



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

Du bist hier nicht mehr tragbar!

Die Notwendigkeit traumapädagogischer Arbeit in der stationären Kinder- und Jugendhilfe

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe:

28.07.14

Vorgelegt von:

Kropp, Judith



Betreuender Prüfer:

Herr Prof. Dr. Suess

Zweiter Prüfer:

Herr Prof. Groen

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	4
1. Grundlagen psychischer Traumatisierung im Kindesalter.....	7
1.1 Begriffsdefinition.....	7
1.2 Traumatypologie nach L. Terr.....	8
1.3 Risiko- und Schutzfaktoren.....	9
1.4 Traumaformen.....	10
1.5 Traumafolgestörungen.....	14
1.5.1 Entwicklungspsychologische Folgen.....	14
1.5.2 Klassifikation psychischer Traumata.....	19
1.6 Neurobiologische Aspekte	21
1.7 Behandlungsmöglichkeiten.....	22
2. Die Bedeutung von Traumafolgestörungen in Einrichtungen der stationären Kinder- und Jugendhilfe.....	24
2.1 Herausforderung im Arbeitsalltag	24
2.1.1 ...auf institutioneller Ebene.....	24
2.1.2 ...auf pädagogischer Ebene.....	25
2.2 Aktuelle Situation in stationären Einrichtungen.....	27
2.3 „Besonders schwierige“ Kinder	28
2.4 Bedarfe traumatisierter Kinder und Jugendlicher.....	31
3. Ansätze und Konzepte der Traumapädagogik in der Kinder- und Jugendhilfe.....	32
3.1 Was versteht man unter Traumapädagogik.....	32
3.2 Bedeutung von Traumawissen.....	32
3.3 Grundhaltung der BAG Traumapädagogik.....	33
3.4 Methoden der Traumapädagogik.....	38
3.4.1 Bindungspädagogik.....	38
3.4.2 Selbstermächtigung/ Selbstwirksamkeit.....	43
3.4.3 Bedeutung der Gruppe.....	45
3.5 Probleme in der Umsetzung.....	48

4. Forderungen zur Realisierung traumapädagogischer Arbeit.....	49
4.1 Vermeidung von Abbrüchen.....	49
4.2 Umfassende Qualifizierung von Fachkräften der Sozialen Arbeit.....	50
4.3 Entwicklung neuer Konzepte.....	50
4.4 Vernetzung von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	51
4.5 Stärkung der pädagogischen Fachkräfte.....	51
5. Zusammenfassung und Ausblick	52
Abbildungsverzeichnis	55
Literaturliste und Quellenverzeichnis.....	56
Eidesstaatliche Erklärung.....	62

„Sie haben verloren, womit Menschen geboren werden und was sie brauchen, um sich im Leben zu behaupten: ein sicheres Gefühl für die eigene Unverletzlichkeit, ein Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten und den Glauben an das Gute im Menschen.“

(Gahleitner, 2010: 17 f.).

Einleitung

Der 13. Kinder- und Jugendbericht klärt über die gesundheitliche Situation und Versorgung von Kindern und Jugendlichen im System der Kinder- und Jugendhilfe auf. Förderung und Prävention im Kontext der Gesundheit stehen in diesem Bericht im Mittelpunkt. Es wird ausdrücklich darauf verwiesen, dass nicht nur das Gesundheitswesen für das Wohlergehen von Mädchen und Jungen zuständig ist, sondern die Verantwortlichkeit ebenso in der Jugendhilfe⁴ liegt. Besonders in den Blick genommen wurden seitens der Sachverständigenkommission traumatisierte Kinder und Jugendliche. An die Jugendhilfepraxis, an die beteiligten Institutionen und an die Politik wurde der Appell gerichtet, dass die *'Hilfsangebote für traumatisierte Kinder und Jugendliche mehr Aufmerksamkeit erhalten müssen und die Sensibilität für die Situation von traumatisierten Kindern und Jugendlichen im Kompetenzprofil der Fachkräfte einen höheren Stellenwert erhalten'* (Ziegenhain, 2013: 28) müssen (vgl. Ziegenhain, 2013: 27 f.).

Der Bedarf an Aufnahmen in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe sowie der Kinder und Jugendpsychiatrie ist in den letzten Jahren drastisch gestiegen. Die betroffenen Mädchen und Jungen zeigen eine so hohe Anzahl an psychischen Störungsbildern und prekären Lebenssituationen auf, wie sie nur bei zwei Prozent der Allgemeinbevölkerung zu beobachten sind. Traumatisierungen in früher Kindheit, ins-

⁴ Zur besseren Lesbarkeit wird im folgenden Text die Kinder- und Jugendhilfe nur als Jugendhilfe beschrieben. Diese Bezeichnung trifft jedoch auf beide Gruppen zu.

besondere im häuslichen Umfeld, sind beim Großteil dieser Kindern festzustellen. Hinsichtlich dieser Entwicklung und der Problemdichte in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe ist zu entnehmen, dass es zu vermehrten Herausforderungen im pädagogischen Arbeitsalltag kommt, die nicht ohne Weiteres umzusetzen sind (vgl. Gahleitner, 2013: 46 f.).

Parallel dazu lässt sich innerhalb des letzten Jahrzehnts eine bedeutende Bewegung hinsichtlich der Felder traumapädagogischen Arbeit erkennen. Aus der Praxis der stationären Jugendhilfe heraus, entwickelten sich Konzepte und Ansätze, die psychisch hoch belastete Kinder und Jugendliche mit ihren komplexen Störungsbildern im Rahmen der Hilfen zur Erziehung auffangen sollten. Denn bis heute stellen sie durch vorzeitige Prozesse der Ausstoßung und Beziehungsabbrüche, auch im Zusammenhang professioneller Settings, eine Hochrisikogruppe dar. Ein inakzeptabler Zustand ist es deshalb, dass viele Jugendhilfemaßnahmen vorzeitig beendet werden, da sie sich als nicht geeignet herausstellen. Man könnte auch sagen, diese Maßnahmen sind gescheitert, da es in dem professionellen Rahmen nicht möglich war den Kindern und Jugendlichen adäquate Hilfe zu bieten (vgl. Kühn, 2012: 190).

Einen wichtigen Beitrag leistete die 2008 gegründete Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik (BAG-TP), indem sie Standards zu traumapädagogischer Arbeit in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe definierte. Die Intension ist die Wissensvermittlung über die Psychotraumatologie, die Diskussion über traumaspezifische Pädagogik und traumaspezifische Fortbildungen in den verschiedenen pädagogischen Disziplinen. 2011 veröffentlichte dieser Fachverband dazu ein Positionspapier, das für die Ausgestaltung traumabezogener Pädagogik im stationären Setting als wichtige Vorlage zu betrachten ist (BAG-TP, 2013: 84).

Diese Arbeit geht der Frage nach, wie man Fachkräfte der Sozialen Arbeit für das Thema Traumatisierungen und deren Folgen im Kindes- und Jugendalter sensibilisieren und dieses auf Handlungsebene näher bringen kann, um den besonderen Versorgungsbedarf dieser Kinder adäquat abzudecken.

Um Traumata in ihrer Komplexität und Dynamik zu verstehen werden im ersten Teil dieser Arbeit zunächst Grundkenntnisse vermittelt, die im Kontext einer psychischen

Traumatisierung im Kindesalter stehen. Neben einer Begriffsbestimmung und der Unterscheidung zwei bedeutender Traumtypen, werden nachfolgend Einflussfaktoren und verschiedene Formen eines Traumas beschrieben. Für die Pädagogik sind vor allem Auswirkungen traumatischer Erlebnisse in unterschiedlichen Kontexten von Bedeutung. Diese werden hinsichtlich der kindlichen Entwicklung und ihrer Einordnung von psychischen Störungen erörtert. Welchen Einfluss Traumata auf die Gehirnfunktion haben und welche Möglichkeiten es gibt, Traumata zu behandeln wird zum Schluss dieses Kapitels erläutert.

Der zweite Abschnitt befasst sich mit der Tragweite von Traumata in stationären Settings der Jugendhilfe. Um die Arbeit in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe in ihrer Gesamtheit zu verstehen, werden zunächst die alltäglichen Anforderungen und Bedingungen geschildert, die von PädagogInnen geleistet werden und anschließend auf Herausforderungen im Kontext von Traumafolgestörungen eingegangen. Einen Einblick der aktuellen Situationen in stationären Maßnahmen der Jugendhilfe in Hinblick auf Traumatisierung wird nachfolgend gegeben. Oft wird in der Jugendhilfe von schwierigen Jugendlichen gesprochen, die den pädagogischen Arbeitsalltag erheblich erschweren. Was diese „besonders schwierigen“ Fälle ausmacht und welche spezifischen Bedürfnisse traumatisierte Kinder und Jugendliche haben wird abschließend zu diesem Kapitel erörtert.

Im dritten Abschnitt wird der Begriff der Traumapädagogik geklärt und hinsichtlich ihrer Relevanz und einem Grundverständnis dargelegt. Anschließend werden konkrete, praxisorientierte Handlungsmöglichkeiten zur Umsetzung traumapädagogischer Arbeit aufgezeigt und abschließend Erschwernisse der Durchführung erläutert.

Das letzte Kapitel legt Forderungen in verschiedenen Bezügen zur Realisierung von Traumaarbeit in professionellen Settings dar. Diese richten sich sowohl an beteiligte Institutionen innerhalb des Jugendhilfesystems als auch an übergeordnete Systeme.

1. Grundlagen psychischer Traumatisierung

1.1 Begriffsdefinition

Das Wort „Trauma“ stammt aus dem Altgriechischen und bedeutet im Ursprünglichen „Wunde, Verletzung, Schaden“ und ist in verschiedenen Kontexten, beispielsweise in der Medizin, der Biologie und in rechtlichen Bezügen zu finden. In der folgenden Arbeit wird der Begriff Trauma im Sinne einer seelischen Verletzung eines vorausgegangenen traumatischen Ereignisses verwendet.

Ein traumatischer Zustand ist von extremer Angst, Hilflosigkeit und Überforderung der möglichen Verarbeitungsstrategien geprägt und wird als Bedrohung für Leib und Leben wahrgenommen (vgl. Weiß, 2013: 25; Dörr, 2013: 4). Reaktionsmöglichkeiten wie Kampf oder Flucht scheinen in dieser Situation für die Betroffenen unmöglich, so dass der Körper in einen sogenannten Freeze- (Einfrier-) Zustand verfällt. Dieser geht mit einer Einschränkung der Sinneswahrnehmung, betäubten Gefühlen und einer motorischen Lähmung einher und wird darüber hinaus von dem Gefühl der Hilflosigkeit beherrscht. Rückblickend fassen die betroffenen Menschen dies als Situation auf, in der sie allein gelassen wurden oder sich sogar verraten fühlten (vgl. Varvin/Beenen, 2006: 198). Freud beschreibt ein Trauma als „... ein Erlebnis, welches dem Seelenleben innerhalb kurzer Zeit einen so starken Reizzuwachs bringt, dass die Erledigung oder Aufarbeitung derselben in normal-gewohnter Weise missglückt, woraus dauernde Störungen im Energiebetrieb resultieren müssen“ (Freud, 1917, GW XI: 284; zit.n. Weiß, 2013: 25). Nach dem DSM-IV⁵ ist die Definition des Ereigniskriteriums eines Traumas, das eine Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zur Folge hat, wie folgt beschrieben:

„A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren.

(1) Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalten.

(2) Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen [...].“

(Seidler, 2013: 107).

5 Abk.: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition

„Das Ausmaß der Traumatisierung ist abhängig von der Art, den Umständen und der Dauer des Ereignisses selbst“ (Gahleitner, 2010: 11). Dabei spielt der Entwicklungsstand des Kindes zum Zeitpunkt des Traumas und inwieweit schützende Faktoren (siehe 1.3) vorhanden waren eine entscheidende Rolle. Es „macht daher einen großen Unterschied, ob ein Mensch durch das einmalige Erleben z.B. einer Naturkatastrophe oder durch wiederholte Gewalterfahrungen von Menschenhand [...] traumatisiert wird“ (Gahleitner, 2010: 11; vgl. Gahleitner, 2010: 11)).

1.2 Traumatypologie nach L. Terr

In der Traumatypologie nach L. Terr wird zwischen zwei Formen eines Traumas unterschieden. Hierbei wird das Typ-1 Trauma als Folge eines einzelnen, kurz anhaltenden Erlebnisses beschrieben, das unvorhergesehen geschieht und traumatische Auswirkungen hat, wie beispielsweise Verkehrsunfälle oder Situationen in denen man Opfer oder Zeuge von Gewalttaten oder Naturkatastrophen wird. Die Symptome äußern sich meist in Form von klaren und lebhaften wiederkehrenden Erinnerungen, die von dem dominierenden Gefühl der Angst geprägt sind und als das typische Erscheinungsbild der PTBS deklariert wird. „Bei Typ-I- Trauma ist die Chance groß, dass Selbstheilungskräfte ausreichen, um das Erlebnis zu verarbeiten“ (Igney, 2008: 19).

Das Typ-2 Trauma hingegen kennzeichnet die traumatischen Auswirkungen auf eine Person durch eine Aufeinanderfolge zusammenhängender, erfahrener Situationen oder langfristigen und sich wiederholenden Erlebnissen, wie beispielsweise körperliche und sexuelle Misshandlungen im Kindesalter und lang andauernde Gewalterfahrungen auf zwischenmenschlicher Ebene. Diese Erlebnisse äußern sich in einer umfassenden Symptomatik in Form von diversifizierten, unklaren Erinnerungen und einer ausgeprägten Tendenz der Dissoziation und Bindungsstörungen (siehe 1.5.1). Aufgrund der hohen Komorbidität und der daraus resultierenden komplexen PTBS, die von sekundären Emotionen, wie beispielsweise Scham und Ekel behaftet sind, ist die Begleitung und Behandlung betroffener Personen äußerst prekär (vgl. Schmid/Fegert/ Petermann, 2010: 48). Eine Unterscheidung dieser beiden Typen ist erforderlich, da diese unterschiedliche Behandlungen im psychosozialen und therapeuti-

schen Bereich beanspruchen können (vgl. Igney, 2008: 19)⁶.

1.3 Risiko-, Mittler- und Schutzfaktoren

Kinder sind in jeder Hinsicht, besonders in frühkindlichen Entwicklungsstufen, auf physische Unterstützung, emotionale Versorgung und sozialen Schutz ihrer Bezugsperson(en) angewiesen (vgl. Brisch, 2009: 112). Nicht alle Kinder, die traumatische Ereignisse erleben bzw. miterleben, entwickeln auf Dauer traumatische Symptome. Traumatisierende Situationen werden von einigen Kindern anders erlebt und verarbeitet als von anderen Kindern und sind von verschiedenen Faktoren abhängig, die unterschiedlichen Einfluss auf die Entwicklung haben (vgl. Cohen/ Mannarino/ Deblinger, 2009: 4). Aufgrund ihrer differenzierten Möglichkeiten, traumatische Ereignisse zu erfassen und ihnen in Hinsicht auf sich selbst eine Relevanz zu geben, nehmen Kinder diese unterschiedlich wahr. Ebenso unterscheiden sich die kindlichen Strategien darin, familiäre oder anderweitige Hilfe in Anspruch zu nehmen, psychologische und physiologische Stressfaktoren, die mit dem Erlebnis verknüpft sind, zu bewältigen und diese Ereignisse in einem übergeordneten Sinn des Selbstverständnisses zu beurteilen (vgl. Cohen/ Mannarino/ Deblinger, 2009: 5 f.). So ist die vom Täter „unmöglich gemachte Klärung, Auseinandersetzung und Realitätsanerkennung“ (Weiß, 2013: 46) des Erlebten die eigentliche traumatische Folge. Von Bedeutung ist die spätere Interpretation des Kindes auf das Erlebte, die häufig ein verzweifelter Versuch ist, diese Situation leichter auszuhalten (vgl. Weiß, 2013: 46).

Die Verarbeitungschancen einer Traumatisierung hängen von Mittlerfaktoren und protektiven Faktoren ab. Mittlerfaktoren werden als Umstände beschrieben, unter welchen sich ein traumatisches Geschehen ereignet, z.B. Alter und Geschlecht des Kindes (vgl. Weiß, 2013: 44 f.). Protektive Faktoren sind schützende Faktoren, die schon vor dem Erlebnis vorhanden waren, wie z.B. eine langanhaltende, gute Beziehung zu einer wichtigen Bezugsperson, ein widerstandsfähiges, lebendiges und aufgeschlossenes Temperament, sicheres Bindungsverhalten, Erhalt von sozialer Förderung durch Schule oder ähnlichen Institutionen oder überdurchschnittliche Intelli-

6 Seidler merkt zu dieser Typisierung an: „Bedauerlicherweise ist bei der Bedeutungsverlagerung [...] von der Art der Symptomatik hin zur Kategorisierung des Ereignisses, dass die von ihr durchaus vorgesehenen 'crossover conditions' - Mischformen der Symptomatik - so nicht mehr genutzt werden [...] Terr (1991) konnte natürlich durchaus eine Mischsymptomatik beschreiben [...] Heute ließe sich allerdings durchaus kodieren: 'Typ-I und Typ-II-Ereignis, kombiniert'“ (Seidler, 2013: 40).

genz (vgl. Fischer/ Riedesser, 2009: 160). „Wer ungünstigere Sozialisationsbedingungen erfahren hat, verfügt über geringere protektive Faktoren in späteren, potenziell traumatischen Belastungssituationen“ (Fischer/ Riedesser, 2009: 161)⁷. Fischer und Riedesser beschreiben Risikofaktoren als eine Begünstigung psychischer Störungen im Zusammenhang mit Lebensereignissen und -umständen (vgl. Fischer/ Riedesser, 2009: 290). Sie sind nicht mit traumatischen Erlebnissen gleichzusetzen, jedoch können sie zu Traumatisierungen beitragen und Auswirkungen auf die Entwicklung eines Kindes haben. Unter anderem kann dies elterlicher Alkohol- und Drogenmissbrauch, väterliche Abwesenheit, ärmliche Verhältnisse, Umzüge oder Schulwechsel, chronische familiäre Disharmonie oder Wiederverheiratung eines Elternteils sein. Risikofaktoren wie Vernachlässigung, seelische Misshandlung, körperliche Misshandlung, häusliche Gewalt, traumatische Sexualisierung, traumatische Trennung und Kinder psychisch kranker Eltern haben nach Weiß am häufigsten ein psychisches Trauma zur Folge⁸(vgl. Weiß, 2013: 28 ff.).

