

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

Die Notwendigkeit einer professionellen Traumapädagogik als fester Bestandteil in der sozialen Arbeit

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 06.09.2014

Vorgelegt von: Bargmann, Nadine

[REDACTED]

[REDACTED]

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Gunter Groen

Zweite Prüferin: Prof. Ursula Biebrach-Plett

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	1
1 Die Identitätsentwicklung und das psychische Trauma.....	4
1.1 Die Identitätsentwicklung nach Erik H. Erikson.....	4
1.2 Definition: psychisches Trauma.....	7
1.3 Zusammenfassung.....	8
2 Mögliche Ursachen einer frühkindlichen Traumatisierung.....	9
2.1 Kindeswohlgefährdung.....	9
2.1.1 Vernachlässigung.....	10
2.1.2 Sexuelle Gewalt.....	10
2.1.3 Psychische Misshandlung.....	11
2.1.4 Körperliche Misshandlung.....	11
2.1.5 Kinder psychisch kranker Eltern.....	11
2.1.6 Schwere Abhängigkeit der Eltern.....	12
2.1.7 Traumatische Trennung.....	12
2.2 Resilienz.....	13
2.3 Zusammenfassung.....	13
3 Folgen einer frühkindlichen Traumatisierung.....	15
3.1 Die neurobiologischen Grundlagen psychischer Traumatisierung.....	15
3.1.1 Notfallreaktion.....	16
3.1.2 Schädigung der vorhandenen Netzwerke im Gehirn.....	19
3.1.3 Schlüsselreize und Flashbacks.....	19
3.1.4 Verschiedene Formen der Dissoziation.....	20
3.2 Folgen einer sequenziellen Traumatisierung in Bezug auf die Hirnentwicklung sowie das daraus resultierende Verhalten der Kinder.....	21
3.3 Längerfristige körperliche Folgen.....	22
3.4 Kindheitstraumata Typ I und II.....	22
3.5 Traumaentwicklungsstörung als Alternative zur Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung in der Anwendung auf Kinder	23
3.6 Zusammenfassung.....	25
4 Traumapädagogik als professioneller Umgang mit traumatisierten Kindern.....	26
4.1 Sequenziell traumatisierte Kinder stabilisieren.....	27
4.2 Ressourcenaktivierende Arbeit.....	28
4.3 Konfrontation mit dem ungewohnten Verhalten.....	29

4.3.1 Sekundäre Traumatisierung in der stationären Kinder und Jugendhilfe.....	30
4.4 Drei Grundkompetenzen für professionelles Handeln.....	32
4.5 Zusammenfassung.....	34
5 Forschungsstand der Traumapädagogik.....	35
5.1 Empirische Datenlage über die psychische Gesundheit von Heimkindern.....	35
5.2 Ergebnisse eines Berliner Forschungsprojektes.....	36
5.3 Individuumsbezogene Ergebnisse eines traumapädagogischen Konzeptes (Wohngruppe Greccio).....	37
5.3.1 Zusammenfassung der Forschungsergebnisse des Unterkapitels 5.3.....	39
5.4 Zusammenfassung.....	40
6 Erfahrungen aus der Praxis – eine empirische Untersuchung.....	41
6.1 Auswahl der Methode.....	41
6.1.1 Theoriegeleitete Begründung der Fragestellungen des Leitfadens.....	42
6.1.2 Vorstellung der Interviewpartnerinnen.....	43
6.2 Auswertung.....	44
6.2.1 Themenkomplex 1: Persönlicher Empfindung in der Arbeit mit traumatisierten Kindern.....	44
6.2.2 Themenkomplex 2: Persönliche Spezialisierung.....	46
6.2.3 Themenkomplex 3: Teamarbeit.....	47
6.3 Interpretation der Interviews.....	49
7 Anforderungen an die Kinder und Jugendhilfe.....	54
Schlussbetrachtung.....	56
Quellenverzeichnis.....	59
Eidesstattliche Erklärung.....	67
Anhang.....	68
Transkription Experten-Interviews	68

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wege des Schreckens.....	18
Abbildung 2: Entwicklungsheterotopie von Traumafolgen.....	24
Abbildung 3: Die stellvertretende Traumatisierung (ST) in Anlehnung an Frey (2001:120).....	31

Einleitung

Nahezu täglich berichten die Medien über familiäre Gewalt, die Meldungen reichen von psychischer und körperlicher Misshandlung bis hin zum sexuellen Missbrauch von Kindern. Eine Textpassage aus dem „Tagesspiegel“ verdeutlicht dies:

„In der Notaufnahme einer Klinik hockt ein Dreijähriger auf der Pritsche [...]. Sein Körper ist übersät mit Blutergüssen und den Spuren von Bissen: Verdacht auf Kindesmisshandlung. Den Rechtsmedizinern gegenüber benimmt sich der Junge auffällig: Mehrmals greift er nach den Armen der Mediziner, die freundlich zu ihm sind, und legt die Arme der anderen um seinen Oberkörper. Das Kind [...] will umarmt werden, es sucht Nähe und Wärme. Den Ärzten liefert es damit ein weiteres Indiz für die erlittene Misshandlung“ (Fetscher 2014).

Hinter solch einem Artikel steht immer das Schicksal eines Kindes das wahrscheinlich schwer traumatisiert ist und dessen Wunden kein Krankenhausbesuch ausreichend heilen wird.

Traumatisierte Kinder und Jugendliche¹ kriegen in unserer heutigen Gesellschaft immer noch den Stempel aufgedrückt, dass sie nicht *normal* seien. Sie legen in der Regel ein auffälliges Verhalten an den Tag, das mit dem ihrer Umwelt kollidiert. In den meisten Fällen sind es die Eltern, oder Menschen aus dem näheren Umfeld, aus Institutionen wie Schule und Kindergarten, die auf das gestörte, oft aggressive Verhalten aufmerksam werden oder mit dem Umgang mit diesen Kindern überfordert sind. Auf unterschiedlichen Wegen gelangen traumatisierte Kinder in verschiedene ambulante Hilfemaßnahmen, scheitern diese oder ist die Situation in der Familie kritisch, wird eine stationäre Hilfemaßnahme eingeleitet. Denn werden die erlittenen Traumatisierungen nicht richtig erkannt oder ausreichend versorgt „[...] leidet [erst] das Kind, dann das nahe Umfeld. Später wird ein seelisch schwer beschädigter Mensch, der keine Chance zur Heilung erhalten hat, auch eine Belastung für die Gesellschaft, z. B. durch psychische oder körperliche Krankheit“, schreibt der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Andreas Krüger (Krüger 2008, S. 13). Um das zu verhindern ist es erforderlich, ein tief greifendes Verständnis für die bisherige Lebensgeschichte und die damit verbundenen Störungsbilder zu haben. Einer Vielzahl von öffentlichen Einrichtungen gelingt es aus verschiedenen Gründen nicht, eine entsprechende Versorgung anzubieten. Auf der einen Seite ist kaum traumapädagogisch ausgebildetes Personal vorhanden, und auf der anderen Seite fehlen die nötigen finanziellen Mittel. Dennoch gibt es auch Einrichtungen, die mit richtigen Ansätzen und Methoden belegbare Erfolge erzielen.

¹Aufgrund der besseren Lesbarkeit, werden Kinder und Jugendliche im Folgenden nur noch als Kinder bezeichnet.

Der aktuelle Forschungsstand zeigt, dass sich gezielte individuelle Maßnahmen sowohl auf die Pädagog_innen² als auch auf die traumatisierten Kinder positiv auswirken. Die Arbeit soll deutlich machen, warum die Traumapädagogik für die soziale Arbeit notwendig ist und die allgemeinen pädagogischen Methoden nicht ausreichen. Im Speziellen wird auf folgende Fragestellungen eingegangen: Was benötigen traumatisierte Kinder, um adäquat versorgt zu werden? Welche Voraussetzungen und Qualifikationen benötigen Pädagog_innen³, damit eine stationäre Hilfemaßnahme gelingen kann?

Im Folgenden wird der Aufbau der Arbeit näher beschrieben:

Als Grundlage für die Arbeit dient die Theorie über die Identitätsentwicklung des Psychoanalytikers Erik H. Erikson. Seine Entwicklungstheorie geht von der Prämisse aus, dass während jeder Entwicklungsstufe des Menschen ein Konflikt vorherrscht, der durch positive oder negative Anpassungen gelöst werden kann. Erlittene Traumata können einzelne Entwicklungsschritte zerstören. In Kapitel 1 werden dazu mehrere Definitionen herangezogen. Mögliche Ursachen für eine frühkindliche Traumatisierung, die oft in dem unmittelbaren Umfeld des Kindes ausgelöst werden, sind äußerst prägende Erfahrungen. Sie werden in Kapitel 2 näher erläutert. Eine große Bedeutung nimmt die Neurobiologie bei Traumatisierungen ein. Die Grundlagen neurobiologischer Vorgänge sowie die daraus resultierenden Verhaltensweisen der Kinder werden näher erläutert und sind zugleich essenziell für die Pädagog_innen der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Ein kurzes Praxisbeispiel soll dies verdeutlichen: Ein siebenjähriger Junge kann mit seinen Fingern nicht bis zehn zählen. Er zählt nur bis fünf und beginnt dann wieder von vorn. Auch nach unzähligen Wiederholungen gelingt es ihm nicht. Nun kann es schnell passieren, dass die Pädagog_innen dem Jungen das Gefühl vermitteln, *dumm* zu sein und/oder ihn aufgeben. Ein neurobiologisches Hintergrundwissen, das in Kapitel 3 zur Sprache kommt, würde den Pädagog_innen die Ursachen und das Verhalten des Jungen erklärbar machen. Zentrales Thema der Traumapädagogik ist die Konfrontation mit den ungewohnten Verhaltensweisen der Kinder und den daraus resultierenden hohen Belastungen, denen Pädagog_innen ausgesetzt sind. Hierbei spielen die sekundäre Traumatisierung sowie die drei

²Der Unterstrich („Gender-Gap“) steht für die Einbeziehung der weiblichen und männlichen Form sowie der Personen, die sich nicht in eine Zweigeschlechtlichkeit einordnen lassen.

³ Ebenso werden, wegen der besseren Lesbarkeit Erzieher_innen und Sozialpädagog_innen, nur Pädagog_innen genannt, gemeint sind aber Erzieher_innen und Sozialpädagog_innen.

Grundkompetenzen Sachkompetenz, Selbstreflexion und Selbstfürsorge eine wichtige Rolle. Darauf wird in Kapitel 4 eingegangen. Der Forschungsstand bezieht sich auf die Betreuungsqualität in stationären Wohngruppen. In Kapitel 5 werden zwei Wohngruppen vorgestellt, in denen traumapädagogisch gearbeitet wird. Als Gegenüberstellung fungieren in Kapitel 6 drei Experten-Interviews. Drei Pädagog_innen geben einen Einblick in die Praxis. Sie berichten über ihre Empfindungen bei der Arbeit mit traumatisierten Kindern sowie über ihre persönlichen Spezialisierungen und sprechen über die Rahmenbedingungen, unter denen sie arbeiten. Die daraus resultierenden Anforderungen an die stationäre Kinder- und Jugendhilfe werden in Kapitel 7 thematisiert und zusammenführend betrachtet. Abschließend werden die Inhalte der vorliegenden Arbeit resümiert.

1 Die Identitätsentwicklung und das psychische Trauma

Im ersten Kapitel der Bachelor-Thesis steht das Stufenmodell der kindlichen Identitätsentwicklung des Psychoanalytikers Erik H. Erikson im Vordergrund. Eriksons Theorie beschreibt die einzelnen Entwicklungsstufen und die Konflikte, die in den jeweiligen Entwicklungsphasen eines Kindes vorrangig sind. Seine Theorie macht nachvollziehbar, weshalb gerade frühkindlich gestörte Bedürfnisbefriedigungen zu massiven traumatischen Entwicklungen führen können. Erikson beschreibt die Identität eines Menschen als sein Selbstgefühl, das „[...] auf zwei gleichzeitigen Beobachtungen [beruht]: der unmittelbaren Wahrnehmung der eigenen Gleichheit und Kontinuität in der Zeit und der damit verbundenen Wahrnehmung, daß auch andere diese Gleichheit und Kontinuität erkennen“ (Erikson 1973, S. 18). Traumatisierungen können dieses im Alltag nicht präsente, aber dennoch vorhandene Selbstgefühl bedrohen. Die psychologische Psychotherapeutin Michaela Huber formuliert es so: „Ein Trauma ist ein Anschlag auf die Identität des Menschen“ (Huber 2012, S. 68). Die verschiedenen Definitionen des psychischen Traumas, die in Unterkapitel 1.2 dargestellt werden, sollen einen Einblick in die Gemütslage traumatisierter Menschen geben.

1.1 Die Identitätsentwicklung nach Erik H. Erikson

Erikson entwickelte das Stufenmodell der *Identitätsentwicklung*. In jeder einzelnen Lebens- bzw. Entwicklungsphase eines Kindes, vom Säuglingsalter bis hin zum Erwachsenenalter, sind spezielle psychologische Konflikte vorherrschend. Laut Erik H. Erikson: „[...] muß [der Mensch], um im psychologischen Sinne am Leben zu bleiben, unaufhörlich solche Konflikte lösen [...]“ (Erikson 1973, S. 56). In seinem Buch „Identität und Lebenszyklus“ werden die Entwicklungsschritte bzw. -phasen bis zum Erwachsenenalter wie folgt zusammengefasst (vgl. Erikson 1973, S. 55 – 114):

Ur-Vertrauen gegen Ur-Misstrauen

Das *Ur-vertrauen* ist ein unbewusstes Gefühl, das auf die gemachten Erfahrungen im ersten Lebensjahr zurückzuführen ist. Der Säugling lernt zuerst über das Saugen Nahrung aufzunehmen. Neben der Nahrungsaufnahme ist der Säugling in vielerlei Hinsicht aufnahmebereit. Bevor der Säugling sein Sehvermögen und seinen Tastsinn entwickelt, saugt er um Gegenstände zu differenzieren. D. h. durch ausreichende Nahrung, Anregung, Zärtlichkeit und Geborgenheit entwickelt der Säugling *Vertrauen*, das mit dem Gefühl einhergeht, sich auf andere Personen verlassen zu können. Dieses Vertrauen wird später im Erwachsenenalter zu einem Ur-Vertrauen, das die Basis für eine gesunde Identität bildet. Werden die Bedürfnisse des Säuglings nicht befriedigt, kann im Erwachsenenalter ein Ur-Missvertrauen vorherrschend sein. Menschen, die unter einem unbewussten Ur-Missvertrauen leiden, haben häufig das Gefühl, nicht die Gleichheit und Kontinuität zu besitzen, die andere haben, und ziehen sich auf eine bestimmte Art in sich zurück (vgl. Erikson 1973, S.62 ff.).

Autonomie gegen Scham und Zweifel

Im Alter von etwa zwei bis drei Jahren steht das Heranreifen des Muskelsystems, wie z. B. die Abfolge des Festhaltens und Loslassens, im Vordergrund, das gleichzeitig die Entleerung der Blase und des Darms bestimmt. Das noch höchst abhängige Kind beginnt in dieser Phase, seinen eigenen Willen durchzusetzen. Die Beziehung zwischen den Eltern und dem Kind gleicht einer Belastungsprobe. Üben die Eltern zu viel Druck bei der Sauberkeitserziehung aus und geben dem Kind keine Möglichkeit, schrittweise die Kontrolle über den Schließmuskel zu erlernen, rebelliert das Kind und ist entmutigt. In der Folge verfällt es wieder in die orale Phase: Es lutscht z. B. wieder am Daumen und/oder wird trotzig und benutzt die Ausscheidungen als eine Art Abwehr z.B. in dem es den Darm nur in der Windel entleert. Ferner kann das Kind vortäuschen, dass es keine Hilfe benötigt, sozusagen Entwicklungsschritte übersprungen hat, obwohl diese noch gar nicht erreicht worden sind. Deshalb ist es wichtig, dem Kind genügend Möglichkeiten zu bieten, um Fertigkeiten zu erproben, und ihm angemessene Grenzen zu setzen, um es zu schützen. So gelingt es dem Kind, ein Gefühl von Autonomie und Stolz zu entwickeln. Erfährt das Kind kein Gefühl von Selbstbeherrschung, sondern ist belastet mit Selbstzweifeln, die ausgelöst worden sind durch unverhältnismäßige Interventionen der Eltern, entwickelt es ein anhaltendes Gefühl von Zweifel und Scham (vgl. Erikson 1973, S. 75 ff.)

Initiative gegen Schuldgefühle

Im Alter von circa vier bis sechs Jahren lernt das Kind, sich dynamisch zu bewegen, das Sprachniveau verbessert sich, und die Vorstellungskraft erweitert sich. Das Kind stellt sich aktiv neuen Aufgaben und bezieht sein soziales Umfeld dabei mit ein. Durch das Spielen erwirbt das Kind Kenntnisse über sich selbst und seine Umwelt, da es ohne die Angst zu scheitern, neue Fertigkeiten ausprobieren kann. Beim Spielen mit Gleichaltrigen lernt es kooperatives und zielorientiertes Verhalten. Das Kind eifert z. B. Berufen nach oder spielt Begebenheiten aus dem familiären sowie dem öffentlichen Umfeld nach. Diese Phase beinhaltet auch die frühe geschlechtliche Neugier, die aber nicht lange anhält und bis zur Pubertät verdrängt wird. In dieser Phase entsteht auch das *Über-Ich* des Kindes, das laut dem Psychoanalytiker Sigmund Freud neben dem *Es* und dem *Ich* die moralische Instanz eines aus drei Instanzen bestehenden psychischen Apparats ist (vgl. dazu Zimbardo/Gerrig 2004, S. 617). Das Kind identifiziert sich mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil und entwickelt so ein Rollenverständnis von Mann und Frau bzw. Mädchen und Junge. Erwachsene prägen sein Über-Ich, indem sie sagen, was richtig und was falsch ist. Durch massives Bestrafen, Bedrohen und Kritisieren seitens der Erwachsenen entwickelt das Kind ein zu strenges Über-Ich. Das Kind hat dadurch immer dann Schuldgefühle, wenn die Grundsätze seines Gewissens missachtet werden (vgl. Erikson 1973, S. 87 ff.).

Werksinn gegen Minderwertigkeitsgefühl

Ab dem sechsten Lebensjahr bis zur Pubertät entdeckt das Kind eigene Fertigkeiten, mit denen es die Aufgaben und Anforderungen in der Schule bewältigen kann. Darüber hinaus lernt das Kind, dass es von seinem Umfeld Anerkennung erhält, wenn es z. B. durch Fleiß gute Schulnoten erzielt. Durch Arbeitsteilungen, z. B. in der Schule, entwickelt das Kind ein Gefühl von Moral und Verantwortung. Minderwertigkeitsgefühle können entstehen, wenn das Kind kein Vertrauen in seine eigenen Fertigkeiten hat, was mitunter darauf zurückzuführen ist, dass die Konflikte aus den vorherigen Entwicklungsphasen unzureichend gelöst worden sind. Ebenso kann das Kind die vorherigen Phasen überwunden haben, aber von den Eltern nicht ausreichend auf die Schule vorbereitet worden sein. Ferner können Eltern und/oder Lehrer_innen sowie Mitschüler_innen dem Kind durch negative Äußerungen ein Gefühl der Unfähigkeit vermitteln (vgl. Erikson 1973, S. 98 ff.).

Identität gegen Identitätskonfusion

Die Identität wird in der Phase der Adoleszenz (circa zwölftes bis 20. Lebensjahr) entwickelt. In dieser Zeit versucht ein Teenager zu definieren, wer sie_er ist. Der_die Jugendliche befindet sich nun in einem Zustand der Misere. Frühere Fertigkeiten werden vom jetzigen Selbst kritisch begutachtet und mit neu erworbenen Eigenschaften und Leitbildern verglichen. Erikson schreibt: „Die sich herauskristallisierende Ich-Identität verknüpft [...] die früheren Kindheitsphasen, in denen der Körper und die Elternfiguren führend waren, mit den späteren Stadien, in denen eine Vielfalt sozialer Rollen sich darbietet und im wachsenden Maße sich aufdrängt“ (Erikson 1973, S. 109). Zu einer Identitätskonfusion kommt es, wenn der Jugendliche kein Urvertrauen hat. Auch die Gesellschaft kann durch die Einschränkung von Möglichkeiten, wie z. B. bei denen die Berufswahl, zu einer Identitätskonfusion beitragen. In so einem Fall ist der_die Jugendliche perspektivlos und noch nicht bereit, die Verantwortung für sein Leben zu übernehmen (vgl. Erikson 1973, S. 106 ff.).

Weitere Phasen die Erikson in seinem Stufenmodell beschrieben hat, beschäftigen sich mit der Identität im Erwachsenenalter. Sie sind für die Arbeit nicht relevant, da hier ausschließlich Kinder im Fokus stehen.

Die ersten Phasen der Identitätsentwicklung bilden die Grundlage: Die gespeicherten Erfahrungen werden benutzt, um die Krisen in den folgenden Phasen bewältigen zu können. Die frühen Phasen sind daher wesentlich für das psychische Trauma. Hat ein Kind kein Urvertrauen und/oder ist es geprägt von Gefühlen der Minderwertigkeit und Schuld, dann kann es ein belastendes Ereignis nicht seinem Entwicklungsstand gemäß bewältigen.

Im Folgenden wird das psychische Trauma beschrieben.

1.2 Definition: psychisches Trauma

Das Wort Trauma stammt aus dem Griechischen und bedeutet Verletzung. Der Psychotherapeut und Psychoanalytiker Gottfried Fischer und der Kinder- und Jugendpsychiater Peter Riedesser konstatieren: „Wie die verschiedenen somatischen Systeme des Menschen [...] überfordert werden können, so kann auch das seelische System durch punktuelle oder dauerhafte Belastungen [...] überfordert und schließlich traumatisiert/verletzt werden“ (Fischer/Riedesser 2009, S. 24).

Für den Menschen ist ein Trauma überwältigend und lebensgefährlich. Ein Ereignis außerhalb dessen, was der Mensch kennt, etwas das überaus erschreckend und eigentlich nicht zu verkraften ist. Ein Trauma ist mit erheblichen seelischen und/oder körperlichen Schmerzen verbunden, einhergehend mit der Überzeugung, dass man es nie verwinden wird. Die psychologische Psychotherapeutin Michaela Huber beschreibt es als ein Ereignis, das so bedrohend sei, dass man denke, es könne nicht wirklich passiert sein (vgl. Huber 2012, S. 38).

Traumatische Ereignisse überfordern die normalen Anpassungsstrategien des Menschen. Im Allgemeinen bedeuten sie eine Bedrohung für das Leben oder die körperliche Unversehrtheit. Psychische Traumata seien laut der amerikanischen Psychiaterin Judith Lewis Herman immer verbunden mit Gefühlen von intensiver Angst, Hilflosigkeit und Kontrollverlust. Wenn das Handeln keinen Sinn hat, weder Widerstand noch Flucht möglich sind, ist das Selbstverteidigungssystem des Menschen überlastet (vgl. Herman 2010, S. 54).

1.3 Zusammenfassung

Die ersten Lebensjahre des Kindes sind für den weiteren Verlauf seiner Persönlichkeitsentwicklung entscheidend. Wenn, wie zu Beginn beschrieben, nur sporadisch oder gar nicht auf die Bedürfnisse des Kindes eingegangen wird, entwickelt das Kind häufig eine unsichere Bindung. Die Nervenärztin und Psychoanalytikerin Luise Reddemann und die Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin Cornelia Dehner-Rau stellen in dem Zusammenhang fest: „Man weiß nämlich, dass traumatische Erfahrungen und sogenannte Bindungsstörungen sich wechselseitig beeinflussen, das heißt, traumatische Erfahrungen können zu Bindungsstörungen führen, andererseits sind bindungsgestörte Kinder/Erwachsene auch verletzlicher“ (Reddemann/Dehner-Rau 2011, S. 19). Die unsichere Bindung wirke sich destruktiv auf die Identität aus – der junge Erwachsene sei perspektivlos und unmotiviert. Die oben genannten Definitionen des Traumas haben deutlich gemacht, wie schwerwiegend diese seelische Verletzung für den Menschen ist. Auf Kinder bezogen formulieren Reddemann und Dehner-Rau: „[...] für Kinder sind traumatische Erfahrungen am schlimmsten, sie verfügen ja noch nicht über so viele Möglichkeiten des Schutzes und der Verarbeitung wie Erwachsene“ (Reddemann/Dehner-Rau 2011, S. 15).

2 Mögliche Ursachen einer frühkindlichen Traumatisierung

Aus Eriksons Theorie geht hervor, dass mit einer sehr autoritären – oder auch sehr antiautoritären Erziehung – die kindliche Entwicklung negativ beeinflusst werden könne. Die möglichen Ursachen einer frühkindlichen Traumatisierung werden im zweiten Kapitel thematisiert. Auslöser ist meist innerfamiliäre Gewalt wie Vernachlässigung, Misshandlung und/oder sexuelle Gewalt. Diese Formen von Gewalt innerhalb der Familie sind Indikatoren für eine Kindeswohlgefährdung. Die Kindeswohlgefährdung ist ein unbestimmter Rechtsbegriff und wird in Abschnitt 2.1 näher beschrieben. Auch psychisch kranke Eltern, eine schwere Abhängigkeit der Eltern und/oder das Erleben einer traumatischen Trennung des Kindes von den Eltern können frühkindliche Traumatisierungen hervorrufen. Die psychologische Psychotherapeutin Michaela Huber merkt an: „Der Großteil unserer Klientel ist ja nicht Opfer von Terroranschlägen oder Amokläufen oder Zugkatastrophen geworden – sondern von Gewalt in ‚ganz normalen Familien‘“ (Huber 2012, S. 17).

2.1 Kindeswohlgefährdung

Ursprünglich stammt der Begriff *Gefährdung des Kindeswohls* aus dem Kindschaftsrecht des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB). Das Wohl des Kindes wird in § 1666 BGB in körperliches, geistiges und seelisches Wohl differenziert. Die verschiedenen Formen von Misshandlung, wie körperliche, seelische und sexuelle Misshandlung sowie die Vernachlässigung finden sich in dieser Differenzierung wieder. Nach § 1666 BGB muss das Familiengericht Maßnahmen zur Abwendung der Gefahr treffen, wenn die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage sind, diese Gefahr abzuwenden (vgl. Alle 2012, S. 13).

Auch der Soziologe, Psychologe und Pädagoge Jörg Maywald formuliert, dass zu den Indikatoren einer Kindeswohlgefährdung z. B. Vernachlässigung, sexuelle Gewalt, psychische Misshandlung, körperliche Misshandlungen, psychisch kranke Eltern, schwere Abhängigkeit der Eltern und die traumatische Trennung gehörten (vgl. Maywald 2012, S. 41). Wie bereits erwähnt, können die Indikatoren einer Kindeswohlgefährdung zugleich auch die Ursachen für eine frühkindliche Traumatisierung sein.

2.1.1 Vernachlässigung

Der Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapeut Ulrich T. Egle, der Facharzt für psychotherapeutische Medizin und Psychotherapeut Sven O. Hoffmann und der Arzt, Psychoanalytiker und Psychotherapieforscher Peter Joraschky schreiben:

„Kinder werden vernachlässigt, wenn sie von Eltern oder Betreuungspersonen unzureichend ernährt, gepflegt, gefördert, gesundheitlich versorgt, beaufsichtigt und/oder vor Gefahren geschützt werden“ (Egle/Hoffmann/Joraschky 2000, S. 25).

