welche sich auf die Berücksichtigung des individuell angepassten Anforderungsprofils eines Kindes oder Jugendlichen bezieht, um seine persönlichen Kompetenzen schrittweise zu erweitern (vgl. ebd.)

Ein wichtiges Thema für die Netzwerkarbeit im Umgang mit traumatisierten Menschen ist die Spaltung und Traumadynamik. Zeigen die Nutzer*innen beispielsweise ein spezielles Verhalten, welches aus dem Trauma resultiert, kann dies in den einzelnen Hilfsnetzwerken zu Uneinigkeit und Zwiespalt führen, da die einzelnen Parteien unterschiedliche Sichtweisen haben und demnach auch ggf. entgegengesetzte Handlungsmaßnahmen fordern (vgl. Gies 2016, 328f.). Es braucht dementsprechend von allen Fachkräften eine traumasensible Grundhaltung und das Wissen um diese Spaltungsenergien und Dynamiken, um einem Zusammenbruch des Netzwerks entgegenzuwirken.

„Eine gelungen[sic] Kooperation der Helfersysteme [ist] ein wichtiger Indikator für erfolgreiche Hilfeprozesse.“ (Lang et al. 2013, 268)

3.3.7 Selbstfürsorge

Als letzter Punkt wird die Selbstfürsorge der pädagogischen Fachkräfte dargestellt. Wie schon vorangehend erläutert ist es wichtig, die Fachkräfte in ihrem Arbeitskontext zu stabilisieren und zu unterstützen, um eine Überlastung zu verhindern und die Handlungsfähigkeit zu

gewährleisten. Ein Großteil der Pädagog*innen hat mit beruflicher Belastung oder Zeitmangel zu tun (vgl. Wendt 2011; zit. n. Baierl 2014, 121). Ebenso besteht in der Arbeit mit traumatisierten Menschen die Gefahr einer sekundären Traumatisierung. Gemeint ist hiermit,

„dass nicht nur das direkte persönliche Erleben eines Ereignisses, sondern auch das Miterleben bzw. davon Hören eines unerwarteten oder gewaltsamen Todes, schweren Leides oder die Verletzung eines Menschen zu einer Traumatisierung beim ‚unbeteiligten‘ (nicht traumatisierten) Beobachter führen kann.“ (Wagner 2010, 38; zit. n. Tüllmann 2014, 268f.)

Daraus wird die Notwendigkeit deutlich für sich und sein Wohl sorgen zu müssen, um eine dauerhafte Destabilisierung seiner Gesundheit zu verhindern.

In dem Zusammenhang bedeutet Selbstfürsorge „die Sicherstellung von inneren Ressourcen, [...] um körperlich und psychisch so gesund zu bleiben, dass den Anforderungen und Belastungen des Berufsalltags begegnet werden kann, ohne Schaden zu nehmen.“ (Scherwath/Friedrich 2020, 196) Um dies zu erreichen sind neben einer regelmäßigen Selbstreflexion und Auseinandersetzung mit seiner eigenen Historie bzw. Reaktionen im Arbeitskontext auch Teambesprechungen, Fall- und Fachberatung, kollegiale Beratung oder Supervisionen entscheidend (vgl. ebd., 205; Tüllmann 2014, 271). Die Bereitstellung dieser institutionellen Maßnahmen ist Aufgabe der Leitungsebene.

Es lässt sich festhalten, dass Selbstfürsorge „fester Bestandteil der beruflichen Identität“ (Barnett in Hensel, KTI 2010, Modul 6; zit. n. Scherwath/Friedrich 2020, 197) sein sollte.

4 Stationär sozialpsychiatrisches Setting

Die stationäre Sozialpsychiatrie bietet Menschen mit psychischen Erkrankungen eine umfassende und längerfristige Betreuung in einem Umfeld, dass auf die Förderung der sozialen Teilhabe und der Stabilisierung des psychischen Wohlbefindens ausgerichtet ist.

4.1 Gegenstandsbestimmung „Sozialpsychiatrie“

Die Sozialpsychiatrie ist ein Teilgebiet der klassischen Psychiatrie. Der Fokus liegt, im Gegensatz zu der medizinisch-therapeutischen Behandlung der klinischen Psychiatrie, jedoch auf den psychosozialen Ursachen, sozialen Rahmenbedingungen und Auswirkungen psychischer Erkrankungen (vgl. Stange 2015, 33). Dabei ist sie zum einen ein sozialmedizinischer Bereich innerhalb der Psychiatrie, zum anderen eine soziale Bewegung von Fachkräften und Betroffenen sowie eine institutionelle und konzeptionelle Form der Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen (vgl. Röh 2022, 24).

Um den Begriff der Sozialpsychiatrie einordnen zu können, wird zunächst der geschichtliche Hintergrund beleuchtet, das Selbstverständnis präzisiert und noch ein Einblick in die rechtlichen Rahmenbedingungen gegeben.

4.1.1 Historischer Hintergrund

Der Ursprung der heutigen Sozialpsychiatrie ist in der „soziale[n] und psychiatriekritische[n] Bewegung“ (Schöny 2018, 17) der 1960er und 1970er Jahre zu finden. Diese machte auf die menschenunwürdigen Zustände in den psychiatrischen Anstalten aufmerksam, weshalb durch die Politik eine Bestandsaufnahme der psychiatrischen Versorgung beauftragt und in einer Psychiatrie-Enquête von 1975 dargestellt wurde:

Es fehlte an qualifiziertem Personal – vor allem der katastrophale Mangel an Sozialarbeiter*innen war zu verzeichnen, die Zustände der psychiatrischen Kliniken waren desolat und Anschlussperspektiven für chronisch Erkrankte waren nur wenige vorhanden (vgl. Deutscher Bundestag 1975, 6+12). Anhand dieses Berichtes ergaben sich Reformempfehlungen „zur Gleichstellung von psychisch und somatisch Kranken, zum Aufbau einer gemeindenahen Versorgung sowie Anregungen für bedarfsgerechte, präventive und nachsorgende Hilfen.“ (Brückner 2023, 161) Primär war die Reform dazu gedacht die Krankenhäuser zu entlasten, Langzeiterkrankte zu enthospitalisieren und ihnen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen (vgl. Brückner 2023, 161; Deutscher Bundestag 1975, 16). Dafür wurden unter anderem sogenannte Komplementäreinrichtungen gefordert, welche für die „Versorgung von nicht-krankenhausbedürftigen psychisch Kranken und geistig sowie seelisch Behinderten [zuständig sind].“ (Deutscher Bundestag 1975, 22) Zu diesen zählen unter anderem Übergangs- und Wohnheime sowie beschützende Wohnformen, aber auch teilstationäre Hilfen (vgl. ebd. 22f.).

Im Rahmen einer Evaluation wurde 1988 der Weg für eine „‘personenzentrierte‘ Versorgung mit der Ausrichtung der Hilfen auf individuelle Funktionsbereiche [geeignet].“ (Brückner 2023, 162) Im Zusammenhang mit der Personenzentrierung wurde auch ein Modellprogramm „zum Aufbau gemeindenaher Behandlungs- und Unterstützungssysteme“ (Röh 2022, 28) entwickelt. Dem folgten weitere Forderungen nach „gemeindepsychiatrischen Verbünden [und somit] die Grundlage für die weitere ‚Enthospitalisierung‘ von Langzeituntergebrachten sowie für individuelle Behandlungs- und Rehabilitationspläne“ (Brückner 2023, 163), welche bis heute vor allem von Fachkräften der Sozialen Arbeit umgesetzt werden (vgl. ebd.).

Aus der ehemals verwahrenden Psychiatrie entwickelte sich eine Soziale Psychiatrie, welche den Fokus auf die Aufhebung der gesellschaftlichen Ausgrenzung, das Verständnis für den Menschen in seiner Lebenswelt und die Eingliederung in die Gesellschaft legte (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016, 11f.). Aufgrund der gemeindenahen Versorgung „wird der Begriff Sozialpsychiatrie auch synonym für Gemeindepsychiatrie verwandt.“ (Dörr 2015, 34)

Anzumerken sei jedoch, dass nach dem ersten Aufstreben der Sozialpsychiatrie auch ein Rückgang ebenjener festzustellen war. Dieser ist an „den gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen [sowie] dem Erfolg der medizinisch- pharmakologischen Psychiatrie [festzumachen].“ (Sommerfeld et al. 2016, 90) Im Laufe der Zeit hat sich „die Idee der Sozialpsychiatrie [...] gewandelt.“ (ebd.) Das heutige Verständnis wird nachfolgend dargelegt.

4.1.2 Verständnis der Sozialpsychiatrie

Anhand der geschichtlichen Einordnung wird ersichtlich, dass sich die Sozialpsychiatrie vor allem „aus der kritischen Analyse der unwürdigen Verhältnisse in der traditionellen Psychiatrie“ (Clausen/Eichenbrenner 2016, 11) geformt und eine Rückführung hospitalisierter Menschen in die Gemeinschaft angestrebt hat (vgl. ebd.). Sie wird jedoch auch als ganzheitliches Konzept betrachtet, welches darauf abzielt, die Lebenssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verstehen, wertzuschätzen und – falls möglich und erwünscht – zu verbessern (vgl. ebd., 12). Psychische Erkrankungen werden demnach nicht isoliert betrachtet, sondern im umfassenden Zusammenhang mit sozialen, kulturellen, wirtschaftlichen und umweltbedingten Faktoren. Dabei wird angenommen, dass psychische Erkrankungen nicht nur auf individuellen Aspekten basieren, sondern eng mit komplexen sozialen Einflussfaktoren verknüpft sind (vgl. Schöny 2018, 6).

Mithilfe des Bio-psycho-sozialen Modells (s. Abb. 6) ist es möglich „ein ganzheitliches Bild vom Menschen zu zeichnen, indem ein Individuum als ein in die Geschichte und in die physische/soziale/gesellschaftliche Umwelt eingebettetes Wesen begriffen wird.“ (Schöny 2018, 62) Die Grundlage dafür bietet das ICF, welches sowohl als „Klassifikationsinstrument [...] [neben seiner] ‚Schwester der ICD‘ gilt, [und] mit dem ihr zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Modell einen passenderen Hintergrund für das Verständnis der sozialen Seite von psychischen (und anderen) Erkrankungen [liefert].“ (Röh 2022, 32)

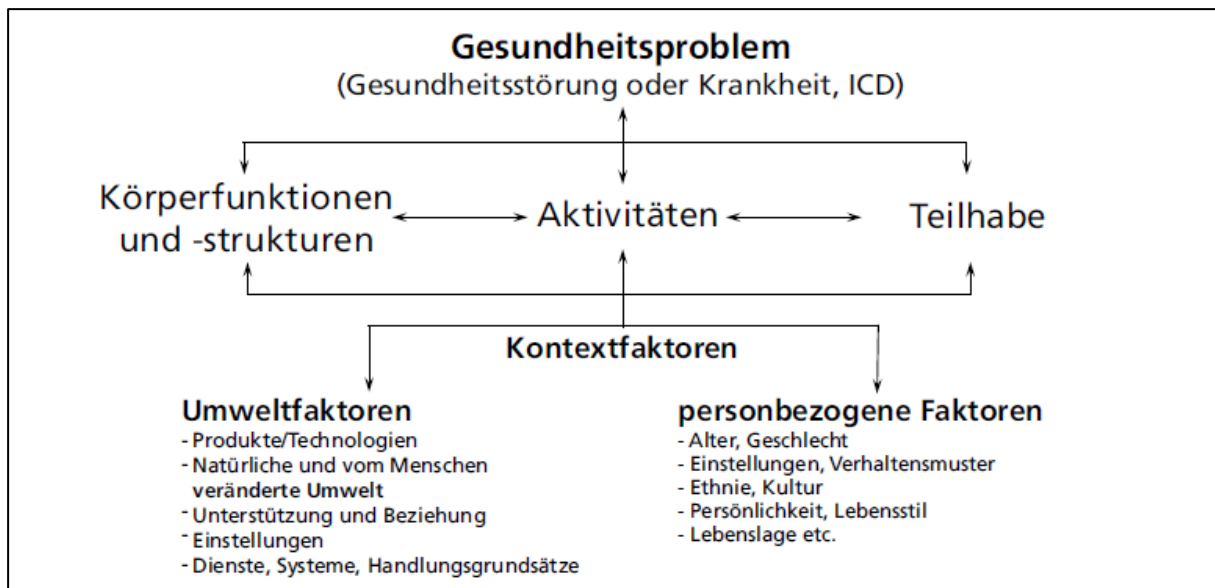


Abb. 6: Bio-psycho-soziales Modell der ICF (DIMDI 2005, 23; zit. n. Röh 2022, 33)

Eine konkrete Fachrichtung im Spannungsfeld der Sozialen Arbeit und (Sozial-) Psychiatrie ist die klinische Sozialarbeit⁸, welche ebenso mit dem Grundverständnis des bio-psycho-sozialen Modells „in Behandlungskontexten erfolgt und eigene Beratungs- und Behandlungsaufgaben wahrnimmt.“ (DGSA 2024) Es handelt sich dabei um eine „direkt beratend-behandelnde Tätigkeit in der Fallarbeit, unabhängig davon, ob dies in Praxen, ambulanten Beratungsstellen, in Tageseinrichtungen, oder in Kliniken und Langzeiteinrichtungen stationär erfolgt.“ (Pauls 2013, 16)

Dies spiegelt sich auch in der heutigen Idee der Sozialpsychiatrie wider, welche durch neoliberale Steuerungsmechanismen und die verkürzte Dauer stationärer Behandlungen, neuen Aufschwung erhalten hat. Sie hat sich zu einem umfassend ausgebauten Versorgungssystem gewandelt, das heute als „integrierte Versorgung“ bezeichnet wird. Dieses System vereint stationäre und ambulante Angebote, betreutes Wohnen und Arbeiten, sowie verschiedene Formen der Alltagsunterstützung (vgl. Sommerfeld et al. 2016, 90)

„Indem das Soziale im Hinblick auf Versorgung kodiert wird, werden Infrastrukturen gebaut, die es ergänzend zur medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung ermöglichen, schwer psychisch Kranke nicht mehr dauerhaft hospitalisieren zu müssen.“ (ebd., 91)

⁸ Vertiefende Literatur: Pauls 2013; Sommerfeld et al. 2016; DGSA 2024 (Sektion Klinische Sozialarbeit)

Sommerfeld et al. geben jedoch „in Anlehnung an Christ [zu bedenken], dass die Zukunft der Sozialpsychiatrie von der Entwicklung der Sozialen Arbeit abhängt.“ (ebd., 93) Auch Schöny kommt zu dem Schluss, dass

„die Sozialpsychiatrie [...] sich wieder vermehrt auf ihre normativen und (sozial)politischen Fundamente besinnen, mehr und auch grundsätzliche Kritik an gesellschaftlichen Verhältnissen üben [sollte], sodass sie nicht nur die Folgen gesellschaftlicher Missstände abfedert oder diese gar (indirekt) affirmiert, sondern auch dazu beiträgt, die Gesellschaft positiv zu verändern.“ (Schöny 2018, 25)

Die Sozialpsychiatrie versteht sich demnach als System der integrierten Versorgung, welche hospitalisierungsbedürftige Menschen ganzheitlich, in soziale, kulturelle und wirtschaftliche Faktoren eingebettet, betrachtet und versucht durch entsprechende Angebote in der Gemeinschaft zu halten.

Dies zeichnet sich auch an den Leitperspektiven der Sozialpsychiatrie ab.