1.4 Traumaformen

Wenn Traumata durch nahestehende Personen verursacht werden, spricht man in diesem Kontext von einer Bindungs- oder Beziehungstraumatisierung. Damit sind alle Verhaltensweisen von Erwachsenen gemeint, die mittels psychologischer Mittel Kindern und Jugendlichen Schaden zufügen. Die folgenden Formen der Bindungs- und Beziehungstraumata sind nicht klar voneinander zu trennen und ereignen sich in vielen Fällen gehäuft und in massiver Form (vgl. Dittmar, 2013: 238 ff.). „Die Traumatisierung besteht bei diesen Kindern nicht in einer oder mehreren abgrenzbaren Einzelereignissen, sondern in einer sequentiellen permanenten Traumatisierung durch die emotionale Isolation und Nicht-Verfügbarkeit einer Bezugsperson, die entsprechend dem Konzept der Feinfühligkeit auf die Kinder eingehen könnte“ (Brisch, 2009: 109).

Psychische Gewalt

Psychische Gewalthandlungen, insbesondere wenn sie innerhalb des nahen sozialen

⁷ Siehe dazu auch „Schutzfaktoren“ (Seidler, 2013: 60).

⁸ „Eine Untersuchung über Gefährdungslagen von Kindern und Jugendlichen bei der Anrufung der Gerichte durch die Fachkräfte am Jugendamt [...] bestätigen diese Auswahl“ (Weiß 2013: 28).

Umfeldes stattfinden oder sogar von einer Fürsorgeperson selbst ausgehen, haben, nicht zuletzt aufgrund der unpräzisen Greifbarkeit und Definition, besonders gravierende Auswirkungen auf die Kindesentwicklung. Seelische Misshandlung kann sich in Form von Erniedrigung, Entwürdigung, feindseliger Zurückweisung, psychischem Terrorisieren, Entziehen von Anerkennung, fehlender Zuwendung, Bedürfnisbefriedigung von Erwachsenen, quälenden Handlungen oder Isolieren (kein Zulassen von Außenkontakten) äußern. „Die seelische Misshandlung ist so durch die Beziehung und nicht durch eine Tat definiert“ (Dittmar, 2013: 238). Häufig ist sie jedoch mit physischen Gewalthandlungen gekoppelt (vgl. Gahleitner, 2010: 11 f.; Dittmar, 2013: 238). Psychische Gewalt wie auch das Mit-erleben von innerfamiliären Gewalthandlungen werden oftmals von ärztlichen Fachkräften, Ämtern, Pädagogen, Psychologen und Gutachtern unterschätzt (vgl. Besser, 2013: 48).

Vernachlässigung

Vernachlässigung wird von Jugendämtern als die häufigste Form der Misshandlung von Kindern mit potenziellen folgenschweren Auswirkungen benannt (vgl. Weiß, 2013: 28). „Wir sprechen von Vernachlässigung, wenn '...über längere Zeit bestimmte Versorgungsleistungen materieller, emotionaler und kognitiver Art ausbleiben... [...] Diese Unterlassung kann aktiv oder passiv (unbewusst) aufgrund unzureichender Einsicht oder unzureichenden Wissens erfolgen“ (Schone, 1997: 19; zit.n. Weiß, 2013: 28). Auf emotionaler Ebene erfahren Kinder Vernachlässigung vor allem durch unzureichende Beachtung und Zuwendung, häufige Beziehungswechsel, mangelnde Förderung im schulischen Bereich und unzureichende Entwicklungsimpulse (vgl. Dittmar, 2013: 238). Der Vernachlässigung wurde im Gegensatz zu körperlicher Misshandlung lange Zeit weniger Beachtung geschenkt, obwohl sie wesentlich öfter auftritt, was nicht zuletzt auf den schleichenden Verlauf zurück zu führen ist (vgl. Ziegenhain, 2013: 29).

Körperliche Misshandlung

Aus einer repräsentativen Studie zur Gewalterfahrung in der Kindheit geht hervor, dass zwölf Prozent der Männer und zehn Prozent der Frauen in ihrer Kindheit „elterliche Gewalt im Sinne einer strafrechtlich relevanten körperlichen Misshandlung“

(Endres/ Moisl, 2002: 11) erfahren haben und zwei Drittel der Personen, die sexuell missbraucht wurden auch physische Gewalt erfahren haben (vgl. Endres/ Moisl, 2002: 11). Körperliche Misshandlungen haben gravierende, oft chronische traumatische Auswirkungen. Wenn beispielsweise Kinder ihre Bedürfnisse in Form von Schreien, Weinen oder motorischer Unruhe äußern und Eltern dem Kind mit einer aggressiven statt einer trostgebenden und beruhigenden Haltung gegenüberstehen, kann dies grundlegende Verlassens- und Vernichtungsängste auslösen. Das Kind erfährt in Angst- und Notzuständen von ihrer Bindungsperson keinen Schutz sondern Aggression. Häufig versuchen ältere Kinder, die körperliche Misshandlung erfahren haben und bereits über mentale und verbale Äußerungsmöglichkeiten verfügen, die Bindung zu den Eltern zu retten, indem sie die Schuld bei sich selbst suchen (vgl. Riedesser, 2009: 166 f.). Häufig wird Kindern, denen körperliche Gewalt in Form von ritualisierten Akten mit sadistischen und oftmals auch sexuellen Handlungen zugefügt wird, das Ausgeübte als gute, normale und stabile Beziehung eingeredet. Daraus entwickelt sich eine innere Haltung, in der die erfahrenen Bindungsmuster und die Gewalt mit Aggression und Sadismus assoziiert werden. Dies kann dazu führen, dass Kinder in Situationen, in welchen sie selbst über andere bestimmen können, diese Verhaltensweisen weiter geben, da sie Bindungssicherheit eng mit sadistischer Gewalt verbinden und dies ihnen ein Gefühl von Sicherheit bietet (vgl. Brisch, 2009: 112 f.).

Sexuelle Gewalt

Eine wesentlicher Prozess in der Entwicklung eines Kindes ist eine Ich-zentrierte und sexuelle Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper, die zunächst über den Kontakt mit der Bezugsperson definiert wird. Ein traumatischer Zustand in diesem Kontext erfolgt dann, „[w]enn der Erwachsene das Kind, welches seinem Entwicklungsniveau entsprechend körperliche Formen der Zärtlichkeit als Zuwendung wünscht, sexuell ausbeutet“ (Fischer/ Riedesser, 2009: 303). Kinder unterliegen bei sexuellen Übergriffe meist einem eindringlichen Verbot vonseiten des Täters, sich in der Umwelt darüber zu äußern. Die damit gekoppelte Ahnungslosigkeit und Verwirrung führt für das Kind zu einer scheinbar ausweglosen Situation. Das Kind erfährt in diesem Zusammenhang eine komplexe Form des Missbrauchs. Dabei findet unter anderem

ein Missbrauch des Zärtlichkeitsbedürfnisses, der Bereitschaft zur Gehorsamkeit gegenüber einer Bezugsperson und die Bereitschaft eines Kindes, den Aussagen seiner Eltern Glauben zu schenken, statt. Folglich kann das Kind einen fürsorglichen, zärtlichen Kontakt zu einer Person nicht von einer sexuellen Ausnutzung unterscheiden (vgl. Fischer/ Riedesser, 2009, 303 f.).

Traumatische Trennung

Ob eine Trennung zwischen Kind und einer Bezugsperson traumabedingte Folgen nach sich zieht, hängt von den Umständen ab. In der Regel gilt, je früher eine Trennung stattfindet, desto schwerere Auswirkungen hat dies auf das Kind, insbesondere wenn es die engste Bezugsperson und die damit in Verbindung stehende Gefühlsanbindung betrifft. Das ist auch dann der Fall, wenn Kinder von diesen Personen massiv misshandelt wurden. Nicht selten werden Kinder von dem Gefühl begleitet, dass sie selbst Schuld an dieser Trennung sind und sie der Grund seien, dass sie weggegeben wurden oder die Bezugsperson sie verlassen hat.

Häufig haben Kinder und Jugendliche, die in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe wohnen, neben der Trennung zwischen ihnen und ihren Eltern, bereits auch eine Trennung der Eltern miterlebt (vgl. Weiß, 2013: 40 f.). „Die Bedeutung einer Trennung hängt davon ab, wie groß der reale Verlust ist und welche Ängste dadurch reaktiviert werden“ (Weiß, 2013: 41).

Kinder psychisch kranker Eltern

Kinder von psychisch kranken Eltern oder mit einem psychisch kranken Elternteil sind häufig extrem belasteten Situationen ausgesetzt. Oftmals haben die Mädchen und Jungen, die in stationären Einrichtungen leben, zusätzlich Misshandlung und materielle sowie emotionale Vernachlässigung erfahren. Neben einem andauernden begleitetem Angstgefühl haben ebenso Faktoren wie Überforderung, Schuld- und Schamgefühle, (soziale) Isolation, Geheimhaltung, Loyalitätskonflikte und finanzielle Probleme erhebliche Auswirkung auf die Lebenssituation der Kinder. Des Weiteren müssen die Kinder und Jugendlichen psychisch kranker Eltern häufig in die Elternrolle schlüpfen und als Vermittler nach außen agieren. Sie werden in vielen Fällen für den Zustand der Familiensituation und den Haushalt verantwortlich gemacht und

sind demnach nicht selten extremen Schuldzuweisungen ausgesetzt.

1.5 Traumafolgestörungen

1.5.1 Entwicklungspsychologische Folgen

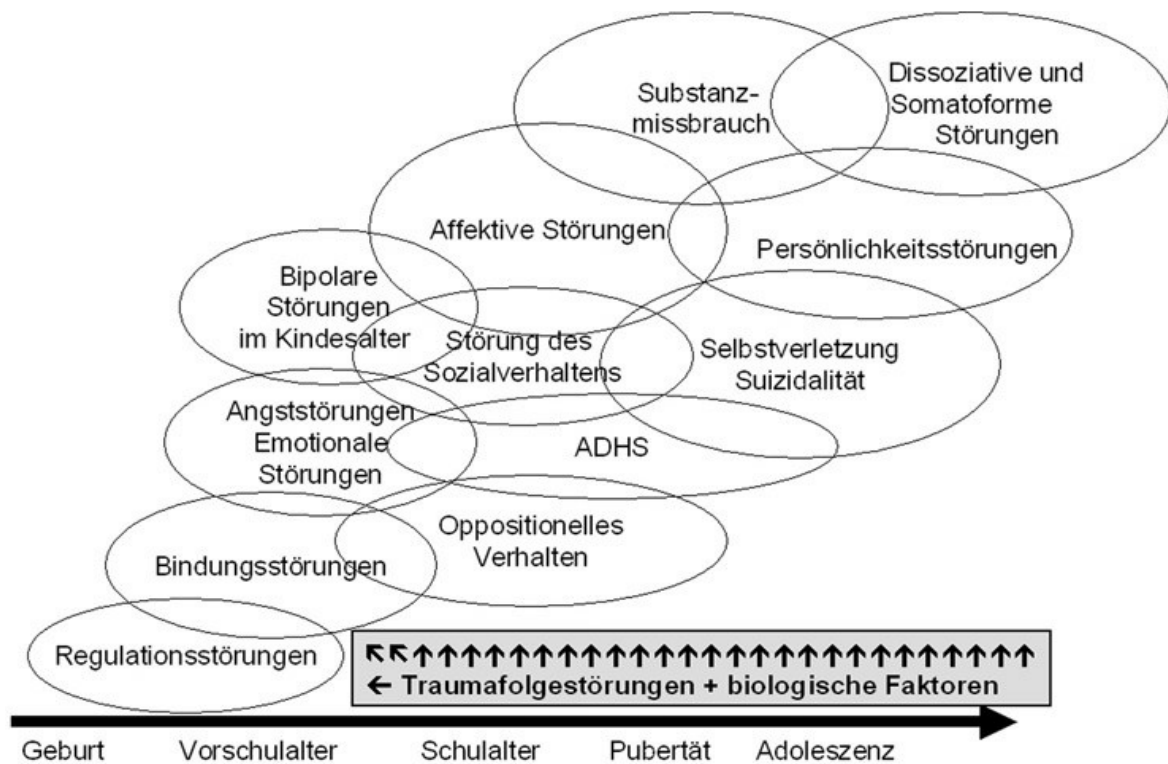
Je früher eine Traumatisierung stattfindet, desto stärker ist die Entwicklung eines Kindes gefährdet (vgl. Weiß, 2013: 44). Besonders nach schweren Gewalterfahrungen in früher Kindheit, die zu einer Traumatisierung führen, entwickeln Betroffene in vielen Fällen ein vielschichtig konstruiertes System von verschiedenen somatischen und psychischen Symptomen. Die noch nicht voll entwickelte Persönlichkeit wird durch dieses System maßgeblich und nachhaltig beeinflusst und folglich entsteht daraus eine komplexe Traumatisierung, die als „destruktive[...] Veränderung bei einem schwer traumatisierten Menschen“ (Gahleitner, 2010: 14) verstanden wird (vgl. Gahleitner, 2010: 13 f.). „Weil komplexe Traumata die Selbstregulation, die Selbstintegrität und die Bindungssicherheit beeinträchtigen, stellen sie eine objektive Bedrohung nicht nur des psychischen Überlebens, sondern auch der Entwicklung des Selbst und seines Fortbestandes dar“ (Courtois/ Ford, 2009: 36).

Traumatisierungen im Säuglings- oder Kleinkindalter können nicht abgespalten oder abgegrenzt werden, da die Ich-Funktion bzw. das Bewusstsein noch nicht ausgeprägt ist. Demnach sind für Kinder diese Erfahrungen psychisch nicht greifbar und kommen in Form von innerer Anspannung und Unausgeglichenheit zum Ausdruck (vgl. Weiß, 2013: 44). „Bei vernachlässigten und misshandelten Kleinkindern fanden sich Entwicklungs- und Verhaltensprobleme insbesondere im zwischenmenschlichen Bereich, wie etwa gehäuft aggressivem und/oder zurückgezogenem Verhalten im Umgang mit Gleichaltrigen, wenig flexibler Affektregulation, wenig responsivem und aufgeschlossenen Verhalten oder wenig (vordergründig!) belastetem Verhalten bei Trennung von ihrer Bindungsperson“ (Ziegenhain, 2013: 30). Diese Verhaltensweisen lassen sich bei älteren Kindern mit Vernachlässigungs- oder Misshandlungserfahrungen als „Vorläufer von Kernsymptomen“ (Ziegenhain, 2013: 31) bezeichnen. Bei ihnen wurden gehäuft dissoziative Störungen, Depressionen, Suizidalität und posttraumatische Belastungsstörungen⁹ beobachtet sowie ein erhöhtes Risiko festgestellt, später an einer Persönlichkeitsstörung zu erkranken (vgl. Ziegenhain, 2013:

⁹ Zusammengefasst als „disruptive Verhaltensstörungen“ (vgl. Ziegenhain, 2013: 30).

31). Geht man von einem entwicklungs-heterotopischen Ansatz aus, kann man Unterschiede in der Auswirkung von Traumafolgestörungen in den verschiedenen Entwicklungsstufen und den Zusammenhang von Alter und Symptomatiken beobachten. Besonders bei Kindern und Jugendlichen in stationären Einrichtungen kann man häufig eine Abfolge der Traumafolgestörungen beobachten, die in der Symptomatik im Wesentlichen gleich sind, sich jedoch in jeder Altersstufe anders auswirken. Im frühkindlichen Alter ist ein Verlauf von Regulationsstörungen zu beobachten, die allmählich in eine Bindungsstörung übergehen und sich im Vorschulalter bereits deutlich als Bindungsstörung abzeichnen. Im Schulalter werden demnach Traumafolgestörungen in Form von Beeinträchtigungen auf emotionaler Ebene, im Sozialverhalten und hyperkinetische Störungen sichtbar. Dagegen wird im Laufe des Jugendalters eine deutlich erkennbare Störung der Sozialkompetenz bis hin zu einer Persönlichkeitsstörung festgestellt, die unter anderem mit Drogenmissbrauch und selbstverletzenden Handlungen sowie dissoziativen und somatoformen Beeinträchtigungen einhergeht (siehe Abb.1) (vgl. Schmid, 2013: 38 f.).

Abb. 1.: Entwicklungsheterotopie von Traumafolgen



(vgl. Schmid/ Fegert/ Petermann, 2010: 49)

Auswirkung auf das Bindungsverhalten

Traumatische Erlebnisse haben zerstörerischen Einfluss auf die Bindungssicherheit und gravierende Auswirkungen auf die psychische Entwicklung eines Kindes, insbesondere wenn sie Traumata durch Fürsorgepersonen erfahren. Diese entwickelte Bindungsstörung ist Teil einer umfangreichen, schweren Persönlichkeitsstörung, die bei Kindern mit einer massiven emotionalen Entwicklungsstörung einhergeht und negative Auswirkungen auf die kognitive und physische Entwicklung hat. Dies kann eine Wachstumsretardierung sowie Schulversagen zur Folge haben (vgl. Brisch 2013: 254 f.). Bei diesen Kindern besteht ein innerer Konflikt, der sich häufig in widersprüchlichem Verhalten insbesondere in Bezug auf Nähe und Distanz widerspiegelt. Durch den enormen Vertrauensverlust zu Bezugspersonen fällt es ihnen schwer Beziehungen einzugehen und sie entwickeln die Fähigkeit, Kontrolle über Beziehungen zu erlangen. „Misshandelte und/oder vernachlässigte Kinder neigen zu unsicheren, vermeidenden und desorganisierten Bindungsmustern, zu einer Mischung von Vermeidung und Ambivalenz“ (Weiß, 2013: 54). Sie übertragen ihre Bindungserfahrungen auf die Personen ihres sozialen Umfeldes und zeigen in vielen Fällen mehr aggressives als soziales Handeln. Dahinter steckt nicht selten die Angst zurückgewiesen zu werden und der eigentliche Wunsch nach Bindungsbeziehungen. In ihrem Umfeld stößt ihr Verhalten jedoch mehr auf Ablehnung als auf Verständnis.

Kinder und Jugendliche aus stationären Settings zeigen ein nahezu ausschließlich unsicheres oder hoch-unsicheres Bindungsmuster¹⁰ (vgl. Weiß, 2013: 53 ff.), welches sich in verschiedene Klassifizierungen unterteilen lässt:

- „Keine Anzeichen von Bindungsverhalten: extreme Bindungsvermeidung
- Undifferenziertes Bindungsverhalten: sucht Schutz und Trost bei jeder Person
- Gehemmttes Bindungsverhalten: klammert stark, ständig Nähe
- Aggressives Bindungsverhalten: zeigt Bindungsbedürfnis über Aggression
- Bindungsverhalten mit Rollenumkehr: übernimmt elterliche Rolle [...]“ (Brisch, 2013: 197).