Nach Angaben der Sozialpädagogin Wilma Weiß würden Kinder durch fehlende Aufmerksamkeit und Zuwendung emotional vernachlässigt. Auch die Entwicklung von motorischen, geistigen, emotionalen und sozialen Fähigkeiten werde durch eine nicht ausreichende Anregung und Förderung vernachlässigt. Häufig deuteten die Eltern auch die Signale ihrer Kinder falsch, sei das Kind beispielsweise hungrig und weine, folge auf dieses Signal von den Eltern Schimpfen oder Einsperren (vgl. Weiß 2013 a, S. 29).

2.1.2 Sexuelle Gewalt

Die Pädagogin, Psychotraumatologin, Psychodramaleiterin Ursula Enders schreibt:

„Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen fängt bei heimlichen, vorsichtigen Berührungen, verletzenden Redensarten und Blicken an und reicht bis hin zu oralen, vaginalen oder analen Vergewaltigungen und sexuellen Foltertechniken“ (Enders 2011, S. 29).

Sexuelle Gewalt beschreibt einen Prozess, bei dem das Kind von Erwachsenen, Jugendlichen oder aber auch von älteren Kindern zur Befriedigung deren Lustgefühle benutzt wird. Die Persönlichkeit des Kindes ist nicht von Interesse, es steht lediglich der Körper des Kindes im Fokus. Das Kind lerne laut Enders, dass es nur über den eigenen Körper Aufmerksamkeit bekommt (vgl. Enders 2011, S. 33).

Die amerikanische Psychiaterin Judith Lewis Herman formuliert:

„Neben der Angst vor Gewalt berichten alle Opfer von einem überwältigen Gefühl der Hilflosigkeit. In Familien, in denen Mißbrauch vorkommt, ist die elterliche Macht willkürlich, launisch und absolut“ (Herman 2010, S. 138).

2.1.3 Psychische Misshandlung

Laut Egle, Hoffmann und Joraschky könnten psychische Misshandlungen durch die demonstrative Bevorzugung eines Geschwisterkindes, Einschüchterungen oder häufiges Beschimpfen verursacht werden. Auch gewaltsame elterliche Konflikte, die im Beisein der Kinder ausgetragen werden, führten möglicherweise zu einer psychischen Misshandlung (vgl. Egle/Hoffmann/Joraschky 2000, S. 26).

Weiß äußert, dass die seelische Misshandlung durch das Verhältnis zu dem Kind festgelegt werde. Kinder würden von Bezugspersonen durch verabscheuendes und demütigendes Verhalten sowie mit Verachtung bestraft (vgl. Weiß 2013 a, S. 30).

2.1.4 Körperliche Misshandlung

Egle, Hoffmann und Joraschky definieren körperliche Misshandlung so:

„Mit körperlicher Mißhandlung [...] [sind] Schläge oder andere gewaltsame Handlungen (Stöße, Schütteln, Verbrennungen, Stiche usw.) gemeint, die beim Kind zu Verletzungen führen können“ (Egle/Hoffmann/ Joraschky 2000, S. 27).

Laut Weiß werden Kinder häufig geschlagen, weil sie zu viele Fragen stellen, anderer Meinung seien und/oder einfach protestierten (vgl. Weiß 2013 a, S. 32).

2.1.5 Kinder psychisch kranker Eltern

Die besonderen Belastungen für Kinder psychisch kranker Eltern sind sehr unterschiedlich. Zum einen ist die Diagnose des erkrankten Elternteils von Bedeutung, und zum anderen sind die bestehenden Bewältigungsressourcen der Kinder zu berücksichtigen. Der Verlust von Sicherheit und der Verlust von Kontrolle können sich traumatisierend auswirken. Viele Ängste, wie die Angst vor dem eigenen Elternteil, oder konfuse Handlungen sind nicht nachvollziehbar für die Kinder. Auch die ständige Angst vor einem Suizid des Elternteils oder die Angst, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken, bestehe und könne traumatisierend wirken (vgl. Weiß 2013 a, S. 42 f.).

Weiß zufolge würden Kinder psychisch kranker Eltern oft in die Elternrolle gedrängt. Sie führten z. B. den Haushalt und übernahmen viel Verantwortung. Zugleich fühlten sie sich schuldig oder würden von den Eltern beschuldigt, für den prekären Zustand der Familie verantwortlich zu sein (vgl. Weiß 2013 a, S. 43).

Die Psychologin, psychologische Psychotherapeutin Katja Beck stellt fest, dass in einigen Fällen eine Realitätsverschiebung der psychisch erkrankten Eltern stattfindet: „Die Kinder werden von den kranken Eltern selbst als krank, andersartig, komisch bezeichnet und sogar in ihre Wahnvorstellungen mit einbezogen“ (Weiß 2013 a, S.43; zit. n. Beck 2004, S. 46 ff.).

2.1.6 Schwere Abhängigkeit der Eltern

Jörg Maywald definiert Abhängigkeit folgendermaßen:

„Unter Sucht ist ein Verhaltensmuster zu verstehen, das von einem zwanghaften, wachsenden Verlangen nach einem bestimmten Gefühls- und Erlebniszustand geprägt ist. [...] In Bezug auf stoffgebundene Süchte wird der Begriff ‚Sucht‘ meist durch ‚Abhängigkeit‘ ersetzt“ (Maywald 2012, S. 30 f.).

Eltern, die unter einer Abhängigkeit leiden, sind beeinträchtigt in der Entfaltung der eigenen Persönlichkeit – der Verstand wird geleitet von dem Verlangen nach bestimmten Stoffen. Die sozialen Bindungen und sozialen Chancen werden durch die Abhängigkeit eingegrenzt oder aber vernichtet. Den betroffenen Eltern falle es schwer, so Maywald, den Alltag für ihre Kinder zu organisieren und zu strukturieren. Die Kinder seien häufig auf sich allein gestellt (vgl. Maywald 2012, S. 31).

2.1.7 Traumatische Trennung

Wilma Weiß formuliert über die traumatische Trennung Folgendes: „Die Trennung von den engsten Bezugspersonen, [...] zu denen das Kind – wie die Umstände auch immer waren – eine einzigartige Gefühlsbindung hatte, ist in der Regel traumatisch“ (Weiß 2013 a, S. 40).

Je jünger das Kind bei der Trennung von den engsten Bezugspersonen ist, umso eher führt dies zu einer Traumatisierung. Auch wenn das Kind misshandelt und missbraucht wurde, kann sich eine zusätzliche Trennung traumatisch auswirken (vgl. Weiß 2013, S. 40).

Laut Weiß fühlten Kinder sich oft schuldig, weil sie glaubten, verantwortlich für die vollzogene Trennung ihres näheren Umfeldes zu sein (vgl. Weiß 2013 a, S. 40).

2.2 Resilienz

Laut der Politikwissenschaftlerin Margherita Zander könnten manche Menschen traumatische Situationen besser verkraften als andere, was unter anderem daran liege, dass resiliente Menschen „[...] [ihre] Kräfte in sich selbst [aktivieren] und wissen[,] Unterstützung von außen dafür zu nutzen, um in extremen Belastungssituationen nicht zu zerbrechen, sondern im Gegenteil ‚elastisch‘ darauf zu reagieren“ (Zander 2011, S. 9). Der amerikanischen Psychologin Edith Grotberg zufolge erfassten Resilienzforscher_innen einige Faktoren, wie z. B. vertrauensvolle Beziehungen oder emotionale Unterstützung außerhalb der Familie, die den betroffenen Personen Selbstachtung vermitteln könnten. Außerdem könnten diese Beziehungen Hoffnungen in den Kindern erwecken, die z. B. auf schulische Erfolge ausgerichtet seien. Diese Hoffnungen gäben den Kindern das Gefühl der Zuversicht, sodass diese selbst auch an ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten glaubten und sie umsetzen könnten, schreibt Grotberg. Das Gefühl, liebenswert zu sein oder jemand anderen bedingungslos lieben zu können, bestärke die Kinder. Die genetischen Anlagen und das Temperament eines Kindes sind der US-Psychologin zufolge ausschlaggebend dafür, wie resilient es sein wird. Das bedeutet, wenn das Kind in Stresssituationen, wie z. B. Herausforderungen, Angst habe oder unbekannte und bedrohliche Ereignisse erlebe, bestimme die Selbstwahrnehmung des Kindes, wie es mit anderen kommuniziere und mit gefährvollen Situationen umgehe (vgl. Grotberg 2011, S. 51).

2.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es eine große Bandbreite von möglichen Ursachen frühkindlicher Traumatisierungen gibt, die alle das Wohl des Kindes gefährden. Die in Unterkapitel 2.1. genannten Faktoren dienen dem Jugendamt häufig als Begründung, die Kinder aus ihrer Familie zu nehmen. Einerseits, damit sie vor ihren Peiniger_innen geschützt werden und andererseits, damit sie in stationären Einrichtungen *Normalität* erfahren können. Die Intensität der Traumatisierung ist schwer festzustellen, sie ist vor allem individuell zu betrachten. Sowohl durch die Resilienz als auch durch die vorhandenen schützenden Faktoren seitens der Kinder wird die Belastung der Traumatisierung beeinflusst. Nach Jörg Maywald sei eine Vertrauensperson wichtig, die dem traumatisierten Kind emotionalen Halt geben kann. Die psychische Verfassung sowie die biografischen Vorerfahrungen der Kinder

bedingen den Umgang mit dem Trauma bzw. der Traumata (vgl. Maywald 2012, S. 44).

Um die Folgen einer frühkindlichen Traumatisierung in ihrem ganzen Umfang besser erläutern zu können, wird nun im dritten Kapitel Folgen der Vorgang einer Traumatisierung aus neurobiologischer Perspektive dargestellt.

3 Folgen einer frühkindlichen Traumatisierung

Über die möglichen Ursachen einer frühkindlichen Traumatisierung schreibt der Neurobiologe Gerald Hüther: „Frühe Gewalterfahrungen, Vernachlässigung, sexuelle Ausbeutung und Misshandlungen oder der Verlust Sicherheit bietender Bezugspersonen sind die wichtigsten Auslöser unkontrollierbarer Stressreaktionen während der frühen Phasen der Hirnentwicklung“ (Hüther 2012, S. 185). Das dritte Kapitel beschäftigt sich zunächst mit den neurobiologischen Grundlagen psychischer Traumatisierung. Die Notfallreaktionen, der Flashback sowie die verschiedenen Formen einer Dissoziation werden erläutert, um anschließend differenzierter auf die Folgen einer sequenziellen (mehrfachen) Traumatisierung in Bezug auf die Hirnentwicklung sowie auf die daraus resultierenden Verhaltens- und Lernschwierigkeiten des Kindes einzugehen. Eine Hilfestellung bei der Einstufung der Schwere der Traumatisierung gibt die amerikanische Kinderpsychiaterin Leonore Terr. Sie unterscheidet zwischen dem Trauma-Typ I und dem Trauma-Typ II. Auf beide Typen wird im Unterkapitel 3.4 näher eingegangen. Anschließend wird die Anwendung der geläufigen Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung auf Kinder kritisch hinterfragt. Der Psychologe Marc Schmidt, der Kinder- und Jugendpsychiater Jörg Fegert und der Psychologe Franz Petermann sind Befürworter der Diagnose der *Traumaentwicklungsstörung* (vgl. Schmid/Fegert/Petermann 2010, S. 47).

3.1 Die neurobiologischen Grundlagen psychischer Traumatisierung

Den Vorgang der Verarbeitungsebenen in der Hirnentwicklung bei belastenden Situationen sowie bei traumatischen Situationen beschreibt Gerald Hüther recht genau. Bei einer vorübergehenden Störung der Hirnfunktion, ausgelöst durch eine psychische Belastung, funktionieren der innere ältere Bereich des Gehirns aufgrund von früh geformten neuronalen Verschaltungen in Stress- und Notfallsituationen effizienter als die zuletzt geformten neuronalen jüngeren Verschaltungsmuster. In den Netzwerken der präfrontalen Rinde entstehe durch eine Notfallsituation schlagartig eine hohe Übererregung. In diesem Zustand sei es so gut wie nicht möglich, handlungsleitende Erregungsmuster zu erzeugen. Infolgedessen falle der Mensch in alte Verhaltens-, Denk- und Gefühlsmuster sowie in alte Körperreaktionen zurück. Bei belastenden Situationen seien die älteren Strukturen des

Gehirns auch bei erhöhter Übererregung abrufbar. Komme es jedoch zu einer stärkeren Erschütterung im Gehirn, ausgelöst durch (Todes-) Ängste und Ausweglosigkeit, stehen auch die älteren Strukturen nicht mehr zur Verfügung. Daraufhin erfolge die Notfallreaktion, die durch ein Trauma im menschlichen Hirnstamm seit Urzeiten registriert sei (vgl. Hüther 2012, S. 182 ff.).

3.1.1 Notfallreaktionen

Bei einem inneren Konflikt ist der Sympathikus (ein Teil des vegetativen Nervensystems) (vgl. Wied/Warmbrunn 2012, S. 798) verantwortlich für einen übererregten Zustand – der Körper wird auf den Angriff oder auf die Flucht vorbereitet. Scheitern beide Reaktionen, wird der Konflikt an den Parasympathikus (ebenfalls ein Teil des vegetativen Nervensystems) vermittelt – der Körper reagiert mit Erschlaffung (vgl. Wied/Warmbrunn, 2012, S. 608).

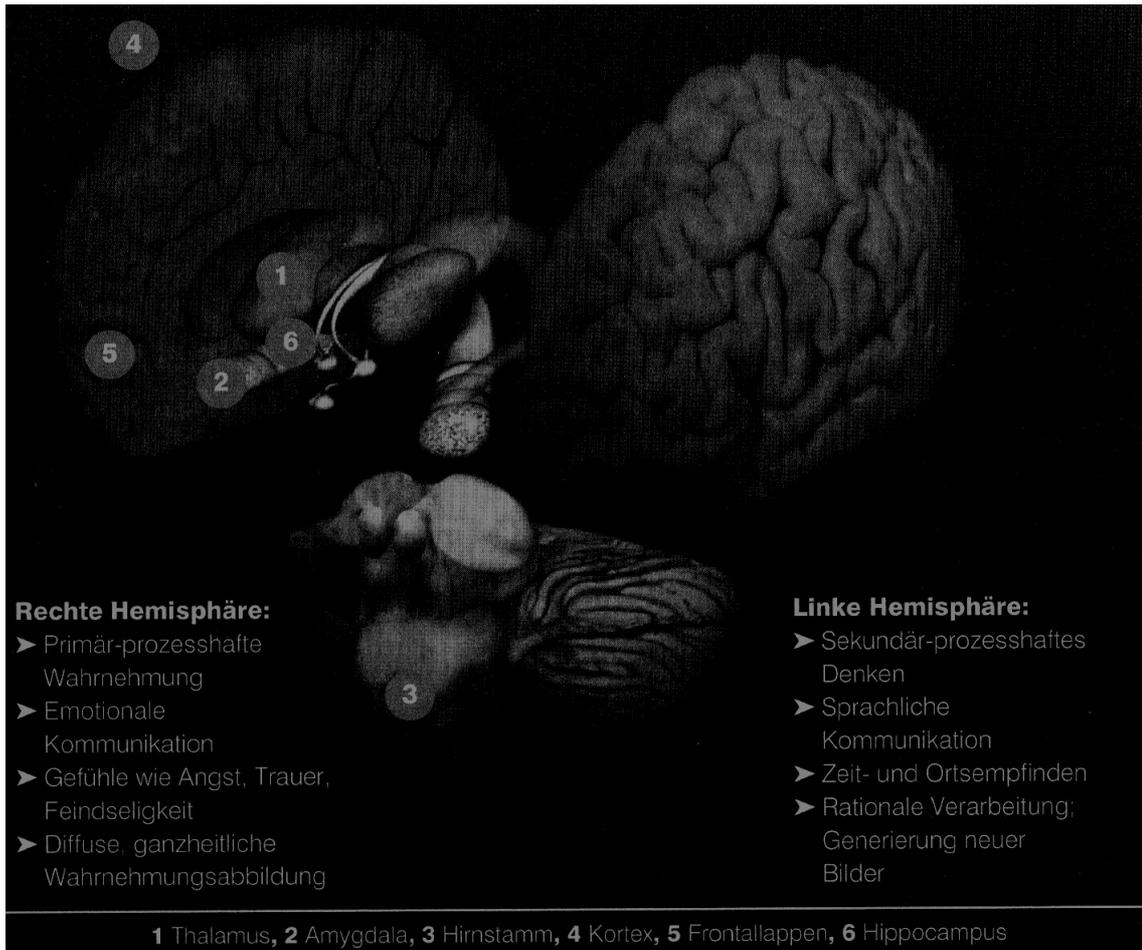
Im Hippocampus (siehe Abb. 1) wird die Wahrnehmung von Raum und Zeit gespeichert. Die Frontalhirnfunktion und insbesondere die Amygdala (siehe Abb. 1) ist zuständig für die assoziativen und anderen Fähigkeiten des Bewusstseins. Die beiden Vorgänge sind unerlässlich für die Erinnerung eines zusammenhängenden Erlebnisses. Durch eine Traumatisierung werden diese Vorgänge sowie das Broca (Sprachzentrum) blockiert. Die fragmentarische Speicherung ereignet sich durch den Schockzustand. Alle neuronalen Verschaltungsmuster und synaptischen Netzwerke werden gleichzeitig aktiviert, fest miteinander verknüpft und aneinander gekoppelt. Bei Kindern führt die Stressreaktion sehr viel schneller zu dieser Notfallreaktion im Hirnstamm als bei Erwachsenen. Da das Gehirn eines Kindes noch nicht vollständig auf den komplexeren Verarbeitungsebenen vernetzt ist, etablieren sich frühkindliche Traumatisierungen im Hirnentwicklungsprozess der Kinder. Die traumatischen Erfahrungen und die damit zusammenhängenden erlernten Bewältigungsstrategien eines Traumas bilden eine neue Grundlage im Gehirn des Kindes. Das bedeutet, dass die neuronalen Verschaltungsmuster, welche bei Kindern noch nicht ausreichend ausgebildet und geformt sind, auf den traumatischen Strukturen im Gehirn des Kindes aufbauen (vgl. Hüther 2012, S. 185 f./ vgl. auch Perry 1995/van der Kolk 2007/Schore 2007/ Hüther 2003).

Aufgrund von häufig ausgelösten Notfallreaktionen befindet sich das Kind oft in einem Zustand der Übererregung. Dementsprechend hat das Kind immer wieder Flucht- oder Kampfpulse. Ferner kann das Kind die überwältigenden Erinnerungsfragmente nicht kontrollieren. Es wird überschüttet mit nicht zuzuordnenden affektiven und körperlichen Erregungs- oder Abschaltzuständen. Ebenso ist das Selbstwertgefühl durch fortbestehende

negative Überzeugungen sehr instabil. Das Ausmaß sei laut Hüther abhängig von der Intensität der Traumatisierung. Je stärker die Gewalterfahrungen wären, desto stärker würden die emotionalen Zentren aktiviert, die für die Ausschüttung von neuroplastischen Botenstoffen verantwortlich seien. Diese würden die vorhandenen Netzwerke im Gehirn schädigen, schreibt Hüther (vgl. Hüther 2012, S. 183 f.). Im Abschnitt 3.1.2 wird die Schädigung der vorhandenen Netzwerke im Gehirn genauer beschrieben.

Die Abbildung 1 veranschaulicht die Verarbeitung bedrohlicher Ereignisse im menschlichen Gehirn.

Abb. 1: Wege des Schreckens (Huber 2012, S. 48)



Wege des Schreckens

„Der Thal[a]mus [sic] (1) leitet eingehende Sinnesreize auf schnellstem Weg an die Amygdala (2) weiter, welche sie in einer bed[r]ohlichen [sic] Situation als angsterregend bewertet und im archaischen Hirnstamm (3) körperliche Reaktionen auslöst. Eine langsamere Route führt vom Thal[a]mus [sic] zum – im Kortex (4) verankerten – Bewusstsein, welches die Informationen genauer beurteilt. Sie werden vom Frontallappen (5) und auch vom Hippocampus (6) in bereits vorhandenes Wissen integriert. Für diese rationale Verarbeitung ist vor allem die linke Gehirnhälfte zuständig. Eine zu hohe Aktivität der Amygdala jedoch ‚überschwemmt‘ das Gehirn mit negativen Emotionen und verhindert deren Integration in Gedächtnis und Identität“ (Huber 2012, S. 48).

3.1.2 Schädigung der vorhandenen Netzwerke im Gehirn

Durch das Trauma hat der innere Bereich des Gehirns gravierende Einschnitte erlitten. Die Folge dieses komplexen Vorgangs ist eine Schädigung von vorhandenen miteinander verkoppelten Netzwerken für einzelne Reaktionsmuster. Auf der Ebene der Kognition werden Bewertungen, wie z. B. die Einschätzung einer drohenden Lebensgefahr oder die Gefühle von Ohnmacht, Hilflosigkeit, Inkompetenz und Schuld beeinträchtigt. Auf der Ebene der Verarbeitung sinnlicher Wahrnehmungen werden optische, akustische, olfaktorische und weitere Sinneseindrücke strapaziert. Die Ebene der emotionalen Regulation ist gestört, was z. B. durch übermäßige Angst, Furcht, Ekel oder Ohnmacht zeigt. Symptome wie Angstschweiß, Herzrasen, Atemnot, Erstarrung und Verkrampfung sind auf der Ebene der körperlichen Regulation zu finden, welche ebenfalls ein Resultat der Störung darstellen (vgl. Hüther 2012, S. 183).

3.1.3 Schlüsselreize und Flashbacks

Durch Wahrnehmungen, die mit gemachten Erfahrungen verbunden und mit neuronalen Netzwerken gekoppelt sind, werden Schlüsselreize (Trigger) ausgelöst, die zu einer *Rückblenderinnerung*, einem *Flashback* führen. Ein Flashback kann z. B. durch einen Geruch ausgelöst werden. Der Geruch ist in diesem Fall der Trigger. Menschen die einen Flashback haben, können sich an bestimmte Situationen erinnern, in denen sie sich z. B. an Gerüche, eingenommene Körperhaltungen und Bilder erinnern. Um die Flashback-Reaktion zu umgehen, wählt das Kind Strategien wie z. B. Abspaltungen (Dissoziationen), Verdrängungen oder Vermeidungen von bewussten Gedanken, Gefühlen, Gesprächen sowie Situationen, die an das Trauma erinnern. Durch diese Strategien wird das Belohnungssystem aktiviert und das Gehirn beurteilt die Strategie als nützliche Bewältigungsstrategie. Je häufiger die Strategie angewandt wird, desto effektiver und manifester spiegelt sich dies in der Persönlichkeit wider. Die Wahrnehmung und Steuerung des Bewusstseins des Kindes spalte sich laut Hüther ab, dabei würden eigene Teilidentitäten erschaffen. Diese seien auf die Entwicklungsstörungen des Gehirns und die Persönlichkeit zurückzuführen, und könnten zu einer dissoziativen Identitätsstörung führen (vgl. Hüther 2012, S. 183 ff.) (siehe Abschnitt 3.1.4).

3.1.4 Verschiedene Formen der Dissoziation

Die Dissoziation beschreibt einen Abspaltungsprozess. Jeder Mensch dissoziiert fast im Minutentakt, dabei selektiert das Gehirn die unwichtigen oder zu gravierenden Reize, um eine Überflutung zu vermeiden. Die Dissoziation werde laut Huber zu einer Störung, wenn sie sich nicht mehr beherrschen lasse (vgl. Huber 2012, S. 56). Luise Reddemann und Cornelia Dehner-Rau stellen fest: „Auslöser (Trigger) für dissoziatives Verhalten kann alles sein, was Erinnerungen an vorangegangene Traumata hervorruft“ (Reddemann/Dehner-Rau 2011, S. 59).

Huber unterscheidet die verschiedenen Formen der Dissoziationen wie folgt (vgl. Huber 2012, S. 57):

Amnesie: Huber nennt zwei klinische Formen der Amnesie: zum einen die biografische Amnesie, bei der Elemente nicht mehr erinnert werden können, und zum anderen die Alltagsamnesie, bei der erhebliche Gedächtnislücken zu verzeichnen sind (vgl. Huber 2012, S. 58).

Derealisierung: Die Umwelt kann teilweise nicht angemessen wahrgenommen werden, da aufgrund einer Schutzfunktion des Gehirns Erinnerungen nicht abgerufen werden können (vgl. Huber 2012, S. 61).

Depersonalisierung: Die Wahrnehmung des Selbst ist beeinträchtigt durch ein Fremdheitsgefühl. Die Empfindungen gegenüber der eigenen Person und/oder des Körpers werden abgespalten (vgl. Huber 2012, S. 62).

Fuge: Das Wort Fuge stammt von dem Lateinischen *fugare* ab und bedeutet fliehen. Im pathologischen Sinne meint Fuge: „Sich körperlich von einem Ort an einen anderen begeben und sich dort wiederfinden, verbunden mit Amnesie“ (Huber 2012, S. 62).

Dissoziative Identitätsstörung: Durch die verursachte Gewalt entstehen Risse in der Persönlichkeit. Durch mehrfache Traumatisierungen und die anhaltende Dauer kann der traumatisierte Mensch Teilidentitäten entwickeln, d. h. es können mehrere differenzierte Identitäten vorhanden sein, welche die Kontrolle über das Verhalten einer Person übernehmen (vgl. Huber 2012, S. 64 f.).