Die Leitperspektiven⁹ der Sozialpsychiatrie oder des sozialpsychiatrischen Handelns werden von vielen Autor*innen aufgeführt und ähneln sich im Kern. Die vorliegende Arbeit verwendet einen aktuelleren Blick auf die Leitbilder mit Röh (2022). Dieser führt „[die] Personenzentrierung, [das] Empowerment (Recovery), [die] Selbstbestimmung und [die] Gemeinde- bzw. die Sozialraumorientierung [an].“ (Röh 2022, 24)

Die personenzentrierte Versorgung ist im geschichtlichen Kontext schon in Erscheinung getreten. Sie fungiert als Gegenstück der Institutionszentrierung und „[setzt] auf die Anpassung der Dienste und Einrichtungen an die individuellen Bedarfe Einzelner oder typischer Personengruppen.“ (ebd.) Im Sinne der Deinstitutionalisierung sind damit vor allem gemeindenahe Versorgungsangebote, wie Einrichtungen der besonderen Wohnform (vormals betreute Wohnheime), Wohngruppen oder Einzelwohnungen gemeint, welche durch das Wunsch- und Wahlrecht von den Nutzer*innen selbst gewählt werden dürfen. Die rechtliche Grundlage dafür wird im folgenden Kapitel (s. 4.1.3) aufgeführt.

In dem Zusammenhang wird der Bezug sowohl zur Sozialraumorientierung als auch zum Empowerment (Recovery) deutlich. „Für die professionelle psychosoziale Arbeit ist Empowerment in dieser Hinsicht als Unterstützung und Förderung von Selbstbestimmung durch berufliche Helfer*innen und die Förderung der dafür notwendigen Kompetenzen zu verstehen.“ (ebd., 27) Nutzer*innen sollen dazu befähigt werden sich selbst zu helfen und eigene Entscheidungen zu treffen. Ihnen wird damit eine Expert*innenschaft zugesprochen,

⁹ beispielhaft: vertiefende Literatur: Dörr 2015, 162-169; Clausen/Eichenbrenner 2016, 25-50; Obert 2013, 161-181

welche sich positiv auf das Selbstbewusstsein und die Selbstwirksamkeit auswirken kann (vgl. ebd., 28). „Recovery¹⁰ meint ein zentrales Konzept im Bereich der (Sozial -)Psychiatrie, welches mit den Modellen Empowerment, Salutogenese bzw. einer grundsätzlichen Ressourcenorientierung eng in Verbindung steht.“ (ebd., 44) Dies bedeutet für den sozialen Kontext, dass, unabhängig von Symptomen, Krankheit oder Behinderung, ein selbstbestimmtes Leben in der Gemeinschaft geführt werden kann (vgl. Amering 2013, 343). Die Gemeinde- oder Sozialraumorientierung ist ebenso der Geschichte der Sozialpsychiatrie entsprungen. Sie entstand im Zusammenhang mit der Deinstitutionalisierung der psychiatrischen Kliniken und basiert auf einem psycho-sozial-bio-kulturellem Verständnis von psychischer Gesundheit (s. Abb.6). Sozialräumliche Perspektiven können aufzeigen, wie Wechselwirkungen zwischen Person und Umwelt sowohl die Personen als auch die Umgebungen beeinflussen (vgl. Seckinger/Neumann 2016,522).

Ein bedarfsorientiertes, regional ausgerichtetes Hilfssystem, welches flexibel mit benachbarten Dienstleistern wie Pflege und therapeutischen Angeboten kooperiert, versteht Behinderung und psychische Erkrankungen als soziale Konstruktionen und reflektiert kritisch die eigene Rolle in diesen Strukturen (vgl. Franz 2018, 837).

4.1.3 Rechtliche Rahmenbedingungen

„Oberstes Prinzip allen Handelns in der Sozialen Psychiatrie ist die Achtung der Würde eines jeden Menschen [gemäß GG Art.1].“ (Clausen/Eichenbrenner 2016, 51)

Auf dieser Grundlage basieren alle weiteren rechtlichen Gegebenheiten. Für die Sozialpsychiatrie und ihre Leistungen ist vor allem das SGB IX relevant. Im speziellen der zweite Teil, welchem die Eingliederungshilfe¹¹ regelt. Im Rahmen des BTHG¹² wurden umfassende Änderungen der vorhandenen Gesetzestexte unter Berücksichtigung des UN-BRK Artikel 1 vorgenommen (vgl. Konrad 2022, 11). Dieser besagt:

„Zweck dieses Übereinkommens ist es, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern.

Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an

¹⁰ Vertiefende Literatur: Amering/Schmolke (2007)

¹¹ Vormals mit existenzsichernden Leistungen im SGB XII der Sozialhilfe geregelt (Rosemann 2018, 15)

¹² Darstellung der Maßnahmen und Ziele (Anhang 5)

der Gesellschaft hindern können.“ (Beauftragter der Bundesregierung für Belange von Menschen mit Behinderung 2018, 8)

Im Jahr 2005 äußert Weise schon Kritik an einer zunehmenden Fokussierung auf ein medizinisch-diagnostisches Krankheitsverständnis, das komplexe menschliche Erfahrungen auf einfache Diagnosen wie ICD-10 oder Transmitterstörungen reduziert und diese mit der Realität verwechselt (vgl. Weise 2005, 12; zit. n. Seckinger/Neumann 2019, 526). Der wesentliche Paradigmenwechsel in der sozialpsychiatrischen Versorgung besteht also darin, den Fokus von der intensiven Symptombekämpfung hin zur Bewältigung des Alltags durch rehabilitative Angebote zu verlagern (vgl. Konrad/Rosemann 2017, 19). „Dieses Person-Umwelt-Verständnis ist durchaus kompatibel mit der ICF sowie der sozialrechtlichen Definition von Behinderung gemäß § 2 SGB IX.“ (Röh 2022, 29) Eine solche Einordnung ist ebenso die Basis für die soziale Teilhabe und die dadurch entstehende Selbstbestimmung, welche wiederum ein elementarer Bestandteil des neuen SGB IX Teil 2 darstellt.

Der Begriff „Teilhabe umfasst viele Dimensionen des alltäglichen Lebens und reicht u.a. vom Zusammenleben in der Familie über Bildung und Beschäftigung zu Freizeit und Wohnen.“ (Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. 2018, 65) Wohnen ist dabei ein relevanter Faktor, denn angemessener Wohnraum und hohe Wohnqualität sind grundlegende menschliche Bedürfnisse und bilden die Basis für ein individuelles und selbstbestimmtes Leben (vgl. Deutscher Bundestag 2017, 188).

Mit den Neuerungen durch das BTHG hat sich die klare Abgrenzung der Wohnformen, also der „stationären“ und der „ambulanten“ Versorgung aufgelöst, da die Finanzierung der Leistungen zur Existenzsicherung von den Leistungen zur Teilhabe getrennt wurden (vgl. DGSP 2024). Diese Trennung „nimmt den Wohnheimen der Eingliederungshilfe das Privileg, eine umfassende Versorgung anbieten zu können und eröffnet den Leistungsberechtigten die Möglichkeit, in der eigenen Wohnung zu leben.“ (Rosemann/Konrad 2017, 10). Nach neuem Recht orientiert sich die Hilfe „ausschließlich am individuellen Bedarf.“ (BMAS 2024) Auch bei einer vermehrten Ambulantisierung der Hilfen, sind weiterhin stationäre Einrichtungen zu finden, lediglich die Rechtsgrundlage hat sich verändert.

4.2 Gegenstandsbestimmung „stationär“

Der Begriff „stationär“ bedeutet ortsgebunden bzw. zeitlich beständig und wird vor allem im klinischen Kontext verwendet. Aus der Bedeutung des Wortes lässt sich ableiten, dass mit einem stationären Setting Einrichtungen gemeint sind, in der sich die Nutzer*innen dauerhaft bzw. über einen längeren Zeitraum aufhalten.

In dem Teilhabekompass II der DGPPN werden verschiedene mögliche Wohnformen bzw. „Leistungen im Bereich Wohnen“ (DGPPN 2024) angeführt. Die stationären Angebote werden kurz skizziert:

Es gibt zum einen „Übergangseinrichtungen“, welche einen zeitlich begrenzten Aufenthalt haben und häufig an eine stationäre Behandlung anschließen sowie einen Übergang in eine ambulante Wohnform anvisieren (vgl. ebd.).

Zum anderen gibt es das „Stationär betreute Wohnen (besondere Wohnformen)“. Dies bezeichnet eine voll- oder teilstationäre Unterbringung der Nutzer*innen, welche nicht mehr hospitalisierungsbedürftig sind, jedoch auch (noch) nicht in einem ambulanten Setting betreut werden können. Es gibt keine festgeschriebene Wohndauer, denn diese wird an die Bedarfe des Einzelnen angepasst. Die Art des Wohnens ist sowohl mit als auch ohne Tagesbetreuung möglich. Ist keine Tagesbetreuung seitens der Wohneinrichtung vorgesehen, erfolgt diese extern, bspw. durch Werkstätten (vgl. ebd.). Innerhalb des stationären betreuten Wohnens gibt es verschiedene Wohnformen z.B. „Gruppenwohnungen, Eltern-Kind-Wohnen, Probe- und Trainingswohnen, Wohnhäuser, Soziotherapeutische Einrichtungen für Patienten mit Doppeldiagnosen.“ (ebd.)

Einen ähnlichen Charakter weist die „Außenwohngruppe/Dezentraler Wohnverbund im Heimstatus“ (ebd.) auf. Diese beschreibt ebenso eine voll- oder teilstationäre Wohnform, welche allerdings in Einzelwohnungen oder Wohngemeinschaften erfolgt und zusätzlich zu einer zeitlich festgesetzten Betreuung im Alltag auch über einen nächtlichen Notfalldienst verfügt. Auch dabei hängt die Dauer der Hilfe von den individuellen Bedarfen ab (vgl. ebd.).

Zuletzt gibt es „geschlossene psychiatrische Wohnheime“ (ebd.). Diese sind für Menschen vorgesehen, die selbst- oder fremdgefährdend sind. Solch eine Maßnahme soll aufgrund des Freiheitsentzuges sofort beendet werden, sobald keine Gefahr mehr besteht (vgl. ebd.).

Das Leben in einer Wohngemeinschaft oder einem Wohnheim fordert häufig eine große Anpassungsleistung und Kompromissbereitschaft, die viele Menschen nicht gewillt oder in der Lage sind zu übernehmen (vgl. Konrad 2022, 16). Die gesetzlich angedachte Selbstbestimmung kann demnach durch eine stationäre Wohnform gefährdet werden, wenn es keine Alternative der Betreuung gibt. Durch das BTHG wurde dies gesetzlich verändert. „Die Leistungserbringung zur Sozialen Teilhabe erfolgt im Rahmen der Eingliederungshilfe bei Menschen mit Seelischer Behinderung [nun] im Wesentlichen über Assistenzleistungen (§113 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX).“ (Konrad/Rosemann 2017, 27) Dieser Begriff wurde bisher innerhalb der Sozialpsychiatrie nicht genutzt (vgl. ebd.) und erfordert eine strukturelle Veränderung der Einrichtungen.

Nachfolgend wird die Struktur nach neuem Recht am Beispiel der besonderen Wohnform dargestellt.

4.3 Einrichtungsstruktur der besonderen Wohnform

Wohneinrichtungen der Besonderen Wohnform folgen rechtlichen Anforderungen, wovon die baulichen Anforderungen in Hamburg z.B. in dem WBBauVO (Wohn- und Betreuungsbauverordnung) geregelt ist. Dieses besagt, dass sich der Einrichtungsstandort für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben „außerhalb der Einrichtung insbesondere durch die Nutzung von Einkaufs-, Versorgungs- und Kulturangeboten sowie des öffentlichen Nahverkehrs im Quartier [eignen muss].“ (§5 Abs.1 WBBauVO)

Neben dem Standort ist auch die Gebäudeausstattung aufgeführt, die den Nutzer*innen Räumlichkeiten für soziale Kontakte und Interaktionen, gleichzeitig, aber auch eigene Räumlichkeiten mit „wohnungstypischer Raumanordnung“ und größtmöglicher Barrierefreiheit für eine selbstständige Nutzung bieten soll (vgl. ebd.).

Je nach Form des Gruppenwohnens ist die Einrichtungsstruktur verschieden aufgebaut. Es gibt besondere Wohnformen mit Einzelappartements, die über eine Küchenzeile und einen Sanitärbereich verfügen sowie „angrenzenden Gemeinschaftsbereichen, Dienstleistungs- und Funktionsräumen in zentraler Lage innerhalb der Wohneinrichtung.“ (§5 Abs. 2 WBBauVO) Handelt es sich um Wohngruppen, sind beispielsweise Einzel- oder Doppelzimmer als individueller Wohnbereich vorhanden und der Koch- und Sanitärbereich sind in den Gemeinschaftsbereich integriert. Weitere Dienstleistungs- und Funktionsräume finden sich innerhalb der Wohngruppen oder in unmittelbarer Nähe (vgl. §5 Abs. 2; §6 Abs.1; §7 Abs. 2; §8 Abs. 5 WBBauVO). Zu den Dienstleistungs- und Funktionsräumen zählen beispielsweise Wasch- und Trockenräume, Dienstzimmer des Fachpersonals, Lagerräume für Lebensmittel oder Haushaltsgegenstände sowie Abstellmöglichkeiten Hilfsmittel (vgl. §9 Abs. 1+3 WBBauVO). Zu den Gemeinschaftsbereichen der Einrichtung gehören neben flexibel nutzbaren Gemeinschaftsräumlichkeiten, Haushaltsräumen und Lagermöglichkeiten auch Außenbereiche „in Form eines Balkons, einer Terrasse oder eines Gartens.“ (§7 Abs. 4 WBBauVO) Wichtig ist, dass die Nutzer*innen die Funktion der jeweiligen Räumlichkeiten und deren Bedeutung erkennen (vgl. §7 Abs. 7 WBBauVO).

Neben den Rahmenbedingungen für die Räumlichkeiten ist der personelle Faktor ebenso relevant, um die Teilhabe der Nutzer*innen zu gewährleisten. Im Rahmen der besonderen Wohnformen wird dies durch eine intensive fachliche Betreuung inklusive eines ganztägigen Bereitschaftsdienstes, welcher dauerhaft erreichbar ist, realisiert (vgl. Röh 2022, 170). Ähnlich wie die vorrangig beschriebenen baulichen Bedingungen der WBBauVO ist die Qualität des Wohnens und der Betreuung im HmbWBG geregelt. Aus diesem wird der Stellenwert der fachlichen Eignung der Beschäftigten deutlich. Es wird insbesondere auf ausreichend qualifiziertes Personal und eine kontinuierliche Betreuung hingewiesen. Diese trägt durch eine feste Bezugsperson und personenzentrierte Arbeit zur Erhaltung und Förderung der Selbstständigkeit bei. Ebenso ist die Berücksichtigung der vielfältigen Lebenshintergründe,

Gewohnheiten und Bedürfnisse der Nutzer*innen, wie etwa eine kultursensible Betreuung und die Gesundheitsförderung eine wichtige Forderung (vgl. §11 HmbWBG).

Um diese umfassende fachliche Leistung und die damit zusammenhängende Sicherheit und Gesundheit der Fachkräfte zu gewährleisten, sollte ein Personal- und Qualitätsmanagement vorhanden sein. Damit werden Standards, Aufgabenbereiche und Ablauforganisationen dargestellt, sowie die Möglichkeit für regelmäßige Dienstbesprechungen und Fallsupervisionen garantiert (vgl. §14 Abs. 1 HmbWBG). Außerdem ist ein Gewaltschutzkonzept zum Schutz der Nutzer*innen (und Fachkräften) unabdingbar (vgl. §11 Abs. 4a HmbWBG).