Dissoziationsneigung

„Während der Traumatisierung, unmittelbar danach oder in Vorbereitung auf eine

¹⁰ Auch als desorganisierte Bindung zu beschreiben (vgl. Weiß, 2013: 53).

wiederkehrende oder absehbare Traumatisierung entwickelt der Mensch Copingmechanismen¹¹. Der Wichtigste scheint die grundlegende menschliche Fähigkeit zur Dissoziation zu sein, die eine Bewältigungsmöglichkeit für emotional unvereinbare Wahrnehmungen und Erfahrungen ist“ (Endres/ Moisl, 2002: 23). Dissoziation fungiert in traumatischen Situationen als Schutzmechanismus, der unter anderem die bei körperlichen Misshandlungen erlebten Schmerzen ausblendet (vgl. Brisch, 2009: 114). Dieser Zustand ist „[...] gekennzeichnet durch einen mehr oder weniger deutlichen Verlust der psychischen Integration des Erlebens und Handelns. Zumeist handelt es sich um eine kurzzeitige Unterbrechung der eigenen Bewusstheit, des Gedächtnisses, des Identitätserlebens oder der Wahrnehmung der Umwelt“ (Fiedler, 2001: 2). Durch den Verlust von Bewusstseinsfunktionen können Störungen, Veränderungen und Verhinderungen der Wahrnehmung seiner Person als Ganzes folgen und sich konkret auf ein oder mehrere integrativ wesentliche Prozesse beziehen, wie beispielsweise auf Erinnerungen aus der Vergangenheit, das Bewusstsein über die Identität oder das Kontrollerleben von Körpergefühl und -bewegungen. Sie können unvorbereitet oder etappenweise auftreten und sowohl von kurzer Dauer sein als auch chronisch verlaufen (vgl. Fiedler, 2001: 2 f.). Nahezu alle Menschen, die sexuellen oder aggressiven Missbrauch oder Folter erfahren haben, entwickelten die Fähigkeit dissoziative Zustände bewusst zu aktivieren, sprich aus dem eigenen Körper austreten zu können, um Schmerz, Pein und Scham auszublenden (vgl. Endres/ Moisl, 2002: 23). Unter diesen Bedingungen können auch positive körperliche Wahrnehmungen in anderen Beziehungskonstellationen nicht mehr erlebt und der eigene Körper für das Kind als abgestumpft und abgespalten empfunden werden. Das Erleben eines positiven, körperlichen Selbst ist hier nicht mehr gegeben (vgl. Brisch, 2009: 114).

Auswirkung auf die Sexualität

Sexuelle Gewalt in der Kindheit zieht oftmals die schwerwiegende Folge eines Beziehungstraumas mit sich (vgl. Fischer/ Riedesser, 2009: 303). „Im Unterschied zu den anderen Traumatisierungen formt die sexuelle Traumatisierung die Sexualität des Kindes auf unangemessene Weise“ (Weiß, 2013: 36). Die Verleugnung des Gesche-

¹¹ Mit Copingmechanismen ist in diesem Zusammenhang das „Gegensteuern mittels geeigneter Abwehrmechanismen“ gemeint, um unerträgliche Zustände auszuhalten (vgl. Endres/ Moisl, 2002: 32).

hens und das Gebot der Geheimhaltung ist hier spezifisch. Kinder zweifeln in diesem Kontext häufig an der Richtigkeit ihrer Wahrnehmung. Die TäterInnen verhalten sich nach Außen und dem Kind gegenüber so, als würde es keinen sexuellen Missbrauch geben und es entsteht eine „Dynamik von zwei Welten“ (Weiß, 2013: 36). Das Geschehen wird demnach auch von dem Kind verleugnet und vor sich selbst ausgeblendet. Sie versetzen sich in dissoziative Zustände oder geben dem Geschehen eine für sich aushaltbare Bedeutung (vgl. Weiß, 2013: 36). Die Entwicklung einer Bindungsstörung in diesem Kontext ist wahrscheinlich. So nimmt das Kind die Bezugsperson oftmals als eine sowohl schützende und unterstützende Person als auch (in der Missbrauchssituation) eine gewalttätige, beängstigende und nicht einfühlsame Person wahr. Dies erzeugt bei dem Kind einen nicht lösbaren Bindungskonflikt (vgl. Brisch, 2009: 111). Dazu wurde von Finkelhor und Browne (1985) ein 'Modell der vier traumatogenen Faktoren' zur Erläuterung und Voraussage der Folgen sexuellen Missbrauchs ausgearbeitet. Das Kind fühlt sich einem (1) *Verrat* ausgesetzt. Es erfährt einen massiven Vertrauensbruch und Schädigung durch eine Person, zu der es in emotionaler Abhängigkeit steht. Dieser Zustand wird von einem übermäßigen Gefühl der (2) *Ohnmacht und Hilflosigkeit* begleitet, der mit einer Missachtung des eigenen Willens und einer Verletzung der körperlichen Unversehrtheit einhergeht. Zudem erfährt das Kind eine (3) *Stigmatisierung*, wobei es einer Konfrontation mit dem negativen Stellenwert der sexuellen Gewalt und des Opferseins ausgesetzt ist. Die Sexualität des Kindes wird bei der (4) *traumatischen Sexualisierung* auf eine nicht entwicklungsadäquate Weise nachhaltig und dysfunktional beeinflusst (vgl. Dittmar, 2013: 239).

Bei jedem dieser Faktoren kann man unterschiedliche Dynamiken, Folgen und Verhaltensweisen beobachten. Der Verrat kann einerseits zu tiefer Trauer bis hin zur Depression und andererseits zu Misstrauen, Feindseligkeit und Wut führen. Ohnmacht und Hilflosigkeit führen zu Angst- und Panikattacken, erhöhter Dissoziationsneigung, und zwanghaftem Verhalten und können Auslöser von Phobien sein. Stigmatisierungen lösen häufig Schuld- und Schamgefühle aus und bestärken das Gefühl des „ausgegrenzt sein“. Daraus kann sich ein erhöhtes Suchtpotential (z.B. Esssucht) sowie Autoaggressionen entwickeln. Die dysfunktionale Prägung (unangemessene Einwirkung) auf die Sexualität hat Auswirkungen wie z.B. „die Verwirrung der sexuellen

Normen, der sexuellen Identität, die Verwechslung von Sexualität und Liebe, die übermäßige Beschäftigung mit Sexualität und zwanghafte sowie aggressive sexuelle Verhaltensweisen“ (Weiß, 2013: 38). Folglich ist davon auszugehen, dass „sexueller Missbrauch zu schwerwiegenden Beeinträchtigungen der emotionalen, kognitiven und sozialen Entwicklung führen kann, zu spezifischen Schädigungen in der Entwicklung des [...] Körperschemas und der psychischen Identität“ (Weiß, 2013: 38; vgl. Weiß, 2013: 36 ff.).

*„[Die] Folgen traumatischer Erfahrungen können das weitere Leben der betreffenden Kinder nachhaltig und tiefgreifend bestimmen. Das ist vor allem dann der Fall, wenn sie unerkannt bleiben oder fehlinterpretiert werden und daher nicht oder nicht adäquat behandelt werden“
(Hüther/ Korittko/ Wolfrum/ Besser, 2012: 182).*

1.5.2 Klassifikation psychischer Traumata

Bei traumaspezifischen Symptomen, die länger als vier Wochen konstant andauern, spricht man von einer Posttraumatischen Belastungsstörung, als Folge einer traumatischen Erfahrung¹². Die Diagnose einer PTBS beinhaltet sowohl das traumatische Erlebnis selbst, als auch Auswirkungen, die zu einem späteren Lebensalter bezogen auf das Trauma hervorgerufen werden. An dieser Stelle unterscheidet man zwischen drei Oberkategorien der Symptome:

Überflutung

Die immer wiederkehrende Erinnerungen an das traumatische Erlebnis in Form von Gedanken, bildlichen Darstellungen oder Sinneswahrnehmungen - auch Flashbacks genannt - haben enorme Konsequenzen für die psychische und körperliche Gesundheit. Sie lassen sich weder bewusst steuern noch unterdrücken, was für viele Betroffene ein Gefühl der realen Wiederkehr des Ereignisses hervorruft.

Vermeidung

Betroffenen vermeiden alles, was mit dem Trauma zusammenhängt. Dies können

¹² Falls die Symptomatik länger als drei Monate anhält, wird von einer chronischen Belastung gesprochen (vgl. Gahleitner 2010: 16).

Gedanken, Situationen, Orte oder Menschen sein, die an das Trauma erinnern. Folglich kann dies zur Dissoziation (siehe 1.5.1) oder zu Erinnerungsschwierigkeiten oder -lücken führen, die mit verminderter Reaktionsfähigkeit einhergehen. Depressionen, Entfremdung von anderen und psychische Abstumpfung, die oft zu selbstverletzendem Verhalten und suizidalen Gedanken führen, sind ebenfalls typisch.

Überregung

Die ständige Erregung, welche durch die starke Ausschüttung von Stresshormonen erzeugt wird, löst bei den Betroffenen einen dauerhaften, alarmbereiten Zustand aus, der mit der Aktivierung der Selbstschutzmechanismen einhergeht. Dieser Zustand kann Erzeuger von Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten oder auch unkontrollierten und unangemessenen Verhaltensweisen sein (vgl. Gahleitner, 2010: 18 f.).

Die Helfersysteme, sei es aus dem Bereich der Jugendhilfe, aus dem medizinisch-therapeutischen Bereich oder der Schule, brauchen Anhaltspunkte, Erklärungen und Beschreibungen für die oft verwirrenden und komplizierten Verhaltensweisen des Kindes bzw. des Jugendlichen, um weitere Unterstützungs- und Hilfebedarfe einzufordern und rechtfertigen zu können und/oder den Kostenträgern eine Grundlage zu bieten. Die Kritik an der Vergabe einer „Traumadiagnose“ wie sie im ICD-10¹³ und im DSM-IV erörtert werden, sind die ungenauen und nicht immer zutreffenden Kriterien und Bedingungen zur Stellung einer Diagnose¹⁴ (vgl. Strauß, 2012: 222). „Diese Kriterien unterscheiden nicht zwischen dem Erwachsenenalter und dem Kindes- und Jugendalter, weder hinsichtlich des Zeitpunkts des Einwirkens einer traumatischen Situation auf das Individuum noch hinsichtlich der Manifestation des Störungsbildes“ (Goldbeck, 2013: 71). So wurde ein neuer Vorschlag zur Definition, das Modell einer „Entwicklungstraumastörung“ (Development-Trauma-Disorder, kurz: DTD) erarbeitet, welches sowohl entwicklungspsychologische als auch neurobiologische Grundlagen und Zusammenhänge mit einschließt (vgl. Strauß, 2012: 222 f.):

13 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme - zehnte Ausgabe

14 Beispielsweise muss eine „Erfahrung tödlicher Bedrohung“ (Strauß, 2012: 222) vorhanden gewesen sein, was im Falle bei sexuellen Übergriffen nicht immer gegeben ist. Depression, Angst und Somatisierung wurde bislang in die Kategorie „komplexe PTBS“ eingestuft, die jedoch die Fluktuation der Symptome und die Entwicklungsfähigkeit des Kindes wenig berücksichtigt (vgl. Strauß, 2012: 222).

„A. Traumatische Erfahrungen und Vernachlässigung

Das Kind, der Jugendliche oder Erwachsene erlebte über mindestens ein Jahr hinweg mehrere extrem belastende Lebensereignisse und/oder wurde Opfer von interpersoneller Gewalt. Die belastenden Lebensereignisse begannen in der Kindheit oder dem Jugendalter

B. Affektive und physiologische Dysregulation

Das Kind weist für seinen Entwicklungsstand deutliche beeinträchtigte Fähigkeiten im Bereich Erregungs- und Emotionsregulierung auf. Dies beinhaltet mindestens zwei der folgenden Verhaltensweisen:

C. Schwierigkeiten der Aufmerksamkeits- und Verhaltenssteuerung

D. Schwierigkeiten der Selbstregulation und Beziehungsgestaltung

Das Kind weist für seinen Entwicklungsstand eine unterentwickeltes Bewusstsein für seine persönliche Identität und Verstrickung in Beziehungen auf:

E. Posttraumatische Belastungsstörung

Das Kind weist mindestens ein Symptom von mindestens zwei der drei Symptomcluster (B, C oder D) der [PTBS] auf.

F. Dauer der Symptomatik

Mindestens ein Symptom der Traumaentwicklungsstörung aus den Bereichen B, C & D persistiert über sechs Monate.

G. Teilhabebeeinträchtigung

Die Schwierigkeiten wirken auf mindestens zwei der folgenden Funktionsbereiche aus: Schule, Familie, Kriminalität, Gesundheit¹⁵

(Strauß, 2012: 223).

1.6 Neurobiologische Aspekte

Im Kindes- und Jugendalter werden durch die Erfahrungen im Umgang mit verschiedenen Situationen grundlegende Reaktionsmuster gebildet und prägen sich dauerhaft in die Gehirnstruktur ein. Dies ist vor allem im Kontext verschiedener Bindungserfahrungen¹⁶ der Fall. Bei traumatischen Erlebnissen wie psychischer oder physischer Misshandlung, Vernachlässigung oder sexueller Gewalt, müssen die erlernten und verankerten Überlebensreaktionen in Form von Überregung, der Suche nach Bindung, Kampf- und Fluchthandlung oder Erstarrung sowie Dissoziation, geistige

15 Verkürzte Fassung, übersetzt (van der Kolk et al. 2009) von Schmid et al. (2010);

16 „[...] Erfahrungen von sicherem, unsicherem, diffusem oder gar bedrohlichem Bindungsverhalten [...]“ (Besser, 2013: 43).

Abwesenheit und Wahrnehmungsveränderung oft aktiviert und angewendet werden. „Dadurch werden Gehirne in ihrer Funktion und biologischen Struktur nachweislich so verändert, dass dadurch massive psychische und kognitive Auffälligkeiten, Defizite und Störungen entstehen“ (Besser, 2013: 43). So kommt es vor, dass auch schon bei geringem Stress im Alltag - besonders bei Kindern mit einer Komplextraumatisierung - die automatisierten Überlebensstrategien reflexartig einsetzen. Hat sich die Hirnstruktur erst einmal auf dieser Weise aufgebaut, ist eine Veränderung nur schwer zu erreichen (vgl. Besser, 2013: 43).

1.7 Behandlungsmöglichkeiten

Die Ziele einer psychotherapeutischen Behandlung von Kindern, die unter einer komplex-traumatischen Belastungsstörung leiden, basieren unter anderem auf der vorgeschlagenen neuen Diagnose der DTD und den erforschten Kenntnissen der wesentlichen Merkmale einer komplex-traumatischen Belastungsstörung¹⁷ (vgl. Ford/ Cloitre, 2009: 82). Um traumatische Erlebnisse weitgehendst aufzuarbeiten und Bewältigungsstrategien in den Lebensalltag einzufügen ist eine langfristige und hochfrequente Behandlung für den therapeutischen Prozess von zentraler Bedeutung. Dabei sollte das Kind darin unterstützt werden, das erlebte Trauma in das „altersgemäße kindliche Weltbild“ (Fischer/ Riedesser, 2009: 296) zu integrieren. Die Therapie sollte einen altersgemäßen, schützenden und sicheren Rahmen bieten, um dem Kind eine freie Entfaltung seiner Phantasie zu ermöglichen (vgl. Fischer/ Riedesser, 2009: 296).

Unter Berücksichtigung von Übereinstimmung, Wertschätzung und Empathie als Grundverständnis sollte die therapeutische Beziehung eine emotionale Bindung und eine Einigkeit von Therapiezielen und -abläufen mit dem Kind beinhalten. Die Nutzung vorhandener und erarbeiteter Ressourcen in Form von stabilisierenden und körperbewussten Übungen dienen im therapeutischen Setting als Vorbereitung und stärkendes Instrument für den weiteren Therapieverlauf. Auch die Einbeziehung des sozialen, insbesondere des familiären Umfelds, ist in der Therapie zu berücksichtigen

¹⁷ „Traumatherapie ist eine Bezeichnung, die weder berufs-, noch sozialrechtlich geregelt ist. Zusammenschlüsse von Fachleuten und Ausbildungsinstituten, die unterschiedlich enge Kriterien an die Mitgliedschaft stellen, vergeben einige Zertifikate an Ausbildungsinstitute und Einzelpersonen [...]“ (Handke, 2012: 199)

und für die Traumabewältigung von zentraler Bedeutung¹⁸. „Ziel ist immer die allgemeine Stärkung des Selbstwertgefühls und der Ich-Funktionen des Kindes“ (Landholt/ Hensel, 2008: 21).

Die Traumatherapie basiert auf drei Phasen der Behandlung, die sich gegenseitig beeinflussen und aufeinander abgestimmt werden müssen. Zunächst soll in der Phase der (1) *Stabilisierung* eine innere Sicherheit des Kindes im somatischen, sozialen und affektiven Bereich aufgebaut werden, indem ein stabiles und sicheres Beziehungsnetz geschaffen wird. Solange dies nicht gegeben ist und das Kind vor möglichen erneuten Traumatisierungen nicht geschützt ist, ist eine Traumatherapie oft nicht durchführbar. In der Phase der (2) *Traumabearbeitung* wird das Kind nach dem heutigen Wissensstand nicht direkt mit den traumatischen Erlebnissen konfrontiert. Die Art und Weise der Auseinandersetzung wird von verschiedenen Therapieansätzen bestimmt, wie beispielsweise dem spieltherapeutischen Ansatz (vgl. Landholt/ Hensel, 2008: 18 ff.). Das „traumatische Spiel“ nimmt in diesem Zusammenhang eine bedeutende Rolle ein, da die Kinder im Spiel ihre traumatischen Erlebnisse und Situationen in ihrer Phantasie erneut erleben und nach eigenen Möglichkeiten des Auswegs suchen können, indem sie selbst entscheiden wie intensiv und in welchem Umfang das Setting stattfindet. „Im posttraumatischen Spiel können die traumakompensierenden Strategien geprobt werden, die später in traumakompensatorische Schemata eingehen und das minimale kontrollierte Darstellungsfeld strukturieren“ (Fischer/ Riedesser, 2009: 296). Der Fokus sollte darauf gelegt werden, dem Kind durch die Unterstützung seiner kreativen Lösungswege ein Gespür von Kontrolle über seine Umwelt wiederzugeben und das Vertrauen in die Erwachsenenwelt zurückzuerlangen (vgl. Fischer/ Riedesser, 2009: 296). Nach Bearbeitung des Traumas wird der Fokus auf die (3) *Integration* der traumatischen Erlebnisse in das kindliche Lebensbild gesetzt. Diese Phase orientiert sich an zukunftsbezogenen Themen und Handlungsmöglichkeiten, die insbesondere bei Jugendlichen von zentraler Bedeutung sind und in den vorherigen Phasen wenig Raum finden. Unter anderem soll eine Konzentration auf die Opferrolle vermindert werden (vgl. Landholt/ Hensel, 2008: 22).