3.2 Folgen einer sequenziellen Traumatisierung in Bezug auf die Hirnentwicklung sowie das daraus resultierende Verhalten der Kinder

Gerald Hüther zufolge seien die Auslöser für sequenzielle Traumatisierungen oft Krieg, Vertreibung, Flucht, politisch motivierte Folter, familiäre Gewalt und bedrohliche Erkrankungen (vgl. Hüther 2012, S. 184). Nach Gerald Hüther würden sequenzielle Traumatisierungen „Im Gehirn[...] zur erneuten Bahnung der im Zuge der Primärtraumatisierung entstandenen Kopplungen“ führen (Hüther 2012, S. 184). Bei Kindern ist das Gehirn noch nicht vollständig entwickelt, da die neuronalen Vernetzungen sowie synaptischen Verknüpfungen erst noch geformt und gefestigt werden müssen. Den mehrfach belasteten Kindern gelingt es oft nicht, die äußeren Schichten des Gehirns (neokortikale Strukturen der Hirnrinde, insbesondere die frontalen und orbitofrontalen Bereiche) mit den inneren älteren Schichten zu verbinden und zu formen. Das Kind ist nicht mehr in der Lage, neue Anforderungen, Wahrnehmungen oder Bedrohungen in den limbischen und kortikalen Hirnbereichen unter Kontrolle zu bringen. Das Kind ist blockiert und nicht fähig, neue Erfahrungen im Gehirn abzuspeichern. Im frontalen Cortex befinden sich die Grundlagen für die differenzierten Leistungen des menschlichen Gehirns. Maywald hat festgestellt, dass es bei traumatisierten Kindern häufig zu Beeinträchtigungen komme, die sich durch kognitive Entwicklungsrückstände in Form von Lernschwierigkeiten, Sprachstörungen und später durch Schulleistungsschwächen bemerkbar mache (vgl. Maywald 2012, S. 44). Durch die Traumatisierungen können die hochkomplexen synaptischen Verschaltungsmuster nicht ausgeformt und stabilisiert werden. Das betrifft insbesondere die Entwicklung eines Selbstbilds, die Selbstregulation und die emotionalen und psychosozialen Fähigkeiten des Kindes (vgl. Hüther 2012). Die gesamte Persönlichkeit des Kindes wird besonders durch die schweren Misshandlungen und die sexuelle Gewalt geschädigt. Deutlich werde dies, so Maywald, durch das Verhalten der Kinder: unkontrollierbare Impulsivität und Angstsyndrome, z. B. Alpträume, überwiegen in der frühen Kindheit (vgl. Maywald 2012, S. 44). Enders sagt: „[...] in allen Erzählungen missbrauchter Kinder, Jugendlicher und Erwachsener [finden sich] Vertrauensverlust, Sprachlosigkeit, Schuld- und Schamgefühle, Ohnmacht, Angst und Zweifel an der eigenen Wahrnehmung wieder“ (Enders 2011, S. 129). Das Aggressionspotenzial dieser Kinder ist durch die körperlichen Misshandlungen sehr hoch. Oft treten Probleme in der Beziehung zu Gleichaltrigen auf. Die Aggressionen der Kinder würden, schreibt Weiß, durch die Überzeugung, nicht liebenswert, jedoch dumm zu sein,

bestärkt (vgl. Weiß 2013 a, S. 32). Der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Andreas Krüger erläutert: „Die Kinder rasten typischerweise schnell aus, weil die speziellen neuronalen Verknüpfungen nach Traumata dazu führen, dass eine ruhige Überprüfung der Situation unter dem Einfluss von akut wieder auftretenden ‚altem‘ Extremstress unmöglich ist“ (Krüger 2008, S. 37). Doch eine bedeutende Erkenntnis aus der Neurobiologie gibt Grund zur Hoffnung für die traumatisierten Kinder:

„Das menschliche Gehirn ist in seiner funktionellen Organisation und seiner inneren Struktur veränderbarer als bisher angenommen, sodass die zu früheren Zeitpunkten entstandenen synaptischen Verschaltungsmuster durch neue Nutzungsmuster umgeformt werden können“ (Hüther 2012, S. 186).

3.3 Längerfristige körperliche Folgen

Frühe Traumatisierungen wirken sich neurobiologisch, psychisch sowie körperlich bei den Kindern aus. Ärztliche Untersuchungen ergaben, dass Kinder, die Opfer von sexueller Gewalt waren/sind, Symptome wie Darmsrisse, Entzündungen, Geschlechtskrankheiten, genitale Pilzinfektionen usw. aufwiesen (vgl. Enders 2011, S. 165). Durch die Misshandlungen können körperliche Folgeerscheinungen wie organspezifische Verletzungen, Gedeih- und Wachstumsstörungen sowie dauerhafte Behinderungen entstehen. Ebenso können psychosomatische Symptome, wie Kopfschmerzen und/oder Bauchschmerzen, Einnässen oder Einkoten auftreten. Außerdem könnten laut Maywald bei älteren Kindern Essstörungen, wie Adipositas und Anorexie bzw. Bulimie eine Rolle spielen (vgl. Maywald 2012, S. 44).

3.4 Kindheitstraumata Typ I und Typ II

Die amerikanische Kinderpsychiaterin Leonore Terr unterscheidet zwischen einem einmaligen traumatischen Ereignis und einem sich wiederholenden, lang anhaltenden traumatischen Verlauf (vgl. Fischer/Riedesser 2009, S. 288).

Trauma Typ I: Unter Typ I werden einmalige, unvorhersehbare Ereignisse, wie beispielsweise ein Verkehrsunfall oder ein Überfall verstanden. Das Kind erinnert sich detailliert an die traumatische Situation, bis auf die Wahrnehmungsverzerrungen, die auf die akute Traumareaktion zurückzuführen sind (siehe Unterkapitel 3.1.1). Häufig konstruieren die Kinder fantasievolle Gedankengebäude um sich das traumatische Ereignis zu erklären. Durch den noch nicht vorangeschrittenen kognitiven Entwicklungsstand sind die Kinder nicht in der

Lage, komplexe Zusammenhänge zu verstehen oder das Konzept des Zufalls in Erwägung zu ziehen. Folglich werden Schuldzuschreibungen vollzogen, die sich gegen die Kinder selbst richten (vgl. Fischer/Riedesser 2009, S. 288, zit. n. Terr 1995).

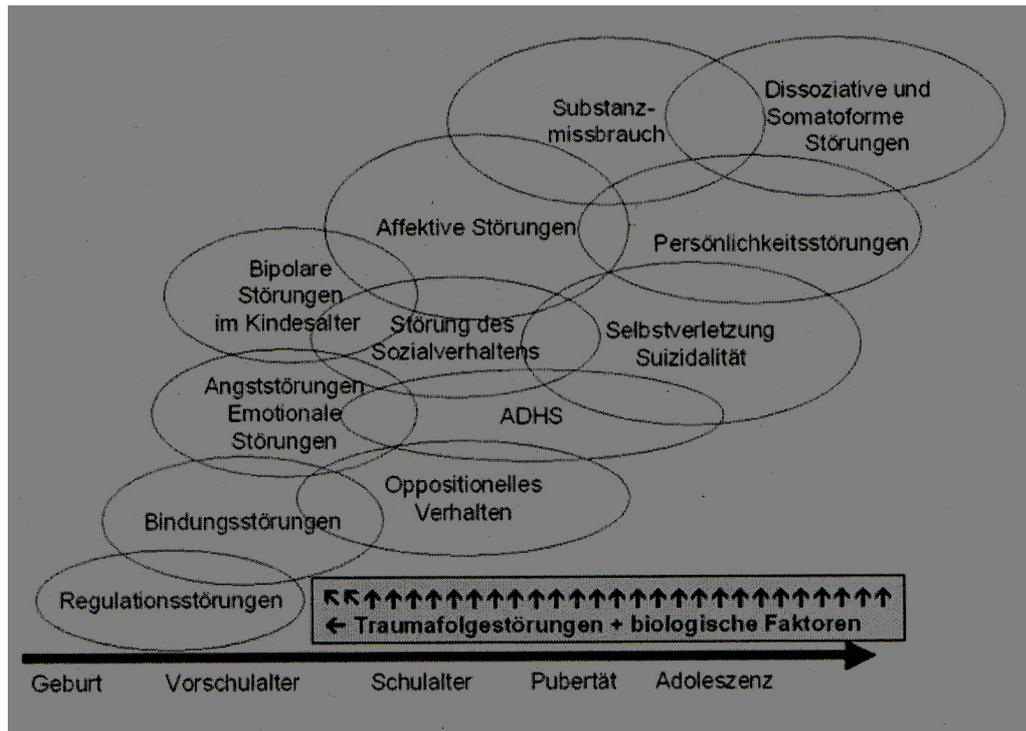
Typ II-Trauma: Bei Typ II handelt es sich um länger anhaltende Traumatisierungen, das bedeutet z. B. Misshandlungen und/oder sexuelle Gewalt über einen längeren Zeitraum. Die lang anhaltenden Traumatisierungen durch die in Kapitel zwei genannten Gewalttaten führen zu Verleugnung und Anästhesie. Häufig treten unter anderem auch Depersonalisierung und Dissoziation auf (siehe Unterkapitel 3.1.4). Diverse Kinder hypnotisieren sich selbst, um sich vor weiteren seelischen Verletzungen zu schützen. Die von den Kindern angewandte Selbsthypnose kann zu einer dissoziativen Identitätsstörung führen. Durch die wiederholten traumatischen Situationen entstehen bei den Kindern kontinuierlich Formen der extremen Distanzierung, Anästhesie sowie Abwehrformen. Diese Formen verfestigen sich, das Verhalten der Kinder wird von dauerhaftem Ärger und von Wut geleitet. Solche Affekte äußern sich gelegentlich durch extreme Passivität und emotionale Abstumpfung, was des Öfteren zu einer Selbstverstümmelung und/oder zu einem Suizid beiträgt. Im Gegensatz dazu richten einige der betroffenen Kinder ihre Aggressionen nach außen und werden vom Opfer zum Täter (vgl. Fischer/Riedesser 2009, S. 288, zit. n. Lewis et. al. 1985).

3.5 Traumaentwicklungsstörung als Alternative zur Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung in der Anwendung auf Kinder

Häufig wird nach einem psychischen Trauma die Diagnose posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) gestellt. Im internationalen Diagnose-Manual für psychische Störungen hat sie die Kennung ICD-10 F43.1. Die PTBS wird bei Erwachsenen und bei Kindern diagnostiziert. Da die Diagnoseform entwicklungsbedingte Besonderheiten der Kinder nicht ausreichend berücksichtigt, kann sie zu Fehleinschätzungen beitragen. Gerald Hüther meint: „Frühe Gewalterfahrungen [...] führen bei Kindern auch weitaus rascher als bei Erwachsenen zur Aktivierung der archaischen Notfallreaktion im Hirnstamm“ (Hüther 2012, S. 185). Auch sei es bei einer Diagnostizierung notwendig, die Symptome zu verbalisieren, was im frühen Kindesalter oft noch nicht möglich sei, geben Schmid, Fegert und Petermann zu bedenken (vgl. Schmid/Fegert/Petermann 2010, S. 48, zit. n. Scheeringa et. al 2003).

Schmid, Fegert und Petermann stellen den möglichen Entwicklungsverlauf sequenziell traumatisierter Kinder folgendermaßen dar:

Abb. 2: Entwicklungsheterotopie von Traumafolgestörungen



Häufig leiden sequenziell traumatisierte Kinder bereits im Säuglingsalter unter Regulationsstörungen (unstillbares Schreien, Fütterstörungen oder Schlafstörungen). Kinder im Vorschulalter weisen oft eine Bindungsstörung mit oder ohne Enthemmung (z. B. distanzlose Interaktionen mit Fremden) auf. Im Schulalter zeigen die betroffenen Kinder dann eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität) oder eine kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (Aufsässigkeit, Aggressivität, Wutausbrüche, Destruktivität, Stehlen oder Schuleschwänzen). Eine Persönlichkeitsstörung kombiniert mit Drogenmissbrauch, selbstverletzendem Verhalten und affektiven Störungen (Depression/Manie) werde laut Schmidt, Fegert und Petermann dann schließlich häufig in der Adoleszenz diagnostiziert (vgl. Schmidt/Fegert/Petermann 2010, S. 48). Jörg M. Fegert, Franz Petermann und Marc Schmidt merken an:

„[...] sodass im Sinne einer Entwicklungsheterotopie davon auszugehen ist, dass sich dieselben grundlegenden Defizite (z. B. in der Emotionsregulation, Selbstwirksamkeitserwartung, Dissoziationsneigung, Bindung) in unterschiedlichen Entwicklungsaltersstufen ganz unterschiedlich auswirken und dort alterstypische psychopathologische Symptome zur Folge haben“ (Fegert/Petermann/Schmidt 2010, S. 48).

In der Regel ist für sequenziell traumatisierte Kinder die Diagnose PTBS nicht geeignet (vgl. Schmid/Fegert/Petermann 2010, S.48). Die Diagnosekriterien der PTBS treffen nicht vollständig zu und nur vereinzelt treten Symptome auf, die zu der PTBS passen. Wie oben schon erwähnt weisen mehrfach traumatisierte Kinder eine Reihe von anderen Symptomen auf wie Regulationsstörungen, Bindungsstörungen, hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens usw. (vgl. Schmidt/Fegert/Petermann 2010, S. 48, vgl. auch Copeland 2007, Koenen 2008, Pelcovitz 2000 sowie Rosner/Hagel 2008).

3.6 Zusammenfassung

Das dritte Kapitel hat veranschaulicht wie zerstörerisch sich vor allem familiäre Gewalt auf die Entwicklung des kindlichen Gehirns auswirken kann. Frühkindliche Traumatisierungen etablieren sich im Hirnentwicklungsprozess der Kinder, innere Anspannung und Kampfbereitschaft bilden ein Fundament für neuronale Verschaltungsmuster. In der sozialpädagogischen Arbeit haben es Pädagog_innen sehr oft mit sequenziell traumatisierten Kindern zu tun, die in ihren jungen Jahren häufig ums Überleben „kämpfen“ mussten, also mit dem Trauma-Typ II. Viele der betroffenen Kinder haben lang anhaltende Traumatisierungen erlitten: Um nicht an den qualvollen Schmerzen zu zerbrechen, wandten sie die Formen der Dissoziation an. Hüther äußert: „Ihr Vertrauen in ihre eigenen Kompetenzen, oft auch in andere Menschen ist gebrochen [...]“ (Hüther 2012, S. 184). Durch die frühkindlichen Traumatisierungen haben die Kinder enorme Schwierigkeiten, neue Anforderungen in ihrem Gehirn abzuspeichern. Für diese Kinder ist der Leistungsdruck der ihnen in der Schule abverlangt wird unerträglich. Einige Kinder weisen eine innere Unruhe auf, sie spielen z. B. immer wieder die Rolle des Klassenclowns und fallen des Öfteren negativ auf. Der Sonder- und Heilpädagogin Ulrike Ding zufolge sei es für die betroffenen Kinder schwierig, sich auf den Unterricht zu konzentrieren. Frustration mache sich breit, dabei werden die Kinder schnell wütend und aggressiv (vgl. Ding 2013, S. 56).

Die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung umfasst den Trauma-Typ II nur unzureichend. Die Abbildung 2 über die Entwicklungsheterotopie von Traumafolgestörungen veranschaulicht die zahlreichen Störungsbilder, die vom Säuglingsalter bis hin zur Adoleszenz auftreten können. Diese müssen möglichst früh diagnostiziert werden, damit die betroffenen Kinder individuelle Hilfe erhalten, um selbstverletzendes Verhalten zu unterlassen oder keine dissoziative Identitätsstörung auszubilden.

4 Traumapädagogik als professioneller Umgang mit traumatisierten Kindern

Die Traumapädagogik gilt als neue, eigenständige Fachdisziplin. Die Anfänge der Traumapädagogik gehen auf die Internationale Gesellschaft für Heimerziehung zurück, die 2001 Fortbildungen zur pädagogischen Unterstützung bei der Arbeit mit traumatisierten Mädchen und Jungen angeboten hat. Die Sozialpädagogen Volker Vogt und Martin Kühn riefen im Jahr 2002 die Internetseite www.traumapaedagogik.de ins Leben. Das Buch „Phillip sucht sein Ich – zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen“ der Diplom Sozialpädagogin Wilma Weiß erschien im Jahr 2003. Die Sozialarbeiterin/ Sozialwissenschaftlerin und Psychotherapeutin Silke Gahleitner formulierte 2011, dass ein Hauptbestandteil der Traumaarbeit in der Kinder- und Jugendhilfe geleistet werde (vgl. Weiß 2013 b, S. 33). Der hohe Bedarf an traumapädagogischen Methoden für die Arbeit in der Kinder- und Jugendhilfe ist in den vergangenen 14 Jahren erkannt worden. Einer der wichtigsten Aspekte der Traumapädagogik ist die Haltung, die von der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Traumapädagogik wie folgt formuliert wird:

„Eine wesentliche Basis der Traumapädagogik stellt eine Grundhaltung dar, die das Wissen um Folgen von Traumatisierung und biografischen Belastungen berücksichtigt und ihren Schwerpunkt auf die Ressourcen und Resilienz der Mädchen und Jungen legt“ (BAG 2011, S. 4).

Traumapädagogische Konzepte sind aus den Erkenntnissen der angrenzenden Bezugswissenschaften entstanden. Hierzu gehören u. a. die Erziehungswissenschaften, die Psychotraumatologie, die Bildungs- und Resilienzforschung sowie die Neurobiologie. Die fundamentalen Bestandteile der Traumapädagogik lägen Wilma Weiß zufolge jedoch in der Pädagogik und der Milieuthérapie (vgl. Weiß 2013 b, S. 35 ff.).

Die Traumapädagogik sieht das traumatisierte Kind in seinem Verhalten von seiner Vergangenheit geprägt, seine Verhaltensweisen sind zum größten Teil neurologisch und psychotraumatologisch erklärbar. Die Kombination aus fachlichem Wissen über Traumata und pädagogischen Methoden wirkt sowohl stabilisierend auf die Kinder als auch stabilisierend auf die Berufsidentität der Pädagog_innen. Das Wissen darum, einen Großteil der Traumaarbeit zu leisten, geht nach Weiß mit einer Anerkennung der Arbeit einher und wirke sich positiv auf die Berufsidentität aus (vgl. Weiß 2013 a, S. 95 f.). Laut dem Psychologen und Psychotherapeuten Marc Schmid sei das Ziel einer Traumapädagogik:

„ [...] einerseits korrigierende Beziehungserfahrungen zu vermitteln und andererseits an der gezielten Förderung anzusetzen, und zwar genau in jenen Fertigungsbereichen, welche die traumatisierten Heranwachsenden aufgrund ihrer wiederholten traumatischen Erfahrungen nicht erlernen bzw. sich zum eigenen Schutz nicht aneignen konnten“ (Schmid 2012, S. 411).

Im Folgenden werden Grundkenntnisse aus der Arbeit mit traumatisierten Kindern wiedergegeben. Zu Beginn des vierten Kapitels wird es einen Einblick über die Methoden der Stabilisierung bei sequenziell traumatisierten Kindern und Jugendlichen geben. Die Fachpsychotherapeutin für Traumatherapie Ulrike Reddemann schreibt dazu: „Stabilisierung von Kindern soll diese in die Lage versetzen, wieder aufmerksam im ‚Hier und Jetzt‘ statt in ‚alten Filmen‘ zu sein [...]“ (Reddemann 2012, S. 51). Im Unterkapitel 4.2 wird die ressourcenaktivierende Arbeit näher vorgestellt. Im Unterkapitel 4.3 wird die Konfrontation der Pädagog_innen mit dem ungewohnten Verhalten der traumatisierten Kinder dargestellt. Möglicherweise kann sie zu einer sekundären Traumatisierung der Pädagog_innen beitragen. Um den Belastungsfaktoren bei der Arbeit mit Traumatisierten entgegenwirken zu können, sollten idealerweise Pädagog_innen über Grundkompetenzen für professionelles Handeln verfügen. Diese werden unter Punkt 4.4 näher erläutert.

4.1 Sequenziell traumatisierte Kinder stabilisieren

Sequenziell traumatisierte Kinder leiden unter komplexen psychischen Störungen. Sie sind aus der psychischen und körperlichen Balance geraten. Mitarbeiter_innen der stationären Kinder- und Jugendhilfe sollten Methoden beherrschen, um die sequenziell traumatisierten Kinder zu stabilisieren. Ein positives Selbstbild ist die Grundlage für eine gelingende Lebensgestaltung. Traumatisierte Kinder haben aufgrund ihrer einschneidenden Erlebnisse jedoch in aller Regel ein negatives Selbstbild. Ihr Selbstkonzept wurde geprägt von „Schuldumkehrungen, [dem] Abspalten von Gefühlen [...] [und dadurch,] Objekte der Bedürfnisse Erwachsener [gewesen zu sein]“ (Weiß 2013 a, S. 121). Das Beziehungsangebot muss vonseiten der Pädagog_innen aufrichtig, bestärkend und transparent gestaltet werden, um den Traumatisierten zum einen die nötige Sicherheit vermitteln zu können und um zum anderen das Misstrauen der Kinder gegenüber den Erwachsenen abzubauen. Häufig betäuben sich traumatisierte Kinder/ Jugendliche mit psychoaktiven Substanzen oder verletzen sich körperlich, um ihre schmerzhaften Gefühle zu unterdrücken. Vertrauenspersonen können in Stresssituationen beruhigend auf die Kinder einwirken und ihnen Alternativen im Umgang mit schwierigen Gefühlen aufzeigen. Durch psychoedukative Gespräche werden den Kindern

in vereinfachter Form die traumatischen Übertragungen, die im Kopf und Körper entstehen, erklärt (siehe Kapitel 3). Die Kinder sind so in der Lage, ihre Verhaltensweisen nachvollziehen zu können, und ihre Gefühle des *Verrücktseins* werden gemindert. Auf diese Weise erlangen sie wieder mehr Kontrolle über sich selbst. Ebenso kann man kleinen Kindern (ab vier Jahren) erklären, was in ihrer Lebenswelt gerade geschieht, warum sie z. B. aggressiv reagieren oder sich zurückziehen. Das schafft Erleichterung und nimmt ihnen die Last. Die Einhaltung der Grenzen des Kindes reduziere laut Ulrike Reddemann die Gefahr der Retraumatisierung (vgl. Reddemann 2012, S. 51 ff.).

4.2 Ressourcenaktivierende Arbeit

Ressourcenaktivierende Arbeit gelingt, indem die Pädagog_innen den Kindern Aufmerksamkeit schenken, indem sie deren Stärken und Fähigkeiten wahrnehmen, sie darin bestärken und ihnen helfen diese weiter auszubauen. Auch kleine Fortschritte der Kinder sind mit Anerkennung und Lob zu honorieren und nicht als selbstverständlich zu betrachten. Fortschritte können anhand von Fotos, selbst gemalten Bildern oder Ähnlichem festgehalten werden. Das hilft den Kindern, sich zum einen an die erfolgreiche Weiterentwicklung zu erinnern, und zum anderen wird ihre Selbstwirksamkeit sowie die Handlungsfähigkeit gestärkt. Erfolgsmomente, die die Kinder verinnerlicht haben, verringern Dissoziationszustände (siehe Kapitel 3) und sind zugleich ein Hilfsmittel gegen wiederkehrende Flashbacks. Hilfreich für Kinder sind Geschichten über Pippi Langstrumpf oder Harry Potter. Kinder identifizieren sich mit starken Charakteren und schöpfen dadurch Kraft (vgl. Reddemann 2012, S. 59 ff.).

Im Folgenden werden die ungewohnten Verhaltensweisen der traumatisierten Kinder sowie die sekundäre Traumatisierung näher vorgestellt.

4.3 Konfrontation mit dem ungewohnten Verhalten

In stationären Einrichtungen werden Betreuer_innen in aller Regel mit den ungewohnten Verhaltensweisen und belastenden Gefühlen der traumatisierten Kinder konfrontiert. Diese drücken ihre traumatischen Lebenserfahrungen über ihre Verhaltensweisen aus, die von den Pädagog_innen häufig als befremdlich wahrgenommen werden. Hierzu gehörten laut Weiß Verhaltensweisen wie das Ausagieren extremer Aggressionen gegenüber anderen Bewohner_innen und dem Betreuungspersonal, Reinszenierungen auf der Opfer- oder Täterseite und die eingeschränkte Fähigkeit, zu vertrauen (vgl. Weiß 2013 a, S. 202). Dieses Verhalten kann das psychische Gleichgewicht der Pädagog_innen bis aufs Äußerste beeinflussen. Nach Ulrike Reddemann bestehe die Gefahr, dass Pädagog_innen das *verrückte* Verhalten (verbale und/oder physische Angriffe) als vorsätzlich gegen die eigene Person gerichtet verstehen könnten (vgl. Reddemann 2012, S.63). Auch die Beziehungsgestaltung zu den Kindern kann hochgradig belastend sein. Die Jugend- und Heimerzieherin und Traumafachberaterin Birgit Lang formulierte, dass in Krisensituationen die Kinder meist ihre traumatischen Erfahrungen reinszenieren, d. h. die Betreuer_innen seien mit Übertragungen konfrontiert und fänden sich ungewollt in der Täter- oder in der Opferrolle wieder. Sie werden in den genannten Rollen mit Gefühlen der Ohnmacht, der Scham, der Wut, der Schuld und der Angst konfrontiert. Durch die leidvollen und zwiespältigen Gefühle, die sie erfahren, ist das Risiko hoch, eine zu intensive Beziehung zu den Kindern aufzubauen. Früher oder später kann diese intensive Beziehung von beiden Seiten nicht mehr aufrechterhalten werden – sie zerbricht in den meisten Fällen aufgrund des verletzenden und aggressiven Verhaltens der traumatisierten Kinder. Reagieren die Betreuer_innen auf das verletzende Verhalten mit Rückzug oder Abwendung, fühlt sich das Kind einsam, hilflos und aufgegeben. Die Kinder reagieren wiederum auf den Rückzug und/oder die Abwendung mit noch extremeren Verhaltensweisen, die laut Birgit Lang bei den Pädagog_innen Schuld- und Schamgefühle auslösen könnten (vgl. Lang 2012, S. 221). Lang zufolge erfordere die Erkenntnis und die Reflexion dieser Rollenfallen von den Pädagog_innen sehr viel Mut und Selbstvertrauen. Ihre Emotionen lassen sich häufig nicht mit ihrem professionellen Selbstverständnis in Einklang bringen (vgl. Lang 2012, S. 221).

4.3.1 Sekundäre Traumatisierung in der stationären Kinder- und Jugendhilfe

Eine sekundäre Traumatisierung wird durch die Vermittlung der traumatischen Erlebnisse und die damit zusammenhängenden belastenden Gefühle, die der Mensch verspürt, dem sie vermittelt werden, ausgelöst. Die Pädagog_innen werden mit negativen Gefühlen konfrontiert, die sich in körperlichen Beschwerden wie Magen- und Kopfschmerzen, Schlafstörungen und teilweise sogar in Depressionen manifestieren können. Auch grausame Bilder, die den Erzählungen der traumatisierten Kinder entstammen, können die Betreuer_innen belasten. Werden diese Symptome psychischer und/oder psychosomatischer Natur unterdrückt, führe das laut dem Psychotherapeuten Jürgen Lemke zu einer Haltung, die sich resistent oder vermeidend gegenüber den Kindern auswirken könnte (vgl. Lemke 2010, S. 14). Lemke schreibt:

„Wer traumatisierten Menschen hilft, kann durch diese Begegnung, durch den Kontakt zu diesen Menschen, durch die mit seinem Erleben, durch die Behandlung seines Leidens – obwohl dem Trauma nicht unmittelbar ausgesetzt – auch traumatisiert werden“ (Lemke 2010, S. 14).

Lemke zufolge sei die sekundäre Traumatisierung nicht nur auf die Psychotherapeut_innen beschränkt, sondern alle Mitarbeiter_innen aus helfenden Berufen seien davon betroffen (vgl. Lemke 2010, S. 31).

Abb. 3: Die Stellvertretende Traumatisierung (ST) in Anlehnung an Frey (vgl. Lemke 2006, S. 16 zit. nach Frey 2001, S. 120).