Zuletzt ist die Mitwirkungspflicht der Nutzer*innen nach §13 HmbWBG zu erwähnen, denn „zum Recht auf Selbstbestimmung gehört die Wahrnehmung der Eigenverantwortung dazu.“ (Rosemann 2018, 57) Dieser Faktor fördert jedoch auch die kritische Betrachtung von Einrichtungen, da dort die Gewährleistung auf Selbstbestimmung seitens der Nutzer*innen nicht immer in dem Maße gegeben ist, wie in einem eigenem Wohnraum (vgl. u.a. Rosemann/Konrad 2017; Rosemann 2018, 79).

4.4 Zielgruppe

Stationäre sozialpsychiatrische Angebote werden primär von Menschen mit seelischer (psychischer) Behinderung in Anspruch genommen. Diese haben häufig zusätzlich mit komplexen Problemlagen zu kämpfen. Seelische Behinderungen manifestieren sich in krankhaften Veränderungen des Fühlens, Handelns, der Wahrnehmung oder der Orientierung, welche meist nicht sofort erkennbar sind, sondern sich im Verhalten und in der Kommunikation offenbaren (vgl. BIH 2022). Gemäß §2 Abs. 1 SGB IX sind

„Menschen mit Behinderungen [jene], die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.“ (§2 Abs. 1 SGB IX)

Zu dieser Personengruppe zählen vor allem Menschen mit chronifizierten psychischen Erkrankungen, bei der es in regelmäßigen Abständen zu erneuten Krankheitsepisoden kommen kann und welche oft eine Komorbidität mit sich bringt (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016, 78f.). Psychische Erkrankungen sind in allen Kulturen und Altersgruppen zu finden, weshalb es nicht verwunderlich ist, dass auch alte Menschen und Menschen mit Migrations- oder Fluchthintergrund ein Teil der Leistungsberechtigten darstellt. Vor allem Geflüchtete Menschen entwickeln nicht selten eine PTBS, aufgrund von Erlebnissen in ihren Herkunftsländern und ihren Fluchterfahrungen und benötigen Hilfsleistungen (vgl. ebd., 101f.). Alte Menschen (über 65 Jahre) können neu erkranken oder litten schon in jüngeren Jahren an

einer psychischen Krankheit. Hinzu kommen altersbedingte Leiden z.B. Demenz, welche sich zusätzlich negativ auf den Gesamtzustand auswirken können (vgl. ebd., 103f.).

Ebenso gehören auch Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen zu der Zielgruppe. Diese sind, aufgrund ihres Konsumverhaltens, oft mit multiplen Problemlagen konfrontiert (vgl. ebd., 83). Schwierig könnte es werden, wenn ein akuter Substanzmissbrauch mögliche Hilfen blockiert, da einige stationäre Einrichtungen ein generelles Konsumverbot besteht. Zuletzt sind psychisch erkrankte Straftäter aus der Forensik (Maßregelvollzug) zu nennen. Diese haben mit verschiedensten Erkrankungen bspw. psychotische Störungen, Persönlichkeitsstörungen oder hirnorganischen Störungen zu tun (vgl. ebd. 90) und erfahren häufig eine große Stigmatisierung seitens der Gesellschaft.

4.5 Ziele und Aufgaben

Die Definition der Aufgaben ist entscheidend, um die konkreten Ziele und Verantwortlichkeiten zu identifizieren, die in der Betreuung psychisch kranker Menschen eine Rolle spielen. Ein generelles Ziel der stationären Sozialpsychiatrie ist es den Menschen mithilfe fachlicher Assistenzleistungen ein selbstbestimmtes und an der Gesellschaft teilhabendes Leben zu ermöglichen. Diese sind wie schon beschrieben am individuellen Bedarf der Nutzer*innen ausgerichtet und mithilfe eines Teilhabeplans „im Sinne des Gesamtplanverfahrens nach §117 SGB IX“ (Konrad 2022, 61) organisiert. Ein Teilhabeplan berücksichtigt die Wünsche und Zielsetzungen der Nutzer*innen (vgl. ebd., 57) und wird wenn möglich mit weiteren Rehabilitationsträgern in einer Teilhabeplankonferenz ausgearbeitet und beschlossen. Diese erfordert die Zustimmung der Nutzer*innen (vgl. ebd., 61).

Die Grundlage bilden die Assistenzleistungen zur Sozialen Teilhabe, welche im §78 SGB IX¹³ geregelt sind. Dazu gehören vor allem

„Haushaltsführung, die Gestaltung sozialer Beziehungen, die persönliche Lebensplanung, die Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, die Freizeitgestaltung einschließlich sportlicher Aktivitäten sowie die Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen.“ (§78 Abs. 1 SGB IX)

Aus diesen „lassen sich personenzentrierte Leistungsangebote für verschiedene Teilhabebereiche entwickeln.“ (Konrad 2022, 28) Relevant ist dabei die Unterscheidung zu Pflegeleistungen, welche bei einer körperlichen Unfähigkeit greifen und als kompensatorische Leistungen ebenso der Alltagsbewältigung dienen. Die Abgrenzung liegt in der grundsätzlichen (und nicht nur vorübergehenden) Fähigkeit alltägliche Handlungen

¹³ Gesamter Paragraph §78 SGB IX (Anhang 6)

durchführen zu können. Somit kann die Assistenzleistung zielgerichtet dazu beitragen die selbstständige Bewältigung zu fördern (vgl. ebd., 29f.).

Der Prozess von Beginn der Feststellung des Bedarfs, der Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung bis hin zur Leistungserbringung ist „mithilfe der ICF [und dem bio-psycho-sozialen Modell] durchstrukturiert.“ (ebd., 64; Kahl 2023, 371)

Es wird ersichtlich, dass sich die sozialpsychiatrischen Leitbilder in den benannten Aufgaben und Zielen widerspiegeln. Zu den Aufgaben zählen weitere Angebote, welche die Leistungen der Teilhabeplanung umsetzen und die Nutzer*innen zu einer größtmöglichen Selbstbestimmung hinführen sollen. Nachfolgend werden Einzelangebote, im Sinne der Bezugsassistenz aber auch verschiedene Gruppenangebote ausgeführt.

4.5.1 Rolle der Bezugsassistenz

Ein wichtiger Faktor bei der Umsetzung der benannten Ziele ist die Bezugsassistenz. Sie spielt mitunter eine zentrale Rolle durch die neue Gesetzgebung rund um die Assistenzleistungen der Sozialen Teilhabe gem. §78 SGB IX. Demnach ist die (Bezugs-)Fachkraft für die Unterstützung der Nutzer*innen in alltäglichen und gemeinschaftlichen Lebensbereichen zuständig. Die Basis bildet dabei neben einzelnen speziellen Aufgaben, welche im vorherigen Kapitel genannt wurden, auch einzelne Assistenzstunden, die für Psycho-soziale Beratung und Unterstützung der Zielerreichung dienen können.

Die Psycho-Soziale Beratung ist eine grundlegende Qualifikation der Sozialpsychiatrie. Sie findet Anwendung, „wenn das Individuum, die soziale Gruppe oder die Institution nicht mehr in der Lage sind, die es/sie betreffenden Lebens- oder Organisationsfragen eigenständig (aus eigenen Mitteln oder durch Rückgriff auf umweltbezogene Ressourcen) zu lösen.“ (Röh 2022, 144) Das „Ziel ist [demnach] die Verbesserung der Lebensbewältigung und -gestaltung, der Identitätsentfaltung, der psychosozialen Gesundheit und der Orientierung in der (Lebens-)Welt und dem (Lebens-)Umfeld.“ (Gahleitner 2022, 693) Im Rahmen der Sozialpsychiatrie wird vor allem zu psycho-sozialen Problemen oder Konflikten beraten (vgl. Röh 2022, 147).

Eine weitere hochrelevante Bedeutung für die Bezugsassistenz ist die Krisenintervention. Diese bezeichnet das methodische Handeln innerhalb von Krisensituationen (vgl. Neumann 2023, 335). Eine Krise bezeichnet eine schwierige Situation oder Zeit bzw. einen kritischen Wendepunkt innerhalb eines Krankheitsverlaufs. „Krisen entstehen dort, wo [Nutzer*innen] leben“ (ebd., 326), daher ist besonders in stationären Einrichtungen damit zu rechnen und erfordert eine gute Vorbereitung durch Beziehungsarbeit und der Strukturierung einer fachlichen Unterstützungskultur. Eine solche sollte in krisenfreien Zeiten erarbeitet und durch Inter- und Supervisionen bei den Fachkräften gestärkt werden (vgl. ebd., 328). Da Krisen sehr

komplex sind und einen großen Interventionsspielraum¹⁴ haben, müssen die Fachkräfte „versuchen [...], sich unterschiedlichsten Anlässen und [Nutzer*innen] in ihrer konkreten Ausgestaltung anzupassen.“ (ebd., 330) Zusätzlich können Fachkräfte mit der Frage konfrontiert sein, ob es sich bei der Krise eventuell schon um einen (psychiatrischen) Notfall handelt z.B. bei Selbst- oder Fremdgefährdung. Dies hat möglicherweise die Überlegung zur Folge, „ob eine Unterbringung [in akut psychiatrischen Stationen] notwendig ist oder vermieden werden kann.“ (ebd., 335)

In jeder Krisenintervention gibt es einen Beziehungs- und Handlungsraum, der durch die Helfenden auf spezifische Weise gestaltet wird. Dabei trifft die subjektorientierte Perspektive auf die Notwendigkeit der objektiven Beurteilung. In diesem Graubereich zwischen Selbst- und Fremdgefährdung können verschiedene Perspektiven nebeneinander existieren, z.B. der Blick auf Genesungsansätze oder auf Krankheitszeichen. Der Fokus sollte jedoch immer auf die Kontextgestaltung gelegt werden, um eine große Vielfalt an potenziellen Interventionen sicherzustellen (vgl. ebd., 337).

Aus den bisher genannten Punkten bestätigt sich auch die Relevanz der professionellen Beziehungsgestaltung¹⁵.

„Im Bereich psychosozialer Arbeit – für AdressatInnen, KlientInnen und PatientInnen, die bereits vielfach Beziehungsabbrüche und Vertrauensmissbrauch erlebt haben – ist die professionelle Beziehungs- und Umfeldgestaltung eine besonders vielgestaltige Angelegenheit, die den Einbezug interdisziplinärer Wissensbestände erfordert. [...] Als ein grundsätzliches Phänomen menschlichen Zusammenlebens entfaltet Beziehung im Alltagsverständnis eine große Bedeutungsbreite.“ (Gahleitner 2017, 35)

Daher ist es notwendig zunächst eine Vertrauensbasis in der Assistenzarbeit herzustellen, durch fachlich kompetente und bindungssensible Regulierung von Nähe und Distanz (vgl. ebd., 287). Ebenso ist die Gestaltung einer authentischen, emotional belastbaren, persönlich geprägten und dennoch reflektierten und fachlich fundierten Beziehung, die sich im alltäglichen Leben der Nutzer*innen entfaltet, ein entscheidender Faktor für das Gelingen eines psychosozialen Hilfeprozesses (vgl. ebd., 234). Zusammenfassend ist die professionelle Beziehungsgestaltung in der psychosozialen Arbeit von entscheidender Bedeutung, um Vertrauen aufzubauen und die Wirksamkeit der Hilfeprozesse zu gewährleisten.

Für die Aufrechterhaltung der Gesundheit der Fachkräfte und die damit verbundene Professionalität innerhalb der Hilfen, ist ein gewisser Grad an Selbstfürsorge-Maßnahmen¹⁶

¹⁴ Abbildung der Krisenparadigmen (Anhang 7)

¹⁵ Vertiefende Literatur: Gahleitner (2017)

¹⁶ Ansatzpunkte für Selbstfürsorge und Gesundheitsförderung (Anhang 8)

unerlässlich. Diese kann einerseits durch institutionelle Rahmenbedingungen und andererseits durch „die Implementierung von reflexionsfördernden berufsbezogenen Beratungsformaten wie Supervision oder Kollegiale Beratung [erfolgen].“ (Fengler & Pampuch 2017, 491; ind. zit. n. Röh 2022, 200).

4.5.2 Gruppenangebote

Diese „Thematisierung und Bearbeitung von Problemen alltäglicher Lebensführung“ (Röh 2022, 152) ist ein wesentliches Merkmal der Sozialen Gruppenarbeit. Um die individuellen Zielsetzungen der Nutzer*innen zu unterstützen werden in den Einrichtungen verschiedene Gruppenangebote bereitgestellt. Der Schwerpunkt liegt hierbei, im Gegensatz zu psychotherapeutischen Gruppen, nicht auf der Heilung oder Verbesserung einer Erkrankung, sondern auf der Bewältigung des Alltags (vgl. Hancken 2023, 351). Damit wird der Bezug zum SGB IX und den darin beschriebenen Leistungen zur Sozialen Teilhabe deutlich.

Die Aktivitäten in Gruppenkonstellationen haben eine wichtige Funktion: „Sie informieren, motivieren, trainieren soziale Fähigkeiten, geben Feedback, helfen den Tag zu strukturieren oder machen einfach Spaß.“ (Claussen/Eichenbrenner 2016, 150) Um dies zu erreichen finden offene oder themenspezifische Gesprächsgruppen, kreative Aktivitäten sowie Maßnahmen statt, die auf den Erwerb oder Erhalt von Kompetenzen abzielen (vgl. ebd.). Als Beispiele können sowohl arbeitsähnliche Angebote wie Koch- und Backgruppen oder Haus- und Garten Gruppen als auch Freizeitangebote wie Sport- und Bewegungsgruppen oder Kunst- und Kreativgruppen benannt werden. Falls die Nutzer*innen keine Möglichkeit haben an Arbeitsangeboten im Sozialraum teilzunehmen, z.B. in Werkstätten für behinderte Menschen, Berufsbildungszentren oder Rehabilitationseinrichtungen, sind arbeitsähnliche Gruppen innerhalb der Einrichtungen eine Option zur Unterstützung der Teilhabe am Arbeitsleben (vgl. Claussen/Eichenbrenner 2016, 161ff.) Einer Arbeit nachzugehen hat also nicht nur den Sinn des Geldverdienens, sondern „auch eine subjektive Bedeutung, Wert, Identität, Kontakt, Erfolgserlebnisse und vieles mehr“ (ebd., 161) und basiert auf den Forderungen der UN-BRK.

Es sind jedoch auch manualorientierte Angebote in speziellen Gruppen möglich, bei denen das jeweilige Manual in einem klar definierten und überschaubaren Zeitraum systematisch durchgearbeitet werden kann (vgl. Habermeyer/Gnoth 2023, 307). Zu den manualorientierten Gruppenangeboten zählen z.B. die schon genannten psychoedukativen Gruppen, welche das Krankheitsverständnis fördern und damit das Selbsthilfe-Potenzial stärken soll (vgl.

Claussen/Eichenbrenner 2016, 157) sowie das Soziale Kompetenztraining (auch GSK¹⁷), welches die Förderung der sozialen Kompetenzen der Nutzer*innen bezeichnet, die mithilfe ausgewogener Kompromisse zwischen eigenen Bedürfnissen und sozialer Anpassung zu erreichen versucht wird (vgl. Hancken 2023, 359). Ebenso finden Recovery-Gruppen statt, welche sich durch Erfahrungsaustausch und neuem Ressourcengewinn für die Bewältigung des alltäglichen Lebens auszeichnen. Elementar und grundlegend ist dabei die Expertise der Nutzer*innen (vgl. Röh 2022, 138).

Gruppenarbeit bietet einen geschützten Rahmen in dem Solidarität und Selbsterfahrungen erlebt sowie Probleme und Konflikte gelöst werden können. Ebenfalls kann ein neues Bezugssystem entstehen und „ein Austausch über Sinn- und Wertfragen des Lebens stattfinden.“ (Hancken 2023, 353)

5 Verknüpfung Traumapädagogik und stationäre Sozialpsychiatrie

Nachdem die einzelnen Fachgebiete genau beleuchtet wurden, werden diese nun gegenübergestellt und analysiert. Daraus ergeben sich Chancen und Grenzen für die Anwendung traumapädagogischer Elemente im stationären Sozialpsychiatrischen Setting, welche anschließend, mit dem Fokus auf Menschen mit Traumafolgestörungen, aufgeführt werden.