18 „Ein besonderer Fall liegt bei einer intrafamiliär bedingten Traumatisierung eines Kindes vor, beispielsweise im Rahmen von familiärer Gewalt oder sexuellen Übergriffen durch ein Familienmitglied. In solchen Situationen gilt dem Schutz des Kindes vor weiteren Traumatisierungen das wichtigste Augenmerk und es braucht geeignete Interventionen des Kindesschutzes unter Einbezug der zuständigen Behörden“ (Landholt/ Hensel 2008: 20).

„Die Fokussierung auf eine zukunftsorientierte und salutogenetische Perspektive kann dem betroffenen Kind oder Jugendlichen helfen, sein Leben wieder aktiv in die Hand zu nehmen“ (Landholt/ Hensel, 2008: 22).

Momentan sind „die Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologische fundierte Psychotherapie, die Psychoanalyse, und die Familientherapie“ (Goldbek, 2013: 225) anerkannte wissenschaftlich fundierte Therapiemöglichkeiten. Ebenso konnten sich die Methoden der „Strukturierten Trauma-Intervention“ nach Dorothea Weinberg (2005) und die Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (kurz: EMDR) als traumabearbeitende Psychotherapiemethoden etablieren. Bei sexuell misshandelten Kindern zeigten sich Erfolge bei der Umsetzung von Trauma-Gruppen, mit der Voraussetzung, dass in enger Kooperation mit Jugendämtern, der nicht missbrauchenden Eltern(-teile) und/oder anderen Bezugspersonen gearbeitet wird (vgl. Weiß, 2013: 181 f.; vgl. Goldbeck, 2013: 225).

2. Die Bedeutung von Traumafolgestörungen in Einrichtungen der stationären Kinder- und Jugendhilfe

2.1 Herausforderungen im Arbeitsalltag

Der Arbeitsalltag in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe stellt die zuständigen PädagogInnen sowohl in praktischen als auch in fachlichen Disziplinen vor komplexe Anforderungen. Dies betrifft zum einen Aufgaben, die von Einrichtungen vorgegeben sind und zum anderen traumabedingte Herausforderungen.

2.1.1 ... auf institutioneller Ebene

In der Regel umfassen die alltäglichen Aufgaben Unterstützung und Erledigungen im hauswirtschaftlichen Bereich innerhalb und außerhalb des Hauses (Kochen, Wäsche waschen, Gartenarbeit etc.), Hausaufgaben- und Bewerbungshilfen, Antragsstellungen, Dokumentation, Berichterstellung, Aufsichtspflicht, Einhaltung der Hygienerichtlinien und der KJHG¹⁹-Vorgaben etc. und setzen eine hohe Fähigkeit in Organisation und Zeitmanagement voraus. Im Durchschnitt wohnen in einer Regelwohngruppe acht Kinder und Jugendliche, die nach bestimmten Leistungsvereinbarungen betreut

¹⁹ Kinder- und Jugendhilfegesetz

werden. Diese beinhalten zum einen Vorgaben zur Grundbetreuung wie:

- Rund um die Uhr Betreuung (inklusive Nachtbereitschaft), Gestaltung der Wohnatmosphäre
- Alltagsgestaltung und -bewältigung: Erziehungs-, Versorgungs- und Unterstützende Aufgaben, Befriedigung der Grundbedürfnisse, Zeitstruktur (Tages-, Wochen-, Jahresplan), Freizeitgestaltung, Feierlichkeiten
- Pädagogische Grundleistungen und allgemeine Förderung im alltäglichen Zusammenleben der Gesamtgruppe²⁰.

Zum anderen beinhalten diese Vorgaben eine ergänzende Betreuung (individuelle Leistungsbeschreibung der jeweiligen Einrichtung) als auch eine Zusammenarbeit und Kontaktpflege mit der Herkunftsfamilie. Überwiegend leisten PädagogInnen diese Anforderungen im Einzeldienst und gehen häufig mit einer Grundbelastung und einem Gefühl einher, durch den zunehmenden Zeitdruck den Kindern und Jugendlichen in ihrer Individualität nicht gerecht werden zu können. Hinzu kommt die eigene emotionale Belastung in der Arbeit mit hoch-belasteten Mädchen und Jungen (vgl. Lang, 2013: 127 ff.).

2.1.2 ...auf pädagogischer Ebene

Erfahrene Traumata haben erheblichen Einfluss auf die Selbst- und Verhaltensregulation der Kinder und Jugendlichen und können im pädagogischen Alltag zu enormen Problemen führen. Einige typische Symptome und die spezifischen Herausforderungen für die pädagogischen Fachkräfte werden im Folgenden aufgezeigt (vgl. Schmid, 2013: 58 f.)

Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung

Häufig erfolgen Jugendhilfemaßnahmen, insbesondere die Unterbringung in stationären Wohngruppen, im Alter der Pubertät oder danach. In dieser Phase orientieren

²⁰ Bearbeitung der Erziehungs- und Hilfebedarfe, Förderung in sportlichen und kreativen Aktivitäten, Hausaufgabenbetreuung, Unterstützung und Hinführung einer selbstständigen Lebensführung, Konfliktbewältigung, Erarbeiten von Lösungsstrategien, Auffassen von Impulsen, Stimmungslagen, Bedarfe und Interessen der Kinder und Jugendlichen etc. (vgl. Lang, 2013: 129).

sich Jugendliche in Bezug auf die Bindungsentwicklung überwiegend an Jugendlichen im gleichen Alter und weniger an Erwachsenen. Dies stellt die SozialarbeiterInnen vor die besondere Schwierigkeit eine „emotional besetzte Beziehung“ (Schmid, 2013: 40) zu den Jugendlichen aufzubauen und damit zu arbeiten (vgl. Schmid, 2013: 40). Ebenso erschweren die negativen Bindungserfahrungen und Misstrauen der Kinder und Jugendlichen gegenüber Menschen den Kontaktaufbau. Positives Feedback der Kinder erhalten PädagogInnen folglich selten. Die Angst vor erneuten Beziehungsabbrüchen spielt bei traumatisierten Kindern eine große Rolle und führt in der Beziehungsgestaltung oftmals zu idealistischen Vorstellungen seitens der Kinder, die bei ersten Enttäuschungen häufig zu massiver Abwertung führen.

Schwierigkeiten in der Stresstoleranz und Emotionsregulation

In vielen Situationen reagieren die Kinder auf neutrale Reize mit extremen Reaktionen, infolge einer Assoziation mit dem traumatischen Erlebnis. Verstärkt wird dies durch eine permanente innere Anspannung. Sie haben gelernt ihre Gefühle zu unterdrücken und auszublenden, was für PädagogInnen eine enorme Herausforderung in der Interaktion mit ihnen darstellt, da sie ihre eigenen Gefühlsausbrüche nicht erklären und nicht selbst adäquat darauf reagieren können. „Mit steigender Anspannung reduzieren sich die Handlungsmöglichkeiten, so dass letztlich gravierende Methoden wie Selbstverletzungen, Suizidversuche, aggressives Verhalten, Weglaufen und Drogenkonsum letztlich oft dem Spannungsabbau dienen“ (Schmid, 2013: 60).

Dissoziative Zustände

Die Problematik von dissoziativen Zuständen wird in der Pädagogik oft unterschätzt und findet in diesem Rahmen noch zu wenig Beachtung. Desorientiertheit im räumlichen und zeitlichen Kontext, dissoziatives Nicht-Reagieren bei pädagogischer Kritik und fehlende Partizipation (z.B. in schwierigen Gesprächen) oder eine Nicht-Akzeptanz von Hilfsangeboten, sind Folgen der erlernten Reaktion auf Belastungs- und Stresssituationen. Ebenso gehen der Verlust von Körper- und Schmerzempfindung mit Dissoziation einher und nicht selten werden von den Mädchen und Jungen schwerwiegende Methoden ergriffen, um sich in irgendeiner Weise zu spüren.

Leben nur in der Gegenwart

Für Menschen, die sequenziell traumatische Situationen erlebt haben, spielt sich das Leben im Wesentlichen in der Gegenwart ab. Dies äußert sich einerseits in der Schwierigkeit für die Zukunft zu planen oder vorausschauend zu handeln. Andererseits steigt die Erwartung an die PädagogInnen, Forderungen und Anliegen sofort zu bearbeiten, was erheblich zur Belastung im Arbeitsalltag beiträgt. Dies hat oftmals zur Folge, dass seitens der Jugendlichen „impulsiv Dinge gemacht werden, die langfristig negative Folgen haben“ (Schmidt, 2013: 62).

Probleme der Selbstwirksamkeit

Ebenfalls müssen sich die pädagogischen Fachkräfte darüber bewusst sein, dass die Heranwachsenden durch ihre teils langwierigen Vernachlässigungserfahrungen erhebliche Defizite im kognitiven Bereich aufweisen, die nur bedingt wieder auszugleichen sind. Die durch das Trauma ausgelöste chronische Anspannung stellt die Kinder häufig vor komplexe, für sie nicht lösbare Aufgaben, was die Selbstunwirksamkeitserfahrungen, unter anderem im schulischen Bereich, wesentlich negativ beeinträchtigt. „Leider kann diese Selbstunwirksamkeitserwartung im Extremfall auch rasch dazu führen, dass die Heranwachsenden auch in den Strukturen der stationären Jugendhilfe wieder zum Opfer von Mobbing, körperlicher oder sexueller Gewalt werden“ (Schmid, 2013: 62).

Symptome der PTBS

Überdies stellen die oben aufgeführten typischen Merkmale der PTBS-Symptomatik von Alpträumen, traumatischer Wiedererinnerung und Flashbacks bis hin zu Anspannung und Überregung eine große Herausforderung für die pädagogische Arbeit dar. Besonders das posttraumatische Vermeidungsverhalten hindert die Kinder und Jugendlichen an der sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe. „Ohne ein Verständnis der Ursachen für Vermeidungsverhalten stößt dieses oft auf massive Ablehnung und kann in der Gegenübertragung der MitarbeiterInnen heftigen Ärger auslösen“ (Schmid, 2013: 63; vgl. Schmid, 2013: 59 ff.).

2.2 Aktuelle Situation in stationären Einrichtungen

Untersuchungen ergaben, dass 75 Prozent der Kinder und Jugendlichen in stationären Einrichtungen traumatisiert sind (vgl. Weiß, 2013: 86). In den meisten Fällen handelt es sich um beziehungsabhängige Traumata im Kontext einer Komplextraumatisierung (Trauma-Typ-II). Über 50 Prozent der betreuten Kinder weisen aufgrund ihrer psychischen Störungen Behandlungsbedarf auf und „mehr als ein Drittel [leiden] sogar an mehreren, stark ausgeprägten psychischen Störungen“ (Ziegenhain, 2013: 31). Etwa 60 Prozent der Kinder und Jugendlichen aus stationären Einrichtungen haben nachweislich Missbrauch, Misshandlung und/oder Vernachlässigung erfahren²¹(vgl. Ziegenhain, 2013: 29 ff.). Schmid und Ziegenhain fassen diese Verhaltensproblematiken unter dem Begriff „externalisierte Störungen“ zusammen, also Verhaltensweisen, die das Kind oder der Jugendliche in seine Außenwelt überträgt, wie beispielsweise aggressives und impulsives Verhalten, selbstverletzende oder suizidale Handlungen oder das Missachten von Regeln und Gesetzen. Dagegen zeichnen sich „internalisierte Störungen“ häufig in einer Depression, Angst- oder Essstörungen ab. „Die Wahrscheinlichkeit von Abbrüchen in der Jugendhilfe steigt, je größer die psychosoziale Belastung der Jugendlichen und die Psychopathologie der Jugendlichen ist“ (Schmid, 2013: 41).

Jedes vierte Kind in einem Jugendhilfesystem hat bereits zwei oder mehrere Fremdplatzierungen durchlaufen und somit häufig erneut einen Beziehungsabbruch erfahren, welcher massive Auswirkungen auf die Bindungsfähigkeit hat (vgl. Schmid, 2013: 37 ff.; Ziegenhain, 2013: 31 f.). „Jeder Verlust von Bezugspersonen und Abbruch von vorhergehenden Hilfen wirkt sich schädlich auf die Bindungsfähigkeit eines Kindes aus und beeinflusst dadurch somit auch den Erfolg der aktuellen Maßnahme“ (Schmid, 2013: 39). Ebenso beeinflusst eine hohe Anzahl an Abbrüchen das Risiko für häufigere und schwerere Strafdelikte, einer langfristigen Beeinträchtigung der sozialen Teilhabe und hängt mit höheren Folgekosten in der medizinischen Versorgung zusammen (vgl. Schmid, 2013: 64 f.). „Ein Problem für die Heimerziehung ergibt sich sicher auch daraus, dass Heimerziehung in der Hierarchie und der Eskalation der Hilfen ganz am Ende steht und oft erst in Erwägung gezogen wird, wenn ambulante Hilfen oder Pflegeverhältnisse zuvor gescheitert sind, sich die Verhältnisse in der Familie derart zugespitzt haben oder andere weniger kostenintensive Hilfen nicht mehr

21 Dies ergab eine Studie aus England (vgl. Ziegenhain, 2013: 31).

in Frage kommen“ (Schmid, 2013: 40).

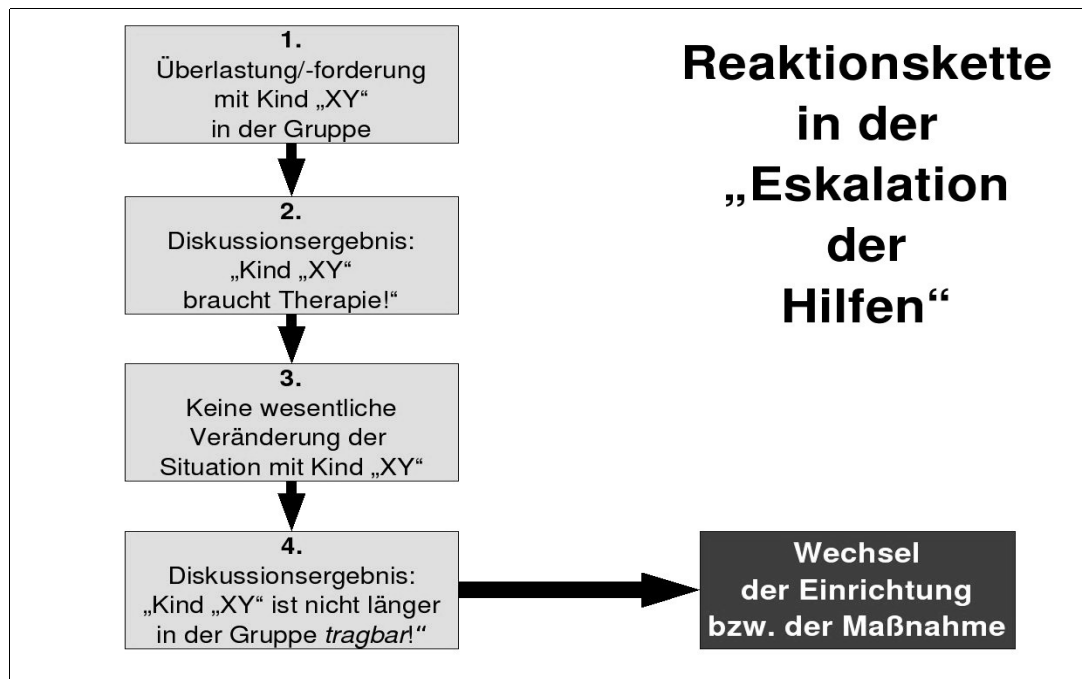
2.3 „Besonders schwierige“ Kinder²²

Mit den schwierigen Fällen im Jugendhilfesystem sind häufig diejenigen gemeint, die die Jugendhilfe und die jeweiligen Kooperationspartner, wie z..B. Jugendpsychiatrie, „an die Grenzen ihrer Strukturen und Handlungskonzepte, ihrer Zuständigkeiten, ihrer gesetzlichen Aufträge und Finanzen, an die Grenzen der Geduld von Professionellen und auch an die Grenzen öffentlicher Akzeptanz für abweichendes und auffälliges Verhalten“ (Ader, 2004: 438) bringen. Was alle diese Kinder gemeinsam haben ist eine belastende Lebensbiographie und eine von Unzuverlässigkeit, Unsicherheit, Vernachlässigung und Gewalt, von Versagung und Enttäuschung geprägte Beziehungserfahrung. Häufig haben ihre Eltern gleiche Erfahrungen gemacht und geben diese an ihre Kinder weiter. Neben innerfamiliären psychischen und sozialen Belastungsfaktoren kommen beeinträchtigte Sozialisationsbedingungen hinzu, die zu prekären Lebens- und Familienverhältnissen führen. Doch dies ist nicht alleinige Ursache dafür, dass Kinder zu „schwierigen“ Fällen deklariert werden. Wenn Kinder von den beteiligten Fachkräfte der Institutionen in ihrem Verhalten, unter anderem im Reproduzieren ihrer erfahrenen Muster in den Hilfeprozessen nicht oder nicht frühzeitig verstanden werden, kann dies zu einer Verschärfung statt Reduzierung der Probleme führen. Häufig haben sie bereits viele Stationen der Jugendhilfe durchlaufen, bis sie in in der jeweiligen Maßnahme als „nicht mehr tragbar“ gelten und somit wiederholt gleiche Muster ihrer ambivalenten und diskontinuierlichen Familiensituation erfahren (vgl. Ader, 2004: 437 ff.). Kinder und Jugendliche, die an psychischen Störungen leiden haben erheblich mehr Probleme damit, stabile und kontinuierliche Bedingungen in Fremdunterbringungen zu erreichen (vgl. Schmid, 2007: 26). „Eine psychische Störung, insbesondere eine Störung des Sozialverhaltens, bleibt neben dem höheren Alter der beste Prädiktor für das Scheitern der Hilfemaßnahmen, insbesondere von Vollzeitpflegeverhältnissen [...]. Ein Großteil dieser Abbrüche führt zu einer späteren erneuten Heimaufnahme und zu einem Teufelskreis aus Bindung und Ausstoßung“ (Schmid, 2007: 26). Hinzu kommt in vielen Fällen eine zu einseitige und auf die Verhaltensauffälligkeiten fixierte Fallbearbeitung, in der ein kritischer Blick auf

²² Bei diesen in Anführungszeichen gesetzten Wortlauten handelt es sich um eine subjektive Charakterbeschreibung von Kindern meist durch Erwachsenen (vgl. Ader, 2004: 437).

das Familien- und Hilfesystem kaum gegeben ist (vgl. Ader, 2004: 439 f.).