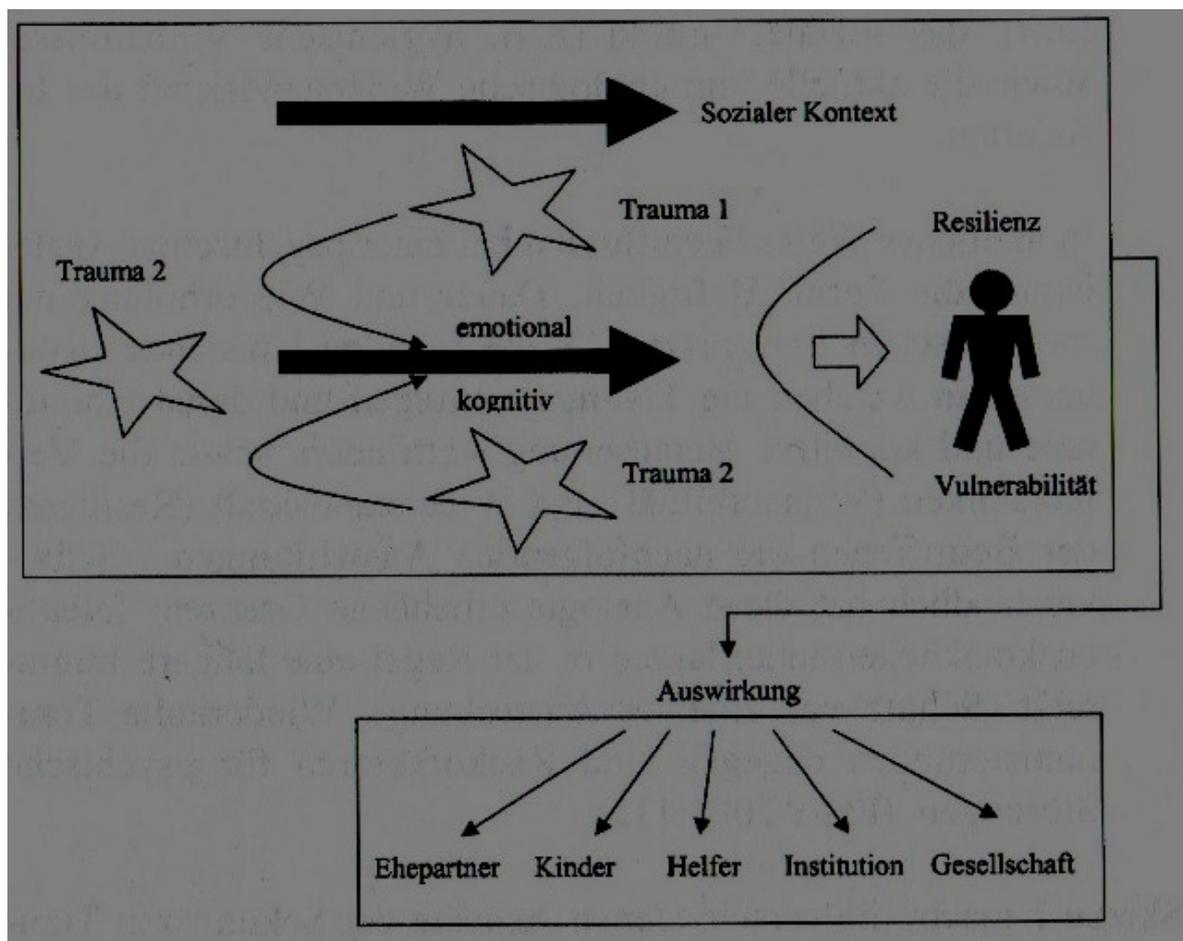


Abb. 3: „Oft sind es wiederholte Erfahrungen (von Klienten-Traumata), welche dann erst ihre emotionale und kognitive Wirkung entfalten. Die Wirkungen hängen jedoch von Merkmalen der Person [...] ab, von der Bewertung der traumatischen Erfahrung [...] und vor allem von der Widerstandsfähigkeit (Resilienz) des Betroffenen. Diese ist u. a. beeinflusst durch vorangehend erlebte eigene Traumata [...], aber auch durch den sozialen Kontext und das persönliche Umfeld (Ehepartner, Familie usw.) des Betroffenen. Diese Umwelt kann die Verletzlichkeit verstärken oder mindern, belastend oder aber stützend sein. Persönliche und situative Faktoren wirken also immer zusammen“ (Lemke 2010, S. 15 f.).

Um ein Bewusstsein für ungewohnte Verhaltensweisen zu entwickeln und die dazugehörigen belastenden Gefühle wahrnehmen zu können, sind drei Grundkompetenzen für die Arbeit in der stationären Kinder- und Jugendhilfe notwendig. Diese werden nun im folgenden Abschnitt behandelt.

4.4 Drei Grundkompetenzen für professionelles Handeln

Die Sachkompetenz, die Selbstreflexion und die Selbstfürsorge sind Grundkompetenzen, die in der Arbeit mit traumatisierten Kindern bedeutend sind. Pädagog_innen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe sind täglich hohen Belastungen ausgesetzt. Um eine Resignation der Pädagog_innen und/oder Ausgrenzungen der Kinder zu verhindern, seien Wilma Weiß zufolge bestimmte Grundlagen und Standards erforderlich. Sie befähigen die Pädagog_innen dazu, professionell zu handeln, und verringern intuitive oder situative Handlungsweisen (vgl. Weiß 2013 a, S. 225).

Sachkompetenz

Die Sachkompetenz besteht vorrangig aus dem Basiswissen der Bezugswissenschaften, besonders aber aus dem der Psychotraumatologie. Außerdem sind Entwicklungstheorien bedeutsam um zu erkennen, welche Phase des Traumatisierten positiv oder negativ abgeschlossen wurde und ob Verzögerungen und Defizite entstanden sind (siehe Kapitel 1). Daran sollten Pädagog_innen behutsam und unterstützend anknüpfen, damit die Kinder eine Chance bekommen, sich weiterzuentwickeln (siehe Kapitel 1). Damit Kinder vor sexueller Gewalt geschützt werden können, müssen Pädagog_innen grundlegende Kenntnisse über die Vorgehensweisen der Täter_innen sowie die Verhaltensweisen der betroffenen Opfer haben. Übertragungen traumatischer Erfahrungen und die eigenen Gegenreaktionen zu kennen ist notwendig, um professionell handeln zu können. Schmid, Lang und Gahleitner sind der Auffassung, dass Krisensituationen wie z. B. aggressive Attacken der Kinder gegen die Mitarbeiter_innen, durch ein fachliches Know-how besser von den Pädagog_innen bewältigt werden könnten, da sie die Gründe für dieses Verhalten kennen und es nicht persönlich nehmen würden (vgl. Schmid/Lang/Gahleitner 2010, S. 240). Zu wissen, was ein Burn-out und eine sekundäre Traumatisierung sind, und im Bedarfsfall eine Supervision in Anspruch nehmen zu können, ist bedeutsam für die eigene Psychohygiene. In der stationären Kinder- und Jugendhilfe ist ein elementares Fachwissen über die Bindungsarbeit notwendig, da die traumatisierten Kinder den Abbruch der Beziehung durch ihre primären Bezugspersonen, dies sind in aller Regel die Eltern, erfahren mussten. Ein Großteil der Kinder wurde enttäuscht und verletzt, die Angst vor neuen Beziehungen ist groß. Nicht zu vergessen ist, dass die Mehrheit der Kinder aufgrund von Fremdbestimmung in der stationären Einrichtung weilt und ihr zugewiesen worden ist, d. h. dass es sich zu Beginn um eine Zwangsbeziehung zwischen den Bewohner_innen und den sie Betreuenden handelt (vgl. Weiß 2013 a, S. 224 f.).

Selbstreflexion

Die eigene *innere Sammlung* beinhaltet Werte und Normen, die in den Grundzügen der Kindheit entstanden sind. Pädagog_innen müssen sich über ihre Kindheit bewusst sein, um subjektive Empfindungen wahrnehmen und Projektionen wie z. B. unbewusste Wünsche verringern zu können. Pädagog_innen sind in aller Regel den Übertragungen der traumatisierten Kinder ausgesetzt. Schmid, Lang, Gahleitner, Weiß und Kühn schreiben:

„Falls diese Gegenübertragungsgefühle der betroffenen Fachkräfte nicht reflektiert und ausreichend ‚versorgt‘ werden, besteht die Gefahr, dass viele Kinder und Jugendliche unbewusst erneute Misshandlungen und sexuellen Missbrauch reinszenieren“ (Schmid/Lang/Gahleitner/Weiß/Kühn 2010, S. 241 zit. n. Dalenberg 2000).

Das macht deutlich wie wichtig es ist, bei Supervisionen oder Teamsitzungen belastende Situationen zu schildern um eventuelle Gegenübertragungsgefühle zu offenbaren. Auch die äußeren Faktoren wie die institutionellen Rahmenbedingungen, die geringen finanziellen Mittel und die möglicherweise mangelnde Wertschätzung die die Jugendhilfe durch die Gesellschaft erfährt, sind nicht zu unterschätzende Aspekte (vgl. Weiß 2013 a, S. 227 f.).

Selbstfürsorge

Um einem möglichen Burn-out oder einer eventuellen sekundären Traumatisierung der Pädagog_innen präventiv entgegenwirken zu können ist es wichtig, die intensiven Gefühle, die die Kinder bei ihnen hervorrufen, gut zu versorgen. Auf der beruflichen Ebene ist es sinnvoll Supervisionen und Teamsitzungen durchzuführen, in denen Fallbesprechungen und das Ansprechen belastender Gefühle ausreichend Platz eingeräumt wird. Einige Pädagog_innen trennen Berufliches und Privates strikt voneinander und finden so einen Ausgleich zu ihrer Arbeit. Andere könnten schlecht abschalten, „die erschütternden Erfahrungen, die erschütterten Normen, die Beunruhigung aus dem Wissen, wozu Menschen fähig sind, brauchen ihren Platz und die Möglichkeit, Gefühle zuzulassen, sie zu beruhigen und auszuheilen“, schreibt Weiß (Weiß 2013 a, S. 232). Um mehr Sicherheit und Selbstwirksamkeit im Umgang mit traumatisierten Kindern zu erlangen, sei es Birgit Lang zufolge:

„wichtig [...], dass BetreuerInnen nicht als UmsetzerInnen konzeptioneller Ideen gesehen werden, sondern in eine traumapädagogische Konzeption integriert sind und sich selbst auch glaubhaft als solche verstehen und erleben“ (Lang 2013, S. 222).

4.5 Zusammenfassung

Dank der Traumapädagogik erhalten Pädagog_innen ein Fachwissen, das es ihnen ermöglicht, handlungsfähig zu sein und zu bleiben, anstatt bei ungewohnten Verhaltensweisen von traumatisierten Kindern mit Gefühlen der Ohnmacht und der Überforderung zu reagieren. Auch die Kenntnis über eine mögliche sekundäre Traumatisierung ist für Pädagog_innen wichtig um z. B. Übertragungen sowie Anspannungen der Kinder korrekt einordnen zu können. Pädagog_innen die sich als handlungsfähig und kompetent erfahren, sind imstande zu den traumatisierten Kindern ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Die Kinder können dann positive Erfahrungen in der Beziehungsgestaltung zu Erwachsenen machen. Doch dazu benötigen Pädagog_innen so wichtige Instrumente wie Sachkompetenz, Selbstreflexion und Selbstfürsorge. Die Sachkompetenz beinhaltet das nötige fachliche Hintergrundwissen. Die Selbstreflexion dient dazu, die eigene Kindheit reflektieren zu können, um Projektionen zu verringern. Auch können Reinszenierungen der Kinder, die meist mit Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühlen verbunden sind, durch die Selbstreflexion besser verstanden und eingeordnet werden. Das wiederum verringert das Risiko, Retraumatisierungen bei den Kindern auszulösen. Die Selbstfürsorge ist für Pädagog_innen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe besonders wichtig, d.h. selbstfürsorglich zu handeln und auf ihre Psychohygiene zu achten damit sie psychisch und physisch gesund bleiben. Nur stabile Pädagog_innen können in Krisensituationen in positiver Weise bestärkend und ermutigend auf traumatisierte Kinder einwirken.

5 Forschungsstand der Traumapädagogik

Um zu veranschaulichen, welche Bedeutung die Traumapädagogik hat und um ihre Implementierung in der stationären Kinder- und Jugendhilfe zu erreichen, sind Forschungsergebnisse sehr hilfreich. Anfänglich wird hier die empirische Datenlage über die psychische Situation von Heimkindern dargestellt, um die Notwendigkeit einer professionellen traumapädagogischen/milieutherapeutischen Arbeit zu verdeutlichen. Nach Silke Gahleitner sei das Konzept des *therapeutischen Milieus* „keineswegs eine Therapeutisierung des Alltags, sondern verbindet psychoanalytische Erkenntnisse mit pädagogischen Erfahrungen zu einer Art ‚heilsamer Erziehung‘ im Alltag“ (Gahleitner, 2012, S. 211). Des Weiteren werden in diesem Kapitel die Ergebnisse eines Berliner Forschungsprojekts präsentiert und die individuumsbezogenen Ergebnisse eines traumapädagogischen Konzepts in Form einer Zeitreihenanalyse der Wohngruppe Greccio in Schwäbisch Gmünd vorgestellt.

5.1 Empirische Datenlage über die psychische Gesundheit von Heimkindern

Im Osten Baden-Württembergs wurde eine Studie über die psychische Gesundheit von Heimkindern durchgeführt. Nach dem Psychologen und Psychotherapeuten Marc Schmid litten 59,9 Prozent der Kinder an psychischen Störungen (teilgenommen haben an der Studie 20 Einrichtungen mit 689 Kindern und Jugendlichen im Alter von vier bis 18 Jahren (vgl. Schmid 2007, S. 77–129). Außerdem stellte sich heraus, dass 37 Prozent der Kinder an einer komorbiden Störung litten. Das bedeutet, dass auf die Kinder neben einer primären psychischen Störung noch weitere Diagnosen zutreffen (vgl. Schmid 2007, S. 129). Oft sind diese komplexen Störungsbilder gekoppelt mit einem extremen Temperament der Kinder. Durch die komplexen Störungsbilder die sich in extremen Verhaltensweisen äußern, wie z.B. das Überschreiten zwischenmenschlicher Grenzen, fühlen sich die Pädagog_innen sowie die Pflegeeltern oft sehr belastet und erschöpft. So sehr, dass sie aufgrund ihrer Überforderung eine Gefahr für die Kinder darstellen können. Im Gegensatz zu Kindern, die *normal* aufwachsen, weisen diese Kinder ein bis zu siebenfach erhöhtes Risiko auf, misshandelt oder sexuell missbraucht zu werden (vgl. Schmid 2007, S. 27).

5.2 Ergebnisse eines Berliner Forschungsprojekts

Silke Gahleitner hat aus verschiedenen Studien, wie z. B. der JULE-Studie und der Studie: „zur Übersicht der aktuellen Wirkungsforschung im internationalen Vergleich Otto, 2007; vgl. zur stationären Kinder- und Jugendhilfeforschung Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin, 2009“ (Gahleitner 2012, S. 208) den Schluss gezogen, dass mehr als 70 Prozent der psychosozial arbeitenden stationären Hilfen positiv auf die Verhaltensweisen und Kompetenzen der belasteten Kinder wirkten. In Berlin haben acht Jugendhilfeträger in Kooperation mit der Alice Salomon Hochschule Berlin an einem Forschungsprojekt teilgenommen.⁴ Ziel war es, die Betreuungsqualität stationärer Jugendwohngruppen zu untersuchen. Dank qualitativer Interviews mit ehemaligen Bewohner_innen und Betreuer_innen wurde festgestellt, dass ein Netzwerk, bestehend aus pädagogischer Betreuung, fachlichem Wissen über Traumata und therapeutischen Angeboten hilfreich ist. Einer ehemaligen Betreuerin einer Wohngruppe zufolge ist die Beziehungsdyaade⁵ ein wichtiger Bestandteil für den Kontakt mit den Kindern. Das Bezugsbetreuungssystem mache eine sogenannte *Nachbeelterung* möglich und versetze die Kinder in die Lage, positive Beziehungserfahrungen zu machen. Als Qualitätsmerkmal werten es die ehemaligen Bewohner_innen, den Alltag gemeinsam mit der Gruppe geteilt und Beziehungen zu Gleichaltrigen aufgebaut zu haben. Nach Aussagen einer ehemaligen Bewohnerin sei das Team wichtig. Sie habe sich durch die klaren Strukturen aufgehoben gefühlt und die Vernetzung von Therapie, Wohngruppe und Schule habe ihr Halt gegeben. Die pädagogische Unterstützung und die dazugehörigen therapeutischen Angebote wirke sich Gahleitner zufolge stabilisierend auf die Persönlichkeit der Kinder aus. Sie lernten sich selbst besser kennen und suchten Lösungswege in prekären Situationen (vgl. Gahleitner 2012, S. 208 ff.).

⁴ „Es handelt sich um acht Träger: Pestalozzi-Fröbel-Haus Berlin, EJM-Lazarus, Der Steg, Prowo, Allgemeine Jugendberatung, Wuhletal Psychosoziales Zentrum, Jugendwohnen im Kiez, Neuhland (mit insgesamt elf praktizierenden Einrichtungen).“ (Gahleitner 2010, S. 209)

⁵ Repräsentiert eine (enge) Beziehung zwischen zwei Personen, wobei in diesem Fall das Kind oder der/die Jugendliche auf die Hilfe der Pädagog_innen angewiesen ist.

5.3 Individuumsbezogene Ergebnisse eines traumapädagogischen Konzepts (Wohngruppe Greccio)

Die Wohngruppe Greccio von St. Canisius in Schwäbisch Gmünd (katholischer Träger) hat einer Gruppe von Psychologen und Sozialpädagogen einen Einblick in die in ihrer Einrichtung stattfindende traumapädagogische Arbeit im stationären Bereich gegeben. In der Zeitschrift „Trauma & Gewalt“ (Band 2, Heft 3: „Individuumsbezogene Evaluation eines traumapädagogischen Konzeptes in einer stationären Wohngruppe“) haben die Psychologen Marc Schmid und Ferdinand Keller, der Sozialpädagoge und geschäftsführende Vorsitzende von St. Canisius Detlev Wiesinger und der Kinder- und Jugendpsychiater Jörg M. Fegert eine Zeitreihenanalyse von kontinuierlichen Befindlichkeitsmessungen über ein halbes Jahr durchgeführt, die u. a. auch Forschungstests (für die Kinder) beinhalteten (vgl. Schmid/Wiesinger/Keller/Fegert 2009, S.118–133).

Von Beginn an wurde das milieutherapeutische Konzept der Wohngruppe Greccio durch das Forschungsprojekt unterstützt. Laut Schmid, Wiesinger, Keller und Fegert sei es das Ziel, „[...] die Bezugsbetreuer durch das Forschungskonzept [sowohl] für die Symptome der Kinder als auch für ihre eigenen Gegenübertragungsreaktionen zu sensibilisieren“ (Schmid/Wiesinger/Keller/Fegert 2009, S. 118). Die Probanden waren vier Mädchen und drei Jungen. Das Alter der Kinder lag zwischen fünf und 18 Jahren. Sie wurden in der stationären Jugendhilfe nach § 34 SGB VIII des Kinder- und Jugendhilfegesetzes betreut. Die Autoren schildern, dass es bei komplex traumatisierten Kindern schwierig sei, überhaupt relevante Forschungsergebnisse zu erhalten. Zum einen sei die Selbstwahrnehmung häufig eingeschränkt und zum anderen weiche das Entwicklungsalter oft extrem vom biologischen Alter ab. Folglich hätten die Kinder zum Teil Schwierigkeiten damit die Fragen des Forschungstests zu beantworten (vgl. Schmid/Wiesinger/Keller/Fegert 2009, S. 125).

Die Autoren haben besonderen Wert darauf gelegt, dass die in der Einrichtung tätigen Pädagog_innen ihre Maßnahmen der Forschung und Qualitätssicherung als hilfreich wahrnahmen. Schmid, Wiesinger, Keller und Fegert stellten in ihrer Untersuchung die Hypothese auf, „dass sich einerseits die Sicherheit der sozialpädagogischen Mitarbeiter im Umgang mit den Kindern verbessert [...] und sich andererseits die Symptomatik der Kinder und Jugendlichen während der Intervention reduzieren müsste [...]“ (Schmid/Wiesinger/Keller/Fegert 2009, S. 128).

Schmid, Wiesinger Keller und Fegert haben drei Themenbereiche festgelegt. Hierzu gehört der Vergleich der Fremdurteile der Bezugsbetreuer_innen über die Befindlichkeit ihres Bezugskindes, der Vergleich der Selbsturteile der Kinder über ihre Befindlichkeit und der Vergleich der Gegenübertragungsgefühle und emotionalen Arbeitsbelastung der Mitarbeiter_innen. Die Zeitreihenanalyse wurde über ein halbes Jahr durchgeführt. Um einen Vergleich herzustellen wurden die sechs Monate unterteilt in die erste und zweite Hälfte (vgl. Schmid/Wiesinger/Keller/Fegert 2009, S. 128–130):

Im Folgenden werden die drei Themenbereiche der Untersuchung und deren Ergebnisse wiedergeben (vgl. Schmid/Wiesinger/Keller/Fegert 2009, S. 128–130):

Themenbereich 1: Vergleich der Fremdurteile der Bezugsbetreuer über die Befindlichkeit ihres Bezugskindes für die erste und zweite Hälfte des Erhebungszeitraums

Die Auswertung ergab, dass die Pädagog_innen die Kinder in der zweiten Hälfte des Erhebungszeitraumes deutlich weniger müde und gereizt wahrnahmen als noch in der ersten Hälfte. Sie besprachen vermehrt Alltagsprobleme mit ihren Bezugsbetreuer_innen und zogen sich insgesamt weniger zurück. Die Kinder drifteten nicht mehr so häufig in Dissoziationen ab. Das Gruppenklima beeinflusste jedes Kind positiv (vgl. Schmid/Wiesinger/Keller/Fegert 2009, S.129).

Themenbereich 2: Vergleich der Selbsturteile der Kinder über ihre Befindlichkeit für die erste und zweite Hälfte des Erhebungszeitraums

Die Zufriedenheit der Kinder steigerte sich im Verlauf der Maßnahme. Die Wut, die Schuldzuweisungen und die Enttäuschungen, die die Pädagog_innen stellvertretend zu spüren bekamen, reduzierten sich. Auch das Körpergefühl der Kinder verbesserte sich (vgl. Schmid/Wiesinger/Keller/Fegert 2009, S. 129).

Themenbereich 3: Vergleich der Gegenübertragungsgefühle und emotionalen Arbeitsbelastung der Mitarbeiter_innen in der ersten und zweiten Hälfte des Erhebungszeitraums

Der alltägliche Stress der Mitarbeiter_innen verringerte sich deutlich in den sechs Monaten. Die Emotionen der Pädagog_innen gegenüber den Kindern reduzierten sich, dabei verringerte sich das Engagement der Pädagog_innen nur leicht. Gefühle der Zuneigung, Freude sowie Schuldgefühle gegenüber den Kindern reduzierten sich. Gleichwohl minderten sich die Schuldgefühle der Kinder deutlich. Höchstwahrscheinlich hatten die Mitarbeiter_innen ein Gleichgewicht zwischen emotionalem Engagement und professionell reflektierender Distanz geschaffen (vgl. Schmid/Wiesinger/Keller/Fegert 2009, S. 129 f.).

Den Autoren zufolge seien Krisensituationen auf beiden Seiten immer mit heftigen Gefühlen verbunden. Damit Pädagog_innen in Krisensituationen länger handlungsfähig bleiben, sei eine Verbesserung der Sicherheit und der Selbstwirksamkeit im Umgang mit den traumatisierten Kindern erforderlich (vgl. Schmid/Wiesinger/Keller/Fegert 2009, S. 130).

5.3.1 Zusammenfassung der Forschungsergebnisse des Unterkapitels 5.3

Insgesamt ließ sich dank des milieutherapeutischen Konzepts eine enorme Verbesserung bei den Symptombereichen der Kinder verzeichnen. Die Kinder schienen weniger „emotional aufgeladen“ zu sein. „Während der Implementierung des traumapädagogischen Konzeptes erhöhte sich die Selbstwirksamkeit und reduzierte sich die Stressbelastung des milieutherapeutischen Personals“, schreiben Schmid, Wiesinger, Keller und Fegert (Schmid/Wiesinger/Keller/Fegert 2009, S. 132). Aufgrund der kleinen Probandenzahl und des kurzen Beobachtungszeitraums lassen die Ergebnisse lediglich einen Einblick über die Arbeit mit einem milieutherapeutischen Konzept zu. Soll heißen: Sie dürfen nicht überbewertet werden. Allerdings wurden die Ergebnisse auch vonseiten der Schule für gut befunden (vgl. Schmid/Wiesinger/Keller/Fegert 2009, S. 132.). Die Maßnahme wurde sowohl von den Kindern als auch von dem Träger nicht beendet, was für die Qualität des Konzepts spricht. Laut der Autoren sei die Verbreitung von innovativen traumapädagogischen Ansätzen essenziell, damit viele traumatisierte Kinder davon einen Nutzen haben. Im Umkehrschluss bedeute das, fachliche Standards zu definieren um einen Missbrauch des Konzepts zu vermeiden (vgl. Schmid/Wiesinger/Keller/Fegert 2009, S. 131 f.).

5.4 Zusammenfassung

Die Studie aus dem Osten Baden-Württembergs zeigt, dass nahezu 60 Prozent der Kinder an psychischen Störungen leiden und dass über die Hälfte zusätzlich eine komorbide Störung aufweisen. Die Ergebnisse machen die Vorteile einer besseren fachlichen Qualifikation der Mitarbeiter_innen in Bezug auf die psychischen Störungsbilder der Kinder und den dazugehörigen Umgang mit extremen Verhaltensweisen deutlich. Traumapädagogische und/oder *milieutheraeutische* Konzipierungen, das zeigen die Ergebnisse des Berliner Forschungsprojekts und der Wohngruppe Greccio, setzen bei ihrer Arbeit auf pädagogische Betreuung, welche gekoppelt ist mit fachlichem Wissen über Traumata und therapeutische Angebote. Das Konzept spricht für sich: Die Kinder haben vermehrt über ihre Probleme geredet, sich weniger zurückgezogen, ihre Aggressionen gegenüber den Pädagog_innen reduziert, und die Ressourcen und Kompetenzen der Kinder sind größer geworden und gewachsen. Auch die Pädagog_innen haben von diesem Konzept sehr profitiert. Dank der Vorbereitung auf die Kernsymptome wie z.B. chronifizierte Dissoziationsneigung (siehe Kapitel 3.1.4), Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation, gestörte Bindungsentwicklung und die Vorbereitung auf Krisensituationen haben sie professionell reagieren können, anstatt sich teilweise machtlos und überfordert zu fühlen. Nach dem derzeitigen Forschungsstand über traumapädagogisch arbeitende Einrichtungen ist festzustellen, dass sich die Sicherheit sozialpädagogischer Mitarbeiter_innen im Umgang mit traumatisierten Kindern positiv auf die extremen Verhaltensweisen der Kinder auswirkt.

6 Erfahrungen aus der Praxis – eine empirische Untersuchung

Die bisherigen Ausführungen haben deutlich gemacht, dass das Fachwissen über die Ursachen von Traumatisierungen sowie die daraus resultierenden Folgen in der Arbeit mit traumatisierten Kindern unerlässlich ist – zum einen um das Verhalten der traumatisierten Kinder zu verstehen und zum anderen um das Bewusstsein der Pädagog_innen zu stärken, damit diese nicht an einer sekundären Traumatisierung erkranken. Im Folgenden wird versucht, anhand von drei Interviews einen Einblick in die Praxis zu gewähren. Aufgrund der geringen Anzahl sind die Interviews nicht als repräsentativ zu betrachten.

Am Anfang dieses Kapitels wird die Methode vorgestellt. Anschließend werden die theoriegeleitete Begründung der Fragestellungen des Leitfadens und die daraus resultierenden Themenkomplexe erläutert. In Unterkapitel 6.1.2 werden die drei Interviewpartnerinnen vorgestellt. Zum Schluss erfolgt die Auswertung der Interviews, wobei die Kernaussagen der Befragten dargestellt und interpretiert werden. Da die Fragen zum Themenkomplex 2, der persönlichen Spezialisierung, von den Befragten recht kurz und knapp beantwortet wurden, liegen die Interviewlaufzeiten zwischen circa zehn und 28 Minuten. Die genauen Zeitangaben sowie die exakten Niederschriften der Interviews, sind der Transkription zu entnehmen die sich im Anhang befindet.