5.1 Gegenüberstellung und Analyse beider Fachrichtungen

Die folgende Tabelle basiert auf der Datenlage, die in den vorangegangenen Kapiteln geschaffen wurde und wird daher nicht extra mit Quellen versehen.

Tab 1 Gegenüberstellung der wichtigsten Aspekte (eigene Darstellung)

	<u>Traumapädagogik</u>	<u>Stationäre Sozialpsychiatrie</u>
<u>Haltung</u>	• Guter Grund • Wertschätzung • Partizipation • Transparenz • Spaß & Freude • Expert*innenschaft	• Bio-psycho-Sozial • Selbstbestimmung • Expert*innenschaft

¹⁷ Vertiefende Literatur: Gruppentraining sozialer Kompetenzen nach Hinsch und Pfingsten (2023)

<u>Leitbilder/Inhalte/Methoden</u>	• Sicherer Ort • Bindungsorientierung • Selbstbemächtigung • TP diagnostisches Verstehen • Psychoedukation • Netzwerkarbeit • Selbstfürsorge	• Personenzentrierung • Empowerment (Recovery) • Sozialraumorientiert • Selbstbestimmung
<u>Zielgruppe</u>	• Traumatisierte Kinder und Jugendliche (und Erwachsene) • sowie Bezugssystem	• Erwachsene Menschen mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen und Unterstützungsbedarfen
<u>Einrichtung + Struktur</u>	• Nicht Einrichtungsgebunden • (Primär eingesetzt in stat. & amb. Kinder- und Jugendhilfe, Schule, Behindertenhilfe)	• Besondere Wohnform: ○ Einzel- & Doppelappartements ○ Gemeinschaftsräume ○ Funktionsräume
<u>Angebote</u>	• Gruppenangebote • Einzelgespräche	• Assistenzleistungen zur Alltagsbewältigung • Krisenintervention • Gruppenangebote • Teilhabe am Arbeitsleben • Freizeitangebote
<u>Bezugsarbeit</u>	• Bindungsorientierte Betreuung	• Bezugsassistenz
<u>Ziel</u>	• Bindungsstabilisierung • Selbstwirksamkeit • Kontrolle über Traumasymptomatik wiedererlangen	• Soziale Teilhabe • Inklusion • Selbstwirksamkeit • Hilfe zur Selbsthilfe

Die Haltung der Traumapädagogik beruht auf fünf (bzw. bald sechs) elementaren Grundsätzen – der Gute Grund, Wertschätzung, Partizipation, Transparenz, Spaß und Freude und Expert*innenschaft. Werden diese in Bezug gesetzt mit dem bio-psycho-sozialen Ansatz und

der Selbstbestimmung der Sozialpsychiatrie ergeben sich einige Überschneidungen. Zunächst berücksichtigen beide Fachrichtungen den biografischen Hintergrund der Nutzer*innen und betrachten die Person im Kontext ihres Lebensumfeldes (vgl. Weiß 2013, 40; Schöny 2018, 62). Dadurch wird die Expert*innenschaft der Nutzer*innen über sich selbst und die eigenen Erfahrungen begünstigt (vgl. Weiß/Schirmer 2013, 114). Außerdem wird ein mögliches Machtverhältnis durch ein vermeintlich höherwertiges Fachwissen der Pädagog*innen, durch die Expert*innenschaft und die daraus entstehende Beziehung auf Augenhöhe entzerrt (vgl. Röh 2022, 28). Das Zusammenbringen beider Haltungen ermöglicht des Weiteren eine umfangreiche Förderung des Selbstverstehens und damit auch der Selbstbestimmung der Nutzer*innen. Diese besitzen in der jeweiligen Fachrichtung generell einen hohen Stellenwert. Lediglich der Punkt „Spaß und Freude“ wird nur in der Traumapädagogik konkret aufgeführt. In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ist dieser unerlässlich, um eine fröhliche und entspannte Atmosphäre zu schaffen, in der korrigierende positive Erfahrungen gemacht werden können (vgl. Lang 2013, 123). Dies lässt sich allerdings auch auf die Arbeit mit Erwachsenen Menschen beziehen und kann positiv in den (Gruppen-)Alltag integriert werden.

Die Inhalte und Methoden der Traumapädagogik basieren auf teilweise speziell dafür entwickelten Konzepten, wie z.B. der Pädagogik des Sicheren Ortes (s. 3.3.1), der Selbstbemächtigung (s. 3.3.3) oder des traumapädagogisch diagnostischen Verstehens (s. 3.3.4). Es werden jedoch auch etablierte Methoden impliziert, dazu zählen die Bindungsorientierung (s. 3.3.2), die Netzwerkarbeit (s. 3.3.6), die Psychoedukation (s. 3.3.5) und die Selbstfürsorge (s. 3.3.7). Dem gegenüber stehen die Personenzentrierung, das Empowerment (Recovery), die Selbstbestimmung und die Sozialraumorientierung der Sozialpsychiatrie (s. 4.1.2). Die jeweiligen Inhalte weisen zum Teil Verknüpfungsmöglichkeiten auf.

Bei der Personenzentrierung geht es um den individuellen Bedarf sowie das Wunsch- und Wahlrecht der Nutzer*innen (vgl. Röh 2022, 24+25). Dies lässt sich mit der generellen Haltung in der Traumapädagogik vergleichen und durch das traumapädagogisch diagnostische Verstehen ergänzen, welche als Grundlage für Zielvereinbarungen und das Sichtbarmachen von Teilerfolgen dienen kann (vgl. Andreae de Hair et al. 2022, 26f.). Das schafft einen ganzheitlichen Blick auf die Bedarfe und Bedürfnisse der Nutzer*innen.

In diesem Zusammenhang findet auch das Leitbild des Empowerments (Recovery) Anwendung. Es soll die Nutzer*innen dazu befähigen, eigenständig Entscheidungen zu treffen und dadurch ihre Lebenssituation aktiv (mit) zu gestalten (vgl. Röh 2022, 27; Rosemann 2018, 57). Der Fokus wird dabei vor allem auf die Alltagsbewältigung statt der Symptombekämpfung gelegt (s. 4.1.2). Das traumapädagogische Äquivalent sind die Psychoedukation und die Selbstbemächtigung, welche den Fokus auf die Wahrnehmung seines Selbst (Körper, Sinne,

Emotionen) und das Verstehen der Erkrankung sowie dem Erarbeiten von neuen Handlungsstrategien legen (vgl. Weiß 2021, 148; Klappstein/Kortewille 2020, 34). Die Netzwerkarbeit stellt, ähnlich wie die Sozialraumorientierung, sicher, dass die Betroffenen Zugang zu allen notwendigen Ressourcen sowie Anbindungen an unterschiedliche Fachgebiete und gemeindenaher Teilhabe besitzen (vgl. FVTP 2011, 14f.; Franz 2018, 837). Damit wird eine ganzheitliche und multiprofessionelle Betreuung gewährleistet.

Der sichere Ort spielt eine zentrale Rolle in der Traumapädagogik, da er einen vorhersehbaren Rahmen schaffen und dadurch Vertrauen sowie neue zwischenmenschliche Kommunikationswege ermöglichen soll (vgl. Kühn 2013, 34). Dieses Konzept wird im Abschnitt der Einrichtungsstruktur eingehender betrachtet. Zuletzt legen beide Fachrichtungen Wert auf die Selbstfürsorge, da diese eine nachhaltige Unterstützung der Fachkräfte gewährleistet, um langfristig stabil und belastbar zu bleiben und damit auch die nötige professionelle Assistenzleistung erbringen zu können (vgl. Scherwath/Friedrich 2020, 196; Liel 2023, 502f.). Es wird ersichtlich, dass alle Elemente eine zentrale Rolle in der psychosozialen Unterstützung traumatisierter Menschen spielen.

Die Zielgruppen der beiden Fachrichtungen unterscheiden sich stark. Während die stationäre Sozialpsychiatrie mit erwachsenen Menschen arbeitet, die an unterschiedlichen psychischen Erkrankungen leiden, hat die Traumapädagogik ihren Ursprung in der Arbeit mit Kinder- und Jugendlichen sowie deren Bezugssystemen. Sie basiert, wie der Name vermuten lässt, auf einer stärkeren pädagogischen Grundlage. Beckrath-Wilking et al. weisen darauf hin, dass Traumapädagogik „sich als pädagogisches Handeln an Kinder und Jugendliche [richtet], Traumaberatung [hingegen] an Erwachsene.“ (Beckrath-Wilking et al. 2013, 286) Giesecke dagegen führt an: „Da alle Lebensalter heute lernbedürftig und lernwillig sind, ist pädagogisches Handeln nicht mehr auf das Kindes- und Jugendalter beschränkt, Kindheit und Jugend sind nur ein Sonderfall für die pädagogische Profession“ (Giesecke 2015, 15). Außerdem weist er darauf hin, dass „der Begriff ‚pädagogischer Bezug‘ bzw. die einschlägigen begrifflichen Varianten [...] sich traditionell immer auf das Verhältnis von Erwachsenen zu Kindern bzw. zu Unmündigen [bezogen hat], [...] aber über den Begriff der ‚Bildung‘ [...] sind die Generationen sich näher gekommen[sic].“ (ebd., 108) Anhand dieser Deutung des Pädagogikbegriffs sind Erwachsene Menschen mit Traumafolgestörungen also ebenso die Zielgruppe der Traumapädagogik, wie es Kinder- und Jugendliche sind. Dies spiegelt sich auch in der immer größeren Erweiterung der Handlungsfelder wider.

Wird die Einrichtungsstruktur angeschaut, wird deutlich, dass die stationäre Sozialpsychiatrie eine klare Organisationsstruktur und einen institutionellen Rahmen besitzt. Dazu zählen

innerhalb der besonderen Wohnform die (eigenen) Wohnräume, sowie Gemeinschafts- und Funktionsräumlichkeiten (s. 4.3). Prägnant ist, dass je nach Einrichtung, Koch- oder Sanitärräumlichkeiten zum Teil gemeinsam genutzt werden z.B. in Wohngruppen. Dort bietet nur das eigene Zimmer einen vollständigen Rückzugsort. Andere Einrichtungen verfügen über Apartments inkl. Koch-/Sanitärbereich, was deutlich mehr Rückzugsmöglichkeiten und Privatsphäre bedeutet. Ebenfalls besteht in den Einrichtungen eine 24/7 Ansprechbarkeit des Fachpersonals oder Bereitschaftsdienstes, wodurch eine kontinuierliche Betreuung gewährleistet wird (vgl. Röh 2022, 170). Die Traumapädagogik hingegen ist, wie in Kapitel 3 ersichtlich, nicht zwangsläufig einrichtungsgebunden, wenngleich sie in der stationären Kinder- und Jugendhilfe entstanden ist (vgl. Weiß et al. 2016, 20). Das Konzept der Traumapädagogik lässt sich in unterschiedlichem Maße auf verschiedene stationäre und ambulante Einrichtungsformen und Angebote übertragen. Ein relevanter Faktor für die Einrichtungsstruktur, aus traumapädagogischer Sicht, ist die Ermöglichung von sicheren Orten. Dazu zählen „verlässliche, einschätzbare und zunehmend zu bewältigende Lebensraum- und Alltagsbedingungen.“ (Kühn 2013, 32) Im Rahmen der stationären Sozialpsychiatrie ist die Fluktuation der Nutzer*innen innerhalb der Wohnform, die offene Struktur der Gemeinschaftsräumlichkeiten sowie vorhandener Einrichtungsangebote zu beachten. Diese kann dazu führen, dass das traumapädagogische Element des Sicheren Ortes nicht greifen kann, da es einen stabilen, vorhersehbaren Rahmen benötigt (vgl. Rothdeutsch-Granzer et al. 2015, 178).

Sowohl in der Traumapädagogik als auch in der stationären Sozialpsychiatrie gibt es Einzel- und Gruppenangebote. In Einrichtungen der besonderen Wohnform gehören diese zum festen Rahmen. Die Einzelangebote (s. 4.5.1) finden in Form von Assistenzleistungen statt, welche unter anderem aus Hilfsangeboten der Alltagsbewältigung (vgl. §78 SGB IX), Psychosozialer Beratung oder Krisenintervention bestehen (vgl. Röh 2022, 145; Neumann 2023, 326). Vorhandene Gruppenangebote (s. 4.5.2) bieten den Nutzer*innen die Möglichkeit, soziale Interaktionen zu erfahren, Unterstützung zu finden und wertvolle Erfahrungen für den Alltag zu sammeln (vgl. Claussen/Eichenbrenner 2016, 150). Dazu zählen sowohl themenspezifische Gruppen und arbeitsähnliche Angebote als auch Freizeitangebote (s. 4.5.2). In der Traumapädagogik finden Einzelangebote in Form von Gesprächen im jeweiligen Lebensraum der Nutzer*innen statt. Dabei wird auf eine gelingende Beziehung geachtet, welches im nächsten Abschnitt erläutert wird. Außerdem findet das traumadiagnostische Verstehen in diesen Einzelkontexten statt, um eine genaue Betrachtung der aktuellen Situation und eine gezielte Hilfeplanung zu gewährleisten (vgl. Andreae de Hair et al. 2022, 12+21). Die traumapädagogische Gruppenarbeit hingegen hat das Ziel den Nutzer*innen korrigierende Erfahrungen im Sozialen Kontakt zu ermöglichen und Entlastungen zu schaffen, indem die

Nutzer*innen ggf. merken, dass sie nicht allein mit ihren Erlebnissen sind (vgl. Bausum 2016, 307).

Die Beziehungsarbeit ist die Basis der traumapädagogischen Haltung und ihrer Methoden. Sie erfolgt in der Traumapädagogik vor allem durch Bindungsorientierung (s. 3.3.2). Es wird auf eine gelingende Bindung Wert gelegt, um auf dieser Grundlage neue, positive Beziehungserfahrungen zu ermöglichen, sowie die Resilienz und das (Selbst-)Vertrauen der Nutzer*innen zu stärken (vgl. Lang 2013, 198ff.). In der stationären Sozialpsychiatrie bietet die Bezugsassistenz die Möglichkeit für individuelle Unterstützung und Begleitung, um den Alltag zu stabilisieren und die Selbstständigkeit zu fördern (s. 4.5.1). Beide Ansätze betonen die Wichtigkeit von verlässlichen Bezugspersonen und sicheren Bindungserfahrungen, um langfristige positive Veränderungen zu bewirken. Dabei sollte den Mustern der Übertragung und Gegenübertragung (s. 3.3.2) besondere Beachtung geschenkt werden, um eine Handlungsfähigkeit zu gewährleisten (vgl. Lang 2013, 210ff).

Zuletzt werden die Ziele beider Fachrichtungen betrachtet, welche sich größtenteils miteinander ergänzen. Die Förderung der Selbstwirksamkeit ist in beiden Bereichen entscheidend, um den Betroffenen die Kontrolle über ihr eigenes Leben und ihre Entscheidungen zurückzugeben und um mehr Eigenständigkeit und Selbstbestimmung zu ermöglichen (vgl. Rosemann 2018, 57). Dieser Aspekt überschneidet sich mit dem (Wieder-)erlangen der Kontrolle über die Traumasymptomatik (vgl. Klappstein/Kortewille 2020, 34). Dies ist ein wichtiger Schritt in der Traumapädagogik, um den Nutzer*innen zu helfen ihre Traumasymptome zu verstehen und anschließend zu bewältigen sowie ihre Lebensqualität durch den Erwerb neuer Handlungsstrategien zu verbessern (vgl. ebd.). Im Sozialpsychiatrischen Bereich ist zu bedenken, dass nicht jede Person von Traumatisierungen betroffen ist, sondern auch viele verschiedene psychische Erkrankungen auftreten, welche in Wechselwirkung miteinander stehen können (s. 4.4).