Abb. 2: Reaktionskette in der Eskalation der Hilfen



(vgl. Kühn, 2006: 2)

Kühn beschreibt in Abb. 2 einen Ablauf, der häufig hinter dem Scheitern einer Jugendhilfemaßnahme steht und in der Jugendhilfe gängige Praxis ist. Die Betroffenen sind meist Kinder bzw. Jugendliche, die „keine anerkannten Bewältigungsstrategien für hochgradig belastende biographische Gewalterfahrungen“ (Kühn, 2006: 2) erlernt haben. Die erste Stufe stellt eine Überlastungs- bzw. Überforderungssituation der PädagogInnen mit dem Kind „XY“ dar, die zu einer allgemeinen stressigen Gruppenatmosphäre führen. Die nächste Stufe beschreibt die Entscheidung des Teams für eine therapeutische Maßnahme des Kindes „XY“, da der Stresspegel in Situationen stetig zunimmt und die Gefahr einer Blockade auf pädagogischer Handlungsebene besteht. Der dritten Stufe ist zu entnehmen, dass obwohl das Kind therapeutisch angebunden ist, keine wesentliche Veränderung im stressbelasteten Gruppenalltag zu sehen sind. Folglich kommt es zu einem erneuten Beschluss des Teams, dass das Kind „XY“ ist hier nicht länger tragbar und folglich die Einrichtung bzw. die Maßnahme wechseln muss (vgl. Kühn, 2006: 2 f.).

Ein Wechsel des Kindes oder Jugendlichen in ein anderes stationäres Setting ist

demnach häufig ein Ausdruck von Handlungsunfähigkeit und Selbstunwirksamkeit der pädagogischen Fachkräfte, da der Entwicklungsverlauf zu stagnieren scheint und die oftmals umfassende Symptomatik und die darauf zurückzuführenden Verhaltensmuster eine sehr belastende Wirkung für das Team darstellt (vgl. Schmid, 2013: 42). Dies lässt erkennen, dass die schwierige Situation dieser Kinder nicht allein durch Einzelereignisse oder -erfahrungen im Familiensystem ausgelöst wurden und sie zu GrenzgängerInnen machte, sondern immer ein „Zusammenwirken verschiedener Faktoren und Konstellationen im Klienten- und Hilfesystem“ (Ader, 2004: 440) darstellt (vgl. Ader, 2004: 439 f.). „Bei 'besonders schwierigen' Kindern und Jugendlichen kann es sich also um 'Grenzgängerinnen' und 'Grenzgänger' handeln, die dringend einer gut ineinander greifenden Hilfe vonseiten der Kinder und Jugendhilfe wie der Kinder- und Jugendpsychiatrie bedürften, ohne diese immer zu bekommen“ (BMFSFJ, 2009: 217).

2.4 Bedarfe traumatisierter Kinder und Jugendlicher

Mit Hilfe der Psychotraumatologie konnten gezielt Bedarfe benannt und Möglichkeiten erarbeitet werden, Kinder und Jugendliche im Rahmen der Traumapädagogik in ihrem Alltag oder in Einzelkontakten zu fördern:

- „Achtsamkeitstraining zur Reduktion der Dissoziationsneigung und Förderung der Sinnes- und Körperwahrnehmung
- Förderung der Bindungs- und Mentalisierungsfähigkeit
- Verbesserung der Emotionswahrnehmung und Emotionsregulation
- Steigerung der Selbstfürsorge
- Steigerung der Selbstwirksamkeit und sozialen Kompetenz
- Förderung von Resilienzfaktoren“ (Schmid, 2013: 64).

„Zentrale Anforderungen an die Arbeit mit traumatisierten Menschen sind also die Einführung von Möglichkeiten der Kontrollerfahrung, der Selbstregulierung und die Möglichkeit, eine verlässliche Beziehung im sicheren Kontext zu erleben. Dadurch entsteht Stabilität, die immer daran messbar ist, ob das Auslösen einer Notfallreaktion verhindert oder reguliert werden kann“ (Handke, 2012: 201).

3. Ansätze und Konzepte der Traumapädagogik in der Kinder- und Jugendhilfe

3.1 Was versteht man unter Traumapädagogik

Traumapädagogik begleitet von Missbrauch, Vernachlässigung und Misshandlung betroffene Kinder und Jugendliche auf Basis der Sozialpädagogik und Psychotraumatologie und versteht sich als „notwendige Voraussetzung, Begleitung und Ergänzung eines entsprechenden Therapieprozesses“ (Handke, 2012: 199). Von zentraler Bedeutung ist ein umfangreiches Wissen über die Folgestörungen von Traumata, um den Kinder in ihren alltäglichen Bedürfnissen mit einem anderen Verständnis zu begegnen. Grundlegende Aufgaben bestehen in der „Schaffung gewaltfreier Orte²³ [...], der Förderung der Selbstkontrolle und Selbstwirksamkeitserfahrung und der Wiederherstellung der Teilhabe an sozialen und gesellschaftlichen Prozessen“ (Handke, 2012: 199). Sowohl die Stärkung der Mitarbeiter in ihrem Erleben und ihrer Selbstwirksamkeit in der Begegnung mit den Mädchen und Jungen als auch die Strukturierung der Einrichtung selbst sind als Themen beinhaltet (vgl. Schmid, 2013: 56). Traumapädagogik ist im Zusammenhang mit verschiedenen Bezugswissenschaften wie „Psychotraumatologie, Bindungs- und Resilienzforschung, Psychoanalyse und therapeutischen Disziplinen“ (Weiß, 2012: 90) zu verstehen (vgl. Weiß, 2013: 90).

3.2 Bedeutung von Traumawissen

Die Traumaufarbeitung darf heutzutage nicht nur an die Psychotherapie abgegeben werden, da sich die Auswirkungen eines Traumas überwiegend im Alltag der Kinder und Jugendlichen bemerkbar macht. Demnach muss sie auch als fester Bestandteil in die Pädagogik integriert werden. Häufig sind PädagogInnen in Bezug auf traumaspezifische Bewältigungsmuster der Kinder und Jugendlichen, insbesondere in Bereichen der Beziehungsarbeit oder in der Übertragung von Traumaerfahrungen und Stressregulation, überfordert, zumal Fachkräfte in der Ausbildung bis heute nicht im Umgang mit „traumatischen Erinnerungsebenen“ (Weiß, 2013: 85) vorbereitet werden. Überforderung seitens der Fachkräfte hat nicht selten zur Folge, dass besonders „schwierige Kinder“ in den jeweiligen Einrichtungen nicht mehr gehalten werden

23 „und einer Thematisierung auch institutioneller Gewalt“ (Kühn, 2012: 199).

können und einen (weiteren) Wechsel erleben müssen (vgl. Weiß, 2013: 85 f.). „So ist es ein bis zum heutigen Tage nicht zu akzeptierender Sachverhalt, dass statistisch jede fünfte stationäre Jugendhilfemaßnahme innerhalb des ersten Jahres vorzeitig beendet wird und dies nicht, weil sie in diesem Zeitraum erfolgreich verlaufen wäre, sondern weil es dem professionellen Setting nicht gelungen ist, sich als realistische, wirksame Hilfe für das Mädchen oder den Jungen zu erweisen“ (Kühn, 2012: 190). Vonseiten der Fachkräfte können unzureichendes Wissen über die Traumatologie oder fehlende stabilisierende Selbstregulation bei Überforderungssituationen zu erhöhten „emotionale[n] Abstumpfungserfahrungen bis hin zu retraumatisierenden Gegenreaktionen“ (Kühn, 2012: 190) führen, die sich destruktiv auf die Bindungsbeziehung zu dem Kind auswirkt (vgl. Kühn, 2012: 190 f.).

Mit Hilfe von Basiswissen können die PädagogInnen frühzeitig die verschiedenen Emotionslagen der betreuten Kinder wahrnehmen und fachlich angemessen darauf eingehen um ihnen mögliche „negative Reinszenierungen von früheren traumatischen Beziehungserfahrungen zu ersparen“ (Schmid, 2013: 57). Demnach ist es wichtig, den professionellen HelferInnen sowohl das erforderliche Fachwissen über die Folgestörungen eines Traumas und die Bedeutung der resultierenden pädagogischen Handlungsebene mit Kindern und Jugendlichen zu vermitteln, als auch eine Sensibilität für das eigene Gefühlsleben und das der Kinder zu schaffen (vgl. Schmid, 2013: 57 f.). „Durch die Kenntnis der Wirkung von Traumata und ihrer Einwirkung auf Gehirn und Verhalten lassen sich die Verhaltensweisen der Kinder aufgrund ihrer Geschichte als völlig normal und nachvollziehbar erkennen. Daher ist die Kenntnis der Psychotraumatologie sowohl für Professionelle in Einrichtungen der Erziehungshilfen als auch für die Kinder selbst in hohem Maße erleichternd“ (Dittmar, 2013: 243).

3.3 Grundhaltung der BAG Traumapädagogik

Ein wesentlichen Bestandteil der Traumapädagogik bildet die Grundhaltung, die unter Berücksichtigung der Kenntnis über Traumafolgestörungen und der belasteten Biografie, den Kinder und Jugendlichen gegenübersteht. Der Fokus liegt hier bei den Ressourcen und der Resilienz der Kinder.

Sicherer Ort

Die Schaffung eines sicheren Ortes ist für die Arbeit mit traumatisierten Kinder und Jugendlichen unabdingbar. Dies muss ein Ort sein, an dem sie sich sicher und geborgen fühlen um sich von ihren Schutzmechanismen zu lösen, die sie so lange beibehalten bis sie alle Bedenken eines möglichen erneuten Beziehungstraumata innerhalb dieses Umfelds ausschließen können. „Hierzu gehören der Schutz vor weiteren Traumata und Retraumatisierungen – also auch Formen der Gewaltprävention, ferner die Schaffung eines unterstützenden Milieus durch die Bezugspersonen und Institutionen“ (Strauß, 2012: 223). An diesen Ort sollen die Kinder Transparenz und Berechenbarkeit, Beachtung, Beziehungsangebote, Wertschätzung, Partizipation, Ermutigung, individuelle entwicklungsentsprechende Förderung und Freude erfahren.

Wertschätzung

Ein Grundverständnis von Wertschätzung und einer verstehenden Haltung, ist in der pädagogischen Arbeit von fundamentaler Bedeutung. Häufig verhalten sich Kinder und Jugendliche aufgrund ihrer Traumatisierung auf einer Art und Weise, die für eine Gruppendynamik sehr belastend sein kann und/oder ihr Verhalten von anderen als störend und schwierig wahrgenommen wird. Um überleben zu können und sich in ihre Umwelt einzufügen, haben diese Kinder Strategien zur Abspaltung ihrer Bedürfnisse entwickelt. Diese Überlebensstrategien sind somit „völlig logische Verhaltensweisen auf eine unnormale Lebenssituation“ (Lang T./ Lang B., 2013: 109). Auch wenn sich die Lebenssituation der Kinder und Jugendlichen geändert hat, halten diese Handlungsmechanismen fortwährend an (vgl. Lang T./ Lang B., 2013: 108 f.; vgl. BAG-TP, 2013: 86 f.). „Die Gehirn-, Wahrnehmungs- und Emotionsentwicklung traumatisierter Kinder ist [...] geprägt durch die Verstärkung von negativen Mustern. Es herrscht eine ständige Aktivierung ihres Panik- und Furchtsystems“ (Lang T./ Lang B., 2013: 108). Der Fokus für die PädagogInnen besteht darin, ihnen in Situationen, in welchen sie mit ihren erlernten Überlebensmuster und -strategien reagieren, mit würdiger und wertschätzender Haltung gegenüberzustehen, ohne diese Verhaltensweisen dabei gutheißen zu müssen. Dies kann ein „entscheidender erster Schritt [sein], den Kindern und Jugendlichen zu ermöglichen, ihr belastendes Verhalten im Kontext seiner Notwendigkeit zu reflektieren und möglicherweise alternative Verhal-

tensweisen zu entwickeln“ (BAG TP, 2013: 87).

Eine wertschätzende Haltung sollte jedoch nicht nur den Kindern und Jugendlichen entgegengebracht werden. Auf institutioneller Ebene muss ein positiver Rahmen für die MitarbeiterInnen und deren Fähigkeiten gegeben sein, in dem sie sich angenommen fühlen (vgl. Weiß/ Schirmer, 2013: 114). „Im Konzept der Traumapädagogik geht es darum, dass sich die Grundhaltung der Wertschätzung auf allen Ebenen der Institution mit einer grundlegenden Verbindlichkeit wiederfindet und gelebt wird“ (Weiß/ Schirmer, 2013: 114).

Annahme des guten Grundes

Für die komplex traumatisierten Mädchen und Jungen ist es schwer vorstellbar, dass es für ihr Verhalten eine „guten Grund“ gibt. Gerade weil ihre Verhaltensmechanismen in ihrem Umfeld auf Irritationen und Ablehnung stoßen, sie selbst als nicht normal aussehen lassen und oftmals mit großer Scham behaftet sind. Mit dem Wissen und der Annahme der PädagogInnen, dass hinter jedem abweichenden Verhalten ein „guter Grund“ steht, kann ein Gefühl von Sicherheit vermittelt werden, das in erster Linie durch sicheres Verhalten der PädagogInnen ausgeht. Dies entlastet die Kinder von Schuld- und Schamgefühlen und gibt die Möglichkeit, in einem gemeinsamen Prozess die Gründe ihres Verhaltens zu erarbeiten²⁴. Eine Möglichkeit wäre, in gemeinsamen Teamsitzungen Hypothesen zu den Hintergründen und Zusammenhängen der Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen aufzustellen und mögliche „gute Gründe“ herauszuarbeiten. Dies kann eigene Unsicherheiten aus dem Weg räumen und zu einer veränderten Haltung dem Kind gegenüber führen. Dadurch wird verhindert, „gegen das Kind zu kämpfen, es abzulehnen, 'es zu bestrafen oder ihm Dinge vorzuenthalten' [...] oder in Widerstand zu ihm zu gehen“ (Lang T./ Lang B., 2013: 110) und stattdessen den Fokus auf Beistand und Zuwendung zu setzen (vgl. Lang T./ Lang B., 2013: 108 ff.).

Partizipation

Partizipation in der Traumapädagogik bedeutet die aktive Mitgestaltung und Entscheidungsgewalt von Kindern und Jugendlichen in allen Bereichen, die das gemein-

²⁴ „Die PädagogInnen nehmen an, dass es einen guten Grund gibt, [...] sie legen die guten Gründe jedoch nicht fest, sie behaupten nicht, sie zu kennen“ (Lang, T/ Lang, B., 2013: 110).

schaftliche Wohnen betreffen. Dies stellt jedoch keine 'Ent-Machtung' (Kühn, 2013: 140) der PädagogInnen dar, sondern räumt den Kindern eine höhere Beachtung in ihren Belangen und Themen ein. In einem gemeinsamen Lernprozess von Betreuten und Betreuenden muss die positive Wirksamkeit dieses Verfahren gesehen und erlebt werden. Dies bedeutet auch, alte Ansichten und Denkweisen gegebenenfalls aufzugeben und eine neue Kommunikationskultur innerhalb der Institution zu schaffen, die sich für alle Beteiligten als Gewinn bringend erweist.

Folglich ist Partizipation nicht nur in Bezug auf Organisationsstrukturen zu betrachten, sondern muss als pädagogische Grundhaltung gesehen werden. Der Fokus liegt dabei auf der Entstehung eines „umfassenden Dialogs“ zwischen PädagogInnen und den betreuten Kindern und Jugendlichen. Es bedeutet, die Auswirkung seines Handelns auf sein Gegenüber wahrzunehmen und zu erfassen. Häufig haben Kinder mit traumatischen Erlebnissen in früher Kindheit den „natürlichen Dialog“²⁵ mit der Bezugsperson – in der Regel mit der Mutter – nicht erfahren oder als gestört erlebt. In diesem Fall ist das Urvertrauen und das Vertrauen in die Umwelt auf gravierende Weise beeinträchtigt. Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen haben angesichts des Wechsels ihres Lebensumfeldes „nicht nur eine massive Fremdeinwirkung oder -bestimmung, sondern eine überflutende Existenzbedrohung, der [sie] schutzlos ausgeliefert“ (Kühn, 2013: 142) sind, erfahren. Das stellt für die PädagogInnen eine besondere Herausforderung hinsichtlich der Wiederherstellung des Dialogs zwischen Ihnen und dem Kind dar. Vordergründig ist hier vorerst die Gewährleistung eines sicheren Umfelds, eines „sicheren Ortes“, der die Grundlage eines „umfassenden Dialogs“ und die Vertrauensbildung schafft. Partizipation trägt dazu bei, das Vertrauen des Kindes in Interaktion mit Erwachsenen bzw. PädagogInnen aufzubauen, indem man ihm Möglichkeiten zum Wählen und Kontrollieren einräumt. „Nur auf Basis neuwertiger, positiver emotionaler Erfahrungen, die sozusagen die negativen cerebralen Speicherungen²⁶ langsam nutzungsabhängig verändern und ersetzen, kann es so auch zu positiven Alternativen auf Handlungsebene kommen, die wiederum einen neuen inneren Erfahrungskontext herstellen“ (Kühn, 2013: 143). In der Pra-

25 Damit ist der beginnende Dialog – auch schon in der pränatalen Phase – i.d.R mit der Mutter gemeint, wie beispielsweise die automatische Zuwendung der Mutter auf die Reflexe des Säuglings zur Nahrungsaufnahme oder die Reaktion auf das Lächeln der Bezugsperson (vgl. Kühn, 2013: 141).

26 Hier ist die Abspeicherung im Gehirn von negativen Erfahrungen und Begleiterscheinungen im Kontext des Traumas gemeint (vgl. Kühn, 2013: 142).

xis können sich professionelle Helfer an den „Stufen der Partizipation“ orientieren:

- *Stufe 0 – Nicht-Information, Manipulation*: Hier besteht die Gefahr von (wiederholt erfahrender) Fremdkontrolle; die fehlende Transparenz bezüglich Prozessen und Handlungen führt zu dem Gefühl ausgeliefert zu sein und ist daher in jedem Fall zu vermeiden
- *Stufe 1 – Information (Mindestanforderung)*: Bedeutet die unverzügliche Weitergabe von Informationen, die das Kind betreffen, auch über Handlungsschritte in Konfliktsituationen; das Kind lernt Prozesse einzuschätzen
- *Stufe 2 – Mitsprache*: Das Kind wird nach seiner Meinung gefragt, die Betreuer geben jedoch die Richtung an
- *Stufe 3 – Mitbestimmung*: Beteiligung des Kindes am Entscheidungsverfahren
- *Stufe 4 – Selbstbestimmung*: Das Kind erlebt, eigenverantwortlich zu handeln, darf jedoch nicht überfordert werden.

Ebenso können zusammen mit den Kindern und Jugendlichen Programme und Ideen zur Gewaltprävention innerhalb der Gruppe erarbeitet und Verhaltensstrategien erlernt werden (vgl. Kühn, 2013: 139 ff.). „Partizipatives Denken und Handeln ist in diesem Sinne ein wesentlicher Faktor heilpädagogischer Betreuung und Förderung“ (Kühn, 2013: 147).