6.1 Auswahl der Methode

Für die Durchführung der Interviews wurde eine qualitative Methode gewählt. Ein Vergleich zwischen den theoretischen Ausführungen der vorliegenden Arbeit und den qualitativ erfassten Praxiserfahrungen soll die Schwerpunkte in diesem Themenfeld vergegenwärtigen. Die verwendete Methode ermögliche ein großes Verständnis für die Handlungsformen und -strategien der professionellen Mitarbeiter_innen in ihrem alltäglichen Handeln in den Institutionen, schreibt der Psychologe und Soziologe Uwe Flick (vgl. Flick 2012, S. 106). Um Kenntnisse aus der Praxis über den individuellen Umgang mit sequenziell traumatisierten Kindern zu erlangen, wurden Experteninterviews durchgeführt.

Das Experteninterview richtet sich an Personen, die in ihrem Handlungsfeld als Spezialist_innen gelten. Die Interviewform kann z. B. als eigenständiges Verfahren in einem Problemfeld eingesetzt werden. Laut Flick stelle die theoriegenerierende Experten-Interviewform einen Überblick hinsichtlich der Inhalte und/oder Methoden der einzelnen Institutionen dar und decke zugleich die Wissenslücken der Mitarbeiter_innen auf (vgl. Flick 2007, S. 214 ff.). Dies macht es möglich, alle drei Interviews miteinander zu vergleichen. Im Vorfeld wurde ein Interviewleitfaden entwickelt. Es handelt sich um einen halbstrukturierten Leitfaden. Die konkrete Formulierung und Reihenfolge der offenen Fragen konnte während des Interviews variiert werden. Nach dem Soziologen Siegfried Lamnek stehe es den Befragten frei, ihre Deutungsmuster, Handlungsmuster sowie ihre Wirklichkeitsdefinition mit eigenen Worten wiederzugeben. So habe die Interviewerin die Möglichkeit, empathisch auf die Befragten zu reagieren (vgl. Lamnek 2010, S.306). Dies ist von großer Bedeutung, da die Arbeit mit traumatisierten Kindern ein sehr sensibles und auch ein sehr persönliches Thema für die Befragten sein kann.

6.1.1 Theoriegeleitete Begründung der Fragestellungen des Leitfadens

Die für die Arbeit gesichtete Literatur über traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe zeigt, dass schwer traumatisierte Kinder Probleme in der Beziehungsgestaltung, im Bereich der Emotionsregulation und mit der Stresstoleranz haben. Häufig verfallen sie in den Zustand der Dissoziation und weisen Schwächen im Bereich der exekutiven Funktionen auf. Aufgrund der genannten Defizite der traumatisierten Kinder sei laut Schmid eine Aneignung von Fachwissen in den Bereichen der Neurobiologie, Psychoanalyse, Traumatherapie und Pädagogik von großer Bedeutung für die Mitarbeiter_innen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe (vgl. Schmid 2013, S. 56 ff.).

In diesem Zusammenhang ist nun die Frage von Interesse, ob das traumapädagogische Konzept in der Praxis angewendet wird – und vor allem: Wie die befragten Pädagoginnen die hohe Belastung bewältigen und wie sich das im Umgang mit den traumatisierten Kindern zeigt? Inwieweit haben sich die einzelnen Interviewpartnerinnen traumapädagogisch spezialisiert? Bieten die Kolleg_innen und die jeweilige Leitung der Einrichtung ihnen hinreichend Unterstützung bei der Arbeit mit traumatisierten Kindern? Aus diesen Fragestellungen ergaben sich drei Themenkomplexe, die chronologisch aufeinander aufbauen.

Themenkomplex 1: Persönliche Empfindungen bei der Arbeit mit traumatisierten Kindern

Fragen: Haben Sie bestimmte Situationen mit den mehrfach belasteten Kindern erlebt, die Sie sehr belastet und überfordert haben? Schildern Sie eine bitte möglichst genau. Wie gehen Sie mit Krisensituationen um? Wie sicher fühlen sie sich im Umgang mit traumatisierten Kindern? Haben Sie schon einmal intuitiv gehandelt und damit möglicherweise eine Retraumatisierung bei einem traumatisierten Kind verursacht?

Themenkomplex 2: Persönliche Spezialisierung

Fragen: Was verbinden Sie mit dem Begriff der Traumapädagogik? Wird in Ihrer Arbeit nach der traumapädagogischen Methodik gearbeitet? Welche Fortbildungen haben Sie in den letzten Jahren in Bezug auf traumatisierte Kinder gemacht?

Themenkomplex 3: Teamarbeit

Fragen: In welchen Situationen besteht die Gefahr, dass Sie im Team gegeneinander arbeiten? Haben Sie das Gefühl von der Leitung hinreichend unterstützt zu werden? Welche Angebote/ Kapazitäten sollte, Ihrer Meinung nach, eine Einrichtung bieten/haben, in der traumatisierte Kinder leben?

6.1.2 Vorstellung der Interviewpartnerinnen

Aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe sollten drei Interviews mit Pädagog_innen aus verschiedenen stationären Wohngruppen für traumatisierte Kinder in Hamburg durchgeführt werden. Ziel war es, zum einen die fachliche Seite und zum anderen die persönliche Sichtweise der professionellen Mitarbeiter_innen der stationären Einrichtungen zu erfassen und zu überprüfen, inwieweit traumapädagogische Methoden bei der Arbeit Anwendung finden.

Drei Wohngruppen wurden nach einer Internetrecherche ausgewählt und ihre Mitarbeiterinnen telefonisch kontaktiert. Es wurden Termine mit den professionellen Teilnehmerinnen für die qualitativen Interviews vereinbart. Interviewpartnerinnen waren: eine Erzieherin, eine Diplom-Sozialpädagogin und eine Bachelor-Sozialpädagogin. Alle drei arbeiten professionell mit traumatisierten Kindern. Alle Interviews waren freiwillig und wurden auf Wunsch der Interviewpartnerinnen hin anonymisiert. Die Interviews wurden alle in den Morgenstunden in den jeweiligen Wohngruppen durchgeführt. Im Einzelnen handelte

es sich bei den Interviewten um:

A: Frau A. (59) ist Erzieherin. Sie arbeitete jahrelang im Elementarbereich eines Kindergartens, bis sie eine neue Herausforderung suchte und in den stationären Kinder- und Jugendhilfereich wechselte. Seit etwa neun Jahren arbeitet die Erzieherin in einer Wohngruppe für traumatisierte Kinder in Vollzeit.

B: Frau B. (33) ist Erzieherin und Diplom-Sozialpädagogin. Neben ihrem Studium sammelte sie Praxiserfahrungen im stationären Bereich. Sie arbeitet seit circa drei Jahren in einer Wohngruppe für traumatisierte Kinder. Ihre Arbeitszeit beträgt 30 Stunden in der Woche.

C: Frau C. (29) ist Erzieherin und Bachelor-Sozialarbeiterin. Neben ihrem Studium hat sie zweieinhalb Jahre in einer sozialpädagogischen Lebensgemeinschaft gearbeitet. Seit circa zwei Jahren ist die Sozialarbeiterin in Vollzeit in einer stationären Wohngruppe für traumatisierte Kinder beschäftigt.

6.2 Auswertung

Die Auswertung der drei Interviews erfolgt über die Erfassung der Kernaussagen zu den einzelnen Themenkomplexen. Die Kernaussagen sind nicht chronologisch gegliedert, sondern sinngemäß zusammengefasst.

6.2.1 Themenkomplex 1: Persönliche Empfindungen bei der Arbeit mit traumatisierten Kindern

Aussagen von Frau A. : Frau A. berichtet, dass sie ein sehr belastendes Erlebnis mit einem 15-jährigen Mädchen in ihrer Wohngruppe erlebt habe. Das Mädchen sei Diabetikerin und habe absichtlich falsch gegessen oder sich kein Insulin gespritzt, sodass es des Öfteren bewusstlos in ihrem Zimmer aufgefunden worden sei. Aufgrund ihres Umgangs mit der Krankheit habe der Vormund des Mädchens beschlossen, dass es für die Gruppe nicht mehr tragbar sei. Das Mädchen sollte in das katholische Kinderkrankenhaus Wilhelmstift eingewiesen werden, um vor Ort therapiert zu werden. Am Tag der Einweisung habe sich der Vormund verspätet und Frau A. die Anweisung erteilt, das Mädchen zu wecken, ihr aber nichts von der Einweisung ins Krankenhaus zu sagen. Frau A. erzählt, als sie das Mädchen

habe wecken wollen, habe ein Junge im Bett des Mädchens gelegen. Sie habe den Jungen gebeten, sich anzuziehen und die Wohngruppe zu verlassen. Nach circa fünf Minuten seien er und das Mädchen angezogen gewesen und hätten gemeinsam die Wohngruppe verlassen wollen. Frau A. habe in diesem Moment Panik bekommen. Sie habe den jungen Mann aus der Wohnung lassen wollen. Zu dem Mädchen hätte sie gesagt, es solle in der Wohngruppe bleiben. Doch das Mädchen sei der Anweisung nicht gefolgt, es hätte den Jungen begleiten wollen. Aus Angst, dass das Mädchen weglaufen und den Therapieplatz im katholischen Kinderkrankenhaus Wilhelmstift nicht erhalten könne, habe Frau A. die Tür blockiert. Daraufhin habe das Mädchen ihre Bauchtasche abgeschnallt und sie Frau A. gegen den Kopf geschleudert. Die Situation sei eskaliert: Frau A. habe aus Selbstschutz das Mädchen in die Haare gefasst. Als Frau A. registriert habe, dass sie einen Büschel Haare des Mädchens in ihren Händen hielt, habe sie das Mädchen laufen lassen. Frau A. sagt, sie sei in dieser Situation maßlos überfordert gewesen. Ihr seien Tränen übers Gesicht gelaufen und sie habe sich sehr schuldig gefühlt. Sie sei von ihrem Chef zu einem Arzt gebracht worden und habe noch am selben Tag bei einem Psychologen einen Termin bekommen. Frau A. sei nach diesem Vorfall sechs Wochen nicht in der Wohngruppe gewesen. Zweimal pro Woche und über einen Zeitraum von sechs Wochen habe Frau A. Gespräche mit einem Psychologen geführt. Heute gebe das Frau A. Sicherheit im Umgang mit traumatisierten Kindern. Sie wisse nun, dass es in solchen Momenten gelte, die Ruhe zu bewahren, sie führe viele Gespräche mit den Kindern und sei eher zurückhaltend. Das Mädchen, glaubt Frau A. zu wissen, sei nach diesem Vorfall retraumatisiert gewesen.

Aussagen von Frau B.: Frau B. erinnert sich an einen Achtjährigen der, ohne dass es dafür vorher Anzeichen gegeben habe, Mobiliar zerstört und andere Kinder geschlagen habe. In der Situation sei Frau B. hilflos gewesen. Der Umgang mit der Situation sei schwierig gewesen, einerseits habe der Schutz der anderen Kinder im Vordergrund gestanden, andererseits auch der Eigenschutz des Kindes, das rotiert sei. In dieser Situation habe Frau B. an die Verletzungsgefahr und an die Aufsichtspflicht gedacht, was zu einem Gefühl der absoluten Überforderung beigetragen habe. Wen solle sie zuerst schützen, und wie solle sie sich selbst schützen, habe sie sich gefragt. Frau B. sei allein mit den traumatisierten Kindern in der Wohngruppe gewesen. Sie habe in der Situation nicht professionell gehandelt, sondern intuitiv. Frau B. glaubt, Kinder schon einmal retraumatisiert zu haben, ohne sich in der Situation darüber bewusst gewesen zu sein. Im Nachhinein sei ihr das durch Selbstreflexion oder im kollegialen Gespräch klargeworden. Sie könne nicht mit Gewissheit sagen, ob sie bei

der nächsten Krisensituation anders handeln würde, um eine mögliche Retraumatisierung zu vermeiden. In Krisensituationen sei Frau B. meist emotional sehr aufgewühlt, gesteht sie. Sie fühle sich im Umgang mit traumatisierten Kindern nicht sicher. Sie halte sich auch nicht für ausreichend qualifiziert, um dieser Arbeit nachzugehen. Ihrer Ansicht nach ist die Basis für ihren Umgang mit traumatisierten Kindern Alltagswissen und nicht etwa pädagogisches Fachwissen. Während ihrer Ausbildung und in ihrem Studium seien die Themen Trauma und Traumapädagogik nicht relevant gewesen.

Aussagen von Frau C.: Frau C. schildert, dass sie viele Situationen mit den mehrfach traumatisierten Kindern erlebt habe die sie als sehr belastend empfand und die sie überfordert hätten. Zum Beispiel, wenn die Kinder nicht auf klare Ansagen hören würden, sondern mit Aggressionen und Gewalt auf Pädagog_innen reagierten. Frau C. nennt ein Beispiel: Die Kinder seien nicht gewillt, warme Kleidung anzuziehen, sie würden protestieren, andere Kinder schlagen, mit Gegenständen werfen und Letztere teilweise zerstören. Frau C. findet es wichtig, dass das Kind in dem Moment in dem es *ausraste*, nicht alleine sei. Große Bedeutung habe es für sie, mit dem Kind ein Gespräch zu führen, damit es sich wahrgenommen, ernst genommen und verstanden fühle. In Krisensituationen, sagt Frau C., reagiere sie oft emotional und würde lauter werden. Sie sage oft zu den Kindern „Du hörst jetzt auf“, doch es komme häufig vor, dass die Ansage nichts bringe. Sie fühle sich oft unsicher im Umgang mit den traumatisierten Kindern. Sie reagiere oft situativ in Krisensituationen, da sie in dem Moment keine Zeit zum Nachdenken habe, wenn sie erst rede bestünde die Gefahr, dass jemand verletzt werden könnte. Es sei schwer zu sagen, ob sie ein Kind retraumatisiert habe. Frau C. denke, das könne man nur im Nachhinein feststellen indem man die Krisensituation reflektiere und die Vorgeschichte des Kindes kenne bzw. versuche, sie zu verstehen.

6.2.2 Themenkomplex 2: Persönliche Spezialisierung

Aussagen von Frau A.: Frau A. berichtet, sie habe die Traumapädagogik immer weit von sich weggeschoben. Der Träger habe keine Fortbildungen zur Traumapädagogik angeboten, das sei in der Wohngruppe kein Thema. Der Vorfall mit dem 15-jährigen Mädchen falle ihr nur ein, dieser Vorfall sei auch für Frau A. traumatisch gewesen. Frau A. nehme die Kinder, die neu in der Wohngruppe seien, so, wie sie wären. Sie lese vorher keine Berichte über das Kind. Sie arbeite in der Gegenwart und nicht in der Vergangenheit. Wenn man Berichte lese, sei man bei der Arbeit mit traumatisierten Kindern beeinflusst. Die Haltung der Wohngruppe sei es, die Kinder erst einmal ankommen zu lassen. Frau A. backe und koche oft mit den

Kindern, manchmal gebe sie ihnen auch Schokolade, dadurch entstehe ein Vertrauensverhältnis zu den Kindern.

Aussagen von Frau B.: Frau B. berichtet, ihr vorrangiger Arbeitsauftrag sei es, einen strukturierten Tagesablauf für die traumatisierten Kinder zu gestalten. Die Tagesstruktur sei wie folgt gegliedert: Die Kinder würden morgens pünktlich geweckt, damit sie rechtzeitig in der Schule wären, auf die Einhaltung der Zeiten für Frühstück, Mittagessen und Abendessen werde geachtet. Frau B. sagt, sie unterstütze die Kinder in ihrer Selbstständigkeit, indem die z. B. eigenständig Arzttermine vereinbaren und wahrnehmen würden. Ziel sei es, mit Beginn des 18. Lebensjahrs das eigene Leben selbstständig meistern zu können. Frau B. hat keine Fortbildung mit dem Themenschwerpunkt Trauma besucht.

Aussagen von Frau C.: Frau C. könne von sich behaupten, dass sie traumapädagogisch in der Wohngruppe arbeite, sagt sie. Sie hat sich mit dem Konzept der Traumapädagogik beschäftigt. Die Grundhaltung der Pädagog_innen, sich den Kindern gegenüber wertschätzend und positiv zu verhalten, sei als Methode wichtig. Auch sei die Vermittlung von Sicherheit und Verlässlichkeit und ein offener Umgang mit dem Trauma des Kindes für sie von großer Bedeutung. Frau C. hat im Rahmen ihrer Arbeit mit traumatisierten Kindern an keiner Fortbildung teilgenommen.

6.2.3 Themenkomplex 3: Teamarbeit

Aussagen von Frau A.: Im Moment bestehe keine Gefahr, dass Teammitglieder gegeneinander arbeiteten, sagt Frau A.. Früher sei es oft beim Schichtwechsel zu Reibereien gekommen. Wenn z. B. Bewohner_innen ihre Aufgaben nicht erfüllt hätten Kolleg_innen ihre Schicht mit einem Konflikt beginnen müssen. Frau A. fühlt sich von ihrer Leitung hinreichend unterstützt. Ihr Träger biete einmal in der Woche eine Teamsitzung an. Supervision gebe es derzeit nicht, da der Bedarf nicht vorhanden sei. Frau A. wünscht sich aber mehr Unterstützung vom Jugendamt. Die Kommunikation zwischen den Jugendamtsmitarbeiter_innen und den Pädagog_innen der Wohngruppe müsste im Hinblick auf die bevorstehenden Kontakte der Eltern und des Kindes aus der Wohngruppe besser werden, findet Frau A.

Aussagen von Frau B.: Frau B. sagt, dass die Gefahr groß sei, dass Einzelne aus dem Team gegeneinander arbeiteten, da die Kinder versuchen würden, die Teammitglieder gegeneinander auszuspielen. Bei ihrem Träger herrsche eine hohe Fluktuation, die Teambildung sei dadurch erschwert. Vor ihrer Zeit soll es ein Team gegeben haben, das aufgrund der wöchentlichen Dienstbesprechungen und Supervisionen zusammengewachsen sei und als Team gut funktioniert habe. Es sei schwer, den Beruf und das Privatleben zu organisieren, da die Arbeit mit den Kindern im stationären Bereich im Schichtdienst erfolge. Kolleg_innen würden häufig erkranken, auch für längere Zeit, sodass mehrere Aushilfen benötigt würden. Die Aushilfen kämen zum Teil von Zeitarbeitsfirmen, die nur das Personal schicken würden, das gerade zur Verfügung stehe. Ein weiteres Problem bestehe darin, dass die Aushilfen nicht verpflichtet seien, an den Teamsitzungen teilzunehmen. Frau B. ist der Meinung, dass der ständige Wechsel von Mitarbeiter_innen und Aushilfen zu Konflikten führe und dass die Kinder auf die hohe Fluktuation der Pädagog_innen mit *Ausrastern*, Regelverstößen usw. reagieren würden. Da sei es schwer, als Team zu fungieren, zumal die festen Mitarbeiter_innen sich verantwortlicher fühlen würden als die Aushilfen. Mit der Leitung ist Frau B. zurzeit nicht zufrieden. Zum einen sei die Leitung neu und zum anderen gebe es eine Teamleitung und eine Bereichsleitung. Die Teamleitung sei für die Mitarbeiter_innen der Wohngruppen zuständig und teile der Bereichsleitung einzelne Probleme mit. Die frühere Leitung sei sehr beliebt gewesen, die neue Leitung versuche, alle Strukturen zu ändern. Es herrsche Unruhe im Team, denn die neue Teamleitung würde sich, findet Frau B., mehr mit der Erarbeitung ihres eigenen Stellenprofils beschäftigen als damit, die Mitarbeiter_innen der Wohngruppe zu unterstützen. Frau B. findet es wichtig, dass eine Einrichtung, die mit traumatisierten Kindern arbeitet, Mitarbeiter_innen mittels Weiterbildungen zum Thema Traumatisierung fördert. Die Zusammenarbeit der Pädagog_innen der Wohngruppe und der Therapeut_innen sei nicht gegeben, bedauert Frau B.. Bei den Hilfeplangesprächen des Jugendamts werde nur abgefragt, ob das Kind den Termin bei der_dem Therapeut_in eingehalten habe. Es werde lediglich der Ist-Zustand der Kinder bearbeitet, dieser Ist-Zustand solle in einen positiven Zustand umgewandelt werden. Die Bearbeitung von Traumata erfolge nicht. Es gehe lediglich in der Hilfemaßnahme darum, die Kinder gesellschaftsfähig zu machen, kritisiert Frau B.

Aussagen von Frau C.: Frau C. berichtet, dass die Gefahr bestehe, im Team gegeneinander zu arbeiten, wenn Kolleg_innen sich nicht an Vereinbarungen hielten. Groß sei die Gefahr, wenn neue Kolleg_innen versuchen würden, die Strukturen zu ändern. D.h. das alte Team hält sich an die erarbeiteten Strukturen. Es komme vor das neue Kolleg_innen die Strukturen in

Frage stellen, folglich würden sie ihre eigenen Strukturen in den Arbeitsalltag einbringen und dieses jedoch nicht kommunizieren. Am Anfang ihrer Tätigkeit hat sich Frau C. von der Leitung alleingelassen gefühlt. Bei der Gründung der Wohngruppe habe sie kein Team gehabt. Sie habe in den ersten Monaten alleine in der Wohngruppe mit vier schwer traumatisierten Kindern gearbeitet, es seien einmal in der Woche Honorarkräfte gekommen. Es mussten Schulplätze und Krippenplätze organisiert werden, die Kinderzimmer seien auch noch nicht fertig gewesen. Bei traumatisierten Kindern sei eine individuelle Betreuung notwendig. Und um dies leisten zu können, brauche man mehr Personal. Außerdem sei ein regelmäßiger Kontakt mit dem Jugendpsychologischen Dienst und den Schulen wichtig.

6.3. Interpretation der Interviews

Im Folgenden werden die Kernaussagen der drei Pädagoginnen ausgewertet und interpretiert.

Eine wichtige Komponente bei der Arbeit mit traumatisierten Kindern scheinen Kriseninterventionen zu sein. Krisensituationen, die sich mittels Übererregtheitszuständen, Panikattacken, Impulsausbrüchen oder Zerstörungswut bei den Kindern äußern, führen bei allen Interviewpartnerinnen zu Unsicherheiten. Die Pädagoginnen sind auf die Krisensituationen nicht vorbereitet und fühlen sich deshalb überfordert, sie handeln situativ und intuitiv. Die Kinder reagieren ihre Aggressionen in Form von Gewalt gegenüber anderen Mitbewohner_innen, den Pädagog_innen der Wohngruppe und an Gegenständen ab. Es bleibt keine Zeit, um in Krisensituationen nachzudenken, weil die Angst vor einer Verletzungsgefahr zu groß ist. Es entsteht der Eindruck, dass professionelles Handeln in Krisensituationen schwer bis nicht umsetzbar ist. Ausnahmslos reagieren die Interviewpartnerinnen in den hier geschilderten Krisensituationen emotional. Eine von ihnen sagt explizit, dass sie in Krisensituationen lauter werde. Höchstwahrscheinlich löst die Überforderung und Hilflosigkeit in der Krisensituation bei den Pädagoginnen ein emotionales Chaos aus.

Alle drei Pädagoginnen arbeiten bereits länger als drei Jahre in einer stationären Wohngruppe für traumatisierte Kinder. Es entsteht jedoch der Eindruck, dass den Pädagoginnen die Sicherheit im Umgang mit den traumatisierten Kindern fehlt. Nur Frau A. hat erzählt, dass sie aufgrund eines traumatischen Erlebnisses mit einer Bewohnerin, das die psychologische Betreuung der Pädagogin zur Folge hatte, mehr Sicherheit entwickelt habe.

Frau B. hat erzählt, in einer Krisensituation allein mit den traumatisierten Kindern gewesen zu sein hätte sie überfordert. Es scheint kaum möglich, alleine ausreichend Unterstützung bei der Affektregulation der Kinder zu bieten. Oftmals bedingen sich Krisensituationen und Retraumatisierungen bei den Kindern. Wird ein Kind, das seine Eltern beispielsweise oft im Kinderzimmer eingesperrt haben um es zu bestrafen, nun in der Wohngruppe von einer Pädagog_in wegen eines Regelverstoßes in sein Zimmer geschickt, kann das Gefühl, im Zimmer gefangen zu sein, bei dem Kind zu einer Retraumatisierung führen. Frau A. und Frau B. haben ausgesagt, ein Kind unbewusst retraumatisiert zu haben. Frau C. hat erzählt, dass sie unsicher sei und nicht genau wisse, ob sie ein Kind retraumatisiert habe. Frau B. hat Zweifel daran geäußert, dass sie nicht mit voller Gewissheit sagen könne, ob sie in der nächsten Krisensituation, mit der sie sich konfrontiert sieht, anders handeln würde, um eine Retraumatisierung zu vermeiden. Es macht den Anschein, dass Supervisionen und Teamsitzungen den zeitlichen Rahmen sprengen würden. Es wird deutlich, dass die Pädagoginnen hilflos im Umgang mit den oft sequenziell traumatisierten Kindern sind.

Eine traumapädagogische Spezialisierung haben alle drei Frauen bei den jeweiligen Trägern der Einrichtungen durch Fortbildungen nicht erfahren. Nach den Interviews ist der Eindruck entstanden, dass Frau A. dem Thema Trauma mit einer gewissen Furcht begegnet und dass sie nicht professionell handelt. Aufgrund der Vergangenheit der Kinder ist eine stationäre Unterbringung mit hoher Wahrscheinlichkeit begründet. Hintergrundinformationen über die Kinder in Form von Gesprächen und/oder Fallberichten, verschafft sich Frau A. nicht ausreichend. Infolgedessen geht sie das Risiko ein, Krisensituationen aus Unwissenheit zu fördern, anstatt sie zu vermeiden.

Frau B. scheint dem Auftrag, traumatisierte Kinder „gesellschaftsfähig zu machen“, kritisch gegenüberzustehen. Die Zusammenarbeit von Pädagog_innen der Wohngruppe und den die Kinder behandelnden Therapeut_innen sei nicht gegeben, sagt sie. Es macht den Anschein, dass die Hilfemaßnahme ohne eine bestehende Zusammenarbeit von den behandelnden Therapeut_innen und den Pädagog_innen nicht gelingen kann, da für die Pädagog_innen unklar ist welche Themen behandelt werden und das erschwert den Pädagog_innen adäquat zu intervenieren. Auch das Gelernte in der Therapie in den Alltag umzusetzen, könnte ein Problem für die Kinder darstellen, weil sie dahingehend wahrscheinlich von den Pädagog_innen unterstützt werden müssten.

Durch backen und durch viel Schokolade baut Frau A. ein Vertrauensverhältnis zu den Kindern auf. Gemeinsam einen Kuchen zu backen ist eine gute Methode um sich etwas besser kennenzulernen. Jedoch sollte Süßes nicht im Vordergrund stehen, da sich zuckerhaltige Nahrung im Belohnungszentrum des Gehirns abspeichert und außerdem körperliche Schäden wie zum Beispiel Adipositas verursacht.