Ein weiteres wichtiges Ziel der Traumapädagogik ist das Ermöglichen und Stabilisieren von positiven Bindungserfahrungen. Menschen mit Traumatisierungserfahrung haben häufig negative Bindungsmuster verinnerlicht, welche sich auf aktuelle Beziehungen auswirken können (vgl. Lang 2013, 214; Streeck-Fischer 2014, 2). Auch in der Sozialpsychiatrie ist die Gestaltung stabiler Beziehungen unabdingbar, um das Gelingen des Hilfeprozesses zu ermöglichen (vgl. Gahleitner 2017, 234). Daraus wird ersichtlich, dass Beziehungsarbeit in beiden Fachrichtungen elementar für die Arbeit mit traumatisierten Menschen ist.

Ebenso ist Soziale Teilhabe ein klares gemeinsames Ziel beider Ansätze. In der Traumapädagogik wird soziale Teilhabe durch die Förderung von Selbstwirksamkeit

unterstützt (vgl. Weiß 2021, 138). Dies beinhaltet das Verstehen und Regulieren von traumatischen Erinnerungen (vgl. ebd., 140). In der stationären Sozialpsychiatrie erfolgt dies durch die schon beschriebenen spezifischen Angebote und Assistenzleistung, die eine aktive Teilnahme am sozialen Leben ermöglichen.

5.2 Chancen und Grenzen der Anwendung

Aus der Gegenüberstellung und anschließenden Analyse lassen sich eine Reihe verschiedener Möglichkeiten aber auch Herausforderungen für die Arbeit mit traumatisierten Menschen feststellen, die in einem stationären sozialpsychiatrischen Setting leben. Diese werden nachfolgend anhand der vorangegangenen literarischen Ausarbeitung in Eigenleistung dargestellt.

Durch die Integration traumapädagogischer Elemente in ein stationäres Sozialpsychiatrisches Setting besteht die Möglichkeit das Zusammenspiel multiprofessioneller Ansätze zu fördern und eine vielfältige Unterstützung der Nutzer*innen anzubieten. Durch die pädagogische Perspektive der Traumapädagogik, welche auf das Lernen und „die Entwicklung pädagogischer, alltagsorientierter Handlungsmöglichkeiten für [abzielt,]“ (Kühn/Bialek 2020, 44) eröffnen sich auch für Erwachsene Optionen an ihrem Selbstverstehen und ihren sozialen Kompetenzen zu arbeiten. „Es wurde allgemein anerkannt, dass die psychosoziale Entwicklung und Identitätsfindung im Erwachsenenalter nicht abgeschlossen ist und dass auch erwachsene Menschen in Notlagen und Krisen pädagogische Unterstützung benötigen“. (Schäfter 2010, 40; vgl. Böhnisch 2023, 203f.) Die Traumapädagogik schafft somit „die Möglichkeit, *jeden* Menschen in seinen individuellen Lebensherausforderungen und den sich daraus ergebenden eventuellen Notwendigkeiten zu unterstützen, indem auf die je spezifischen Möglichkeiten und Bedarfe des Stresssystems gezielt eingewirkt werden kann.“ (ebd.) Dies lässt sich durch die etablierte Bezugsassistenz und deren enge individuelle Unterstützung im sozialpsychiatrischen Setting gut integrieren.

Herausfordernd für eine gelingende Integration können dabei die unterschiedlichen Bedürfnisse und Bedarfe der Nutzer*innen sein. Zum einen sind nicht alle Nutzer*innen von Traumatisierungen betroffen und zum anderen sind möglicherweise nicht alle Nutzer*innen (sofort) in der Lage, die traumapädagogischen Ansätze für sich nutzen zu können, insbesondere bei fehlendem Vertrauen in das Hilfesystem oder bei akuten Belastungssituationen. Dies kann durch die Schaffung sicherer Orte innerhalb der Einrichtung erleichtert werden. Das Ermöglichen eines sicheren Ortes ist für die Arbeit mit traumatisierten Menschen essenziell (s. 3.3.1). In stationären Einrichtungen kann die Erschaffung sicherer Orte dazu beitragen die Lebensraum- und Alltagsbedingungen stabiler und vorhersagbarer zu gestalten und somit das Wohlbefinden und Vertrauen der Nutzer*innen zu steigern. Eine weitere Herausforderung stellen die institutionellen Rahmenbedingungen dar, die

möglicherweise nicht flexibel genug sind, um die individualisierten und oft zeitintensiven Methoden der Traumapädagogik vollständig zu integrieren und umzusetzen. Insbesondere in Einrichtungen mit hoher Fluktuation oder engem Personalschlüssel kann die Schaffung eines konstanten und absehbaren Lebensumfeldes erschwert werden.

Werden hingegen explizit die räumlichen Gegebenheiten betrachtet, bieten Einrichtungen mit individueller Wohnraumgestaltung (z.B. Appartements mit eigenem Koch- und Sanitärbereich) eine gute Rückzugsmöglichkeit. Dadurch haben Nutzer*innen die Option selbstbestimmt die Gemeinschaftsräumlichkeiten nutzen zu können und Kontakte mit anderen Bewohner*innen nach ihren Bedürfnissen einzugehen. Handelt es sich um Wohngruppen mit eigenen Zimmern aber geteilten Koch- und Sanitärräumen, besteht nur eine begrenzte Privatsphäre, da Grundbedürfnisse wie die Badezimmernutzung oder das Essen zubereiten immer mit sozialen Interaktion verbunden sein kann. Des Weiteren ist zu bedenken, dass Gemeinschaftsräumlichkeiten auch für Besuche von außerhalb genutzt werden können, was eine Belastung für Mitbewohner*innen darstellen und im Schlimmsten Fall triggernd wirken kann.

Es gibt jedoch auch bestehende Strukturen, die durch die Implementierung traumapädagogischer Elemente positiv genutzt werden können. Dazu zählt die 24/7 Ansprechbarkeit durch Fachpersonal und Bereitschaftsdienste, wodurch sich möglicherweise das Sicherheitsgefühl und Vertrauen stärken lässt, aufgrund der durchgehenden fachlichen Betreuung. Außerdem kann die Integration traumapädagogischer Gruppenarbeit in die bereits vorhandenen Gruppenangebotsstrukturen dazu beitragen, das Gefühl der Isolation zu verringern und durch den Kontakt mit anderen Betroffenen Entlastung zu erfahren sowie gegenseitige Unterstützung zu finden (s. 5.1). Zu bedenken sei jedoch, dass belastende Themen andere Nutzer*innen oder einzelne Gruppenmitglieder triggern können und die Fachkräfte die Gruppe wenn nötig auffangen und stabilisieren muss, was eine hohe Sensibilität und Expertise erfordert (vgl. Bausum 2016, 309).

Mögliche Schwierigkeiten entstehen, wenn das Fachpersonal nicht ausreichende fachliche Qualifikationen aufweist. Dann besteht die Gefahr der Überforderung bei Fachkräften, insbesondere wenn institutionelle Rahmenbedingungen oder Personalressourcen unzureichend sind. Möglicherweise erfordert dies zusätzliche Rahmenbedingungen und Sicherheiten für die Fachkräfte von Seiten der Institution.

Damit die genannten traumapädagogischen Ansätze ihre Wirkung entfalten können, benötigen die Fachkräfte ein fundiertes Wissen über Traumata, deren Auswirkungen und die entsprechenden Methoden. Vor allem bei der Unterstützung der Bewältigung und Regulierung von Traumafolgereaktionen, z.B. Flashbacks oder Hyperarousal, stehen Fachkräfte häufig vor

großen Herausforderungen. Dem könnte mithilfe einer generellen traumapädagogischen Aus- oder Weiterbildung entgegengetreten werden. „So belegt seit 2011 eine inzwischen recht beachtliche Zahl an Studien einen deutlichen Kompetenzzuwachs der Fachkräfte nach traumapädagogischen Schulungen (im Selbst- und Fremdurteil).“ (van Mil 2023, 326) Eine traumapädagogische Herangehensweise hat das Potenzial die Handlungsfähigkeit von Fachkräften zu erhöhen und zu erweitern (vgl. ebd., 322) Beckrath- Wilking et al. kamen nach langjähriger Arbeit mit traumatisierten Nutzer*innen zu dem Schluss, „wie hilfreich traumaspezifisches Wissen, Haltung und Vorgehen sind – und wie gut dies für *alle* helfenden Berufsgruppen und Einrichtungen wäre, die mit komplex traumatisierten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zu tun haben.“ (Beckrath-Wilking et al. 2013, 19f.)

Der Fachverband für Traumapädagogik plädiert:

„Ziel unserer Arbeit ist es, auf die gesellschaftliche Situation lebensgeschichtlich belasteter Menschen hinzuweisen und förderliche Prozesse und Strukturen in der Gesellschaft, in sozialpolitischen und bildungspolitischen Systemen zu installieren, beziehungsweise zu unterstützen und so die Situation dieser Menschen zu erleichtern.“ (Wahle 2016, 438)

Und weiter: „Die Traumapädagogik und die dazugehörige Haltung sollten zu einem Qualitätsmerkmal der pädagogischen Arbeit in allen sozialpolitischen Handlungsfeldern werden.“ (ebd.)

6 Schlussbetrachtung

Das Ziel der Bachelorthesis war der Versuch einer fachlichen Integration der Traumapädagogik in ein stationäres sozialpsychiatrisches Setting, sowie das Herausarbeiten möglicher Chancen und Grenzen der Anwendung traumapädagogischer Inhalte, vor allem in der Arbeit mit Nutzer*innen die Traumafolgestörungen aufweisen.

Anhand des zweiten Kapitels wird deutlich, dass ein Trauma ein hochbelastendes Ereignis ist, welches die körperliche, emotionale oder soziale Sicherheit gravierend bedrohen und tiefgreifende Spuren hinterlassen kann. Die Wahrscheinlichkeit, eine Traumafolgestörung zu entwickeln, hängt vor allem von einem Zusammenspiel der Risiko- und Schutzfaktoren ab. Dabei können stabile Bindungen und frühzeitige psychosoziale Unterstützung die Folgen reduzieren. Ebenso wird ersichtlich, dass die PTBS und kPTBS sind mit ihren Symptomen – Flashbacks, Hyperarousel (übersteigerte Wachsamkeit) und Vermeidungsverhalten – eine der prägnantesten Folgestörungen sind. Mit ihnen gehen Beeinträchtigungen der Emotionsregulation, Selbstwahrnehmung und zwischenmenschlichen Beziehungen einher. Insgesamt zeigt sich, dass Traumafolgestörungen vielschichtige Auswirkungen auf das emotionale, kognitive und soziale Erleben der Betroffenen haben, was eine frühzeitige

Erkennung und gezielte Unterstützung entscheidend macht, um langfristige Beeinträchtigungen reduzieren zu können.

Die Traumapädagogik hat sich als eine bedeutende Fachdisziplin entwickelt, die speziell darauf abzielt, Menschen mit Traumafolgestörungen zu unterstützen. Dies wird anhand des dritten Kapitels ersichtlich. Als interdisziplinäres Konzept kombiniert sie Elemente aus der Sozialen Arbeit, der Bindungstheorie, der Resilienzforschung, Gesundheitswissenschaften sowie therapeutischen und reformpädagogischen Ansätzen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Stärkung der Ressourcen und der Resilienz der Betroffenen, während die individuellen Bedürfnisse und biografischen Belastungen berücksichtigt werden. Hinzu kommt der fundamentale Aspekt, der hierbei in der traumasensiblen Grundhaltung liegt. Diese erkennt den Menschen wertschätzend in seiner Lebenssituation an und die pädagogischen Unterstützungsangebote danach ausrichtet. Mithilfe dieser Kernelemente und ihrer Methoden, welche die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen berücksichtigen, liegt der Schwerpunkt auf der Stärkung der Lebensqualität und der Selbstwirksamkeit. Die kontinuierliche Weiterentwicklung der traumapädagogischen Standards durch den Fachverband Traumapädagogik e.V., bilden dabei die Grundlage für eine qualitativ hochwertige und wirksame Unterstützung.

Ein weiteres wichtiges Handlungsfeld der psychosozialen Versorgung wird im vierten Kapitel verdeutlicht. Benannt wird die Sozialpsychiatrie, die sich auf die Unterstützung und Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen konzentriert. Der Fokus liegt hierbei auf dem bio-psycho-sozialen Modell, also dem Zusammenspiel psychischer Gesundheit, sozialer Faktoren und gesellschaftlichen Bedingungen. Obwohl die Ambulantisierung immer weiter gefördert und gefordert wird, gibt es weiterhin ein breites Feld an stationären Einrichtungsformen. Dazu zählt in diesem Rahmen vor allem die „besondere Wohnform“. Diese Einrichtungen bieten eine strukturierte Alltagsgestaltung sowie sozialpädagogische Unterstützung in Form von Bezugsassistenz und Gruppenangeboten. Es wird deutlich, dass die Bezugsassistenz dabei eine zentrale Rolle spielt, indem sie durch individuelle Assistenzleistung zur sozialen Teilhabe und einer Hilfe zur Selbsthilfe der Nutzer*innen beiträgt. Ebenso wird Wirkkraft von vorhandenen Gruppen- und arbeitsähnliche Angebote ersichtlich, die die Eigenständigkeit und die Integration in die Gesellschaft erleichtern sollen. Die stationäre Sozialpsychiatrie hat somit das Ziel den Nutzer*innen eine stabile Lebensgrundlage zu bieten, sie in ihrer Autonomie zu stärken und ihnen eine Perspektive für ein selbstbestimmtes Leben zu eröffnen.

Die aus den vorangegangenen Aspekten erfolgte Verknüpfung und erörterten Ergebnisse legen nahe, dass die Traumapädagogik durch ihre ressourcenorientierte Haltung und die Ermöglichung von Stabilität, Sicherheit und Bindungserfahrungen eine wertvolle Ergänzung zur sozialpsychiatrischen Betreuung bieten kann. Traumapädagogische Ansätze schaffen sowohl Möglichkeiten zur Förderung der Selbstwirksamkeit als auch der sozialen Teilhabe der Nutzer*innen. Insbesondere die Schaffung sicherer Orte und der Einsatz individualisierter pädagogischer Interventionen können dazu beitragen, das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Betroffenen nachhaltig zu verbessern. Das Potenzial traumapädagogischer Elemente ist immens für das Stärken sozialer Kompetenzen und das Verringern von Isolation. Dennoch bestehen Grenzen, die eine vollständige Umsetzung erschweren können. Institutionelle Rahmenbedingungen, wie ein enger Personalschlüssel oder hohe Fluktuationen, können für die Schaffung eines sicheren und stabilen Umfelds hinderlich sein. Ebenso kann das Fehlen ausreichender fachlicher Qualifikationen bei den Pädagog*innen zu Überforderung führen und die Umsetzung traumapädagogischer Methoden einschränken. Die Sensibilisierung und Fortbildung von Fachkräften in traumapädagogischen Methoden sind daher essenziell, um diesen Herausforderungen zu begegnen. Zusätzlich erfordert die heterogene Nutzer*innengruppe – von denen nicht alle von Traumatisierungen betroffen sind – viel Sensibilität im Umgang miteinander.