Transparenz

Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen haben durch ihre Vorgeschichte meist negative Erfahrungen im Bereich Machtausübung und einen strukturlosen Umgang mit ihren Grundbedürfnissen erlebt. Deshalb ist es umso wichtiger, dass sie „einen transparenten verantwortungsvollen Umgang mit Hierarchien, Strukturen und Machtverhältnissen erleben“ (BAG-TP, 2013: 89). Dieser „sichere Ort“ muss für sie berechenbar und verständlich gestaltet werden (vgl. BAG-TP, 2013: 89).

Spaß und Freude

Um einen inneren Ausgleich bei emotional stark belasteten Kindern und Jugendlichen zu schaffen und sie in ihrer Widerstandsfähigkeit zu stärken ist es auch Aufga-

be der Traumapädagogik *Spaß und Freude* mehr Raum zu geben. Denn mehrheitlich positives Erleben fördert und unterstützt die Entwicklung des Kindes nachhaltig (vgl. BAG-TP, 2013: 89).

3.4 Methoden der Traumapädagogik

Verschiedene (Teil-) Konzepte und Ansätze zur Traumapädagogik bieten unter anderem:

- „*ICH BIN. Arbeitsmaterial zur Unterstützung der SELBSTentwicklung*“ (Lutz 2013)
- „*Stabilisierung und (Selbst-) Fürsorge für pädagogische Fachkräfte als institutioneller Auftrag*“ (Lang 2013)
- „*Konzept des therapeutischen Milieus*“ (Gahleitner 2011, 2012)
- „*Traumazentrierte Pädagogik*“ (Uttendörfer 2008)
- „*Institutionelle Standards – Worauf es bei traumapädagogischen Konzepten in den Institutionen ankommt*“ (Schirmer 2013).

Im Folgenden werden drei ausgewählte Methoden zur Umsetzung traumapädagogischer Arbeit in der stationären Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aufgeführt.

3.4.1 Bindungspädagogik

Jeder Säugling hat nach der Geburt das natürliche Bedürfnis, sich an jemanden zu binden und eine emotionale Sicherheit aufzubauen. Dieses Bedürfnis bleibt auch über die Säuglingsphase hinaus in allen Altersstufen bestehen. Durch den sicheren Kontakt zu einer Bezugsperson können Kinder ihr Bedürfnis, die Welt zu erkunden (Explorationssystem), ausleben, da sie im Falle einer Bedrohung immer wieder in ihren sicheren Hafen zurückkehren können und dort Schutz finden²⁷(vgl. Brisch, 2013: 150). Die frühkindlichen Erfahrungen in Bezug auf Bindung (Bindungsmuster²⁸) wer-

27 Diese Bindungstheorie beruht auf den Kenntnissen von dem Psychiater und Psychoanalytiker John Bowlby (vgl. Brisch, 2013: 150).

28 „Werden Bedürfnisse des Kindes feinfühlig befriedigt, entsteht ein *sicheres Bindungsmuster*. Wird auf kindliche Bedürfnisse eher mit Zurückweisung reagiert, entsteht ein *unsichere-vermeidendes Bindungsmuster*. Werden die Bedürfnisse sowohl feinfühlig als auch ablehnend [...] beantwortet, entsteht ein *unsicher-ambivalentes Bindungsmuster*.[...] *Desorganisierte Bindungen* sind dagegen auf traumatische Erfahrungen zurückzuführen. Dabei werden die Bindungspersonen [...] zur Quelle von Furcht und Angst“ (Lang, 2013: 189 f.).

den verinnerlicht und „bilden als innere Arbeitsmodelle eine wesentliche Grundlage für seine psychische Organisation und die Handlungsgrundlage für das Kind im Umgang mit seinen Gefühlen, dem Verhalten in Beziehungen bei emotionaler Belastung, dem Aufbau eigener Beziehungen und der Entwicklung von Selbstwertgefühl und Kompetenz“ (Scheurer-Englisch, 1998: 72; zit.n. Lang, 2013: 189; vgl. Lang, 2013: 189). Wenn Kinder ein unsicheres Gefühl oder sogar Angst gegenüber der Bezugsperson empfinden, sind sie für Lernprozesse emotional und kognitiv eingeschränkt, was die schulischen Erledigungen oder das Erlernen neuer Spiele massiv beeinträchtigt. Somit ist in Bezug auf Bindungsbeziehung die primäre Aufgabe der Pädagogik heraus, das Angstempfinden des Kindes abzubauen und ein Sicherheitsgefühl durch und in der Präsenz der Bezugsperson aufzubauen (vgl. Brisch, 2013: 150 f.). Die Bindungspädagogik beschreibt also die Beziehungsgestaltung zwischen PädagogInnen und Kindern unter Berücksichtigung der bisherigen Bindungserfahrungen der Mädchen und Jungen (vgl. Lang, 2013: 187).

Die traumatische Übertragung

Jeder Mensch projiziert seine Bindungserfahrungen auf die Interaktion mit anderen Beziehungspartnern. Kinder und Jugendliche, die beziehungsabhängige traumatische Situationen durch sexuelle Gewalt, emotionale oder physische Misshandlung oder Vernachlässigung erlebt haben, übertragen diese Erfahrungen auf die anderen BewohnerInnen und BetreuerInnen der Wohngruppe. Diese Erfahrungen sind meist durch hoch-unsichere oder/und desorganisierte Bindungsmuster gekennzeichnet. Auch wenn sich die Lebenssituation sowohl räumlich verändert hat als auch Schutz und Sicherheit bietet, bleibt die Beziehung zu den PädagogInnen stets von der „Präsenz der Täter und der Präsenz des traumatischen Geschehens“ (Lang, 2013: 193) beeinflusst. Somit stecken die Kinder und Jugendlichen in einem inneren Konflikt, der einerseits auf den negativen Bindungserfahrungen in der Vergangenheit beruhen und andererseits mit dem Angebot der fürsorglichen, stabilen und haltgebenden Bindungen, jedoch mit der Angst vor erneuter Verletzung, einhergehen. „Dieses Dilemma der Kinder und Jugendlichen ist stets das zentrale Thema der Bindungsgestaltung“ (Lang, 2013: 194).

Gegenübertragung

Diese traumatische Übertragung löst bei den betreuenden PädagogInnen häufig eine traumatische Gegenübertragung – oder Gegenreaktion – aus. Überwältigt von den Erlebnissen und (hoch-unsicheren) Bindungs- und Verhaltensmustern der Mädchen und Jungen, unterstellen PädagogInnen dies häufig als absichtliches, feindseliges Verhalten, welches wiederum bei den PädagogInnen ungewöhnliche Reaktionen hervorruft. Dies kann bei den Kindern eine Wiederholung der vorherigen Beziehungsmuster der Täter-Opfer-Beziehung auslösen. „Ärger, Wut, Verzweiflung sowie Hilflosigkeit und Ohnmacht werden dadurch verstärkt, dass durch die hoch-unsicheren Bindungen der Mädchen und Jungen – durch ihre „Nichtbindungen“ - die PädagogInnen sehr wenig Anerkennung, Wertschätzung oder Wohlwollen zurückbekommen“ (Lang, 2013: 195). In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass auch die pädagogischen Fachkräfte ihre Bindungserfahrungen auf die Interaktion mit den Kindern und Jugendlichen übertragen und bei Stress- und Belastungssituationen ihre Reaktionsmuster Ausdruck erfahrener Anpassungsstrategien sind.

Bindungsorientierte Kommunikations- und Interventionsmöglichkeiten:

PädagogInnen – Kinder

Kinder und Jugendliche gehen nach einer Aufnahme in eine stationäre Einrichtung (Wohngruppe) davon aus, dass sich vorerst nichts ändern wird, da sie nach wie vor durch ihre negativen Erfahrungen in Bindungsbeziehungen geprägt sind. So lösen positive Absichten, wie beispielsweise ein Lächeln oder nette Gesten der pädagogischen Fachkräfte häufig erst einmal Unsicherheiten bei den Kindern und Jugendlichen aus. Ihre eigene Interpretation dessen, nämlich dass niemand ihnen etwas Gutes tun will und dass sie in ihrer Person nicht wertgeschätzt und angenommen werden, bietet ihnen vorerst Sicherheit, da es ihnen vertraut ist und als Selbstschutz dient. Wenn das Ziel also erst mal ein Zustand zur Herstellung einer „Ent-Ängstigung“ ist, muss man sich über die Steuerungssysteme in unseres Gehirns und unseres Nervensystems bewusst sein. Wir orientieren uns bei möglicher Gefahr und Unsicherheit an Körperhaltung, Gesichtsausdruck und Stimmlage unserer Bezugsperson und wollen sichergehen, dass alles in Ordnung ist. Wenn von dieser Person keine Sicherheit ausgeht, wird das Kampf- und Fluchtsystem aktiviert. Wenn auch dies sich

nicht als Bewältigungsstrategie erweist, setzt der Notfallmechanismus der Erstarrung und Dissoziation ein. „Bindungstraumatisierte Kinder und Jugendliche reagieren sehr sensibel auf *nonverbale Botschaften*. Es gehört zu ihren Überlebensstrategien, gut zu beobachten und Signale drohender Gefahr oder Abwertung früh zu erkennen“ (Lang, 2013: 200). Demnach ist es Aufgabe der Traumapädagogik, Ent-Ängstigung in Beziehungen zu bewirken. PädagogInnen können nonverbale Kommunikation auch als Vermittlung von Sicherheit und Stärkung nutzen, wie beispielsweise aufmuntern-des Augenzwinkern, unterstützendes Kopfnicken oder sanftes Berühren im Schulterbereich²⁹.

Durch das Konzept des Bezugsbetreuungssystems und dessen klare Zuständigkeit erfahren Kinder und Jugendliche Verlässlichkeit, Sicherheit und Klarheit. Durch die Regelmäßigkeit geplanter gemeinsamer Zeit mit dem „Bezugskind“ wird die Individualität gefördert und es kann eine stabile Beziehung entwickelt werden.

Des Weiteren stellt sich für viele Kinder und Jugendliche die Fähigkeit des sozialen Miteinanders als Herausforderung dar. Insbesondere in Wohngruppen ist das Risiko der Reinszenierung von vorherigen Bindungserfahrungen der Kinder groß und mit ihren bisherigen Überlebens- und Verhaltensstrategien kommen häufig Konflikte in der Interaktion mit anderen Bewohnern auf. Um ihnen die benötigte Orientierung zu bieten, müssen überschaubare und nachvollziehbare Regeln erarbeitet werden, die im Alltag stets erläutert und immer wieder erklärt werden, damit ihr Sinn dahinter verständlich wird.

Eine zentrale Bedeutung hat zudem das bewusste Umgestalten von Alltagssituationen, die bei den Mädchen und Jungen zu Unsicherheit führen und in der stationären Arbeit in Wohngruppen häufig aufzufinden sind. „Bindungsverhalten wird vor allem bei Angst, Einsamkeit, Schmerz und Unsicherheit aktiviert. So sind im Alltag Übergänge aller Art, Abschiede und Trennungen, Krankheiten und Arztbesuche, Veränderungen oder Herausforderungen bindungsrelevante Situationen“ (Lang, 2013: 203). Diese Situationen müssen im Vorhinein ausführlich besprochen werden, denn nur so können auch korrigierende Erfahrungen gemacht und die Gewissheit geschaffen werden, dass Veränderungen, Abwesenheit oder Abschied keine existentielle Gefahr

29 „Derartige nonverbale Interventionen sind, wie alle anderen Interventionen auch, in einer bindungs- und traumasensiblen Arbeit auf ihre Wirksamkeit hin bzw. auf ihre Gefahr hin zu triggern, zu überprüfen bzw. vorab abzuklären“ (Lang, 2013: 201).

darstellen. „Bindungsorientierte Pädagogik bedeutet daher, hinter den irritierenden Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen stets die teilweise kaum wahrnehmbaren Bindungsbedürfnisse zu erkennen und Möglichkeiten zu erarbeiten, diese zu versorgen“ (Lang, 2013: 205).

PädagogInnen – Institution

Für eine gelingende bindungsorientierte Kommunikation und Intervention zwischen PädagogInnen und Institution (Leitung, KollegInnen, strukturelle Bedingungen) ist die Gewährleistung von Sicherheit und Versorgung³⁰ in der Arbeit mit komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen zentraler Bestandteil. So muss beispielsweise in der Fallarbeit eine Reflexion über die Dynamiken der Übertragung und Gegenübertragung stattfinden, um den belastenden Emotionen der SozialarbeiterInnen Raum zu geben. Durch hohe Arbeitsbelastung wird auch das Bindungssystem der Pädagogen aktiviert und ihr Verhalten ist von Unsicherheit und Ängsten beeinflusst. Folglich muss dieser Mechanismus als biologischer Vorgang verstanden werden und nicht als Anzeichen fehlender Professionalität. Ein stetiger Austausch in der Fallarbeit ist essentiell um die emotionale Versorgung der PädagogInnen sicherzustellen.

Kind – Institution

Auch die Kinder und Jugendlichen müssen durch die Institution Gewissheit und Sicherheit erfahren. Es muss gewährleistet sein, dass ihr Platz in der Gruppe – auch in Krisenzeiten – sicher ist, ihnen die nötige Zeit gegeben wird um neue Bindungsentwicklung zu ermöglichen, ihre Bindungsbedürfnisse berücksichtigt werden, eine nachvollziehbare Versorgung gefördert wird und ihnen die Möglichkeit zu Ausnahmen gegeben werden.

Selbstregulation, Selbstanbindung, Selbstreflexion

Die Fähigkeit der eigenen Selbstregulation ist für die SozialarbeiterInnen in der bindungsorientierten Pädagogik unabdingbar. Dies wirkt möglichen Gegenübertragungen der pädagogischen Fachkräfte auf Kinder und Jugendlichen entgegen. „Durch die Verängstigung und die mangelnde oder auch kaum ausgeprägte Selbstregulati-

30 Hierzu zählt beispielsweise Fehlerfreundlichkeit- und verständlichkeit, fürsorgliche und wertschätzende Haltung oder ein sicherer Arbeitsvertrag (vgl. Lang, 2013: 207).

onsfähigkeit der Kinder und Jugendlichen überträgt sich die hohe Aktivierung im Nervensystem [...] leicht auf das Nervensystem der PädagogInnen“ (Lang, 2013: 210). Um den Mädchen und Jungen Sicherheit zu vermitteln ist es wichtig, unser Nervensystem in ein Gleichgewicht von Anspannung (Sympatikus) und Entspannung (Parasympatikus) zu bringen. Eine Überaktivierung beider Zustände können zu einer Bindungsgsschwächung oder sogar zu einem Bindungsabbruch führen und ist zu vermeiden. Eine „Über-aktivierung des Sympatikus bedeutet gleichzeitig eine Schwächung:

- der Fähigkeit bei sich zu sein,
- mit eigenen und den Bedürfnissen sowie den Gefühlen anderer mitzuschwingen,
- sich auf andere einzustimmen [...].

Eine Über-aktivierung des Parasympatikus bedeutet :

- eine Trennung vom eigenen Körpererleben,
- einen Zustand des Ausgeliefertsein und der Panik,
- einen Verlust von Handlungsfähigkeit und Orientierung“ (Lang, 2013: 211).

Die Aufgabe ist zu ergründen, was das Verhalten der Kinder und Jugendlichen im eigenen Körper auslöst und zu lernen die eigenen Körperempfindungen wahrzunehmen, zu deuten und eine Balance im Nervensystem herzustellen. Dabei geht es darum, die Bemächtigung des eigenen Körpererlebens zu entwickeln und die eigene Handlungskompetenz zu fördern (vgl. Lang 2013: 187 ff.). „Uns selber mit unseren Körperempfindungen vertraut zu machen, bedeutet, dass wir uns selbst wieder an unseren und in unseren Körper anbinden“ (Lang, 2013: 2012).

Ein unabdingbarer fortlaufender Prozess ist in diesem Zusammenhang ebenso die Fähigkeit der Selbstreflexion. Diese dient als Hilfestellung für die Arbeit im traumapädagogischen Bereich und trägt zur Reduktion von Belastungen bei. Die bewusste (professionelle) Auseinandersetzung mit der eigenen Lebens-, insbesondere der Kindheitsgeschichte und die im Kontext stehenden übermittelten Werte und Grundeinstellungen sind dafür unvermeidlich. Das Überstülpen versteifter Ansichten wird

dadurch minimiert. Ebenso gibt die Selbstreflexion Aufschluss über die Motive pädagogischen Handelns und fördert die Handlungsfähigkeit bei ungewohnten Verhaltensweisen der Kindern und Jugendlichen. Demnach muss diesen Prozessen auch auf institutioneller und struktureller Ebene Raum und Unterstützung entgegengebracht werden (vgl. Weiß, 2013: 227 ff.).

3.4.2 Selbstermächtigung/ Selbstwirksamkeit

Kinder und Jugendliche, die in stationären Einrichtungen leben, waren häufig lang anhaltenden traumatischen Erlebnissen ausgeliefert. Dies ging mit massiven Abhängigkeits- und Ohnmachtsgefühlen einher und hat zur Folge, dass das Gespür für sich selbst verloren gegangen ist. Häufig verstehen sie ihre eigenen Verhaltensweisen und Gefühle nicht und empfinden sich daher anders als andere. Wenn Kinder die Fähigkeit zur Selbstregulation verloren haben, kommt es zu Beeinträchtigungen in der Ich-Wahrnehmung (Gefühl von Isoliertheit, Störungen der Körperwahrnehmung), Störungen in der Affektmodulation und Impulssteuerung und zu Unsicherheiten in Beziehungskonstellationen. „Gefühle von Isoliertheit von anderen, keinen Zugang zu den eigenen Gefühlen, die Entwicklung unterschiedlicher Charaktere bis hin zu dissoziativen Identitätsstörungen können nun die beeinträchtigenden Folgen sein“ (Weiß, 2013: 168). Demnach ist die Unterstützung zur Selbstermächtigung ein wesentlicher Bestandteil der Traumapädagogik um die Kinder wieder Herr über ihr Leben, ihre Emotionen und ihren Körper werden zu lassen. Was braucht es also, um Kinder in ihrer Selbstbemächtigung zu unterstützen?

Ein wichtiger Aspekt ist die *(1) Förderung des Selbstverstehens*. Wenn Kindern und Jugendlichen in verständlicher Sprache erklärt wird, wie ihr Kopf und ihr Körper - auch in dissoziativen Zuständen - reagiert, was eine traumatische Übertragung ist und was bedrohende Familiensituationen für Auswirkungen haben, können sie lernen, sich besser zu verstehen. Sie können für sich Situationen erklärbar machen und erkennen, dass diese Reaktionen bei hohem Stress normal sind. Dieses Verstehen ist Voraussetzung um sich selbst zu akzeptieren.