Für Frau A. und Frau B. besteht der Arbeitsauftrag überwiegend in der Strukturierung des Tages und der Woche. Der Tag wird durch die Mahlzeiten strukturiert, und es wird Sorge dafür getragen, dass die Kinder pünktlich am Schulunterricht teilnehmen. Bei Auffälligkeiten in der Schule finden Gespräche zwischen der Sozialpädagogin der Wohngruppe und dem/der Lehrer_in statt. Die Lehrer_innen sind häufig mit den Verhaltensweisen der traumatisierten Kinder überfordert. Doch wo sollen die Kinder mit ihrer überschüssigen Wut, mit ihren Verlustängsten und den immer wiederkehrenden Flashbacks hin? Ihre Antworten zum Themenkomplex 1 zeigen, dass die Pädagoginnen mit den Krisensituationen, in denen sich die Wut, die Ängste und die Flashbacks der Kinder äußern überfordert sind und dass diese belastend für sie sind.

Nur Frau C. hat sich mit der Traumapädagogik beschäftigt. Für sie ist die Grundhaltung der Pädagog_innen von großer Bedeutung, diese soll den Kindern gegenüber positiv und wertschätzend sein. Wichtig sind Frau C. die Vermittlung von Sicherheit und Verlässlichkeit sowie ein offener Umgang mit den Traumata des Kindes. Sie versucht, diese pädagogische Haltung in der Arbeit umzusetzen. Allerdings wird durch ihre Aussagen zum Themenkomplex 1 deutlich, dass sie im Umgang mit den traumatisierten Kindern unsicher ist: Sie besagt, situativ zu handeln. Dadurch entsteht der Eindruck, dass sie die traumapädagogische Haltung noch nicht ausreichend verinnerlicht hat.

Geht es um eine gute Zusammenarbeit im Team, sind die Größe des Teams sowie die individuelle Belastbarkeit der Pädagoginnen ausschlaggebend. Um den traumatisierten Kindern Verlässlichkeit und Sicherheit vermitteln zu können, ist eine gut funktionierende Teamarbeit unabdingbar. Die Gefahr, dass einzelne Mitarbeiter_innen des Teams gegeneinander arbeiten, scheint groß zu sein. Bei einer hohen Fluktuation der Mitarbeiter_innen ist eine feste Teambildung nahezu unmöglich. Neue Kolleg_innen stellen

häufig bestehende Strukturen infrage und ändern diese, ohne das zu kommunizieren. Das häufig auftretende deviante Verhalten der traumatisierten Kinder, das sehr belastend und auch schockierend sein kann, muss von den Pädagog_innen verarbeitet werden können, damit sie keine sekundäre Traumatisierung erleiden. Für kranke Kolleg_innen werden Aushilfen eingestellt. Der Eindruck entsteht, dass durch die vielen Aushilfen die Arbeit mit den traumatisierten Kindern erschwert wird. Die Folge ist, dass die Kinder zusätzlich zu ihren vorhandenen Traumata Abbrüche in der Beziehung zu der bzw. den Bezugspersonen bewältigen müssen. Hinzu kommt, dass die sequenziell traumatisierten Kinder sich immer wieder neu auf Pädagog_innen, die oftmals nach ihren ganz eigenen Methoden arbeiten, einstellen müssen. Dies kann dazu führen, dass die Kinder versuchen, die Teammitglieder gegeneinander auszuspielen, um ihre Grenzen bei den neuen Pädagog_innen auszuloten. Die Kinder reagierten mit „Ausrastern“ und Regelverstößen auf die hohe Fluktuation der Mitarbeiter_innen, berichtet eine der Interviewten. Es macht also den Anschein, dass die fest angestellten Mitarbeiter_innen das Gefühl haben, Mehrarbeit leisten zu müssen und dass sie unzufrieden werden wenn bestehende Strukturen von den Aushilfen ignoriert oder verändert werden. Es wäre nicht verwunderlich, wenn das Verhalten der Kinder auf die Unstimmigkeiten innerhalb des Teams zurückzuführen wäre.

Frau B. und Frau C. fühlen sich unzureichend von der Leitung unterstützt. Frau B. hat berichtet, dass bei ihrem Träger gerade eine Umstrukturierung stattfindet und ihre Teamleitung damit beschäftigt ist, ihr eigenes Stellenprofil zu erstellen. Bei Problemen mit den traumatisierten Kindern und/oder bei Problemen im Team verhält sich die Teamleitung nicht unterstützend.

Frau C. gab an, dass sie sich bei Gründung der Wohngruppe alleingelassen gefühlt hat. Bietet die Leitung keine hinreichende Unterstützung, kann die Arbeit äußerst gefährdend für die Gesundheit der Pädagog_innen werden. Nur Frau A. fühlt sich von ihrer Leitung ausreichend unterstützt.

Die Kommunikation mit anderen Institutionen ist allen drei Interviewpartnerinnen wichtig. Eine intakte Kommunikation von den Jugendamtsmitarbeiter_innen und den Pädagog_innen der Wohngruppe ist bedeutsam, um die Kinder auf mögliche Kontakte mit den Eltern vorzubereiten. Auch der kommunikative Austausch zwischen den behandelnden

Therapeut_innen und den Pädagog_innen ist essenziell. Warum? Damit die Verhaltensweisen der traumatisierten Kinder für die Pädagog_innen nachvollziehbar sind und sie adäquat auf diese reagieren und intervenieren können. Auch ein regelmäßiger Kontakt mit dem Jugendpsychologischen Dienst und den Schulen ist erforderlich. Ebenso ist eine individuelle Betreuung für die traumatisierten Kinder notwendig, deren Defizite mit einem geringen Personalschlüssel nicht aufgearbeitet werden können.

7 Anforderungen an die Kinder- und Jugendhilfe

Im Folgenden werden grundlegende Voraussetzungen dargelegt, die für stationäre Institutionen und ihre Mitarbeiter_innen notwendig sind, um mit traumatisierten Kindern professionell arbeiten zu können.

Durch den Ausbau von ambulanten Kinder- und Jugendhilfemaßnahmen wird die Heimerziehung überwiegend als letzte Instanz verstanden. Dies ist sozialpolitisch begründet, worauf in dieser Arbeit nicht weiter eingegangen werden kann. Und es hat zur Folge, dass nur jene Kinder in die stationären Einrichtungen kommen, bei denen alle anderen ambulanten Hilfemaßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe nicht erfolgreich waren oder bei denen die familiäre Situation eine Gefahr für das Kind darstellt. Mit anderen Worten heißt das: In der stationären Kinder- und Jugendhilfe geht es vorrangig um die Stabilisierung von mehrfach traumatisierten Kindern und Jugendlichen (den sogenannten Trauma-Typ II, siehe Unterkapitel 3.4) (vgl. Schmid, 2012, S. 405). Nach der Sozialpädagogin und Soziologin Margret Dörr sei es von großer Bedeutung, dass bereits die Lehrenden an Schulen und Hochschulen praxisrelevantes Wissen vermitteln, damit Studierende eine fachliche Kompetenz erwerben, um den hohen Anforderungen in der Praxis gerecht werden zu können. Natürlich müssen auch die Pädagog_innen selbst dafür Sorge tragen, dass sie eine entsprechende Fort- und Weiterbildung seitens der Institutionen erhalten für die sie tätig sind. Um eine professionelle pädagogische Haltung in den Arbeitsalltag einzubringen, seien Dörr zufolge institutionelle, unterstützende, Halt gebende und sichernde Strukturen, die ihre Mitarbeiter_innen u. a. stabilisieren und bestärken, essenziell (vgl. Dörr 2013, S. 5 f.). Eine Zusammenarbeit von Pädagog_innen und behandelnden Therapeut_innen sollte stattfinden, um die psychotherapeutischen sowie sozialpädagogischen Ziele und die daraus resultierenden Interventionen festzulegen. So könnten die Kinder das in der Therapie Gelernte im Alltag ausprobieren, schreibt Schmid. (vgl. Schmid 2012, S. 410 f.)

Die Bereitstellung von geeigneten großflächigen Räumlichkeiten sowohl für die Kinder als auch für die Pädagog_innen ist ausschlaggebend, damit eine wohltuende Atmosphäre geschaffen wird. Kinder benötigen Einzelzimmer, damit die Gefahr von Grenzverletzungen und Grenzüberschreitungen gemindert wird. Körperliche Attacken der Kinder untereinander und/oder gegenüber Betreuungspersonen sind nicht selten, deshalb ist u. a. eine

Doppelbesetzung eine personelle Grundvoraussetzung. Reflexionshilfen wie Team- und Fallsupervisionen sind wesentlich bei belastenden Ereignissen oder Problemen im Team. Laut der Pädagogin und Kinder- und Jugendpsychiaterin Silvia Denner sei es wichtig, eine gemeinsame Haltung im Team zu entwickeln damit grundlegende Annahmen und Handlungsweisen entstehen könnten, die einerseits eine Basis für eine gute Teamarbeit sei und sich andererseits positiv auf die Kinder auswirke (vgl. Denner 2013, S. 5). Nach Margret Dörr sei auch eine angemessene Bezahlung der Pädagog_innen wichtig. Sie schreibt: „Die Entlohnung ist in unserer Gesellschaft ein Zeichen gesellschaftlicher Anerkennung; bleibt diese aus [...], kann sich dies demotivierend und damit qualitätssenkend auf die Fachkräfte auswirken“ (Dörr 2013, S. 20). Denner zufolge werden „[diese] Qualitätsanforderungen [...] zurzeit von vielen Einrichtungen noch nicht realisiert“ (Denner 2013, S. 5).

Schlussbetrachtung

In der Einleitung wurde ein erster Überblick über den Gegenstand der Arbeit gegeben und die große Bedeutung der neuen Fachdisziplin Traumapädagogik für die traumatisierten Kinder, den Mitarbeiter_innen stationären Kinder und Jugendhilfe und der Gesellschaft verdeutlicht. Wenn man sich vor Augen führt, mit welchen Stigmatisierungen traumatisierte Kinder behaftet sind, wie sehr sich das unmittelbare soziale Umfeld durch die Konfrontation mit dem ungewohnten Verhalten der traumatisierten Kinder überfordert fühlt und welche Spätfolgen drohen, erklärt das, warum eine *normale* Versorgung dieser Kinder nicht ausreichend ist.

Im ersten Kapitel wurde ein theoretischer Überblick über die Identitätsentwicklung nach Erik. H. Erikson gegeben, der veranschaulicht, wie wesentlich die frühen Phasen der Kindheit für die Identitätsentwicklung sind. Denn Kinder, die kein Urvertrauen entwickeln konnten und/oder von Gefühlen der Minderwertigkeit und Schuld geprägt sind, können belastende Ereignisse nicht ihrem Entwicklungsstand entsprechend überwinden. Im zweiten Kapitel wurden die möglichen Ursachen einer frühkindlichen Traumatisierung dargestellt, die meist in der Familie ausgelöst werden. Beschrieben wurden Vernachlässigungen, Misshandlungen oder sexuelle Gewalt, die gleichzeitig auch Indikatoren einer Kindeswohlgefährdung sind. Aber auch psychische Gewalt, psychisch kranke Eltern oder die Trennung von den engsten Bezugspersonen können Gründe für eine frühkindliche Traumatisierung darstellen. Die Intensität der Traumatisierung ist abhängig von der Resilienz des betroffenen Kindes.

Im Hauptteil dieser Arbeit wurde dargelegt, was erforderlich ist um Pädagog_innen einen professionellen Umgang mit traumatisierten Kindern zu ermöglichen und welche Methoden notwendig und zielführend sind.

Insbesondere die Kenntnisse über die neurobiologischen Folgen einer frühkindlichen Traumatisierung, die im dritten Kapitel dargelegt wurden, ermöglichen ein besseres Verständnis für das ungewohnte Verhalten der traumatisierten Kinder zu entwickeln. Das Gehirn des Kindes ist noch nicht umfassend auf den komplexeren Verarbeitungsebenen vernetzt, frühkindliche Traumatisierungen greifen massiv in den Hirnentwicklungsprozess der Kinder ein. Die Konsequenz sind traumatische Erfahrungen. Die damit zusammenhängenden, erlernten Bewältigungsstrategien eines Traumas bilden eine neue Grundlage im Gehirn des Kindes. Folglich wendet das Kind verschiedene Formen der

Dissoziation an um traumatische Erinnerungen zu verdrängen. Bei häufiger Anwendung können Teilidentitäten entstehen. Die Entwicklung des Selbstbildes, der Selbstregulation und die emotionalen und psychosozialen Fähigkeiten sind bei einem traumatisierten Kind aufgrund der erlittenen Traumata beeinträchtigt. Auch ist das Kind nicht in der Lage, neue Anforderungen, Wahrnehmungen oder Bedrohungen in den limbischen und kortikalen Hirnbereichen zu verarbeiten. Dies führt dazu, dass Kinder häufig aggressiv reagieren, eine Überprüfung der Situation in aller Ruhe ist ihnen nicht möglich. Die Aggressionen können durch ein negatives Selbstbild des Kindes und das Gefühl, dumm zu sein, verstärkt werden. Eine Traumaentwicklungsstörung zu diagnostizieren ist notwendig, um die genannten grundlegenden Defizite wie u.a. die Regulationsstörung, Bindungsstörung und Emotionale Störung, die in unterschiedlichen Entwicklungsstufen entstehen und sich unterschiedlich auswirken aufzeigen zu können. Auf diese Weise kann gezielter auf alterstypische psychopathologische Symptome eingegangen werden.

Kenntnisse über die neurobiologischen Vorgänge zu haben ist wesentlich für die Arbeit mit traumatisierten Kindern und ein wichtiger Bestandteil der Traumapädagogik. Diese neue Fachdisziplin, die im vierten Kapitel beschrieben wurde, plädiert für eine verständnisvolle Haltung in Bezug auf die psychosozialen Belastungsfaktoren und dem daraus resultierenden ungewohnten Verhalten der Kinder. Sie sollte verstärkt in den stationären Einrichtungen implementiert werden weil traumatisierte Kinder durch die stabilisierende und ressourcenaktivierende Arbeit ein Vertrauensverhältnis zu Erwachsenen aufbauen können. Durch edukative Gespräche können sie mehr Selbstkontrolle erhalten und ihre Selbstwirksamkeit sowie Handlungsfähigkeit stärken. Pädagog_innen bilden durch Sachkompetenz, Selbstreflexion und Selbstfürsorge qualifizierte Fähigkeiten aus, die es ihnen ermöglichen, mit den ungewohnten Verhaltensweisen der Kinder und den daraus hervorgehenden belastenden Gefühlen umzugehen. Sie fühlen sich sicherer, dies mindert das Risiko, eine sekundäre Traumatisierung zu erleiden.

Dass sich die Sicherheit der pädagogischen Mitarbeiter_innen im Umgang mit traumatisierten Kindern positiv auf deren Verhaltensweisen auswirkt, machten die Ergebnisse eines Forschungsprojekts aus Berlin und eines traumapädagogischen Konzepts der Wohngruppe Greccio deutlich. Diese Ergebnisse wurden im fünften Kapitel vorgestellt. Im fünften Kapitel wurde anhand der empirischen Datenlage über die psychische Gesundheit von Heimkindern auch aufgezeigt, dass ein Großteil der Kinder an psychischen Störungen leidet. Dadurch

entsteht ein hoher Bedarf, sie entsprechend ihrer psychischen Störungsbilder zu versorgen.

Im Mittelpunkt des sechsten Kapitels stehen qualitative Experteninterviews. Die Auswertung zeigte, dass den befragten Pädagoginnen die Sicherheit im Umgang mit traumatisierten Kindern fehlt. Dies zeigt sich vor allem in Krisensituationen, in denen die Pädagoginnen situativ und/oder intuitiv handeln und professionelles Intervenieren schwer bis gar nicht möglich ist. Nur eine der interviewten Frauen hat Vorkenntnisse in der Traumapädagogik. Alle drei Interviewpartnerinnen haben keine Fortbildung zum Umgang mit traumatisierten Kindern seitens ihrer Institutionen erhalten. Eine hohe Fluktuation der Mitarbeiter_innen, die oft krankheitsbedingt ist, erschwert zum einen die Entwicklung einer einheitlichen Haltung im Team, und führt zum anderen dazu, dass die Kinder weitere Beziehungsabbrüche erleben. Zwei Interviewpartnerinnen fühlen sich von der Leitungsebene nicht hinreichend unterstützt. Eine von ihnen bemängelt, dass es keine Zusammenarbeit mit den behandelnden Therapeut_innen gebe und dass das Jugendamt ausschließlich daran interessiert sei, ob die Kinder die Termine bei den Therapeut_innen einhalten würden. Um die Behandlungsinhalte selbst ginge es nicht.

Dass für eine gelingende stationäre Hilfemaßnahme der Kinder- und Jugendhilfe viele zusammenhängende Faktoren ausschlaggebend sind, wurde im siebten Kapitel deutlich herausgearbeitet. Ob qualifizierte Mitarbeiter_innen, erforderliche Rahmenbedingungen wie u.a. die Bereitstellung von großen Räumen, Einzelzimmer für die Kinder, eine personelle Doppelbesetzung, ausreichend Reflexionshilfen sowie eine gute Zusammenarbeit der Pädagog_innen mit den behandelnden Therapeut_innen der Kinder sind entscheidend – um den traumatisierten Kindern eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Wenn die hier aufgeführten Bedingungen von den stationären Institutionen und ihren Mitarbeiter_innen umgesetzt würden, könnten viele traumatisierte Kinder davon profitieren. Durch die Stabilisierung der Persönlichkeit der traumatisierten Kinder werden mit hoher Wahrscheinlichkeit dissoziative Identitätstörungen im Erwachsenenalter reduziert.

Quellenverzeichnis

Alle, F. (2012): *Kindeswohlgefährdung, das Praxishandbuch*. 2. Auflage.

Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Beck, K. (2004): *Ohne Netz und ohne Boden. Situation psychisch kranker Eltern*.

Broschüre der Initiative „Netz und Boden“ Berlin.

Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, & Costello, E. J. (2007). „Traumatic events and post traumatic stress“ In: *childhood. Archives of General Psychiatry*, 64,

S. 577 – 584.

Dalenberg, C. J. (2000): *Countertransference and the treatment of trauma*. Washington DC:

American Psychological Association.

Denner, S. (2013): „Vorwort“ In: Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik (Hrsg.)

Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik.

Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S. 5-6.

Ding, U. (2013): „Trauma und Schule. Was lässt Peter wieder lernen? Über sichere

Bedingungen und sichere Orte in der Schule.“ In: Bausum J. & Besser L. U.

(Hrsg.) *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die*

Praxis. 3. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Juventa Verlag. S. 56-67.

Dörr, M. (2013): „Das Ethos des sozialen Ortes ‚Heim‘ und die Haltung von PädagogInnen.

Eine notwendige und doch störbare Einheit“ in: Bundesarbeitsgemeinschaft Trauma

pädagogik (Hrsg.) *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und*

Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik.
Weinheim/Basel: Beltz Juventa S.14-31.

Egle, U. T./ Hoffmann, S. O./ Joraschky ,P. (2000): *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung ,Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen.* 2. Auflage Stuttgart:
Schattenhauer Verlagsgesellschaft.

Enders, U. (2011): *Zart war ich, bitter war's. Handbuch gegen sexuelle Gewalt an Mädchen und Jungen.* 4.Auflage. Köln: Kiepenheuer & Witsch Verlag.

Erikson, E. H. (1973): Erik H. Erikson Identität und Lebenszyklus. suhrkamp taschenbuch wissenschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag

Flick, U. (2007): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung.* Reinbek bei Hamburg:
Rowohlt - Taschenbuch - Verlag.

Flick, U. (2012): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung.* Reinbek bei Hamburg:
Rowohlt – Taschenbuch – Verlag.

Fischer, G./ Riedesser P. (2009): *Lehrbuch der Psychotraumatologie.* München:
Ernst Reinhardt, GmbH &Co KG, Verlag.

Frey, C. (2001): Die unheimliche Macht des Traumas: Interaktionelle Aspekte in der Betreuung von Folter- und Kriegsopfern. In: VERWEY, M. (Ed): Trauma und Ressourcen. Trauma und Empowerment. Berlin: VWB Verlag für Wissenschaft und Bildung.

S. 109-124

- Gahleitner, S. B. (2012): „Traumapädagogik und Psychosoziale Traumaarbeit. Modeerscheinung oder Notwendigkeit?“ In: *Trauma & Gewalt*. 6. Jahrgang Heft 3 8/ 2010. S. 206 – 215.
- Grotberg, E. H. (2011): „Anleitung zur Förderung der Resilienz von Kindern- Stärkung des Charakters“. In: Zander, Margherita/Roemer, Martin (Hrsg): *Handbuch Resilienzförderung*. Wiesbaden: VS Verlag. S. 51-101.
- Herman, J. L. (2010): *Die Narben der Gewalt*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Huber, M. (2003): *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung Teil 1*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Hüther, G. (2003): „Die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen im Kindesalter auf die Hirnentwicklung.“ in: Koch-Kneidl, L./Wiesse, J. (Hrsg.): *Entwicklung nach früherer Traumatisierung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hüther, G. (2012): „Neurobiologische Erkenntnisse zur Herausbildung psychotraumabedingter Symptomatiken und ihre Bedeutung für die Traumapädagogik.“ In: *Trauma & Gewalt. Forschung und Praxisfelder*. 6. Jahrgang Heft 3 8/ 2012. S. 182 – 189.
- Koenen, K.C., Moffitt/T. E., Caspi, A./ Gregory, A./ Harrington, H. & Poulton, R. 2008). „The developmental mental-disorder histories of adults with posttraumatic stress disorder: a prospective longitudinal birth cohort study.“ In: *Journal of Abnormal Psychology* 117, S. 460-466.
- Krüger, A. (2008): *Akute psychische Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen. Ein Manual zur ambulanten Versorgung*. Stuttgart: Klett-Cotta

- Lamnek, S. (2010): *Qualitative Sozialforschung*. 5. Auflage. Weinheim/ Basel: Beltz Verlag.
- Lang, B. (2013): „Stabilisierung und (Selbst-) Fürsorge für pädagogische Fachkräfte als institutioneller Auftrag.“ in: Bausum J./L. U. Besser (Hrsg.): *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis*, 3. Auflage. Weinheim/München: Juventa Verlag S. 220 – 228
- Lemke, J. (2010): *Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung*. Kröning: Asanger Verlag GmbH.
- Lewis, D. O./Moy, E./Jackson, L.D./Aaronson, R./Restifo, N./Serra, S./ Simos, A. (1985): „Biopsychosocial characteristics of children who later murder: A prospective study.“ In: *American Journal of Psychiatry* 142, 1161-1167.
- Maywald, J. (2012): „Kindeswohlgefährdung – vorbeugen, erkennen, handeln.“ In: *Wissen kompakt/ spezial von Kindergarten heute*. Völlig überarbeitete Neuauflage. Freiburg: Herder Verlag
- Pelcovitz, D./ Kaplan, S. J./DeRosa, R. R./Mandel F. S./Salzinger, S. (2000). „Psychiatric disorders in adolescents exposed to domestic violence and physical abuse.“ In: *American Journal of Psychiatry*, 162, 1320 -1327.
- Perry, B. D./ Pollard, R.A./Blakely, T. L./ Baler, W. L./Vigilante, D. (1995). „Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and »dependent« development of the brain.“ In: *Infant Mental Health Journal* 16. S. 271 – 291.
- Reddemann, L./ Dehner-Rau, C. (2011): *Trauma. Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. Ein Übungsbuch für Körper und Seele*. 3. Auflage. Stuttgart: TRIAS Verlag.

- Reddemann, U. (2012): „Wie stabilisiere ich Kinder?“ In: Kröhnert A. (Hrsg.), *Traumatisierte Kinder und Jugendliche. Hilfe und Stabilisierung durch Jugendhilfe*. Köln: Bundesgemeinschaft der Kinder Schutz- Zentren e.v. S. 51 -65.
- Rosner, R./Hagl, M. (2008), *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Scheeringa, M. S./ Zeanah, C. H./ Myers, L./ Putnam, F. W. (2003). „New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children.“ *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42. S. 561-570.
- Schmid, M. (2007): *Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Schmid, M./Wiesinger, D./Keller, F./ Fegert, P. (2009): Individuumsbezogene Evaluation eines traumapädagogischen Konzeptes in einer stationären Wohngruppe. Zeitreihenanalysen von kontinuierlichen Befindlichkeitsmessungen. In :*Trauma & Gewalt. Forschung und Praxisfelder* 3. Jahrgang Heft 2/ 2009. S. 118 -135.
- Schmid, M./ Fegert, J. M./ Petermann, F. (2010): „Traumaentwicklungsstörung: Pro und Contra. Aktuelle Kontroverse.“ In: *Kindheit und Entwicklung. Heft 19* 1/2010 S. 47-63.
- Schmid, M./ Lang, B./ Gahleitner, S. (2010): „Trauma ein psychosoziales Geschehen: Die Bedeutung traumapädagogischer Konzepte für die stationäre Kinder – und Jugendhilfe.“ In: Gahleitner S. B. & Hahn G. (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit: gefährdete Kindheit - Risiko, Resilienz und Hilfen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag S. 238-249.

- Schmid, M. (2013): „Warum braucht es eine Traumapädagogik und traumapädagogische Standards?“ In: Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik (Hrsg.): *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa S.56-82.
- Schmid, M. (2012): *Psychotherapie von Traumafolgestörungen*. in: Landolt M. A. & Hensel T. (Hrsg.) *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen*. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. S. 404 – 440.
- Schore, A. (2007): *Affektregulation und die Reorganisation des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Terr, L. C. (1995): „Childhood traumas: An outline and an overview.“ In: Everly, G. S./Lating, J. M. (Eds.): *Psychotraumatology. Keypapers and core concepts in post traumatic stress*. New York: Plenum. S. 301-319.
- van der Kolk, B. (2007): „Untersuchungen zur PTBS.“ in: F. Laamprecht (Hrsg.), *Wohin entwickelt sich die Traumatherapie? Bewährte Ansätze und neue Perspektiven*. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 212-236.
- Weiß, W. (a) (2013): *Philipp sucht sein Ich, zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen*, 7. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Weiß, W. (b) (2013): „Traumapädagogik – Geschichte, Entstehung und Bezüge.“ in: Lang B. & Schirmer C. (Hrsg.): *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder und Jugendhilfe*. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Wied, S./Warmbrunn, A. (2012): *Psyhyrembel. Pflege*, 3., bearbeitete Auflage. Berlin/Bosten: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG.

Zander, M./Roemer, M. (Hrsg) (2011): *Handbuch Resilienzförderung*.
Wiesbaden: VS Verlag.

Zimbardo, G P./ Gerrig, J R.(2004): *Psychologie*. 16. ,aktualisierte Auflage,
bearbeitet und herausgeben von R. Graf, M. Nagler und B. Ricker.
München: Prearson Education Deutschland GmbH

Internetquellen

Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik (BAG) (2011): *Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder und Jugendhilfe*. Ein Positionspapier der BAG Traumapädagogik. Gnarrenburg: BAG. in:
<http://www.bag-traumapaedagogik.de/index.php/standards.html> [Stand. 20.08.2014].

Fetscher, Caroline (2014): „*Kindesmisshandlung in Deutschland. Milliarden zum Schutz der Täter.*“ in: [www.tagesspiegel.de](http://www.tagesspiegel.de/politik/kindesmisshandlung-in-deutschland-milliarden-zum-schutz-der-taeter/9404588.html): <http://www.tagesspiegel.de/politik/kindesmisshandlung-in-deutschland-milliarden-zum-schutz-der-taeter/9404588.html>
[Stand 15.08.2014].

