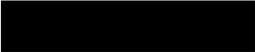


Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

Sekundäre Traumatisierung als Berufsrisiko in der pädagogischen Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 08.10.2014
Vorgelegt von: Nadine Hildebrandt
Matrikel-Nummer: 
Adresse: 

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Gunter Groen
Zweiter Prüfer: Prof. Dr. Schürgers

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	IV
Einleitung	1
1. Trauma	3
1.1 Definition, Klassifikation, Auslöser	3
1.2 Psychotraumatologie.....	4
1.3 Auswirkungen von traumatischen Erlebnissen	4
1.4 Posttraumatische Belastungsstörungen.....	6
2. Stress	8
2.1 Definition	8
2.2 Transaktionales Stressmodell nach Lazarus	8
2.3 Copingstrategien	9
2.4 Kohärenzgefühl nach Antonovsky.....	10
3. Sekundäre Traumatisierung	11
3.1 Definition	11
3.2 Begriffsklärung	12
3.3 Risikofaktoren und Auswirkungen	13
3.4 Symptome sekundärer Traumatisierung	15
3.5 Abgrenzung zum Burnout.....	15
3.6 Forschungsergebnisse zu sekundärer Traumatisierung	16
4. Traumapädagogik und Jugendhilfe	17
4.1 Entstehung der Traumapädagogik.....	18
4.2 Rahmenbedingungen der Jugendhilfe	19
4.3 Widersprüchlichkeiten in der Jugendhilfe.....	20
4.4 Notwendigkeit von traumapädagogischen Konzepten	21
4.5 Leitlinien der Traumapädagogik.....	22
4.6 Interdisziplinäre Vernetzung.....	23
5. Arbeitsgestaltung Traumapädagogik	23
5.1 Herausforderungen in der Traumaarbeit	24
5.2 Grundkompetenzen für professionelles Handeln	25

5.3	Rahmenbedingungen für die Mitarbeiter	26
5.4	Umgang mit eigenen Gefühlen	27
6.	Praxis.....	27
6.1	Definition einer Wohngruppe nach § 34 SGB VIII	27
6.2	Fallbeispiel	28
6.3	Konzept einer traumapädagogischen Einrichtung	30
7.	Psychohygiene	31
7.1	Schutzfaktor Selbstfürsorge, Selbstwert und Selbstvertrauen	32
7.2	Supervision.....	34
7.3	Intervision	35
7.4	Selbstreflexion.....	37
7.5	Selbstwirksamkeit fördern	37
7.6	Stärkung sozialer Kompetenzen	38
7.7	Achtsamkeit.....	39
8.	Zusammenfassung und Ausblick	41
	Literaturverzeichnis.....	V
	Quellenverzeichnis	X
	Eidesstattliche Erklärung.....	XII

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Stellvertretende Traumatisierung (Frey, 2001).....	14
Abb. 2: Innere Ressourcen als Basisqualitäten (Scherwath, Friedrich, 2012).....	33
Abb. 3: Supervision als fachliche Anregung und Prozeßberatung zum unterbreiteten Thema, zur beruflichen Fragestellung (Schneider, 2001).....	34

Abkürzungsverzeichnis

BAG TP	Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik e.V.
BMFSFJ	Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend
DSM IV	Diagnosics and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
ICD 10	International Classification of Diseases 10 th Edition
Hrsg.	Herausgeber
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSD	Post Traumatic – Stress - Disorder
SGB VIII	Achtes Buch Sozialgesetzbuch
STBS	Sekundäre traumatische Belastungsstörung
STSD	Secondary Traumatic - Stress – Disorder
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Einleitung

„Es kann kein Zweifel daran bestehen, dass traumatische Ereignisse auch weiterhin Jahr für Jahr das Leben Hunderttausender von Menschen beeinträchtigen werden. Diese Traumatisierten benötigen die Hilfe von Sachkundigen, die wirklich in der Lage sind zu helfen und ihnen beizubringen, sich selbst zu helfen. Deshalb müssen wir dafür sorgen, dass diese mitfühlenden Helfer in der Lage bleiben, ihre Arbeit zu tun und selbst ein zufriedenstellendes und befriedigendes Leben zu führen.“ (B. Hudnall Stamm 2002, 42)