Die *(2) Förderung der Selbstakzeptanz* steht nicht in Abhängigkeit zu äußeren Einflüssen, wie Anerkennung oder soziales Feedback, sie steht für das Verständnis eines guten Grundes für das eigene Handeln. „Die Akzeptanz von eigenen Schwierig-

keiten, Wunden und Beeinträchtigungen ist Bestandteil der Traumaheilung, die Unterstützung dieser Akzeptanz ist Bestandteil der traumapädagogischen Haltung“ (Weiß, 2013: 150). Dazu kann es hilfreich sein, zu fragen 'du tust das weil?' (Weiß, 2013: 151), um den Kindern sowohl Wertschätzung als auch die Annahme des guten Grundes entgegenzubringen und sie zum Nachdenken anzuregen, damit sie sich in ihren Verhaltensweisen weiterentwickeln können.

Die Kinder haben gelernt, ihre Gefühle in traumatischen Situationen abzuschalten um überleben zu können. Es ist nun Aufgabe der PädagogInnen sie bei der (3) *Förderung der Körper- und Sinneswahrnehmung und der Emotionsregulation* zu unterstützen, um wieder ein Gefühl für sich selbst zu bekommen. „Die Wahrnehmung des eigenen Körpers, sich im eigenen Körper wohl zu fühlen, minimiert die Neigung, zu dissoziieren“ (Weiß, 2013: 151). Verschiedene körperliche und sportliche Aktivitäten zum Auspowern, Entspannen oder Naturerfahrungen können dabei helfen, sowohl Körper und Geist wieder in Einklang zu bringen und sich seinem Körper wieder bewusst zu werden, als auch die Reaktionen des Körpers wahrzunehmen und regulieren zu können.

Die Voraussetzung für die (4) *Förderung der Selbstregulation* ist die Fähigkeit zur Wahrnehmung der eigenen Empfindungen. Wenn Kinder und Jugendliche selbst die Erfahrung machen, dass sie Einfluss auf ihre Gefühlslage und Empfindungen haben, steigt das Bewusstsein der Selbstwirksamkeit und es entsteht für sie ein „innerer sicherer Ort“ (Weiß, 2013: 152).

Dies bildet die Grundlage zur (5) *Förderung der sozialen Teilhabe*. Hinsichtlich der Selbstregulation bedeutet dies in erster Linie Stressregulation, die auf den „Verstehensmodellen der Überregung, Erstarrung und Dissoziation“ (Weiß, 2013: 152 f.) und den unterstützenden Körperwahrnehmungsmöglichkeiten basieren. Man kann die Kinder dabei mit „Hilfe eines Stressbarometers, einer Triggeruhr, einer Triggerlandkarte etc. [unterstützen] [...] [ihre] Trigger und Stimuli zu identifizieren“ (Weiß, 2013: 153), die sie zur Vorbereitung auf herausfordernde Ereignisse oder Situationen nutzen können. Versagensängste und Selbstwertbedrohung sind für diese Kinder gewohnte Zustände, in denen die Selbstregulation nicht aktiviert werden kann. In diesen Situationen brauchen sie ein Repertoire an Notfallstrategien, die sie in einem geschützten Rahmen ausprobieren können um zu wissen welche für sie annehmbar

und geeignet sind (vgl. Weiß, 2013: 145 ff.; Weiß, 2013:167 ff.)

3.4.3 Bedeutung der Gruppe

Die Ziele gruppenpädagogischer Prozesse sind die Aneignung sozialer Kompetenzen und der Aufbau des Selbstwertgefühls. Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen haben häufig gleiche traumatische Erlebnisse erfahren, überwiegend im Bereich der innerfamiliären Gewalt, also emotionale oder körperliche Vernachlässigung, Misshandlungen, sexuelle oder häusliche Gewalt. Besonders in diesen Gruppenkonstellationen ist es für das Wiedererlangen sozialer Bindungserfahrung hilfreich zu wissen, dass man nicht alleine ist. „Nur durch einen transparenten und verantwortlichen Umgang mit den Themen Trauma, Traumafolgen und soziale Angst können wir einen Weg aus dem Teufelskreis finden und den Jungen und Mädchen Erfahrungen von Selbstwirksamkeit in sozialen Kontakten zugänglich machen“ (Bausum, 2013: 176). Im Gruppenalltag lernen traumatisierte Kinder und Jugendliche die Dynamik einer Gruppe hinsichtlich der traumabezogenen Thematik zu verstehen und in der Interaktion mit anderen konstruktive Umgangsweisen anzuwenden. Dazu gehört unter anderem das äußerst schwierige Erkennen und Identifizieren der traumatischen (1) *Übertragung* und das Bewusstsein über die Gegenreaktion sowohl von PädagogInnen als auch von anderen Personen der Gruppe (siehe 3.4.1).

Ein weiterer Aspekt ist die Bedeutung von sogenannten (2) *Triggern*. Durch bestimmte Geräusche, Gerüche oder Bilder wird eine zurückliegende Belastungssituation wiedererlebt und der erlebte Zustand in die Gegenwart übertragen. Häufig sind Mädchen und Jungen die Trigger der anderen bekannt und werden auch aus Gründen der Machtausübung gezielt eingesetzt und vermitteln ein Gefühl von Sicherheit. Die Aufgabe der PädagogInnen besteht darin, Offenheit und Transparenz gegenüber der Gruppe hinsichtlich der Trigger und ihre Auswirkungen zu vermitteln und einen verstehenden Umgang damit zu fördern.

(3) Flashbacks versetzen das Kind in einen Zustand, der mit erlebten Gefühlen und Stresssituationen aus der Vergangenheit einhergeht. Der Kontrollverlust über sich selbst, eine verzerrte Wahrnehmung oder das Ausblenden der Gegenwart ist kennzeichnend für diesen Zustand und stellt in vielen Fällen eine hohe Belastung für die ganze Gruppe dar. Um einer Übertragung eines Ohnmachts- und Angstgefühls auf

die Gruppe entgegenzuwirken, müssen PädagogInnen umgehend handeln, indem sie eine Eskalation verhindern und versuchen, die betroffene Person in die Gegenwart zurückzuholen. Eine angemessene Nachversorgung wie beispielsweise Entspannungsübungen und eine Nachbesprechung ist sinnvoll. Da die anderen Gruppenmitglieder in dieser Zeit häufig sich selbst überlassen sind, ist ein stetiger transparenter Umgang mit diesen Belastungssituationen hilfreich, um ein Gefühl der Empathie zu erzeugen. Es ist sinnvoll Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen, anstatt einem Ohnmachtsgefühl in der Gruppe Raum zu geben.

(4) *Manipulation* unter Mädchen und Jungen in einer Gruppe ist ein gängiges Mittel um „erlebte Ohnmacht zu kompensieren und Sicherheit in einer Gruppe für sich selbst herzustellen“ (Bausum, 2013: 180). Geprägt von Familiendynamiken, in denen Manipulation auf Handlungsebene fester Bestandteil war, vermittelt diese Verhaltensstrategie den Kindern und Jugendlichen das Gefühl mächtig und sicher zu sein. Ziel der Pädagogik ist es zusammen mit der Gruppe Möglichkeiten zu erarbeiten, die dabei helfen, Selbstsicherheit und Selbstwirksamkeit ohne manipulatives Handeln zu erfahren.

Die Bedeutung von (5) *sexuellen Symptomatiken* spielt in allen oben beschriebenen Bereichen der gruppendynamischen Prozesse, die im Traumakontext stehen, eine große Rolle. Dieses Thema ist sowohl für pädagogische Fachkräfte als auch für die Mädchen und Jungen stets mit Scham besetzt und wird häufig tabuisiert. Um einen umfassenden und aufmerksamen Blick für dieses Thema zu bekommen, müssen sich pädagogische Teams bewusst damit auseinandersetzen. „Wir brauchen geschlechtergemischte Teams, in denen Männer und Frauen gemeinsam eine klare Haltung zu unterschiedlichen Geschlechterrollen, Sexualität und sexualisierter Gewalt kontrovers und gemeinsam vertreten“ (Bausum, 2013: 181). Nur auf diese Weise kann für die Kinder und Jugendlichen ein scham- und angstbefreiter Rahmen im Umgang mit Sexualität und deren Tabuisierung gestaltet werden.

Grundlegend in der gruppenpädagogischen Arbeit ist ebenso die Schaffung haltgebender Strukturen für das Erleben korrigierender Erfahrungen. Kinder benötigen „verlässliche Bindungsangebote, klare Absprachen, einen transparenten und individuellen Umgang mit Regeln und Konsequenzen sowie strukturierende Tagesabläufe“ (Bausum 2013: 183). Dies können beispielsweise eine zugängliche Übersicht über

Arbeits- und Abwesenheitszeiten der pädagogischen Fachkräfte sein, individuell erstellte Wochenpläne für die Kinder und Jugendlichen, ihre Beteiligung an Prozessen, die die Gruppe betreffen, kontinuierlicher Austausch und Reflexionsrunden mit der ganzen Gruppe oder Gruppensprecherwahlen. Wichtig dabei ist die Erkenntnis, dass eine Unbeteiligung oder Unmotiviertheit an genannten Prozessen häufig kein Desinteresse sondern eine „indirekte Bitte um Sicherheit und Halt“ (Bausum, 2013: 183) darstellt.

In den gemeinsamen Gruppenprozessen agieren die BetreuerInnen in der aufzeigenden Funktion, wie in einer gleichgestellten Gruppe – in diesem Fall als Team – umgegangen werden kann. Dazu gehört die Anerkennung der Unterschiedlichkeit von Personen und Verhaltensmustern und die stetige Möglichkeit, das eigene Verhalten in der Gruppe zu reflektieren um den Kindern und Jugendlichen eigene erlernte alternative Verhaltensstrategien zu vermitteln. Demnach steht das Team in der Verantwortung, „ein alternatives Beispiel zum Umgang von Erwachsenen miteinander auf vielen verschiedenen Ebenen transparent und verantwortlich zu zeigen“ (Bausum, 2013: 184). So können die Mädchen und Jungen beispielsweise erlernen, wie ein Streit innerhalb des Teams offen, ohne Gewalt und mit wertschätzender Haltung ausgetragen werden kann und muss auch nicht hinter verschlossener Bürotür geschehen. Dies gilt auch im Hinblick auf verschiedene hierarchische Ebenen, der Geschlechterrollen und der Verantwortungsübernahme.

Gleichermaßen ist das Aufzeigen im Umgang mit Freude unter Erwachsenen von Bedeutung und kann in Form von Feierlichkeiten wie Geburtstagen von allen Mitgliedern der Gruppe oder die gemeinsame Gestaltung anderer Feiertage umgesetzt werden (vgl. Bausum, 2013: 175 ff.).

3.5 Probleme in der Umsetzung

„Tag für Tag arbeiten die KollegInnen mit komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen unter unzureichenden Bedingungen, mit dem Ziel, diesen trotz alldem einen sicheren Ort, ein sicheres Lebensumfeld zu bieten. Es bedarf also einer begleiteten kritischen Reflexion dieser Verhältnisse, um nicht dem Irrtum zu erliegen, pädagogische Traumaarbeit ließe sich ohne zusätzliche Ressourcen realisieren (Kühn, 2012: 192 ff.). Es ist offensichtlich, dass eine individuelle planmäßige Förderung mit

einem Personalschlüssel mit durchschnittlich acht Kindern und Jugendlichen, von denen die Mehrheit massive psychische Belastungen aufzeigt, nicht oder nur schwer umzusetzen ist. In diesem Fall beschränkt sich die Hauptaufgabe weitestgehend auf einen „gelingenden Alltag“ und das Vermeiden von Konflikten. Nach wie vor werden Konzepte und Ressourcen nach dem Optimalfall der vollständigen Stellenbesetzung berechnet und lassen somit kaum Möglichkeiten zur Umsetzung der von allen Beteiligten erwünschten inhaltlichen Arbeit. „Psychosoziale Fachkräfte verfügen zwar in der Praxis über einen großen Schatz an wichtigen fachrelevanten Erfahrungen, häufig fällt es jedoch schwer, das erworbene Erfahrungswissen systematisch an Konzepte und Theoriebestände zurück zubinden und damit selbstbewusst auf die eigene Berufsidentität zurückzugreifen“ (Gahleitner, 2013: 52). Somit stellt sich die Frage, wie Konzepte inhaltlich ausgearbeitet werden müssen, um zum einen angemessene Bedingungen für diese traumatisierten Kinder und Jugendlichen zu schaffen und zum anderen einen realisierbaren Arbeitsalltag in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen zu ermöglichen (vgl. Gahleitner, 2012: 206).

4. Forderungen zur Realisierung traumapädagogischer Arbeit

4.1 Vermeidung von Abbrüchen

Um den Bedürfnissen traumatisierter Kinder und Jugendlicher gerecht zu werden, ist eine nach individuellen Kriterien und langfristige geplante Jugendhilfemaßnahme von zentraler Bedeutung. „Die Indikation für eine Heimerziehung sollte nicht das Scheitern aller anderen Hilfeformen sein, sondern es müsste klare Kriterien geben, wann eine Heimerziehung eingeleitet wird“ (Schmid, 2013: 55). So müssten Kinder möglichst frühzeitig Erfahrungen von dauerhaften und zuverlässigen Beziehungen erleben, um die Bindungsstörung durch (vermeidbare) weitere Abbrüche nicht zu verstärken, was jedoch in der Entscheidung und Planung der Fremdplatzierungen noch zu wenig Berücksichtigung findet. Für die Einleitung einer geeigneten Hilfe sollten alle vorhandenen Informationen eingeholt und einberechnet werden. „Neben sozialpädagogischer Diagnostik könnten hier auch kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Einschätzungen oder psychometrische Screeninginstrumente mit

einbezogen werden“ (Schmid, 2013: 55).

Ebenso müsste es Richtlinien für den Austausch und eine engere Zusammenarbeit zwischen stationären und ambulanten Hilfen geben, um Abbrüche in vorhandenen Beziehungskonstellationen zu vermeiden und die Anzahl der Rückführungen und erneuten Fremdplatzierungen so gering wie möglich zu halten (vgl. Schmidt, 2013: 39 ff.)

4.2 Umfassende Qualifizierung von Fachkräften der Sozialen Arbeit

Die Inhalte in Aus- und Weiterbildung von SozialarbeiterInnen und ErzieherInnen sollten sich vermehrt auf das Wissen über allgemeine Störungsbilder im Kindes- und Jugendalter und insbesondere über die Psychotraumatologie stützen. In Bezug auf die Inhalte von Weiterbildungen hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Traumapädagogik zusammen mit der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) Standards für Fachkräfte entwickelt, die mit traumatisierten Menschen arbeiten und bietet dadurch eine Orientierung im Weiterbildungssektor für Einrichtungen. Weiterhin stellen Selbsterfahrungsanteile und Selbstreflexion eine bedeutende Rolle in der traumapädagogischen Arbeit dar und sollten in der Grundausbildung mehr Gewichtung finden. „In Anbetracht der direkten emotionalen Konfrontation mit den Kindern und Jugendlichen, scheint eine Selbstreflexion der Reaktionsmuster auf Symptome und Bedürfnisse der Kinder eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche sozial-pädagogische Arbeit zu sein“ (Schmid, 2013: 56).

4.3 Entwicklung neuer Konzepte

Bisher wird die Traumapädagogik in nur wenigen Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe konsequent durchgesetzt. Die Notwendigkeit der (Weiter-) Entwicklung traumapädagogischer Konzepte besteht darin, „traumapädagogische Ansätze für traumatisierte Täter oder Jugendliche mit einer schweren Störung des Sozialverhaltens zu entwickeln und zu evaluieren“ (Schmid, 2013: 57) und andere problematische Verhaltensauffälligkeiten wie beispielsweise Substanzmissbrauch oder selbstverletzendes Verhalten mitzuerfassen. Für besonders schwer traumatisierte Jugendliche aus stationären Wohngruppen wären zusätzliche Gruppenangebote bezüglich spezieller Störungsbilder sehr förderlich und positiv für die Entwicklung und Betreu-

ung. Außerdem wäre es hilfreich, Qualitätsstandards zur traumapädagogischen Arbeit in Wohngruppen der Kinder- und Jugendhilfe festzulegen, um den Begriff der „Traumapädagogik“ einzugrenzen und eine qualitativ wertvolle Arbeit sicherzustellen (vgl. Schmid, 2013: 57 f.).

4.4 Vernetzung von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Jugendhilfe und die Kinder- und Jugendpsychiatrie sollten enger kooperieren und die Vernetzung weiter ausgedehnt werden, da viele Kinder und Jugendlichen derart hoch belastet sind, dass „jede vorausschauende, planende Heimeinrichtung um eine gute Kooperationsstruktur mit kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen bestrebt sein müsste [...]“ (Schmid, 2013: 58). Um eine gelingende Kooperation zu ermöglichen sollten die kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen möglichst frühzeitig miteinbezogen werden. Zum einen ist es wichtig, strukturell so aufgestellt zu sein, dass niederschwellige Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie wahrgenommen werden können und zum anderen die pädagogischen Fachkräfte der Jugendhilfe für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter zu sensibilisieren (Schmid, 2013: 58). „Es wird dringend empfohlen, gemeinsame Fortbildungen zu veranstalten, sich traumamedizinisches und traumapädagogisches Knowhow zu teilen und regelmäßig zu aktualisieren“ (Löble, 2013: 277). Die Kenntnisse der jeweils anderen Konzeptionsinhalte schaffen die Voraussetzung für eine effektive Zusammenarbeit. Eine Abstimmung zwischen der mit dem Kind arbeiteten Institution der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist auch gegenüber MitarbeiterInnen des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD) und AmtsvormünderInnen sinnvoll, da diese häufig mit verschiedenen Interessen und Forderungen Dritter konfrontiert sind. Des Weiteren sollten gemeinsame klare Regelungen und Vorgehensweisen für Krisensituationen definiert werden (vgl. Löble, 2013: 277 f.).

4.5 Stärkung der pädagogischen Fachkräfte

Der Einsatz von Fachdiensten in stationären Wohngruppen müsste in traumapädagogischen Konzepten fest verankert werden. Er dient einer „direkten Unterstützung der Teams auf supportiver, edukativer und administrativer Ebene [...] [und] ist neben der Leitung die wichtigste Grundlage einer erfolgreichen Heimerziehung“ (Schmid, 2013:

59). Der Fachdienst wirkt unterstützend im Bereich:

- Teamberatung
- Krisenmanagement
- Vermittlung sozialpädagogischer Standpunkte
- Zusammenarbeit im externen Helfersystem³¹
- Elternkooperation³²

„Die Arbeit eines guten, präsenten Fachdienstes kann kaum durch einzelne familien-therapeutische Stunden oder Supervisionsstunden durch externe Fachkräfte ersetzt werden“ (Schmid, 2013: 277). Es ist sinnvoll eine Differenzierung dieser Komplexleistungen zu vermeiden und durch eine kontinuierliche Unterstützung von Fachdiensten zu ersetzen. Dies bedeutet jedoch auch, diese Leistungen in die Tagessätze der stationären Jugendhilfe zu integrieren und entsprechend zu vergüten. Ebenso müssten die Funktionen der Fachkräfte im Konzept der Institution genauer definiert und verantwortet werden und adäquate Qualifizierungsmaßnahmen bei den zuständigen Landesjugendämtern vermehrt eingefordert werden (vgl. Schmid, 2013: 59 f.).