Hüther, Gerald (2002): „Die Folgen traumatischer Kindheitsentwicklung für die weitere Hirnentwicklung.“ in: *Internetzeitschrift des Landesverband für Kinder in Adoptiv und Pflegefamilien S-H e.V. (KiAP) und der Arbeitsgemeinschaft für Sozialberatung und Psychotherapie (AGSP)*:
<http://www.agsp.de/html/a34.html> [Stand 10.08.2014].

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.

Anhang

1 Transkription des Experten-Leitfadeninterviews mit Frau A.

Legende

I: Interviewerin

A: Interviewpartnerin

(-): Pausen, Stockungen und Ähnliches

(- -) (- - -) längere Pausen

(...): Unklarheiten

(): Besonderheiten wie Lachen, auffälliges Räuspern oder Ähnliches

#: Überschneidung von Wörtern

Interviewpartnerin ist Frau A.

Frau A. ist Erzieherin und arbeitet seit neun Jahren in einer Wohngruppe für traumatisierte Kinder.

Interviewerin: Nadine Bargmann. Datum: 18.02.2014. Dauer: 27:14 Minuten.

Kategorie: Thema I. Persönliche Empfindungen bei der Arbeit mit traumatisierten Kindern

1. **I:** Haben Sie bestimmte Situationen mit den mehrfach belasteten Kindern erlebt, die
2. Sie sehr belastet und überfordert haben? Schildern Sie eine bitte möglichst genau.
3. **A:** Ja, ein Mädchen, Diabetikerin, hat mit ihrer Krankheit sehr doll gespielt. Oft
4. haben wir Wechseldienst gehabt, wir waren Kollegen, die im Schichtdienst gearbeitet
5. haben. Wenn wir sie morgens dann wecken kamen, haben wir sie des Öfteren
6. bewusstlos im Bett aufgefunden haben, weil sie unterzuckert war oder weil sie da
7. wirklich mit gespielt hat. Solche Vorfälle hatten wir in der letzten Zeit fast täglich mit
8. ihr gehabt. Sie hatte einen Vormund, sodass der Vormund dann gesagt hat, es geht
9. jetzt in den Wilhemstift, sie muss jetzt in eine Therapie.
10. **I:** Okay, und was heißt gespielt?
11. **A:** Gespielt, dass sie einfach sich nicht gespritzt hat, falsch gegessen hat und (--)
12. **I:** Also absichtlich?

1. **A:** Absichtlich, ja. Sie hat ganz früh ihre Mutter verloren. Vater ist wieder eine neue
2. Beziehung eingegangen, der Frau passte dieses Mädchen nicht, war zu anstrengend.
3. Kaum Kontakt dann gehabt zu der Urfamilie. Sie war bei uns ein halbes Jahr. Dann
4. war es aber so, dass der Vormund einen Platz bekommen hat einen Tag vorher. Ist ja
5. auch nicht so einfach, schnell einen Platz zu bekommen für eine Therapie. Und wir
6. sollten es ihr aber nicht sagen, sonst würde sie ja wieder weglaufen. Der Vormund
7. würde morgens kommen, um acht gleich da sein, sie dann möglichst auch wecken und
8. sie gleich mitnehmen. Wie es so sein sollte, ist sie natürlich den Tag vorher ganz spät
9. nach Hause gekommen. Es gab hier dann schon eine verbale Auseinandersetzung, und
10. sie ist dann aber nach oben gegangen, und wir hatten dann aber auch noch
11. Jugendliche, die sehr anstrengend waren also Jungs 16-, 17-Jährige (--), die das dann
12. auch noch ein bisschen forciert haben, sie war das einzige Mädchen, es waren fünf
13. Bewohner hier.
14. **I:** Wie alt war das Mädchen?
15. **A:** Sie war 15, sie war in der Entwicklung sehr weit, also körperlich, und vom Kopf
16. her nicht so. Und (--) ich hab's nicht gemerkt, aber sie hat einen Jungen mit
17. reingeschleust. Ich war froh, dass das Mädchen da war. Ich bin dann um Mitternacht
18. ins Bett gegangen. Als ich sie aber morgens (--), der Vormund sagte, er schaffe es
19. nicht um acht, ich soll sie schon mal wecken – da war ich ganz erstaunt, da lag ein
20. junger Mann mit ihr im Bett, ein Freund. Ich hab dann nur ganz freundlich gesagt,
21. stehst du bitte auf, und du machst dich auch bitte fertig und verlässt das Haus. Weil
22. ich ja wusste, dass sie jeden Moment abgeholt (---), wollte ich kein Theater machen.
23. (--) Dann waren sie aber nach fünf Minuten wieder unten, sehr schnell angezogen
24. beide, und sie wollte weggehen. Ich hatte dann fünf Ps in den Augen gehabt. Ich
25. sagte, Mann, jetzt haben wir den Platz, jetzt läuft sie mir schon wieder weg, nee, bitte
26. nicht. Hab den jungen Mann rausgelassen und hab gesagt, du bleibst bitte hier.
27. **I:** Hm
28. **A:** Nein, ich bleibe nicht hier. Ich konnte gar nicht so schnell gucken. Den Fehler hab
29. ich gemacht, dass ich mich vor die Tür gestellt habe. Sie hat immer so eine
30. Bauchtasche um gehabt, wo sie immer ihre (--) Diabetikerspritzen und das alles drin
31. hatte. Die hat sie dann ganz schnell abgeschnallt, und die hat ich dann am Kopf
32. gekriegt, und das ging dann gleich in eine handgreifliche Auseinandersetzung, weil sie
33. unbedingt dem Jungen hinterher wollte. Ich aber nur im Grunde genommen den

1. Therapieplatz im Kopf gehabt habe, Mensch, der Vormund kommt doch jeden
2. Moment um die Ecke, du hältst es jetzt durch und machst es. Es war dann so schlimm,
3. dass sie mich wirklich so dermaßen angegriffen hat, dass ich sie einfach nur in den
4. Haaren abgewehrt habe, und da habe ich # dieses Trauma, und ich hab mich so
5. erschrocken, weil ich habe nicht doll gezogen, aber ich hatte Haare in der Hand ge
6. habt. Ich hab sie losgelassen und habe sie auch laufen
7. lassen. Das war für mich so ein Schock, dass ich das Kind verletzt habe. Aber ich,
8. nach wie vor, ich (---) (Frau A. hat Tränen in den Augen) muss nicht doll gezogen
9. haben, aber es war für mich so schlimm, und da habe ich gesagt, das hältst du nicht
10. mehr aus, das Mädchen das geht gar nicht. Ich hab sie dann auch raus, sie ist auch
11. ganz schnell abgehauen (-).
12. **I:** Und was haben Sie dann gemacht? Also das war ja eine Krisensituation.
13. Wie waren Ihre Gefühle?
14. **A:** Ganz schlimm, mir liefen nur die Tränen. Ich fühlte mich sehr schuldig.
15. (--)Wusste auch sofort in der Ausbildung oberstes Gebot nichts versperren.
16. Dass ich mich im Weg gestellt habe, dass sie nicht raus kann, das war eine falsche
17. Reaktion von mir, das weiß ich, weil ich nur dieses eine Ziel im Kopf hatte,
18. das Mädchen zu helfen und die Aufgabe zu erfüllen, die der Vormund gestellt hat,
19. bitte sorgen Sie dafür, dass sie dann auch da ist.
20. **I:** Haben Sie sich in der Situation überfordert gefühlt?
21. **A:** Ja. (--) Aber das hatte ich vorher nicht gewusst, weil das Zufall war, dass sie jetzt
22. einen Jungen mit nach oben genommen hat. Vormund kam zehn Minuten später. Der
23. Vormund hatte dann bei dem Mädchen angerufen, und sie ging ran, und sie sagte,
24. dass sie schon wieder auf dem Rückweg ist. Sie wollte nur den Freund zur Bahn
25. bringen. Das hat sie hier nicht gesagt. Sie war nur erstaunt, dass der Vormund schon
26. da war. In der Zwischenzeit habe ich bei unserer Leitung angerufen. Der Vormund
27. hat ihr dann gesagt, dass sie nicht mehr hierbleiben kann. Die Wohngruppe kann die
28. Verantwortung nicht mehr übernehmen, und dir muss geholfen werden. Ist relativ
29. schnell die Tasche gepackt wurden, der Vormund ist auch ganz schnell mit ihr weg
30. gefahren. In der Zeit war dann auch mein Chef da, und der ist mit mir gleich zum
31. Arzt begleitet und dieser Arzt hat mich dann zum Psychologen geschickt am selben
32. Tag noch. Und da hab ich (---)
33. **I:** Damit Sie das aufarbeiten?

1. **A:** Ja. da hab ich mindestens sechs Wochen zweimal die Woche Gespräche gehabt.
2. War auch sechs Wochen hier nicht im Haus (--), gar nicht. Das war die Situation. Es
3. war wirklich (---) (Frau A. sieht sehr traurig aus), Gott sei Dank, das muss ich ganz
4. ehrlich sagen, ist das Mädchen nicht wieder zurückgekommen. Wir hatten
5. offengelassen (-), dass sie, wenn sie sich bereit erklärt, die
6. Therapie zu machen, und wir dann wirklich von allen Stellen kriegen, sie ist gefestigt,
7. sie ist gut eingestellt, dass wir sie wieder aufnehmen. Sie ist dann in eine andere
8. Gruppe gekommen. Ein Vierteljahr oder ein halbes Jahr war sie in Therapie wohl
9. und ist in eine andere Wohngruppe gekommen. Und das Schlimme, da habe ich mir
10. aber keine Vorwürfe mehr gemacht, das Mädchen lebt nicht mehr. Sie hat (---) sich
11. in der Gruppe wohl gut eingelebt. Hat dann mit 17 Jahren durchgekriegt, dass sie
12. dann in ein Betreutes Wohnen kommt, d. h. alleine wohnt, wo dann einmal in der
13. Woche ein Betreuer kommt. Das hat sie im Grunde genommen zwei Wochen, (--)
14. und in der zweiten Woche hat er sie tot vorgefunden mit einer Unterzuckerung.
15. **I:** Weil sie sich nicht gespritzt hatte?
16. **A:** Weil sie nicht gespritzt hatte. Da habe ich nur gesagt okay, das ist (---), alle haben
17. das Bestmögliche gemacht. Sie wusste, was passiert, sie war alt genug. Es ist wohl nie
18. richtig mit ihr aufgearbeitet worden, das Urvertrauen usw. Sie hatte eine Oma gehabt,
19. mit der sie eine gute Verbindung hatte, aber da durfte sie nur in den Ferien mit hin,
20. das war nicht selbstverständlich. Die Oma hatte eine Pension, da sollte sie dann auch
21. immer helfen. Musste sich dementsprechend nach Strich kleiden, also auch das
22. Verhalten, sie musste freundlich, höflich, was sie gar nicht so ist, sie war sehr
23. temperamentvolles und hat gewonnen, wenn sie gelacht hat. Das (---) und da haben
24. wir da # hab ich wirklich ein Jahr gebraucht, fast um (---) (sprachlos)
25. **I:** Ja, das glaube ich Ihnen.
26. **A:** Ich hatte mich auch gefragt, ob ich überhaupt noch in meinem Beruf (---), schon
27. in Frage gestellt.
28. **I:** Das kann ich mir vorstellen.
29. **A:** Weil es im Grunde genommen eskaliert ist, weil ich mich vor die Tür gestellt
30. habe. Das weiß ich im Grunde genommen, wäre auch eskaliert, wenn der Vormund
31. gekommen wäre, das ist ja alles mit aufgearbeitet worden, und sie abgeholt hätte. Ich
32. wäre die Böse gewesen, weil ich es ja zugelassen habe (---), dass sie abgeholt wurde.
33. Es ist jetzt auch vorbei, es berührt mich noch ein bisschen, weil ich es schade finde.

1. Bei mir ist es in dem Moment so, das ist auch heute noch so, wir haben wirklich tolle
- 2.
3. Kinder, es ist im Grunde genommen das Elternhaus, man ist so machtlos, das ist es
4. (-), so diese Richtung. Man möchte ja auch gern eine Rückführung in das Elternhaus,
5. doch man weiß, es kann nur nach hinten losgehen.
6. I: Hm
7. I: Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit den traumatisierten Kindern?
8. A: Heute gibt mir erst einmal die Sicherheit, dieser Vorfall, wie ich mich verhalten
9. soll, muss. Dass ich jetzt einfach die Ruhe bewahre, viele Gespräche führe, wenn sie
10. kommen, nicht aufdringlich bin. (---) Das ist meine Sicherheit, das habe ich gelernt,
11. die Kinder die kommen, einfach nur da sein für sie. Viel Spiele machen, das, was im
12. Grunde genommen die Familie den Kindern geben sollte, diese Sicherheit geben wir
13. den Kindern jetzt erst einmal.
14. A: Ja.
15. P: Die kommen mal peu à peu mit den Gesprächen raus. Wie z. B bei dem Kleinen,
16. der wird jetzt zwölf Jahre, ist mit sieben Jahren zu uns gekommen, einen Tag vor
17. seinem Geburtstag. Und das ist für ihn ein Trauma. Da hat er Letztens wieder gesagt,
18. er hat jetzt bald wieder im März Geburtstag, und da sagt er immer wieder, ich bin ja
19. einen Tag vor meinem Geburtstag zu euch gekommen.
20. I: Die Trennung von den Eltern, egal, wie schlimm es für das Kind war (- -).
21. A: Ja, das ist eben halt (---), Kindergeburtstag ist für Kinder ganz, ganz wichtig, jeder
22. Geburtstag. Und das war für ihn das Schlimme, gar nicht mal die Trennung (--), aber
23. dass er vor seinem Geburtstag in die Gruppe gekommen ist. Und mit sieben Jahren
24. überhaupt nicht verstanden hat, warum seine Geschwister durften zu Hause bleiben,
25. und er musste her. Dass war für ihn ein Trauma. Was ich aber gut finde, ist auch wie
26. der positiv, er war sehr negativ, war nicht mehr beschulbar, weil er in der Schule sehr
27. aufgefallen ist. Die Mutter musste jeden Tag zur Schule, dann fing er auch
28. dann eben halt (-) aggressiv zu werden, den Geschwistern und der Mutter gegenüber,
29. (-) alleinerziehend zu der Zeit. Und klaute, und sie kriegte ihn gar nicht mehr (---),
30. also sie wurde gar nicht mehr mit ihm fertig. Und da ist endlich mal eine Mutter zum
31. Jugendamt gegangen. Sie hatte Angst, dass ihr der Junge ganz entgleitet. Und da fand
32. ich das sehr gut, dass danach das Jugendamt sofort die Mutter unterstützt hat, erst ein
33. mal eine Familienhilfe gegeben hat. Und die hat ganz schnell gesehen, das geht gar

1. nicht, der Junge muss raus aus diesem (-), die Mutter ist einfach zu labil, die kann
2. sich also (--) dem Jungen gar nicht widersetzen. Um Ruhe zu haben, wird dann (-),
3. ich sag immer Bonbonpädagogik, das alles erlaubt wird, was der Junge will.
4. **I:** Ja, das haben Sie bereits bei der ersten Frage schon erzählt (-). Ich stelle die Frage
5. trotzdem noch mal, vielleicht fällt Ihnen noch etwas anderes dazu ein. Also (-) haben
6. Sie in einer Krisensituation schon einmal intuitiv gehandelt und damit
7. möglicherweise eine Retraumatisierung bei einem traumatisierten Kind verursacht?
8. **A:** Ja, also das mit dem Mädchen (-), wie ich es schon erzählt habe, sonst weiß ich
9. nicht genau, ob ich andere Kinder schon einmal bewusst retraumatisiert habe.

10. Kategorie: Thema II. Persönliche Spezialisierung

11. **I:** Wie sieht es mit der persönlichen Spezialisierung aus, also was verbinden Sie mit
12. dem Begriff der Traumapädagogik?
13. **A:** Ja, eigentlich (-), das ist (stockend), hab ich eigentlich immer weit weggeschoben
14. von mir. Das gebe ich Ihnen ganz ehrlich zu. Wir haben auch hier auch keine
15. Fortbildung*, also das ist hier auch gar nicht so das Thema. Wir sind einfach erst ein
16. mal dafür da in dem Moment. Ich habe mich auch gar nicht richtig vorbereitet darauf,
17. also da fiel mir nur dieses Mädchen spontan ein, weil das für mich auch ein Trauma
18. war und natürlich auch für das Mädchen. Trauma war aber nur, dass ich das
19. Haarbündel in der Hand hatte. Ich war so wütend und so sauer, dass ich also wirklich
20. nicht wütend war, dass ich sie von mir ferngehalten und in die Haare gezogen habe,
21. nur dieser Schock, dass ich diese Haare in der Hand hatte. Das war ein Trauma.
22. **I:** Ist es manchmal so, (-) dass schwer traumatisierte Kinder in die Wohngruppe
23. kommen und das sich die Belastung der Kinder auf Sie überträgt?
24. **A:** Ja, das ist jetzt so, dass ich die Kinder in dem Istzustand nehme. Ich lese mir nicht
25. die Berichte durch. Ich möchte das Kind so kennenlernen, wie es jetzt ist, denn ich
26. arbeite jetzt mit dem Kind. Denn wenn man die Berichte vorher durchliest, ist man
27. schon ein bisschen beeinflusst. Das mach ich nicht, das ist nach diesem Fall auf jeden
28. Fall so (-). Das mach ich nicht, ich will jetzt mit dem Kind arbeiten. Und es ist ja
29. meine Aufgabe, zu sehen (-), was es für Defizite hat und was es braucht usw. Das
30. lernt man, wir arbeiten (-), wir leben ja eng mit den Kindern zusammen, es baut sich
31. dann dadurch eine Beziehung auf. Und (--) man kriegt es dann auch ganz schnell mit.
32. **I:** Und Ihre Methodik ist, die Kinder erst einmal ankommen zu lassen?
33. **A:** Ja, auf jeden Fall ankommen zu lassen, richtig in der Richtung #, meistens ist es

1. immer so, dass es übers Essen dann auch eine schnelle Beziehung entsteht. Dass man
2. gemeinsam z. B. Kuchen backt, das macht jedes Kind gerne, auch die Jungs.
3. Welchen Lieblingskuchen hast du? Zur Zeit ist es der Zitronenkuchen überwiegend
4. bei den Kindern oder auch viel mit Schokolade. Wir backen (--), im Grunde
5. genommen holen wir die natürlichen Bedürfnisse erst einmal hervor. Dass man
6. gemeinsam kocht oder backt (--), wir gehen (-), haben einen Aktionstag, d. h. einmal
7. die Woche (--), dass wir mit den Kindern, es wird erst einmal mit den Kindern
8. besprochen. Dienstagabend haben wir unseren Gruppentag. Was wollen, wo wollen
9. wir morgen hin? Es soll nicht jedes Mal Geld kosten, in Hamburg kann man vieles
10. machen, was man sich angucken kann, was nicht immer *. Dass wir mal auf diesen
11. Spielplatz im Planten un Blumen oder schwimmen gehen am Badesee, oder ich sollte
12. letztens nach der neuen U-Bahn schauen, weil die Kinder damit fahren wollten.
13. **I:** Und wie ist das mit der Strukturierung? Mit der Tagesstrukturierung?
14. **A:** Ganz, ganz klare Tagesstrukturierung. Also ich wecke die Kinder morgens,
15. frühstücken tun wir nicht gemeinsam, weil sie unterschiedlich zur Schule gehen. Das
16. ist so für den Jungen, der jetzt bald zwölf wird, ist hyperaktiv, das ist auch ganz gut
17. so (--), weil ich morgens schon nicht immer, wir müssen natürlich, iss ordentlich, sitz
18. ein bisschen ruhiger usw., das übersehe ich dann in dem Moment. Wir haben jetzt die
19. Methode gefunden, dass wir ihm eine Geschichte vorlesen. Er hört zu, frühstückt in
20. Ruhe und geht auch entspannter zur Schule. Das ist es, und dann (--), hier in Hamburg
21. gibt es jetzt eine Ganztagschule, oft auch schon gegessen haben in der Schule.
22. Montags geht er in die Kinderwerkstadt von 16 bis 18 Uhr. Dienstag hat er freies
23. Wählen, das ist sein Tag, wo er sich mit Freunden verabreden kann. Mittwoch haben
24. wir unsren Aktionstag, und Donnerstag haben wir dann gemeinsames Basteln und
25. Malen.
26. **I:** Ja, das klingt nach einem strukturierten Wochenablauf (die Interviewerin läch
27. **A:** Ja (-), der, das wird ganz gut angenommen.
28. **I:** Ja, das gibt den Kindern dann auch Halt.
29. **A:** Die Sicherheit ja. Und donnerstags ist unser fernsehfreier Tag, und freitags ist der
30. zuckerfreie Tag, damit wir auch ein bisschen auf die Ernährung achten. Und das
31. ziehen sie wunderbar mit durch. Die Kinder trinken jetzt schon den Tee immer ohne
32. Zucker. Also obwohl der Zucker zur Verfügung steht, es wird hier nichts versteckt.
33. Das ist dann schon alleine (-), es schmeckt ja viel besser ohne. Und jeden Abend die

1. gemeinsame Mahlzeit # ist jeden Abend, auch die Großen. Ich habe hier noch einen
2. 19-Jährigen, wo ich gesagt habe, es ist egal, du wohnst auch noch in der Gemeinschaft
3. hier.
4. **Kategorie: Thema III: Teamarbeit**
5. **I:** Und wie sieht es mit der Teamarbeit aus? Also besteht die Gefahr, dass man
6. manchmal im Team gegeneinander arbeitet?
7. **A:** Nein. Es war so, wo wir mehrere Kollegen waren, das # Haus auch nur vier
8. Bewohner hat und die Kinder jetzt tagsüber in der Schule sind, sind wir zwei Pädago
9. Pädagoginnen, ich habe noch eine Kollegin. Und ich bin aber jeden Abend, ich hab
10. das jetzt so gemacht (--), ich hab ich jetzt eigentlich auch hier mein Zimmer, ich hab
11. meine eigene Wohnung. Am Wochenende sind die Kinder überwiegend zu Hause, bis
12. auf ein Mädchen zurzeit, weil die Eltern nicht die Möglichkeit geben können, dass das
13. Kind zu Hause wohnt. Da wechseln wir am Wochenende ab.
14. **I:** Okay, und wie war das früher?
15. **A:** Früher war es halt so, dass wir früher angefangen sind, weil dieses Mädchen auch
16. nicht zur Schule gegangen ist. Also musste das Haus 24 Stunden besetzt sein. Jetzt ist
17. das Haus auch 24 Stunden besetzt, aber jetzt ist Bereitschaftsdienst.
18. **I:** Und welche Situationen gab es dann so? Wo gab es Reibereien?
19. **A:** Reibereien gab es bei der Übergabe, wenn es Stress gab. Wenn z. B. einer der
20. Bewohner sein Dienst noch nicht gemacht hat, da hatte ich gesagt, achte bitte darauf,
21. sie hat noch nicht das Badezimmer saubergemacht. Da hat meine Kollegin mit Recht,
22. was ich ganz gut fand, wir haben das auch im Team bearbeitet, gesagt, dass ich doch
23. den Konflikt mit ihr austragen soll, weil sie nicht mit einem Konflikt anfangen wollte.
24. Die Zeit müssen wir uns nehmen, dass du den Konflikt, den du gerade mit dem
25. Bewohner hast, austrägst.
26. **I:** Hm (--).
27. **I:** Haben Sie das Gefühl, von der Leitung hinreichend unterstützt zu werden?
28. **A:** Ja. Ja. Ja.
29. **I:** In welcher Form?
30. **A:** Das war gestern der Fall. Der kleine Junge fällt jetzt in der Schule sehr negativ auf
31. und hat jetzt für eine Woche Schulverweis bekommen. Was eigentlich nicht darf, weil
32. es ist ja schulpflichtig, ist das Kind. Aber die Schulen sind selber auch überfordert
33. jetzt durch das neue System Bildungs und ähm (--). Bezirks (--). nennt sich die Schule

1. ja jetzt. In dem Moment ist es keine Förderschule mehr , d. h. aber, dass alle Kinder #,
2. der Klassenverband sich immer mal wechselt. Dann ist mal für vier Wochen ein Kind
3. von der Stadtteilschule, was negativ aufgefallen ist #, die arbeiten ganz eng mit Rebus
4. zusammen. D. h. es ist für solche Kinder, die im Grunde genommen einen Förderbedarf
5. haben, die eben halt die Regelschule nicht besuchen können, dass die durcheinander-
6. kommen ist klar. Selbst die Lehrkräfte sind überfordert, auch wenn sie zu
7. zweit sind. Es sind zwar immer nur acht oder neun Kinder in der Klasse, aber trotz
8. dem, es ist (--), wenn da Störenfriede sind, es ist dann wie ein Schneeball. Der eine
9. stört, dann stört der andere auch.
10. **I:** Klar.
11. **A:** Und momentan ist unser Junge, der negativ auffällt, und das seit Wochen. Sodass
12. wir dann eben sagen, okay, um # ihn auch mal zu entlasten, dass er da auch mal aus
13. der Situation rauskommt, muss er halt mal eine Woche zu Hause bleiben.
14. **I:** Hm.
15. **A:** Da habe ich gleich die Leitung angerufen, wir haben noch eine Außenwohngruppe
16. in Lauenburg. Und dann hat er gesagt, hier habe ich noch zwei Jungs, dann verbringt
17. er die Woche bei uns. Er ist Lehrer, da haben wir einen Jungen, der überhaupt nicht
18. beschulbar ist. Da macht er interne Beschulung, ist da, mit der Grundschule arbeitet er
19. zusammen. Den Jungen hol ich heute ab, und dann bleibt der Junge bis Sonntag bei
20. uns. Erst war er natürlich ganz und gar aus den Wolken. Ich hatte dann aber wieder
21. übers Essen, ich sag, Mensch, du hast noch gar nichts gegessen. Möchtest du Reis
22. oder Nudeln, ich habe hier noch Soße da. Leberkäse isst er so gerne, den hab ich auch
23. noch da, den mach ich dir jetzt warm. Da hat er sich so ein bisschen wieder gefangen.
24. Du, weißt du was, so wie wir das mit der Lehrerin besprochen (-), ist einfach auch für
25. dich gut, dass du da mal rauskommst. Da sind doch auch die anderen beiden Jungs, da
26. kannst du schön spielen. Hier hast du keinen in der Gruppe. Und darüber sind wir
27. dann ein bisschen (--), und dann habe ich ihn einfach noch in den Arm genommen. Er
28. sucht die Nähe immer, und hab ihm gesagt, du bist nicht hier weg, du bleibst hier bei
29. uns. Es war wieder, (-) wo er wohl Angst hatte*, diese Trennung wieder, auch wenn
30. er im Moment wütend ist auf mich, weil ich ihn wieder zurechtweisen musste. Da er
31. sehr unter der Gürtellinie austeilt. Und daran sieht man sofort, dass die Leitung hinter
32. einem steht.
33. **I:** Schön.