Es zeigt sich, wie wichtig es sein kann, verschiedene Unterstützungsansätze zu kombinieren, um den vielfältigen Bedürfnissen traumatisierter Menschen gerecht zu werden. Durch die Integration von traumapädagogischen und sozialpsychiatrischen Methoden kann eine ganzheitliche Betreuung ermöglicht werden, die die Resilienz und Lebensqualität der Betroffenen stärkt, sowie zu mehr Selbstbemächtigung beitragen kann. Der Erfolg traumapädagogischer Ansätze kann allerdings nur garantiert werden, wenn die nötigen institutionellen und fachlichen Rahmenbedingungen gegeben sind.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Traumapädagogik keine Patentlösung ist, aber eine bedeutende Rolle in der stationären Sozialpsychiatrie spielen kann, um die Betreuung von Menschen mit Traumafolgestörungen weiter zu verbessern. Die Verbindung beider Ansätze birgt großes Potenzial, kann jedoch in der Praxis auch an strukturelle und personelle Grenzen stoßen. Daher sind für eine Etablierung von traumapädagogischen Elementen, Schulungen sowie die Anpassung institutioneller Rahmenbedingungen vonnöten, um die beschriebenen Herausforderungen zu überwinden und die Qualität der Betreuung zu steigern sowie den Lebensraum der Nutzer*innen traumasensibler zu gestalten.

Literaturverzeichnis

- Amering, Michaela; Schmolke, Margit (2007): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Amering, Michaela (2013): Recovery. In: Rössler, Wulf; Kawohl, Wolfram (Hrsg.) (2013): Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Band 2: Anwendung. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH
- Andreae de Hair, Ingeborg; Bassum, Jacob (2013): Die Grundhaltung der BAG Traumapädagogik. Partizipation als Grundhaltung. In: Lang, B.; Schirmer, C.; Lang, T.; Andreae de Hair, I.; Wahle, T.; Bausum, J.; Weiß, W.; Schmid, M. (Hrsg.) (2013): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim Basel: Beltz Juventa (S.115-118) Online unter: https://content-select.com/media/moz_viewer/5aa7b7a0-b974-40c1-944c-6955b0dd2d03/language:de (Zugriff: 01.07.2024)
- Andreae de Hair, Ingeborg; Basedow, Andrea; Gies, Hedi; Haller, Katja; Köllner, Rita; Naumann-Schneider, Birgit; Spelleken-Scheffers, Anna; Spätling, Richard; Weihrauch, Jürgen (2022): Traumapädagogisch diagnostisches Verstehen. Standards und Werkbuch für Spurensuche und Fährtenlesen. Weinheim Basel: Beltz Juventa
- Bausum, Jacob (2016): „...mit einer Ansammlung von Einzelkämpfern“. Traumapädagogische Gruppenarbeit. In: Weiß, Wilma; Kessler, Tanja; Gahleitner, Silke Brigitta (Hrsg.) (2016): Handbuch Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (2018): UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Berlin Online unter: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB_Menschenrechtsschutz/CRPD/CRPD_Konvention_und_Fakultativprotokoll.pdf (Zugriff: 16.11.2024)
- Beckrath-Wilking, Ulrike; Biberacher, Marlene; Dittmar, Volker; Wolf-Schmid, Regina (2013): Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im Beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Paderborn: Junfermann Verlag
- BIH – Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen e.V. (2022): Seelische Behinderung. Online unter: <https://www.bih.de/integrationsaemter/medien-und-publikationen/fachlexikon/detail/seelische-behinderung/> (Zugriff: 15.11.2024)
- Böhnisch, Lothar (2023): Sozialpädagogik der Lebensalter. Eine Einführung. 9. Überarbeitete erweiterte Auflage. Weinheim Basel: Beltz Juventa Online unter: https://content-select.com/media/moz_viewer/63f499b3-3898-4504-b605-49deac1b000f/language:de (Zugriff: 23.11.2024)
- Böwing, Georgia; Freyberger Harald J. (2016): Traumareaktivierung und Retraumatisierung im Alter. In: Müller, Sandra Verena; Gärtner, Claudia (Hrsg.) (2016): Lebensqualität im Alter. Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen. Wiesbaden: Springer Fachmedien (S. 331-343) Online unter: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-658-09976-3> (Zugriff: 04.11.2024)
- Bowlby, John (2014): Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie. 3. Auflage. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag
- Brisch, Karl Heinz (2020): Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. 13. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag Online unter: https://content-select.com/media/moz_viewer/5eda4780-0748-41e9-9f40-7281b0dd2d03#chapter=6933309&page=3 (Zugriff: 28.05.2024)

- Brisch, Karl Heinz (2021): Bindungsstörungen und Trauma. Grundlagen für eine gesunde Bindungsentwicklung. In: Brisch, Karl Heinz; Hellbrügge, Theodor (Hrsg.) (2021): Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart: J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH (S. 105-135) Online unter https://content-select.com/media/moz_viewer/5eda4780-9c74-42e5-9086-7281b0dd2d03/language:de (Zugriff: 12.10.2024)
- Brisch, Karl Heinz (2023): „Schütze mich, damit ich mich finde“. Bindungspädagogik und Neuerfahrung nach Traumata. In: Bausum, Jacob; Besser, Lutz-Ulrich; Kühn, Martin; Weiß, Wilma (Hrsg.) (2023): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 4. Auflage. Weinheim Basel: Beltz Juventa (132-147)
- Brückner, Burkhard (2023): Kurze Geschichte der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag Online unter: <https://elibrary.utb.de/doi/book/10.36198/9783838560533> (Zugriff: 24.10.2024)
- BfAM - Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2024): ICD-11 in Deutsch – Entwurfsfassung. ICD-11 für Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken (MMS) Online unter: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html (Zugriff: 10.06.2024)
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2024): Bundesteilhabegesetz. Online unter: <https://www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/Bundesteilhabegesetz/bundesteilhabegesetz.html> (Zugriff: 15.11.2024)
- Clausen, Jens; Eichenbrenner, Ilse (2016): Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH
- Deutscher Bundestag (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. (Psychiatrie-Enquête). Bundestagsdrucksache 7/4200. Bonn Online unter: https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/80a99fbacaed5e58ef5c0733bdf8af78f8017e3c/Psychiatrie_Enquete_WEB.pdf (Zugriff: 24.10.2024)
- Deutscher Bundestag (2017): Teilhaberbericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen 2016. Bundestagsdrucksache 18/10940. Köln: Bundesanzeiger Verlag GmbH Online unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/18/109/1810940.pdf> (Zugriff: 15.11.2024)
- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (2024): Basisdaten. Psychische Erkrankungen. Berlin Online unter: https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/3067cbcf50e837c89e2e9307cecea8cc901f6da8/DGPPN_Factsheet_Kennzahlen.pdf (Zugriff: 27.11.2024)
- DGSA - Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit (2024): Sektionen. Klinische Sozialarbeit. Online unter: <https://www.dgsa.de/sektionen/klinische-sozialarbeit#collapse273> (Zugriff: 01.11.2024)
- DGSP – Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (2024): Fachausschuss Wohnen. Online unter: <https://www.dgsp-ev.de/themen/leben-und-teilhabe/wohnen> (Zugriff: 15.11.2024)
- DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. In: Röh, Dieter; Schreieder, Elisabeth (2022): Sozialpsychiatrie als Handlungsfeld der Sozialen Arbeit. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH Online unter: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/hawhamburg-ebooks/reader.action?docID=7119683#> (Zugriff: 23.10.2024)

- Fachverband Traumapädagogik e.V. (2011): Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Ein Positionspapier des Fachverbands Traumapädagogik e.V. Online unter: <https://fachverband-traumapaedagogik.org/standards.html> (Zugriff: 01.07.2024)
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. & Marks, J. S. (1998): Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. American Journal of Preventive Medicine, 14, 245 – 258. In: Landolt, Markus A. (2021): Psychotraumatologie des Kindesalters. Grundlagen Diagnostik und Intervention. 3. überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG Online unter: <https://elibrary.hogrefe.com/content/pdf/10.1026/02879-000.pdf> (Zugriff: 23.10.2024)
- Fengler, J./Pampuch, F. (2017): Supervision und Selbstklärung in der Sozialen Arbeit. In: Röh, Dieter; Schreieder, Elisabeth (2022): Sozialpsychiatrie als Handlungsfeld der Sozialen Arbeit. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH Online unter: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/hawhamburg-ebooks/reader.action?docID=7119683#> (Zugriff: 23.11.2024)
- Fischer, Gottfried; Riedesser, Peter (2020): Lehrbuch der Psychotraumatologie. 5. aktualisierte und erweiterte Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag (utb, 8165) Online unter: <https://elibrary.utb.de/doi/epdf/10.36198/9783838587691-15-282> (Zugriff: 28.05.2024)
- Franz, Daniel (2018): De-Institutionalisierung und Personenzentrierung. In: Grunwald, Klaus; Langer, Andreas (Hrsg.) (2018): Sozialwirtschaft. Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft (S. 828-840) Online unter: <https://www-1nomos-2elibrary-1de-100e725r701ac.emedien3.sub.uni-hamburg.de/10.5771/9783845279060-1/titelei-inhaltsverzeichnis?page=1> (Zugriff: 17.11.2024)
- Friedrich, Esther Kamala (2014): Dissoziation und Multiplizität. In: Weiß, Wilma; Friedrich, Esther Kamala; Picard, Eva; Ding, Ulrike (Hrsg.): „Als wär ich ein Geist, der auf mich runterschaut“. Dissoziation und Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, (S.13-59)
- Gahleitner, Silke Brigitta; Frank, Christina; Leitner, Anton (Hrsg.) (2015): Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Online unter: <https://content-select.com/de/portal/media/view/552557d1-b0c0-4325-b9e4-4cc3b0dd2d03?forceauth=1> (Zugriff: 21.06.2024)
- Gahleitner, Silke Brigitta (2017): Soziale Arbeit als Beziehungsprofession. Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen. Weinheim Basel: Beltz Juventa Online unter: https://content-select.com/media/moz_viewer/5c84e9d2-d948-4ed0-bf97-646eb0dd2d03/language:de (Zugriff: 23.11.2024)
- Gahleitner, Silke Brigitta (2022): Psycho-Soziale Beratung. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.: Fachlexikon der Sozialen Arbeit. 9.völlständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft (S. 693-694)
- Gies, Hedi (2016): Traumasensible Netzwerkarbeit. Ein Aufwand, der sich lohnt. In: Weiß, Wilma; Kessler, Tanja; Gahleitner, Silke Brigitta (Hrsg.) (2016): Handbuch Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Verlag (S. 327-340)
- Giesecke, Hermann (2015): Pädagogik als Beruf. Grundformen pädagogischen Handelns. 12. Überarbeitete Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Juventa
- Grabars, Wiebke; Hensel, Thomas; Löble, Markus (2013): Interdisziplinäre Vernetzung. In: Lang, B.; Schirmer, C.; Lang, T.; Andreae de Hair, I.; Wahle, T.; Bausum, J.; Weiß, W.; Schmid, M. (Hrsg.) (2013): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim Basel: Beltz Juventa (S.107-112)

Online unter: https://content-select.com/media/moz_viewer/5aa7b7a0-b974-40c1-944c-6955b0dd2d03/language:de (Zugriff: 10.07.2024)

- Grossmann, Karin; Grossmann, Klaus E. (2017): Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit. 7. Auflage. Stuttgart: J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH
- Gysi, Jan (2022): Diagnostik von Traumafolgestörungen. Multiaxiales Trauma-Dissoziations-Modell nach ICD-11. 2. korrigierte Auflage. Bern: hogrefe
- Habermeyer, Viola; Gnoth, Annika (2013): Gruppentherapien – sozialpsychiatrische Gruppenangebote im ambulanten und teilstationären Setting. In: Rössler, Wulf; Kawohl, Wolfram (Hrsg.) (2013): Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Band 2: Anwendung. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH (S. 305-315)
- Hancken, Sabrina (2023): Gruppenarbeit. In: Bischof, Jeannette; Deimel, Daniel; Walther, Christoph; Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.) (2023): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH (S. 345-363) Online unter: <https://elibrary.utb.de/doi/epdf/10.36198/9783838558479-1-11> (Zugriff: 22.11.2024)
- Hantke, Lydia; Görges, Hans-Joachim (2023): Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik. 2. Überarbeitete Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag
- Hensel, T. (2010): Spezielle Psychotraumatherapie mit Kindern und Jugendlichen (DeGPT). Modul 6: Selbsterfahrung & Psychohygiene. Unveröffentlichtes Manuskript. KTI, Offenburg. In: Scherwath, Corinna; Friedrich, Sibylle (2020): Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung. 4., aktualisierte Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Hinsch, Rüdiger; Pfingsten, Ulrich (2023): Gruppentraining sozialer Kompetenzen. Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele. 7. vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim Basel: Programm PVU Psychologie Verlags Union in der Verlagsgruppe Beltz
- Hoff, L. A.; Hallisey, B. J.; Hoff, M. (2009): People in crisis: clinical and diversity perspectives. London, New York: Routledge. In: Neumann, Olaf (2023): Krisenintervention.
- Huber, Michaela (2020): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil 1. 6. Überarbeitete Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag
- Jacobi, Frank; Höfler, Michael; Strehle, Jens; Mack, Simon; Gerschler, Anja; Scholl, L.; Busch, Markus; Maske, U.; Hapke, Ulfert; Gaebel, Wolfgang; Maier, Wolfgang; Zielasek, Jürgen; Wittchen, Hans-Ulrich (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). In: Nervenarzt (85) 77–87. Online unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00115-013-3961-y> (Zugriff: 27.11.2024)
- Jacobi, Frank; Höfler, Michael; Strehle, Jens; Mack, Simon; Gerschler, Anja; Scholl, L.; Busch, Markus; Maske, U.; Hapke, Ulfert; Gaebel, Wolfgang; Maier, Wolfgang; Zielasek, Jürgen; Wittchen, Hans-Ulrich (2016): Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). In: Nervenarzt (87) 88–90. Online unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00115-015-4458-7#author-information> (Zugriff: 27.11.2024)
- Klappstein, Kerstin; Kortewille, Ralph (2020): Traumatisierte Kinder im Alltag feinfühlig unterstützen. Psychoedukation im Überblick. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Online unter: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-658-32058-4> (Zugriff: 05.07.2024)
- Konrad, Michael; Rosemann, Matthias (2017): Die UN-BRK, das BTHG und die Herausforderungen für die Unterstützung zu einem selbstbestimmten Wohnen. In: Rosemann, Matthias; Konrad (Hrsg.)