Im 13. Kinder- und Jugendbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) wird die Wichtigkeit von Hilfsangeboten für traumatisierte Kinder und Jugendliche hervorgehoben. Es wird thematisiert, dass die Kompetenzen von Fachkräften spezifischer auf das Thema Trauma und dessen Folgen ausgerichtet werden sollten und ebenfalls gewonnene Erkenntnisse der Wissenschaft genutzt werden, um diese in der Arbeit mit betroffenen Kindern und Jugendlichen anzuwenden. Doch wie sieht diese Forderung in der Realität aus? Die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen stellt Menschen in helfenden Berufen oft vor große Herausforderungen. SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen und ErzieherInnen stoßen zum Teil an ihre Grenzen, wenn es darum geht, die Kinder und Jugendlichen zu betreuen und ihnen begleitend zur Seite zu stehen. Ungewohnte Bindungsmuster oder auch traumatische Übertragungen sind Belastungen, denen die PädagogInnen hilflos ausgeliefert sind (vgl. Lang 2009, 211 in: Bausum et al.). Mangelnde Kenntnisse über Trauma und deren Dynamiken innerhalb der PädagogInnen - KlientInnenbeziehung sorgen für Verzweiflung und Überforderung. Fachkräfte stehen unter erhöhter Gefahr, traumatische Symptome der Kinder zu übernehmen und eine Sekundäre Traumatisierung zu erleiden. Ein Bewusstsein für die eigenen Gefühle und Empfindungen muss präsent sein (vgl. Lang 2009, 216 in: Bausum 2009 et al.), um auch die Beziehungsarbeit, ein wichtiges Instrument in der stationären Jugendhilfe, immer wieder neu reflektieren zu können und damit das Risiko zu minimieren, zu emotional in einen „Fall“ eingebunden zu sein.

In dieser Arbeit werden Grundlagen vermittelt, welche Kompetenzen und Rahmenbedingungen für ein traumasensibles Arbeiten erforderlich sind. Es wird ebenfalls auf

potenzielle Belastungsfaktoren für die Mitarbeiter eingegangen, um zu verdeutlichen, wie komplex die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen sein kann. Da es sich bei Sekundärer Traumatisierung um ein Stress-Syndrom handelt, wird Stress als Risikofaktor gesondert betrachtet. Es wird aufgezeigt, mit Hilfe welcher Strukturen und Handlungsmöglichkeiten die Arbeit als professioneller Helfer in der Sozialen Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen gestaltet werden kann, ohne gesundheitliche Folgen zu erleiden. Ein Praxisbezug wird durch ein Fallbeispiel eines betroffenen Pädagogen einer Jugendgruppe nach §34 SGB VIII hergestellt, um zu verdeutlichen, wie fachliche Defizite in der Arbeit mit traumatisierten Jungen und Mädchen, zusätzlich zu innerbetrieblichen Strukturen des Teams, dazu führen können, psychosomatische Symptome zu entwickeln.

Um die Bedeutung von Sekundärer Traumatisierung zu verstehen, werden zunächst Begriffe erläutert, die dem Leser ermöglichen, ein Grundverständnis über Traumata, Stress, Arbeitsweisen sowie einer Notwendigkeit der Traumapädagogik zu erhalten. Leitlinien für die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen werden vorgestellt. Zusammenhänge werden aufgezeigt, warum und aus welchen Gründen es zu dieser Hilflosigkeit innerhalb der Jugendhilfe kommt. Woran liegt es, dass es keine einheitlichen Standards gibt, die den traumatisierten Kindern und Jugendlichen sowie den Pädagogen helfen, eine erfolgreiche Unterstützungsarbeit zu gewährleisten und zu erhalten? Die Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit wird aufgezeigt, um gemeinsam „zum Wohle des Kindes“ zu handeln und dabei die eigene Gesundheit nicht aus dem Blick zu verlieren. Möglichkeiten und Methoden der Psychohygiene werden vorgestellt, um zu verdeutlichen, welchen großen Aspekt dieser Bereich von Prävention in Bezug auf eine Sekundäre Traumatisierung einnehmen sollte.

1. Trauma

1.1 Definition, Klassifikation, Auslöser

Das Wort Trauma kommt aus dem Griechischen und bedeutet übersetzt „Wunde“ (vgl. Weiß 2011, 25). Traumatisierungen sind als eine Folge punktueller oder dauerhafter seelischer Belastung zu verstehen, welche die Psyche nicht mehr aus eigener Kraft regulieren kann und somit traumatisiert und verletzt wird (vgl. Fischer, Riedesser 1999, 19).