5. Zusammenfassung und Ausblick

Das Ziel dieser Arbeit war es Möglichkeiten zu erörtern, wie man pädagogische Fachkräfte für die Thematik der Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter sensibilisieren kann und praktische Beispiele zur Umsetzung traumapädagogischer Arbeit aufzuzeigen. Dazu war es zunächst wichtig, die Komplexität von Traumata darzustellen. Man konnte feststellen, dass sich traumatische Erlebnisse auf jedes Kind anders auswirken und dies von einer Vielzahl von Faktoren abhängig ist, die vor, während oder nach dem Erlebnis von Bedeutung sind. Besonders relevant für die pädagogische Arbeit sind die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen auf die kindliche Entwicklung und deren Einfluss auf die Verhaltensweisen der Mädchen und Jun-

31 „Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendämtern, Schule“ (Schmid, 2013: 59).

32 „Triangulation zwischen Team und Eltern“ (Schmid, 2013: 59).

gen. Diese äußern sich nicht wie oft vermutet nur in bestimmten, sondern in alltäglichen Situationen der Kinder. Dabei ist die Erkenntnis wichtig, dass hinter diesen Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen häufig keine böswillige Absicht oder Provokation steht, sondern diese als Ausdruck ihrer erlernten Überlebensstrategien gesehen werden müssen. An dieser Stelle wurde auch auf die strukturelle Veränderung des Gehirns durch sequentielle Stresssituationen hingewiesen. Hier muss also die Pädagogik ansetzen und den Kindern und Jugendlichen Alternativen aufzuzeigen und ihnen den nötigen Raum geben, diese erleben zu können. Die aktuellen Zahlen und Fakten aus der stationären Jugendhilfe belegen den steigenden Bedarf an psychosozialer Betreuung der Kinder. Dies ist ein wichtiger Hinweis darauf, dass Traumaarbeit insbesondere im pädagogischen Alltag umgesetzt werden muss und neben einer therapeutischer Anbindung eine unerlässliche Voraussetzung zur Unterstützung und Förderung traumatisierter Kinder ist.

Des Weiteren ist die Selbstreflexion von Fachkräften ein wichtiger Bestandteil der traumapädagogischen Arbeit. Erst mit einer eigenen inneren Sicherheit, die durch ständiges reflektieren der eigenen Verhaltensweisen, (Gegen-) Reaktionen und Wahrnehmungen entwickelt wird, kann ein Sicherheitsgefühl bei den Mädchen und Jungen der Einrichtung vermittelt werden. Dies bildet neben einem umfangreichen Wissen über die Psychotraumatologie und der Grundhaltung gegenüber den traumatisierten Mädchen und Jungen die Grundlage für gelingende Traumaarbeit. Dennoch reicht allein das Wissen über die Psychotraumatologie und den Anwendungsmöglichkeiten von Traumapädagogik nicht aus, um den besonderen Bedarf traumatisierter Kinder und Jugendlicher abzudecken. Es fehlt es in der Jugendhilfe, wie man dem Text entnehmen kann, auch nicht an traumaspezifischen Konzepten. Es muss der nötige Rahmen zu Verfügung gestellt werden. Genauso wenig wie dem Jugendlichen selbst, ist es für PädagogInnen nicht förderlich, Jugendliche mit ihrem besonderem Hilfebedarf in der Einrichtung zu „halten“, wenn diese in ihren Verhaltensweisen jeglichen Rahmen der Betreuung sprengen und aufgrund fehlender Kapazitäten nicht aufgefangen werden können. Für beide Parteien kann dies erhebliche negative Folgen für das gesundheitliche Wohlbefinden haben. Die Institutionen selbst müssen die notwendigen Rahmenbedingungen schaffen, um gelingende Traumaarbeit zu ermöglichen. Dazu muss die Notwendigkeit der traumapädagogischen Arbeit auf gesell-

schaftlicher und politischer Ebene vermehrt auf ihre Bedeutsamkeit stoßen.

Zugleich ist aus dem vorausgehenden Text zu entnehmen, dass es zwingend notwendig ist, vor Einleitung einer Jugendhilfemaßnahme eine eingehende Hilfeplanung durchzuführen, um den vorzeitigen Abbruch einer Maßnahme und den hervorgegangenen Beziehungserfahrungen zu vermeiden. Angesichts der steigenden Zahl an Aufnahmen in stationäre Einrichtungen der Jugendhilfe müssen an dieser Stelle vermehrt finanzielle Mittel für Fort- und Weiterbildungen, der Einsatz von Fachdiensten und/oder der Entwicklung neuer Konzepte zu Verfügung gestellt werden. Denn letztendlich muss man sich der Realität bewusst sein, dass gelingende Traumarbeit langfristig betrachtet immense Kosten einspart.

So ist die traumapädagogische Arbeit in vielen Bereichen der stationären Kinder- und Jugendhilfe im Grunde als unerlässlich zu betrachten. Traumapädagogik ermöglicht den Kindern und Jugendlichen ihre erschütternden Vergangenheitserfahrungen schrittweise aufzuarbeiten und schafft die Voraussetzung für ein angstbefreites, selbstbewusstes und selbstbestimmtes Leben.

Abbilungsverzeichnis

Abb.: 1: Entwicklungsheterotopie von Traumafolgen.....	15
Abb.: 2: Reaktionskette in der Eskalation der Hilfen.....	30

Literaturliste und Quellenverzeichnis

- Ader, Sabine 2004: „Besonders schwierige“ Kinder: Unverstanden und instrumentalisiert. In: Fegert, Jörg M./ Schrapper, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim/München: Juventa, 437-447
- Bausum, Jacob 2013: Über die Bedeutung von Gruppe in der traumapädagogischen Arbeit in der stationären Jugendhilfe. In: Lang, Birgit/ Schirmer, Claudia/ Lang, Thomas/ Andreae de Hair, Ingeborg/ Wahle, Thomas/ Bausum, Jacob/ Weiß, Wilma/ Schmid, Marc (Hrsg.): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, 175-186
- Besser, Lutz Ulrich 2013: Wenn die Vergangenheit Gegenwart und Zukunft bestimmt. Wie Erfahrungen und traumatische Erlebnisse Spuren in unserem Kopf hinterlassen, Gehirn und Persönlichkeit strukturieren und Lebensläufe determinieren. In: Bausum, Jacob/ Besser Lutz Ulrich/ Kühn, Martin/ Weiß, Wilma (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim/ Basel: Beltz Juventa, 38-53
- Brisch, Karl Heinz 2009: Bindungsstörungen und Trauma. Grundlagen für eine gesunde Bindungsentwicklung. In: Brisch, Karl Heinz/ Hellbrügge, Theodor (Hrsg.): Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart: Klett-Cotta, 94-104
- Brisch, Karl Heinz 2013: Bindung und Trauma. In: Jugendhilfe. Traumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen. Nr. 4, 249-255
- Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik (BAG-TP) 2013: Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Das Positionspapier der BAG Traumapädagogik. In: Lang, Birgit/ Schirmer, Claudia/ Lang, Thomas/ Andreae de Hair, Ingeborg/ Wahle, Thomas/ Bausum, Jacob/ Weiß, Wilma/ Schmid, Marc (Hrsg.): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, 84-103
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – BMFSFJ 2009: 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. 16/ 12860
- Cohen, Judith A./ Mannarino, Anthony P./ Deblinger, Ester 2009: Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. Heidelberg: Springer

- Courtois, Christine A./ Ford, Julian D. 2009: Definitionen und Verständnis komplexer Traumata und der komplexen traumatischen Belastungsstörung. In: Courtois, Christine A./ Ford, Julian D. (Hrsg.): Komplexe traumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlung. Eine evidenzbasierte Anleitung. Paderborn: Junfermann, 32-50
- Dittmar, Volker 2013: Traumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen, Theoretische Grundlagen. In: Jugendhilfe. Traumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen. Nr. 4, 237-243
- Dörr, Margret 2013: Das Ethos des sozialen Ortes 'Heim' und die Haltung von PädagogInnen. Eine notwendige und doch störbare Einheit. In: Lang, Birgit/ Schirmer, Claudia/ Lang, Thomas/ Andreae de Hair, Ingeborg/ Wahle, Thomas/ Bausum, Jacob/ Weiß, Wilma/ Schmid, Marc (Hrsg.): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, 14-31
- Endres, Manfred/ Moisl, Sibylle 2002: Entwicklung und Trauma. In: Endres, Manfred/ Biermann, Gerd (Hrsg.): Traumatisierung in Kindheit und Jugend. München: Ernst Reinhardt, 11-27
- Ford, Julian D./ Cloitre, Marylene 2009: Optimale Behandlungsverfahren für die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. In: Cloitre, Christine A./ Ford, Julian D. (Hrsg.): Komplexe traumatische Belastungsstörung und ihre Behandlung. Eine evidenzbasierte Anleitung. Paderborn: Junfermann, 81-106
- Fischer, Gottfried/ Riedesser, Peter 2009: Lehrbuch der Psychotraumatologie. München/ Basel: Ernst Reinhardt
- Fiedler, Peter 2001: Dissoziative Störungen und Konversation. Trauma und Traumabehandlung. Weinheim: Beltz
- Gahleitner, Silke B. 2012: Traumapädagogik und Psychosoziale Traumaarbeit. Modeerscheinung oder Notwendigkeit? In: Seidler, Günter H. (Hrsg.): Trauma und Gewalt. Forschung und Praxisfelder. Nr. 3, 206-215
- Gahleitner, Silke B. 2013: Traumapädagogische Konzepte in der Kinder- und Jugendhilfe: Weshalb? - Wie? - Wozu? In: Lang, Birgit/ Schirmer, Claudia/ Lang, Thomas/ Andreae de Hair, Ingeborg/ Wahle, Thomas/ Bausum, Jacob/ Weiß, Wilma/ Schmid, Marc (Hrsg.): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, 45-55

- Goldbeck, Lutz 2013: Diagnostik von Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen. Internationale Perspektiven und Konsequenzen für die Praxis. In: Fegert, Jörg M./ Ziegenhain, Ute/ Goldbeck, Lutz (Hrsg.): Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. Weinheim/ Basel: Juventa, 71-76
- Goldbeck, Lutz 2013: „Traumawissen“ und fachliche Ausbildung von Psychotherapeuten. In: Fegert, Jörg M./ Ziegenhain, Ute/ Goldbeck, Lutz (Hrsg.): Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. Weinheim/ Basel: Beltz Juventa, 224-227
- Handke, Lydia 2012: Traumazentrierte Arbeit im psychosozialen Feld. Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Traumatherapie,- beratung und -pädagogik. In: Seidler, Günter H. (Hrsg.): Trauma und Gewalt. Forschung und Praxisfelder. Nr. 3, 198-205
- Hüther Gerald/ Korittko, Alexander/ Wolfrum, Gerhard/ Besser, Lutz 2012: Neurobiologische Erkenntnisse zur Herausbildung psychotraumabedingter Symptomtiken und ihre Bedeutung für die Traumapädagogik. In: Seidler, Günter H. (Hrsg.): Trauma und Gewalt. Forschung und Praxisfelder. Nr. 3, 182-189
- Igney, Claudia 2008: Definition, Formen und Häufigkeit von Gewalt und Trauma. In: Fliß, Claudia/ Igney, Claudia (Hrsg.): Handbuch Trauma und Dissoziation. Interdisziplinäre Kooperation für komplex traumatisierte Menschen. Lengerich/ Berlin/ Bremen/ Miami, Fla/ Riga/ Viernheim/ Wien/ Zagreb: Pabst Science Publishers, 13 – 22
- Kühn, Martin 2013: Traumapädagogik und Partizipation. Zur entwicklungslogischen, fördernden und heilenden Wirksamkeit von Beteiligung in der Kinder- und Jugendhilfe. In: Bausum, Jacob/ Besser, Lutz U./ Kühn, Martin/ Weiß, Wilma (Hrsg.) 2013: Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim/ Basel: Beltz Juventa, 138-148
- Kühn, Martin 2012: „Jeder Schritt macht eine neue Farbe...“. Zur Diversität traumapädagogischer Arbeitsfelder. In: Seidler, Günter H. (Hrsg.): Trauma und Gewalt. Forschung und Praxisfelder. Nr. 3,190-197
- Landhold, Markus A./ Hensel, Thomas (Hrsg.) 2008: Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen/ Bern/ Wien/ Paris/ Oxford/ Prag/ Toronto/ Camprige, Ma/ Amsterdam/ Kopenhagen: Hogrefe
- Lang, Birgit 2013: Die PädagogInnen als Teil der Pädagogik. In: Lang, Birgit/ Schirmer, Claudia/ Lang, Thomas/ Andreae de Hair, Ingeborg/ Wahle, Thomas/ Bausum, Jacob/ Weiß, Wilma/ Schmid, Marc (Hrsg.): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, 127-144

- Lang, Thomas 2013: Bindungspädagogik – Haltgebende, verlässliche und einschätzbare Beziehungsangebote für Kinder und Jugendliche. In: Lang, Birgit/ Schirmer, Claudia/ Lang, Thomas/ Andreae de Hair, Ingeborg/ Wahle, Thomas/ Bausum, Jacob/ Weiß, Wilma/ Schmid, Marc (Hrsg.): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, 187-217
- Lang, Thomas/ Lang, Birgit 2013: Die Grundhaltung der BAG Traumapädagogik. Die Annahme des guten Grundes als Grundhaltung. In: Lang, Birgit/ Schirmer, Claudia/ Lang, Thomas/ Andreae de Hair, Ingeborg/ Wahle, Thomas/ Bausum, Jacob/ Weiß, Wilma/ Schmid, Marc (Hrsg.): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, 107-112
- Löble, Markus 2013: Interdisziplinäre Vernetzung: Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJPP). In: Lang, Birgit/ Schirmer, Claudia/ Lang, Thomas/ Andreae de Hair, Ingeborg/ Wahle, Thomas/ Bausum, Jacob/ Weiß, Wilma/ Schmid, Marc (Hrsg.): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, 277-278
- Riedesser, Peter 2009: Entwicklungspsychopathologie von Kindern mit traumatischen Erfahrungen. In: Brisch, Karl Heinz/ Hellbrügge Theodor (Hrsg.): Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart: Klett-Cotta, 160-171
- Schmid, Marc/ Fegert, Jörg M./ Petermann, Franz 2010: Aktuelle Kontroverse. Traumaentwicklungsstörung: Pro und Contra. In: Trauma und Entwicklung, Nr. 1, 47-63
- Schmid, Marc 2007: Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. Weinheim/ München: Juventa
- Schmid, Marc 2013: Warum braucht es eine Traumapädagogik und traumapädagogische Standards? In: Lang, Birgit/ Schirmer, Claudia/ Lang, Thomas/ Andreae de Hair, Ingeborg/ Wahle, Thomas/ Bausum, Jacob/ Weiß, Wilma/ Schmid, Marc (Hrsg.): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/ Basel: Beltz Juventa, 56-82
- Schmid, Marc 2013: Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe: „Traumasensibilität“ und „Traumapädagogik“. In: Fegert, Jörg M./ Ziegenhain, Ute/ Goldbeck, Lutz (Hrsg.): Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. Weinheim/ Basel: Beltz Juventa, 36-60

- Seidler, Günter H. 2013: Psychotraumatologie. Das Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer
- Strauß, Jochen-Wolf 2012: Viel Regel – wenig Versorgung. Heimpyschologie an der Schnittstelle zwischen Pädagogik und klinischer Versorgung. In: Seidler, Günter H. (Hrsg.): Trauma und Gewalt. Forschung und Praxisfelder. Nr. 3, 218-229
- Varvin, Sverre / Beenen, Folkert 2006: Trauma und Dissoziation. Manifestationen in der Übertragung und Gegenübertragung. In: Leuzinger-Bohleber, Marianne/ Haubl, Rolf/ Brumlik, Micha (Hg.): Bindung, Trauma und soziale Gewalt. Psychoanalyse, Sozial- und Neurowissenschaften im Dialog. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 197-220
- Weiß, Wilma 2013: Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. Weinheim/ Basel: Beltz Juventa
- Weiß, Wilma 2013: Selbstbemächtigung – ein Kernstück der Traumapädagogik. In: Bausum, Jacob/ Besser, Lutz U./ Kühn, Martin/ Weiß, Wilma (Hrsg.) 2013: Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim/ Basel: Beltz Juventa, 167-181
- Weiß, Wilma 2013: Selbstbemächtigung/ Selbstwirksamkeit – ein traumapädagogischer Beitrag zur Traumaheilung. In: Lang, Birgit/ Schirmer, Claudia/ Lang, Thomas/ Andrae de Hair, Ingeborg/ Wahle, Thomas/ Bausum, Jacob/ Weiß, Wilma/ Schmid, Marc (Hrsg.): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, 145-156
- Weiß, Wilma/ Schirmer, Claudia 2013: Die Grundhaltung der BAG Traumapädagogik. Wertschätzung als Grundhaltung. In: Lang, Birgit/ Schirmer, Claudia/ Lang, Thomas/ Andrae de Hair, Ingeborg/ Wahle, Thomas/ Bausum, Jacob/ Weiß, Wilma/ Schmid, Marc (Hrsg.): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, 112-114
- Ziegenhain, Ute 2013: Traumabezogene Aspekte in Kinder- und Jugendlichengesundheit aus Sicht der Jugendberichtskommission zum 13. Kinder- und Jugendbericht. In: Fegert, Jörg M./ Ziegenhain, Ute/ Goldbeck, Lutz (Hrsg.): Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. Weinheim/ Basel: Beltz Juventa, 27-35

Quellenverzeichnis:

- Gahleitner, Silke B./ Oestreich, Ilona 2010: »Da bin ich heute krank von«. Was hilft ehemaligen Heimkindern bei der Bewältigung ihrer Traumatisierung? Im Auftrag des Runden Tisches Heimerziehung. In:
http://www.rundertisch-heimerziehung.de/documents/RTH_dabinichheutkrankk von.pdf (letzter Zugriff: 24.07.14)
- Kühn, Martin 2006: Bausteine einer „Pädagogik des Sicheren Ortes“. Aspekte eines pädagogischen Umgangs mit (traumatisierte) Kindern in der Jugendhilfe aus der Praxis des SOS- Kinderdorfes Worpswede. In:
http://www.jugendsozialarbeit.de/media/raw/martin_kuehn.pdf
(letzter Zugriff: 25.07.14)

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig 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.

(Ort/ Datum)

(Unterschrift)