1. A: Wir haben einmal die Woche haben wir eine große Teamsitzung.
2. I: Haben Sie auch Supervision?
3. A: Hatten wir gehabt, ja.
4. I: Und warum haben Sie das nicht mehr?
5. A: Weil der Bedarf zurzeit nicht gegeben ist.
6. I: Welche Angebote, Kapazitäten sollte Ihrer Meinung nach eine Einrichtung
7. bieten, haben, in der traumatisierte Kinder leben?
8. A: Mehr Unterstützung vom Jugendamt.
9. I: Inwiefern?
10. A: Insofern, ich hatte jetzt z. B., ach (--), wie soll ich sagen, es ist im Moment der
11. Kontakt nicht wirklich da (--), in diesem Fall wurde durch eine neue Sozialarbeiterin,
12. weil die andere etwas länger ausfällt (-) (stockend). Uns wurde gesagt, sie würde sich
13. sofort mit uns in Verbindung setzen. Wir haben dann auch, weil wir wissen, dass in
14. Hamburg-Mitte gerade die Kacke am dampfen ist.
15. I: Ja?
16. A: Habe ich sie auch ein bisschen in Ruhe gelassen. Plötzlich höre ich dann, dass der
17. Kontakt mit den Eltern stattfand, und erfuhren überraschend davon (-).
18. I: Ohne dass Sie es wussten?
19. A: Ja, ohne dass wir es wussten, und wir erfuhren dann auch noch, dass am Freitag
20. schon auch der erste persönliche Kontakt war. Dass unsere Bewohnerin schon mit war
21. und dass ist in diesem Fall so, dass das Kind in Obhut genommen wurde, weil die
22. Eltern die Wohnung verloren haben. Auflagen bekommen haben von der letzten
23. Sozialarbeiterin, das und dies zu erledigen. Wir eigentlich gerne vorher schon die
24. Sachlage gewusst hätten, wie es jetzt ist.
25. I: Das hat Sie überrumpelt.
26. A: Ja, das hat mich überrumpelt. Klar, die haben jetzt eine Wohnung, und das
27. Mädchen ist Feuer und Flamme. Silvester war ein Vorfall ganz, ganz schlimm, da
28. hatten wir das mal erlaubt, dass sie mit den Eltern Silvester feiern darf und bei dem
29. Opa schlafen darf. Nachts um vier Uhr wurde sie von einer fremden Frau nach Hause
30. gebracht. Eine Streitigkeit ist eskaliert in der U-Bahn, das Mädchen wollte wieder zu #
31. (-), in die Wohngruppe, doch wollten die Eltern das nicht. Das Mädchen ist daraufhin
32. zusammengebrochen. Das Mädchen hat gesagt, dass sie erst wieder nach Hause
33. möchte, wenn die Eltern eine Entziehungskur machen.

1. **I:** Und was meinen Sie mit mehr Angebote?
2. **A:** Mehr Gespräche.
3. **I:** Mit dem Jugendamt?
4. **A:** Es findet nur alle halbe Jahre ein Hilfeplangespräch statt. Zwar haben wir die
5. Möglichkeit, jedes Mal sofort einen Bericht zu schreiben. Es klappt, wenn wir die
6. feste Sozialarbeiterin haben, dann klappt es sehr gut. Oft ist die Sozialarbeiterin
1. unterwegs, man muss dann auf Band sprechen. Teilweise gibt es auch für die Sozialar
2. Sozialarbeiterin keine Urlaubsvertretung. Wir merken, dass das Jugendamt überlastet
3. ist, also die einzelnen Sozialarbeiter.
4. **I:** Wie sieht das mit dem Personalschlüssel aus, also reicht es aus?
5. **A:** Ja, das reicht voll und ganz aus. Ich habe hier auch noch eine Haushälterin. Meine
6. Kollegin macht 20 Stunden, und ich mache 40 Stunden. Die Leitung ist auch jederzeit
7. ansprechbar, er macht kein Gruppendienst mehr.
8. **I:** Also jederzeit erreichbar? Wenn Sie mit Problemen kommen, dann wird auch
9. geholfen und nicht vertröstet?
10. **A:** Man wird sofort unterstützt von der Leitung, so wie gestern, als er den Jungen mit
11. nach Lauenburg genommen hat.
12. **I:** Sehr schön, vielen Dank für das Interview.

2. Transkription des Experten-Leitfandeninterviews mit Frau B.

Legende

I: Interviewerin

B: Interviewpartnerin

(-): Pausen, Stockungen und Ähnliches

(- -) (- - -) längere Pausen

(...): Unklarheiten

(): Besonderheiten wie Lachen, auffälliges Räuspern oder Ähnliches

#: Überschneidung von Wörtern

Interviewpartnerin ist Frau B.

Frau B. ist Diplom-Sozialpädagogin und arbeitet seit drei Jahren in dem Bereich der stationären Kinder- und Jugendhilfe.

Interviewerin: Nadine Bargmann. Datum: 21.02.2014. Dauer: 12:51 Minuten.

1. **Kategorie: Thema I. Persönliche Empfindungen bei der Arbeit mit**
2. **traumatisierten Kindern**
3. **I:** Haben Sie bestimmte Situationen mit den mehrfach belasteten Kindern erlebt, die
4. Sie sehr belastet und überfordert haben? Schildern Sie bitte eine möglichst genau.
5. **B:** Eine Situation war, als ein Achtjähriger auf einmal angefangen hat, Mobiliar
6. kaputt zu hauen, andere Kinder zu schlagen (-), und da war ich recht hilflos. Einmal
7. weil ich mit der Situation überhaupt nicht gerechnet habe, weil das so adhoc passiert
8. ist, auf einmal, ohne dass es wirklich vorher irgendwie Anzeichen gab.
9. (Frau B räuspert sich)
10. Und es war schwierig zu handeln, weil es waren (-) mehrere Kinder, einmal stand der
11. Schutz im Vordergrund der anderen Kinder, aber andererseits auch der Eigenschutz
12. des Kindes, was gerade Sachen kaputtgemacht hat (- -), (stockend) wegen
13. Verletzungsgefahr und den ganzen Geschichten. Aufsichtspflicht, was man
14. dann auch als Mitarbeiter zu beachten hat, und da war in der Situation eine absolute

1. Überforderung. Also erst einmal, nicht zu wissen, wenn schütze ich, (- -) wie schütze
2. ich mich selber, weil ich war auch in Gefahr. (- -) Es war kein anderer, kein
3. Mitarbeiter da, also ich war alleine zu dem Zeitpunkt, und ich habe die Kinder alleine
4. betreut. Da war ich wirklich überfordert und hab dann (-) nicht mehr fachlich wahr
5. wahrscheinlich gehandelt, sondern einfach nur intuitiv (- -), also aus dem
6. Bauchgefühl heraus und aus Alltagswissen und nicht mehr aus Professionalität, was
7. ich in Theorie und Studium gelernt hab. Sondern einfach erst einmal Eigenschutz,
8. Schutz der anderen Kinder, und dann erst hab ich mich um das andere Kind nicht
9. mehr kümmern können, weil ich damit beschäftigt war, mich selber und die anderen
10. Kinder schützen.
11. **I:** Und wie gehen Sie dann mit den Krisensituationen um?
12. **B:** Ja, also (- -) ich bin dann in diesen Situationen meist sehr emotional aufgewühlt,
13. wenn ich zu Hause bin, mache ich Sport, ich gehe joggen. (- -) Einfach um
14. abschalten, ich versuch aber Auch, mir irgendwie einfach zu sagen, jetzt ist privat,
15. also Arbeit ist zu Ende. Mit Zufallen der Dienstür fängt für mich dann die Freizeit
16. an, also ich versuche, mir das auch einzureden, um da einfach so (- -) kognitiv so eine
17. Trennung zu haben.
18. **I:** Ja.
19. **B:** Ja, und möglichst abzuschalten und dann einfach, wenn man irgendwie vielleicht
20. privat (- -) irgendjemand anderes hat, Probleme im Privaten, dass man dann da noch
21. mal sich auf das konzentriert. Das sind zwar auch wieder negative Sachen, aber (- -)
22. man kann dann da irgendwie (- -), das ist dann erst einmal weg. So, dann hat man erst
23. einmal andere Sachen, mit denen man sich beschäftigen kann, wenn man sich so ja
24. mit eigenen Sachen nicht beschäftigen kann. Es ist halt aus einem anderen Umfeld, so
25. dass man die Sachen hinter sich lassen kann.
26. **I:** Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit traumatisierten Kindern?
27. **B:** (- -) Überhaupt nicht sicher, weil ich dazu einfach zu wenig qualifiziert bin. Das
28. beruht halt eher auf Alltagswissen, aber nicht auf fachlichem Wissen. Aus Studium,
29. Ausbildung, vorher war das Thema überhaupt nicht relevant, eher (- -)
30. psychologische Sachen, aber nicht speziell das Traumathema oder Traumapädagogik.
31. **I:** Ja, das haben Sie eben schon einmal erwähnt. Haben Sie in Krisensituationen schon
32. einmal intuitiv gehandelt und damit möglicherweise eine Retraumatisierung bei einem
33. traumatisierten Kind verursacht?

1. **B:** Das hab ich bestimmt, ohne mir aber in der Situation (-) bewusst zu sein, dass ich
2. das tue. (- -) Aber dann in der Selbstreflexion oder im kollegialen Gespräch (- - -) ist
3. mir das denn schon bewusst geworden. Aber (- -) nicht so bewusst, dass ich dann
4. wirklich sagen kann, in der nächsten Situation, wenn eine ähnliche Situation ist, dass
5. ich so gut darauf vorbereitet bin, dass ich dann vielleicht nicht wieder so handle, dass
6. wieder eine Retraumatisierung stattfinden würde.

7. **Kategorie: Thema II. Persönliche Spezialisierung**

8. **I:** Was verbinden Sie mit dem Begriff der Traumapädagogik?

9. **B:** Kränkung und Erkrankung der Seele. (- -) (stockend) Was einen ein Leben lang
10. begleitet, wenn es nicht wirklich behandelt wird, also schon eine Erkrankung auch, ja.

11. **I:** Wird in Ihrer Arbeit nach der traumapädagogischen Methodik gearbeitet?

12. **B:** Nein.

13. **I:** Okay, mit welchen Methoden arbeiten Sie dann?

14. **B:** (- -) (stockend) Also in meinem Arbeitsfeld bin ich erstmals dafür da, dem Klientel

15. (-) strukturierten Tagesablauf beizubringen. (- -) Angefangen mit morgens pünktlich

16. aufstehen, damit ich pünktlich zur Schule komme. Damit angefangen, dass ich # mir

17. (- -), dass es Frühstück gibt zum Morgen, dass es zum Mittag Mittagessen gibt und

18. dass es ein Abendbrot gibt (-) Angefangen damit, dass ich dann auch rechtzeitig ins

19. Bett gehe, um einfach einen Rhythmus zu finden. Angefangen damit, dass ich (- -),

20. wenn ich einen Arzttermin habe, beim Arzt anrufen muss, einen Termin vereinbaren

21. muss, gucken muss, hab ich (-), wenn mir ein Termin vorgeschlagen, hab ich da

22. selber überhaupt Zeit. Also wenn das vormittags ist, muss ich Überlegen, da muss ich

23. zur Schule. Also dass man da die Klienten begleitet, wirklich zu lernen, (- -) ja,

24. eigenständig zu werden, um nachher wirklich alleine, wenn ich dann 18 werde, mein

25. Leben selber meistern zu können, ohne großartige Hilfe haben zu können.

26. **I:** Welche Fortbildungen haben Sie in den letzten Jahren in Bezug auf traumatisierte

27. Kinder gemacht?

28. **B:** (-) Auf traumatisierte Kinder habe ich keine Fortbildung gemacht. Also speziell

29. das Thema Trauma wurde nicht behandelt, eher Sachen wie Gewalt (- -),

30. Gewaltdeeskalation.

31. **Kategorie: Thema III: Teamarbeit**

32. **I:** In welchen Situationen besteht die Gefahr, dass Sie im Team gegeneinander

33. arbeiten?

1. **B:** Oh (- -) (grinst), sehr große Gefahr besteht da eigentlich jeden Tag, weil natürlich
2. das Klientel uns als Team versucht auszuspielen. Bei uns ist gerade die Problematik,
3. wir haben eine hohe Fluktuation an Personal, d. h. es fangen immer ständig neue
4. Leute an. Und (- -) eine feste Teambildung ist sehr # daher sehr schwer. Also wenn
5. man gerade als Team zusammengewachsen ist (-) und an einem Strang zieht, was
6. vorher auch viel Mühe und Arbeit gekostet hat, durch Supervision, durch einwöchige
7. Dienst Dienstbesprechung usw., wo man Fallbesprechungen gemacht hat (- -), wo
8. einem auf gefallen ist, dass man ausgespielt wurde von dem Klientel. Und wenn man
9. dann so weit war, dass man im Team Hand in Hand arbeiten konnte, waren aber
10. schon die Ersten, die dann gesagt haben, sie können sich den Bereich nicht weiter
11. vorstellen. Oder weil auch privat (-), ich arbeite im Schichtsystem (- -), was dann
12. nicht # mehr durch private Änderungen im Lebenslauf (-) einfach dann nicht mehr
13. gepasst hat. (- -) Hat man halt auch oft neue Kollegen. Kollegen erkranken ganz oft
14. auch für längere Zeit, dann hat man Aushilfen und nicht nur eine feste Aushilfe,
15. sondern verschiedene Aushilfen. Und dass (-) viele verschiedene Leute, die
16. Kommunikation stimmt dann auch nicht, man sieht die Kollegen dann auch nicht je
17. den Tag. Bei uns ist es auch so, dass die Aushilfen z. B. nicht an den Teamsitzungen
18. teilnehmen, weil das wirklich nur, (-) weil sie nicht zum festen Personal gehören. (- -)
19. Auch von Zeitarbeitsfirmen kommen. Zeitarbeitsfirmen schicken dann auch das
20. Personal, was sie gerade zur Verfügung haben (- -), und das macht die Sache schon
21. schwierig. Also wir haben da als Team nicht so viel von und das führt einfach zu
22. Konflikten, weil natürlich dass Klientel darauf reagiert und auch ganz genau weiß,
23. wie es reagieren kann. Und aus diesen Zuständen, die dann herrschen, passieren
24. natürlich Sachen, die dann (- -), ja, Ausraster, Regelverstöße usw. Und das macht es
25. halt schwierig, wirklich Hand in Hand zu arbeiten, weil viel zu viele verschiedene
26. Menschen in dem Bereich arbeiten, und gerade auch als Aushilfskraft fühle ich mich
27. nicht so verantwortlich, als wenn ich fest angestellt bin bei einem Träger und
28. wirklich zu dem Team gehöre.

29. **I:** Hm.

30. **I:** Haben Sie das Gefühl, von der Leitung hinreichend unterstützt zu werden?

31. **B:** Das Gefühl habe ich nicht. (-) Bei uns ist gerade das Problem im Team, das die
32. Leitung ganz neu ist. (-) Bei dem Träger, wo ich arbeite, da gibt es erst seit zwei
33. Jahren diese Form der Teamleitung, vorher gab es nur eine Bereichsleitung, also (-)

1. der hierarchische Weg, der jetzt eingeführt wurde, also die Mitarbeiter sprechen mit
2. der Teamleitung und die Teamleitung mit dem Bereichsleiter, das gibt es jetzt erst.
3. Die Leitung, die davor war, war sehr beliebt, und die neue Leitung versucht, alles
4. umzureißen, weil sie es wahrscheinlich muss. (-) Das wissen wir aber nicht so genau,
5. weil wir auch kein genaues Stellenprofil haben. Das wird jetzt auch erst erarbeitet
6. durch den Träger, das macht die Sache auch sehr schwierig, weil sie sich schon sehr
7. als Chefin aufspielt. Das bringt sehr viel Unruhe, (-) weil sie sich gerne abhebt. Aber
8. eigentlich sagt das Stellenprofil, das hat die alte Teamleitung (---), die hat auch alle
9. Aufgaben gemacht wie wir, nur dass sie noch zusätzliche Aufgaben gemacht hatte,
10. weil sie auch mehr Geld bekommt, als wir # als normale Mitarbeiter. Und (-)
11. die jetzige Teamleitung ist halt eher damit beschäftigt ihr eigenes Stellenprofil zu
12. erarbeiten, anstatt uns zur Seite zu stehen.
13. **I:** Welche Angebote, Kapazitäten sollte Ihrer Meinung nach eine Einrichtung bieten,
14. haben, in der traumatisierte Kinder leben?
15. **B:** Auf jeden Fall (- -), sich auf das Thema Traumatisierung (-), also Mitarbeiter zur
16. Weiterbildung dahingehend zu fördern. Sich auf das Thema Traumatisierung
17. einzustellen (-), dass es so was überhaupt gibt, dass ist überhaupt nicht gang und
18. gäbe. Das ist leider das Problem an der Sache, (-) es wird meistens eher (-)
19. dahingehend gearbeitet, dass die, das Klientel, mit dem ich arbeite, halt selbstständig
20. Termine mit dem Therapeuten hat. Die Zusammenarbeit aber mit den Therapeuten
21. gar nicht stattfindet. Also wir sind nur dazu da, um zu kontrollieren, war das Kind bei
22. dem Therapeuten, hat es den Termin wahrgenommen oder nicht, und das muss
23. dokumentiert werden. Und dann wird es halt bei dem nächsten HPG⁶, beim ASD⁷ (- -)
24. wird es dann gesagt, hat der Klient seinen Termin wahrgenommen oder nicht. Wurde
25. das Ziel erreicht, den Therapeuten aufzusuchen oder nicht. Aber was der Therapeut
26. dahingehend bearbeitet, dass wissen wir nicht. (- -) Weil das dann auch wieder der
27. Klient selber entscheiden kann, inwiefern er Daten rausgibt. (- -) Das macht die
28. Sache auch sehr schwierig, also da findet auch (- -) keine Zusammenarbeit statt. Also
29. es ist dann auch eher ein Bitten darum irgendwie, was wurde denn bearbeitet (-), ent
30. weder erzählt der Klient es selber, wobei man das auch hinterfragen muss, stimmt
31. das, was der Klient erzählt. Weil da die Wahrnehmung des Klienten nicht dem ent
32. spricht, wie es wirklich ist, und (-), und das macht es halt sehr schwierig. Aber

⁶HPG ist ein Hilfeplangespräch beim Jugendamt

⁷Allgemeiner Sozialer Dienst

1. Traumapädagogik an sich spielt da nicht so die Rolle. Es wird immer nur lediglich der
2. Istzustand bearbeitet, der gerade herrscht, und der negative Istzustand soll in einen
3. guten, positiven Zustand (- -) umformuliert oder umfunktioniert werden. Damit der
4. Klient dann nachher gesellschaftsfähig ist und funktioniert, darauf geht es hinaus.
5. Aber was die Bearbeitung von Traumata wirklich,
6. was es damit so auf sich hat, ist fraglich.
7. **I:** Okay, Dankeschön.

3. Transkription des Experten-Leitfadeninterviews mit Frau C.

Legende

I: Interviewerin

C: Interviewpartnerin

(-): Pausen, Stockungen und Ähnliches

(...): Unklarheiten

(): Auffälligkeiten wie Lachen, auffälliges Räuspern oder Ähnliches

#: Überschneidung von Wörtern

Interviewpartnerin ist Frau C.

Frau C. ist eine Bachelor-Sozialarbeiterin, die seit zwei Jahren in einer Wohngruppe für traumatisierte Kinder arbeitet.

Interviewerin: Nadine Bargmann. Datum: 21.02.2014 Dauer: 10:51 Minuten.

1. Kategorie: Thema I. Persönliche Empfindungen bei der Arbeit mit

2. traumatisierten Kindern

3. I: Haben Sie bestimmte Situation mit den mehrfach belasteten Kindern erlebt, die Sie
4. sehr belastet und überfordert haben? Schildern Sie bitte eine möglichst genau.

5. C: Ja, ich habe schon ganz viele Situationen erlebt, wo ich einfach überfordert war.

6. Ein Beispiel dafür ist, wenn ein Kind gegenüber dem Betreuer mit Aggressionen und

7. Gewalt reagiert und (-)nicht auf klare Ansagen reagiert. Z. B. wenn wir rausgehen

8. und alle Kinder sich anziehen sollen, und zwar warme Sachen, da es draußen so kalt

9. ist und nicht nur in einem T-Shirt draußen herumlaufen sollen, dann reagiert das

10. Kind mit Gewalt und Aggression, es protestiert dann auch. Da kommt dann häufig

11. Nein, das möchte ich nicht machen und schlägt dann seine Geschwister oder schmeißt

12. Sachen oder Stühle herum und macht sie auch teilweise kaputt.

13. I: Wie gehen Sie mit Krisensituationen um?

14. C: Ja, also (-) wenn wir die Situation nehmen und uns diese Situation anschauen,

15. dann finde ich es wichtig, dass das Kind nicht alleine ist. Wichtig ist, dass man ver

16. sucht, mit dem Kind ein Gespräch zu führen, sodass es sich ernst genommen fühlt

17. und auch wahrgenommen wird. Also das Kind wird verstanden.

1. I: Ja, und wie sind Ihre Gefühle dann? Können Sie das beschreiben
2. in solch einer Krisensituation?
3. C: Ja, das ist eine sehr gute Frage (-) (Frau C. lacht). Es ist schwer zu beschreiben,
4. man reagiert oft emotional und wird lauter (Frau C. räuspert sich) (-----) (Die Frage
5. scheint Frau C. aus dem Konzept zu bringen). Oft mit einer Ansage wie du hörst jetzt
6. auf, doch es kommt häufig vor, dass es nichts bringt.
7. I: Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit traumatisierten Kindern?
8. C: (-) Ehrlich gesagt, fühle ich mich oft auch unsicher, weil die Situationen sind so
9. oft unterschiedlich. Ich reagiere auch oft situativ, weil ich finde, dass man nicht in je
10. der Situation irgendwie gleich reagiert.
11. I: Was heißt das zum Beispiel, also wenn Sie intuitiv oder situativ reagieren?
12. C: (-) Es gibt einfach Situationen, in denen man keine Zeit hat, großartig
13. nachzudenken, weil sonst z. B. ein Gegenstand an einen Kopf von einem
14. Geschwisterkind fliegt, man muss schnell handeln, das Kind aus der Situation ziehen,
15. weil sonst entsteht die Gefahr, dass jemand verletzt wird.
16. I: Haben Sie in einer Krisensituationen schon einmal intuitiv gehandelt und damit
17. möglicherweise eine Retraumatisierung bei einem traumatisierten Kind verursacht?
18. P: Ja, schon (--) intuitiv gehandelt, aber ich finde es immer schwer zu sagen, ob man
19. eine Retraumatisierung hervorgerufen hat oder nicht, weil ich glaube, dass man es
20. nur im Nachhinein feststellen kann, wenn man reflektiert und wenn man die
21. Vorgeschichte von dem Kind kennt, oder versucht, sie zu verstehen.
22. **Kategorie: Thema II. Persönliche Spezialisierung**
23. I: Was verbinden Sie mit dem Begriff der Traumapädagogik?
24. C: Mit diesem Begriff oder zu diesem Begriff gehört für mich erst einmal die
25. Erkenntnis, überhaupt über das Trauma eines Kindes und die Bearbeitung und die
26. Behandlung des Traumas, wie man dieses Trauma dann auch behandeln kann.
27. I: Wird in Ihrer Arbeit nach der traumapädagoischen Methodik gearbeitet?
28. C: Ja (-), finde ich schon (stockend) (Frau C. wirkt unsicher), also für mich kann ich
29. das sagen (-). Ich habe mich mit der Traumapädagogik beschäftigt. Zu den Methoden
30. (-----) (Frau C. wirkt unsicher) gehören auch, also an der ersten Stelle, also zu
31. traumapädagogischen Methoden gehören auch die Grundhaltung der Pädagogen, also
32. wichtig ist, also dass die Grundhaltung wertschätzend und positiv ist gegenüber den
33. Kindern. Des Weiteren auch Vermittlung von Sicherheit und Verlässlichkeit (-), mit

1. dem Trauma auch offen umgehen zu können.
2. **I:** Welche Fortbildungen haben Sie in den letzten Jahren in Bezug auf traumatisierte
3. Kinder gemacht?
4. **C:** Ich habe an keiner Fortbildung in Bezug (--) auf traumatisierte Kinder
5. teilgenommen.
6. **Kategorie: Thema III: Teamarbeit**
7. **I:** Okay, in welchen Situationen besteht die Gefahr, im Team gegeneinander zu
8. arbeiten?
9. **C:** Ja, die Gefahr besteht, wenn die Kollegen sich nicht an die Absprachen halten,
10. d.h. wenn eine Absprache getroffen wurde, halten sich einige Kollegen nicht an diese
11. und sind eher Einzelgänger in bestimmten Situation, und das erschwert die Arbeit.
12. **I:** Ja, können Sie mir vielleicht eine Situation schildern?
13. **C:** (--) Wenn eine neue Kollegin in das Team kommt und da besteht auch schon eine
14. feste Struktur, und die neue Kollegin versucht, die Struktur sofort zu ändern und ohne
15. sich an die Regeln zu halten. Für jeden Pädagogen gibt es auch bestimmte Regeln in
16. einem Team. Und (-) man sollte sich auch erst einmal fragen, warum die Struktur
17. vorhanden ist, sie ist ja in dem Team entstanden, dafür gibt es auch Gründe. Man
18. sollte sich erst einmal fragen, warum eigentlich so und so in einem Team Punkte
19. besprechen, um dann etwas zu verändern. Und zweitens ist es auch wichtig, zu
20. schauen, was gut für die Kinder ist, wenn sie in einer Wohngruppe leben. Warum sie
21. auch bestimmte Regeln haben. Und wenn ein neuer Kollege oder eine neue Kollegin
22. ins Team kommt und sich einfach nicht an die Absprachen hält, dann arbeitet man
23. gegeneinander. Das alte Team versucht das, und die neue Person versucht etwas
24. anderes zu machen.
25. **I:** Haben Sie das Gefühl, von der Leitung hinreichend unterstützt zu werden?
26. **C:** Am Anfang meiner Tätigkeit nein, weil ich mich sehr oft alleingelassen gefühlt
27. habe.
28. **I:** Was heißt das genau?
29. **C:** Das heißt, dass die bei der Gründung der Wohngruppe (-), also sollte man auch
30. schon genügend Personal haben. Und die Kollegin, die die Leitung übernehmen soll,
31. genügend Unterstützung, also ein Team zur Verfügung gestellt bekommt.
32. **I:** Das heißt, dass Sie alleine gearbeitet haben?
33. **P:** Ja (-), also größtenteils schon, also die ersten Monate schon, Honorarkräfte kamen

1. einmal in der Woche.
2. **I:** Wie viele Kinder leben hier?
3. **C:** Vier schwer traumatisierte Kinder, (--) aber man muss natürlich auch an die Kin
4. der denken. (-) Es musste erst einmal alles organisiert werden, es gab noch keine
5. Schulplätze und auch keine Krippenplätze bzw. Schulplätze, die mussten erst einmal
6. gefunden werden, die Kinderzimmer waren noch nicht fertig.
7. **I:** Welche Angebote, Kapazitäten sollte Ihrer Meinung nach eine Einrichtung bieten,
8. haben, in denen traumatisierte Kinder leben?
9. **C:** (--) Ja, also Angebote? Finde ich schwierig zu sagen. Wir arbeiten oft mit anderen
10. Institutionen wie mit dem Jugendpsychologischen Dienst oder mit den Schulen,
11. wichtig ist ein regelmäßiger Kontakt. (-) Aber wie ich schon sagte, traumatisierte
12. Kinder, also schwer traumatisierte Kinder brauchen sehr oft eine Individuelle
13. Betreuung, und um das leisten zu können, braucht man mehr Personal.
14. **I:** Vielen Dank für das Interview.