- (2017): Selbstbestimmtes Wohnen. Mobile Unterstützung bei der Lebensführung. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH (S.14-37)
- Konrad, Michael (2022): Die Assistenzleistung. Die universelle Fachleistung der Eingliederungshilfe. 2. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag
- Krüger, A. (2013). Powerbook – erste Hilfe für die Seele, Traumaselbsthilfe für junge Menschen. Hamburg: Elbe & Krüger. In: Klappstein, Kerstin; Kortewille, Ralph (2020): Traumatisierte Kinder im Alltag feinfühlig unterstützen. Psychoedukation im Überblick. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Online unter: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-658-32058-4> (Zugriff: 05.07.2024)
- Krüger, Andreas (2015): Erst Hilfe für traumatisierte Kinder. 5. Auflage. Ostfildern: Patmos Verlag der Schwabenverlag AG
- Kühn, Martin (2008): Wieso brauchen wir eine Traumapädagogik? Annäherung an einen neuen Fachbegriff. In: Weiß, Wilma; Silke Brigitta Gahleitner (2020): Traumapädagogik: Woher, weshalb, wozu?. In: Sozialmagazin (1-2.2020), (S.16-25)
- Kühn, Martin (2013): „Macht Eure Welt endlich wieder mit zu meiner!“. Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In: Bausum, Jacob; Besser, Lutz-Ulrich; Kühn, Martin; Weiß, Wilma (Hrsg.) (2013): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa (S. 24-37)
- Kühn, Martin; Bialek, Julia (2020): Traumapädagogik – eine Pädagogik für alle?!. In: Sozialmagazin (1-2.2020), (S.42-47)
- Landolt, Markus A. (2021): Psychotraumatologie des Kindesalters. Grundlagen Diagnostik und Intervention. 3. überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG Online unter: <https://elibrary.hogrefe.com/content/pdf/10.1026/02879-000.pdf> (Zugriff: 23.10.2024)
- Lang, Thomas (2013): Bindungspädagogik – haltgebende, verlässliche und einschätzbare Beziehungsangebote für Kinder und Jugendliche. In: Lang, B.; Schirmer, C.; Lang, T.; Andreae de Hair, I.; Wahle, T.; Bausum, J.; Weiß, W.; Schmid, M. (Hrsg.) (2013): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim Basel: Beltz Juventa (S.187-217) Online unter: https://content-select.com/media/moz_viewer/5aa7b7a0-b974-40c1-944c-6955b0dd2d03/language:de (Zugriff: 01.07.2024)
- Lang, T.; Lang, B. (2013): Die Grundhaltung der BAG Traumapädagogik. Die Annahme des guten Grundes als Grundhaltung. In: Lang, B.; Schirmer, C.; Lang, T.; Andreae de Hair, I.; Wahle, T.; Bausum, J.; Weiß, W.; Schmid, M. (Hrsg.) (2013): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim Basel: Beltz Juventa (S.107-112) Online unter: https://content-select.com/media/moz_viewer/5aa7b7a0-b974-40c1-944c-6955b0dd2d03/language:de (Zugriff: 01.07.2024)
- Levine, Peter A.; Kline, Maggie (2010): Kinder vor seelischen Verletzungen schützen. Wie wir sie vor traumatischen Erfahrungen bewahren und im Ernstfall unterstützen können. München: Kösel-Verlag
- Liel, Katrin (2023): Selbstfürsorge und Gesundheitsförderung. In: Bischof, Jeannette; Deimel, Daniel; Walther, Christoph; Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.) (2023): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH (S. 490-506) Online unter: <https://elibrary.utb.de/doi/epdf/10.36198/9783838558479-1-11> (Zugriff: 22.11.2024)
- Lohmann, Kathrin (2016): Das Leben lieben lernen: Lebensfreude als Grundhaltung traumapädagogischen Handelns. In: Baierl, Martin; Frey, Kurt (Hrsg.) (2016): Praxishandbuch

Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. 3. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG (S. 131-143)

MacLean, Paul (1973): A triune concept of the brain and behaviour. Canada: University of Toronto Press
Online unter: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.3138/9781487576752/html#contents>
(Zugriff: 30.05.2024)

Maercker, Andreas; Rosner, R. (2006): Was wissen wir über die posttraumatische Belastungsstörung und wohin gehen zukünftige Entwicklungen? – Zur Psychologie der Traumafolgestörungen. In: Maercker, Prof. Dr. Dr. Andreas; Rosner, R. (Hrsg.) (o.J.): Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen (S. 3–17). Stuttgart: Thieme. In: Maercker, Prof. Dr. Dr. Andreas (2013): Posttraumatische Belastungsstörungen. 4. Auflage. Berlin Heidelberg: Springer Verlag Online unter: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-642-35068-9> (Zugriff: 16.06.2024)

Maercker, Andreas (2013): Posttraumatische Belastungsstörungen. 4. Auflage. Berlin Heidelberg: Springer Verlag Online unter: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-642-35068-9> (Zugriff: 30.05.2024)

Maercker, Andreas; Hecker, Tobias; Augsburger, Mareike; Kliem, Sören (2018): ICD-11 Prevalence rates of posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in a German nationwide sample. Journal of Nervous and Mental Disease. Online unter: https://journals.lww.com/jonmd/abstract/2018/04000/icd_11_prevalence_rates_of_posttraumatic_stress.9.aspx (Zugriff: 26.11.2024)

van Mil, Heiner (2023): Was ist los in der Traumapädagogik? Ein Vogelflug über aktuelle Entwicklungsfelder. In: Unsere Jugend 2023 (7+8), 321-331 Online unter: https://www.researchgate.net/publication/371775384_Was_ist_los_in_der_Traumapadagogik_Ei_n_Vogelflug_uber_aktuelle_Entwicklungsfelder (Zugriff: 26.11.2024)

Neumann, Olaf (2023): Krisenintervention. In: Bischoff, Jeannette; Deimel, Daniel; Walther, Christoph; Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.) (2023): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH (S. 326-344) Online unter: <https://elibrary.utb.de/doi/epdf/10.36198/9783838558479-1-11> (Zugriff: 22.11.2024)

Obert, Klaus (2013): Grundlagen sozialpsychiatrischen Handelns und Behandlens. In: Rössler, Wulf; Kawohl, Wolfram (Hrsg.) (2013): Sozialpsychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Band 1. Grundlagen. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer (S. 161-181)

Pauls, Helmut (2013): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. 3. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Online unter: https://content-select.com/media/moz_viewer/5c84e9ce-65b8-4609-9a5d-646eb0dd2d03/language:de (Zugriff: 20.10.2024)

Röh, Dieter; Schreieder, Elisabeth (2022): Sozialpsychiatrie als Handlungsfeld der Sozialen Arbeit. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH Online unter: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/hawhamburg-ebooks/reader.action?docID=7119683#> (Zugriff: 23.10.2024)

Rosemann, Matthias; Konrad, Michael (Hrsg.) (2017): Selbstbestimmtes Wohnen. Mobile Unterstützung bei der Lebensführung. 2. Vollständig überarbeitete Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH

Rosemann, Matthias (2018): BTHG: Die wichtigsten Neuerungen für die psychiatrische Arbeit. Köln: Psychiatrie Verlag

Rothdeutsch-Granzer, Christina; Weiß, Wilma; Gahleitner Silke Brigitta (2015): Traumapädagogik – eine junge Fachrichtung mit traditionsreichen Wurzeln und hoffnungsvollen Perspektiven. In: Gahleitner, Silke Brigitta; Frank, Christina; Leitner, Anton (Hrsg.) (2015): Ein Trauma ist mehr als

- ein Trauma. Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Juventa (S. 171-185) Online unter: <https://content-select.com/de/portal/media/view/552557d1-b0c0-4325-b9e4-4cc3b0dd2d03?forceauth=1> (Zugriff: 21.06.2024)
- Sachsse, Ulrich (Hrsg.) (2009): Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. 2. Nachdruck als Studienausgabe. [s.l.]: Verlag für Medizin und Naturwissenschaften Schattauer GmbH Online unter: https://content-2select-1com-100b9994b0003.emedien3.sub.uni-hamburg.de/media/moz_viewer/51fbb6b5-6034-44c8-8ff9-05392efc1343#chapter=6196510&page=1 (Zugriff: 16.11.2024)
- Schäfter, Cornelia (2010): Die Beratungsbeziehung in der Sozialen Arbeit. Eine theoretische und empirische Annäherung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften Online unter: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-531-91928-7> (Zugriff: 23.11.2024)
- Schellong, Julia (2022): Diagnostische Klassifikation von Traumafolgestörungen. In: Sack, Martin; Sachsse, Ulrich; Schellong, Julia (2022): Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung. 2. Auflage. Stuttgart: J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH (S. 60-85)
- Scherwath, Corinna; Friedrich, Sibylle (2020): Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung. 4., aktualisierte Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Schleiffer, Roland (2014): Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung. 5. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Online unter: https://content-select.com/media/moz_viewer/5c84e9d2-d704-4521-92bf-646eb0dd2d03/language:de (Zugriff: 12.10.2024)
- Schore, A. (2001): The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. Inf Ment Health J; 22 (201–69). In: Sachsse, Ulrich (Hrsg.) (2009): Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. 2. Nachdruck als Studienausgabe. [s.l.]: Verlag für Medizin und Naturwissenschaften Schattauer GmbH
- Schöny, Werner (Hrsg.) (2018): Sozialpsychiatrie. Theoretische Grundlagen und praktische Einblicke. Berlin: Springer Verlag GmbH Deutschland
- Seckinger, Mike; Neumann, Olaf (2019): Sozial- und Gemeindepsychiatrie als sozialraumbezogenes Handlungsfeld. In: Kessel, Fabian; Reutlinger, Christian (2019): Handbuch Sozialraum. Grundlagen für den Bildungs- und Sozialbereich. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien (S. 519-538) Online unter: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-531-19983-2> (Zugriff: 12.11.2024)
- Sommerfeld, Peter; Dällenbach, Regula; Rügger, Cornelia; Hollenstein, Lea (2016): Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Wiesbaden: Springer Fachmedien Online unter: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-658-11617-0> (Zugriff: 01.11.2024)
- Stange, Karl-Heinz (2015): Sozialpsychiatrie Heute und die Entwicklung der Sozialen Arbeit. In: Dörr, Margret (Hrsg.) (2015): Sozialpsychiatrie im Fokus Sozialer Arbeit. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren (S. 33-48)
- Staub, Tabea; Seidl, Sarah (2024): Traumapädagogik. Grundlagen und Praxiswissen zu (Kindheits-) Trauma und traumapädagogischen Standards. Berlin: Springer Verlag GmbH Online unter: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-68724-6> (Zugriff: 28.06.2024)
- Steinhart, Ingmar (2018): „Ein gutes Leben“ für schwer psychisch kranke Menschen in Deutschland – sieben Thesen. In: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V.; Speck,

- Andreas; Steinhart, Ingmar (Hrsg.) (2018): Abgehängt und chancenlos?. Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln: Psychiatrie Verlag
- Streeck-Fischer, Annette (2014): Trauma und Entwicklung. Adoleszenz – frühe Traumatisierungen und ihre Folgen. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer GmbH
- Terr, Leonore (1989): Treating psychic trauma in children. A preliminary discussion. In: Gysi, Jan (2022): Diagnostik von Traumafolgestörungen. Multiaxiales Trauma-Dissoziations-Modell nach ICD-11. 2. korrigierte Auflage. Bern: hogrefe
- Tüllmann, Tanja (2014): Selbstfürsorge als Schlüssel zur Gesundheit. In: Baierl, Martin; Frey, Kurt (Hrsg.) (2014): Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG (S. 264-275)
- Wagner, R. (2010): Sekundäre Traumatisierung als Berufsrisiko – Konfrontation mit schweren Schicksalen anderer Menschen. Magdeburg: Friedrich-Ebert-Stiftung. In: Tüllmann, Tanja (2014): Selbstfürsorge als Schlüssel zur Gesundheit.
- Wahle, Thomas; Lang, Thomas (2013): Die Grundhaltung der BAG Traumapädagogik. Transparenz als Grundhaltung. In: Lang, B.; Schirmer, C.; Lang, T.; Andreae de Hair, I.; Wahle, T.; Bausum, J.; Weiß, W.; Schmid, M. (Hrsg.) (2013): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim Basel: Beltz Juventa (S. 118-121) Online unter: https://content-select.com/media/moz_viewer/5aa7b7a0-b974-40c1-944c-6955b0dd2d03/language:de (Zugriff: 01.07.2024)
- Wahle, Thomas (2016): Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik e.V.. Der Fachverband für Traumapädagog/innen. In: Weiß, Wilma; Kessler, Tanja; Gahleitner, Silke Brigitta (Hrsg.) (2016): Handbuch Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Weise, Klaus (2005): Gemeindebezug ist Realitätsbezug. Geleitwort. In: Seckinger, Mike; Neumann, Olaf (2019): Sozial- und Gemeindepsychiatrie als sozialraumbezogenes Handlungsfeld.
- Weiß, Wilma (2013): Traumapädagogik – Geschichte, Entstehung und Bezüge. In: Lang, B.; Schirmer, C.; Lang, T.; Andreae de Hair, I.; Wahle, T.; Bausum, J.; Weiß, W.; Schmid, M. (Hrsg.) (2013): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim Basel: Beltz Juventa (S. 112-114) Online unter: https://content-select.com/media/moz_viewer/5aa7b7a0-b974-40c1-944c-6955b0dd2d03/language:de (Zugriff: 28.11.2024)
- Weiß, Wilma (2021): Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. 9., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim Basel: Beltz Juventa Online unter: <https://content-select.com/de/portal/media/view/5e623537-526c-4fd3-a14f-4a1db0dd2d03?forceauth=1> (Zugriff: 28.06.2024)
- Weiß, Wilma; Schirmer, Claudia (2013): Die Grundhaltung der BAG Traumapädagogik. Wertschätzung als Grundhaltung. In: Lang, B.; Schirmer, C.; Lang, T.; Andreae de Hair, I.; Wahle, T.; Bausum, J.; Weiß, W.; Schmid, M. (Hrsg.) (2013): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim Basel: Beltz Juventa (S. 112-114) Online unter: https://content-select.com/media/moz_viewer/5aa7b7a0-b974-40c1-944c-6955b0dd2d03/language:de (Zugriff: 01.07.2024)
- Weiß, Wilma; Kessler, Tanja; Gahleitner, Silke Brigitta (Hrsg.) (2016): Handbuch Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Weiß, Wilma; Silke Brigitta Gahleitner (2020): Traumapädagogik: Woher, weshalb, wozu?. In: Sozialmagazin (1-2.2020), (S.16-25)

- Wendt, P.-U. (2011): Ausgebrannt?. Arbeitssituation und -belastung bei Fachkräften der Kinder und Jugendarbeit im Land Sachsen-Anhalt, Studie: Hochschule Magdeburg-Stendal. In: Baierl, Martin; Frey, Kurt (Hrsg.) (2014): Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG
- Widom, C. S. (1999): Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. American Journal of Psychiatry, 156, 1223 – 1229. In: Landolt, Markus A. (2021): Psychotraumatologie des Kindesalters. Grundlagen Diagnostik und Intervention. 3. überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG Online unter: <https://elibrary.hogrefe.com/content/pdf/10.1026/02879-000.pdf> (Zugriff: 23.10.2024)
- Wübker, Eike Johanne (2020): Die Relevanz der Traumapädagogik für die stationäre Erziehungshilfe. Weinheim Basel: Beltz Juventa Online unter: https://content-select.com/media/moz_viewer/60473691-7474-467c-84b7-389bb0dd2d03/language:de (Zugriff: 02.07.2024)

Anhang

Anhang 1: PTBS-Prävalenzraten nach verschiedenen Formen von Traumatisierungen (Landolt 2021, 88)

Tabelle 4: PTBS-Prävalenzraten nach verschiedenen Formen von Traumatisierungen (ABS = akute Belastungsstörung, PTBS = posttraumatische Belastungsstörung)

Art der traumatischen Erfahrung	PTBS-Prävalenz
Vernachlässigung	20–82 %
Gewalt: • Geiselnahme, Schießerei, Überfall • Kindesmisshandlung (körperlich/sexuell) • Krieg und Flucht • Terrorismus	27–100 % 18–58 % 19–74 % 10–66 %
Naturkatastrophen: • Wirbelstürme • Erdbeben • Flutkatastrophen, Tsunami	5–63 % 24–91 % 1–90 %
Technische Katastrophen: • Kernkraftunfall • Explosion einer Chemiefabrik	keine erhöhten Raten gefunden 29–45 %
Unfälle: • Verkehrsunfälle • Verbrennungsunfälle • Schiffsunglück • Sportunfälle	ABS: 8–28 % PTBS: 6–29 % ABS: 12–30 % PTBS: 13–19 % 17–50 % < 5 %
Lebensbedrohliche Krankheiten/invasive medizinische Behandlungen: • Krebs • Organtransplantationen • Meningokokkensepsis • schweres Asthma • herzchirurgische Eingriffe, schwere Herzkrankheiten • ernsthafte Krankheit mit Aufenthalt auf Intensivstation	5–35 % 16 % 11–15 % 20 % 12–31 % 10–28 %

Anhang 2: Pädagogik des sicheren Ortes (Kühn 2007; zit. n. Kühn 2013, 32)

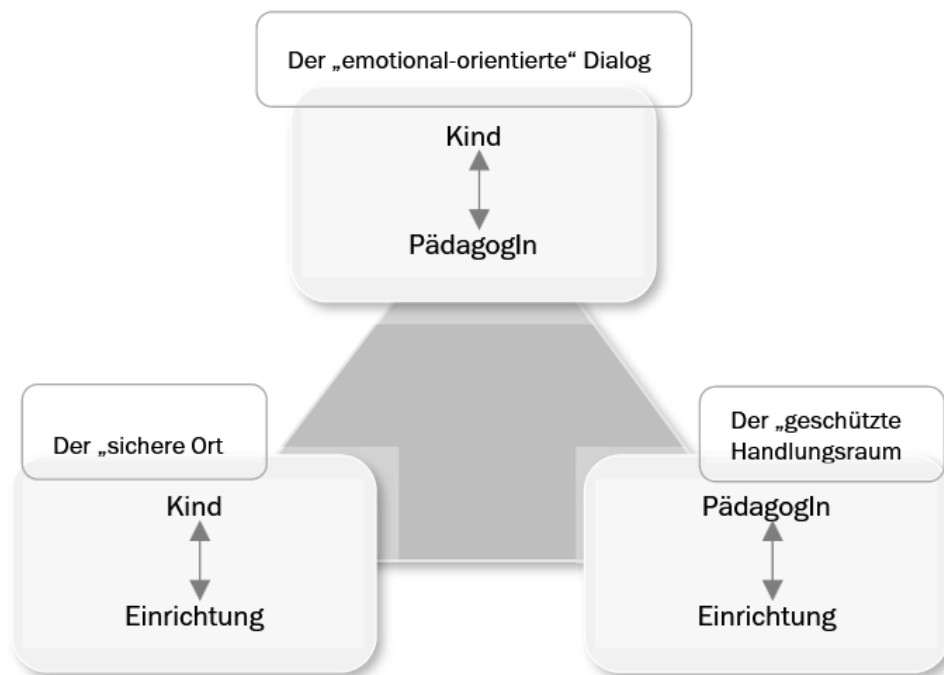


Abb. 1: „Pädagogik des sicheren Ortes“ (© Martin Kühn 2007)

Anhang 3: Ressourcenkarte vorgestellt von Jürgen Weihrauch (zit. n. Andreae de Hair et al. 2022, 103f.)

Ziel und kurze Beschreibung

Zur Stärkung/Unterstützung der Selbstwirksamkeit, des Selbstbildes und des Selbstkonzeptes. Als Grundlage für Zielvereinbarungen. Mithilfe der Ressourcenkarte können Stärken und Fähigkeiten von jungen Menschen erfasst und reflektiert werden. Sie gibt einen schnellen Überblick über alles, was vom jungen Menschen als hilfreich angesehen wird. Die Methode dient zur Erfassung und/oder der Dokumentation des Zugewinns an Ressourcen

Zielgruppe

Kind, Jugendlicher, Erwachsener, Gruppe

Hilfsmittel/Medien/Material

Farbige Stifte, Papier, evtl. Material zur Visualisierung. Der eigenen Kreativität sind keine Grenzen gesetzt.

Zeitliche Dauer/Umfang

30–45 Minuten prozessual

Ergänzende Kenntnisse

Keine

Art der Dokumentation

Ressourcenkarte – prozessuale Fortschreibung

Literatur

Klemenz, B. (2003): Ressourcenorientierte Diagnostik und Intervention bei Kindern und Jugendlichen. Tübingen. dgvt Verlag. S. 269–276.

Ausführliche Beschreibung

Im oberen Teil der Karte sollte der Name des jungen Menschen, das Erstellungsdatum, die Folgedaten sowie der Namen des Pädagogen stehen, der mit ihm die Karte erstellt hat. Die Form der Ressourcenkarte ist nicht vorgegeben.

Hauptsächlich kommt es darauf an, dass sie einen schnellen Überblick ermöglicht und dieser ergänzbar ist. Auch der Inhalt ist nicht festgelegt. Im Dialog mit dem jungen Menschen sollten nachstehende Ressourcen erarbeitet werden.

Personenressourcen:

Das bedeutet physische Ressourcen, Gesundheitsressourcen, protektive Temperamentsmerkmale, Körperkonzept, psychische Ressourcen, Begabungsressourcen, intellektuelle Ressourcen, Kreativität, praktische Intelligenz, künstlerische Fähigkeiten, Musikalität, (Schul-)Leistungsstärken, Konzentrationsfähigkeit, Belastbarkeit, nichtkognitive Persönlichkeitspotenziale, Bewältigungsressourcen, motivationale Ressourcen, Arbeits-, Lernverhaltensressourcen, Interessen und positives Selbstkonzept.

Umweltressourcen:

stehen für die räumliche Umgebung wie Stadt, Land, naturnahes Wohnen und unterstützendes Wohnumfeld.

Soziale Ressourcen:

positive intrafamiliäre Ressourcen, positive extrafamiliäre Beziehungen, Peerbeziehungen, Freundschaftsbeziehungen, Personenressourcen wichtiger Bezugspersonen, ressourcenfördernde Erziehungsbedingungen, Erziehung zur Selbstständigkeit, fordernde Kontrolle, fördernde Anleitung, Unterstützungsressourcen des Netzwerkes.

Ökonomische Ressourcen:

positive Wohnbedingungen, positive Möglichkeiten der Privatheitsregulation, positive Wohnumfeldbedingungen

5.2 Dreigliedriges Gehirn

Zusammenfassung

- PTBS als sinnvolle physiologische Schutzreaktion
- Stammhirn (Eidechsenhirn)- Betonung der automatisierten Reaktionen
- Mittelhirn (Katzenhirn)- verschiedene Funktionen, Impulse – Großhirn (Professorenhirn)- Gedanken, Ratio

Erklärung für Kinder

Normalerweise, wenn du dich gut und sicher fühlst, dann funktioniert der Funkverkehr zwischen deinem Körper und deinem Gehirn und seinen verschiedenen Teilen reibungslos. Die kleine Katze in deinem Gehirn schläft und ruht sich aus. Das Professorenhirn funktioniert. Wenn die Katze aber alarmiert ist (siehe Abb. 5.2), dann steuert das Eidechsenhirn den Körper. Der ganze Körper ist darauf programmiert möglichst schnell weg zu laufen oder zu kämpfen. Wenn beides nicht geht, dann erstarrt der Körper. Dann ist es ganz schwierig zu denken oder zu rechnen.

Abb. 5.2 Das Eidechsenhirn wird der neue Boss im Kopf! (Krüger, 2013, S. 55)
Abbildung mit freundlicher Genehmigung des Autors



Erklärung für Erwachsene

Unter normalen Umständen verläuft die Kommunikation zwischen dem Körper und den verschiedenen Teilen des Gehirns untereinander reibungslos. Es findet ein Austausch und ein Abwägen statt zwischen Impulsen und Vernunft. Die eingehenden Informationen werden in der Prüfstelle im Katzenhirn (Amygdala) untersucht und bewertet. Wenn Gefahr droht, dann meldet die entsprechende Stelle Alarm und das Eidechsenhirn (Stammhirn) reagiert mit einem Notfallprogramm als Überlebensreaktion und übernimmt die Führung. Es verursacht die Freisetzung von Hormonen, damit der Körper bereit ist für Flucht und Kampf. Es aktiviert Flashbacks an frühere gefährliche Situationen, um diese wie Warnschilder zu nutzen und vor möglichen aktuellen Gefahren zu schützen. Auch die Gedanken werden beeinflusst. Die Wahrnehmung allgemein wird auf potenziell gefährliche Details fokussiert. Schlussfolgerndes Denken und andere Funktionen des präfrontalen Kortex, die z. B. für schulische Aufgaben wichtig sind, sind schwer oder gar nicht zu aktivieren. Falls die Anspannung zu groß wird, sorgt eine Sicherung (4) dafür, dass der Organismus als Ganzes geschützt wird. Der Kopf schaltet auf Durchzug, wenn Überlastung droht, und die Person dissoziiert (Krüger, 2013).

Anhang 5: Maßnahmen und Ziele des Bundesteilhabegesetzes (BMAS 2024)



Anhang 6: §78 SGB IX – Assistenzleistungen

Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (Artikel 1 des Gesetzes v. 23. Dezember 2016, BGBl. I S. 3234) (Neuntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB IX)

§ 78 Assistenzleistungen

- (1) Zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltages einschließlich der Tagesstrukturierung werden Leistungen für Assistenz erbracht. Sie umfassen insbesondere Leistungen für die allgemeinen Erledigungen des Alltages wie die Haushaltsführung, die Gestaltung sozialer Beziehungen, die persönliche Lebensplanung, die Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, die Freizeitgestaltung einschließlich sportlicher Aktivitäten sowie die Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen. Sie beinhalten die Verständigung mit der Umwelt in diesen Bereichen.
- (2) Die Leistungsberechtigten entscheiden auf der Grundlage des Teilhabeplans nach § 19 über die konkrete Gestaltung der Leistungen hinsichtlich Ablauf, Ort und Zeitpunkt der Inanspruchnahme. Die Leistungen umfassen
 1. die vollständige und teilweise Übernahme von Handlungen zur Alltagsbewältigung sowie die Begleitung der Leistungsberechtigten und
 2. die Befähigung der Leistungsberechtigten zu einer eigenständigen Alltagsbewältigung.Die Leistungen nach Nummer 2 werden von Fachkräften als qualifizierte Assistenz erbracht. Sie umfassen insbesondere die Anleitungen und Übungen in den Bereichen nach Absatz 1 Satz 2.
- (3) Die Leistungen für Assistenz nach Absatz 1 umfassen auch Leistungen an Mütter und Väter mit Behinderungen bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder.
- (4) Sind mit der Assistenz nach Absatz 1 notwendige Fahrkosten oder weitere Aufwendungen des Assistenzgebers, die nach den Besonderheiten des Einzelfalles notwendig sind, verbunden, werden diese als ergänzende Leistungen erbracht.
- (5) Leistungsberechtigten Personen, die ein Ehrenamt ausüben, sind angemessene Aufwendungen für eine notwendige Unterstützung zu erstatten, soweit die Unterstützung nicht zumutbar unentgeltlich erbracht werden kann. Die notwendige Unterstützung soll hierbei vorrangig im Rahmen familiärer, freundschaftlicher, nachbarschaftlicher oder ähnlich persönlicher Beziehungen erbracht werden.
- (6) Leistungen zur Erreichbarkeit einer Ansprechperson unabhängig von einer konkreten Inanspruchnahme werden erbracht, soweit dies nach den Besonderheiten des Einzelfalles erforderlich ist.

Anhang 7: Krisenparadigmen (Hoff 2009; zit. n. Neumann 2023, 329)

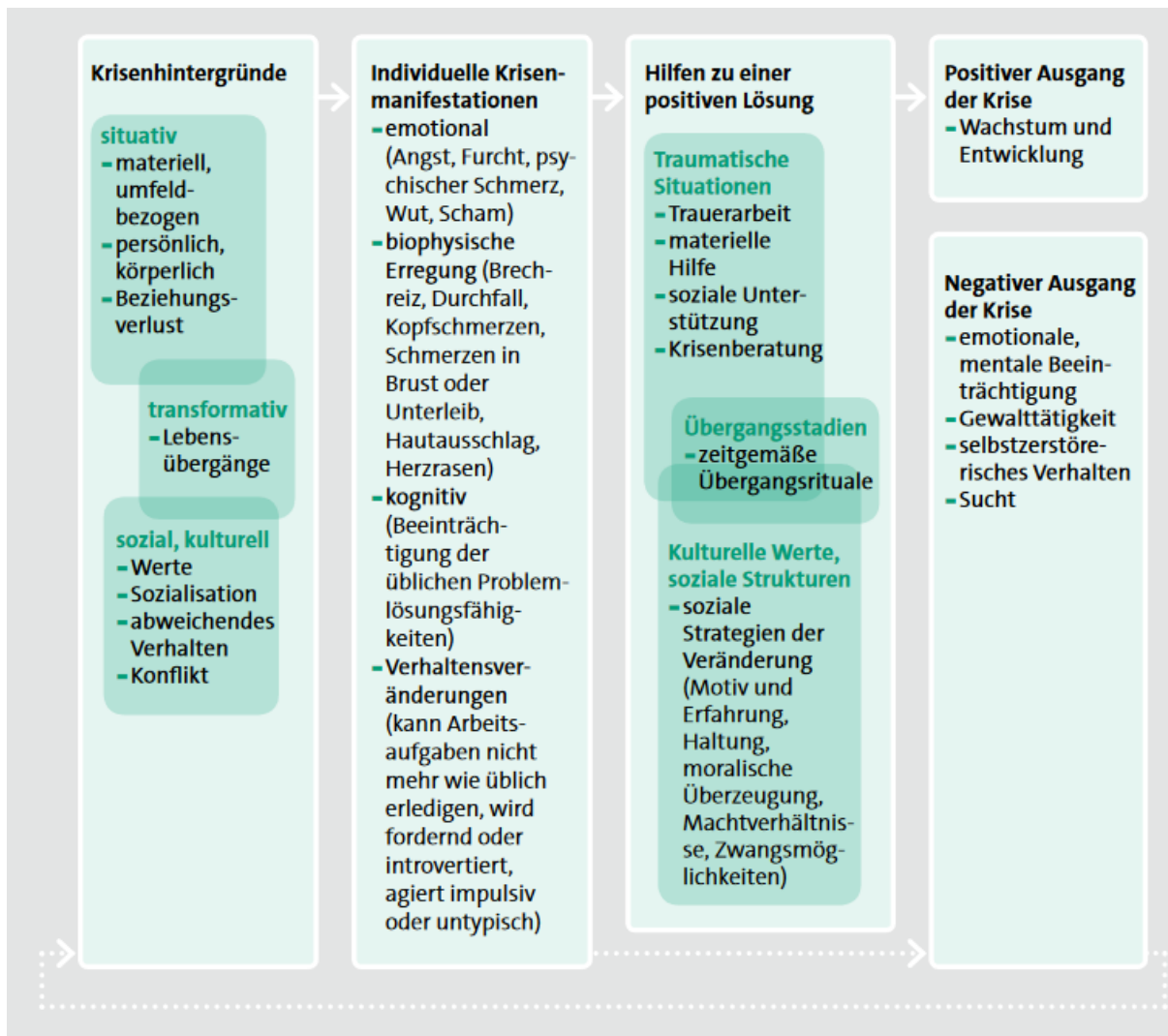


Abbildung C 5.1 Ansatzpunkte für Selbstfürsorge und Gesundheitsförderung

	Beim Individuum	Bei der Organisation
Belastungen reduzieren	● Aufbau eines gesunden Lebensstils (z. B. ausreichend Bewegung, gesunde Ernährung) ● Bearbeitung dysfunktionaler Denkmuster	● Reduktion von Arbeitsbelastungen (z. B. Zeitdruck, Überstunden, unklare Rollenanforderungen) ● Betriebliches Gesundheitsmanagement inklusive Gefährdungsbeurteilungen
Ressourcen aufbauen	● Die eigenen Bedürfnisse ernstnehmen ● Selbstmitgefühl und Achtsamkeit etablieren ● Verbundenheit wahrnehmen ● Bewusstes Erleben von Sinnhaftigkeit ● Dankbarkeit praktizieren	● Regelmäßige Supervisionsangebote ● Vergrößerung von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen ● Wertschätzung und Anerkennung kommunizieren

Eidesstattliche Erklärung

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 09.12.2024
Ort, Datum

Unterschrift