„Nach DSM-IV ist ein Trauma ein Ereignis oder besteht aus mehreren Ereignissen, die eine Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod oder ernsthafter Verletzung oder Gefahr für eigene oder fremde körperliche Unversehrtheit beinhalten (A1-Kriterium). [...] Die Reaktion der Person umfasst intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen (A2-Kriterium).“ (Sendera 2013, 5)

Beide Kriterien müssen laut dieser Definition erfüllt sein. Es gibt jedoch bei fehlendem A2-Kriterium folgende Ausnahmen: wiederholte Gewalterfahrung, Kinder und Jugendliche, ausgebildete professionelle Einsatzkräfte sowie veränderte Bewusstseinszustände während des Traumas (vgl. Maercker 2013, 15). Nach dem Klassifikationssystem ICD-10 wird als Auslöser für eine psychische Traumatisierung „ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (Weltgesundheitsorganisation, Dilling, Freyberger 2011, 173) genannt. Traumata können verschiedene Auslöser haben:

- a. Zufällige Traumata, wie beispielsweise Naturkatastrophen
- b. Interpersonelle Traumata, „man made“ = menschlich verursacht
- c. Medizinisch bedingte Traumata
- d. Kollektive Traumatisierungen (z.B. Krieg)

(vgl. Sendera 2013, 5); (vgl. Reddemann 2004, 15).

1.2 Psychotraumatologie

Der Name der „Psychotraumatologie“ legt die Aufmerksamkeit „auf die menschliche Erlebnissphäre“ (Fischer, Riedesser 1998, 18) und ist eine „interdisziplinär ausgerichtete Lehre von psychischen Verletzungen und ihren vielfältigen negativen Folgen für die davon Betroffenen.“ (Fischer, Riedesser 1999, 15) Psychotraumatologie als Wissenschaftszweig existiert mit dieser Bezeichnung erst seit den letzten beiden Jahrzehnten. Der Kinderpsychiater Donovan verwendete den Begriff der Traumalogie erstmals im Zusammenhang mit psychischen Verletzungen Anfang der 1990er Jahre (vgl. Fischer o. J. , 17.07.2014). Sie befasst sich insbesondere mit:

- Fragen der Auswirkung von Kindheitstraumata in psychotherapeutischen und psychoanalytischen Behandlungen
- Therapie von Exilanten und Opfern von Krieg und politischer Verfolgung
- Folgen sexueller Übergriffe in Psychotherapie und Psychiatrie
- Diagnosemitteilung bei lebensbedrohlichen Krankheiten
- Seelische Belastungen bei Katastrophenhelfern
- Schadensersatzansprüche nach Verkehrs- oder Arbeitsunfällen

(vgl. Fischer, Riedesser 1999, 15).

1.3 Auswirkungen von traumatischen Erlebnissen

„Alles was wir früh erleben und tun, alles, was mit starken Gefühlen verbunden ist, und alles was wir häufig wiederholen, bildet die stabilsten neuronalen Netze in unserem Gehirn, die unser Denken, Fühlen und Handeln steuern.“ (Hüther 2004 in: Scherwath 2013, 21)

„Ein traumatisches Erlebnis löst eine Stressreaktion aus. Körper und Geist sind in Alarmbereitschaft, was dem Überleben dient.“ (Reddemann 2004, 30) Die traumatische Situation kann von dem Betroffenen mit Hilfe seiner verfügbaren Anpassungs- und Bewältigungsstrategien nicht mehr gelöst werden. Selbstwirksamkeits- und Verarbeitungsvermögen werden außer Kraft gesetzt. Die Amygdala, das Angstzentrum, schlägt Alarm und lässt dem Betroffenen die Wahl zwischen Flucht oder Kampf. Ziel ist es, die Situation eigenständig zu bewältigen. Gelingt dies nicht, verfällt der Betrof-

fene in die sogenannte „Freeze-Reaktion“. Eine Flut von Endorphinen sorgt für eine Betäubung der Gefühle und Körperzustände. Die Umgebung wird als fremd und unwirklich wahrgenommen und auch der eigene Körper wird als nicht real erlebt (vgl. Huber 2009 in: Scherwath 2013, 20). Gerald Hüther, Hirnforscher und Experte auf dem Gebiet der neurobiologischen Traumaforschung, fand zudem heraus, dass sich das Gehirn nach seinen Nutzungsbedingungen strukturiert (vgl. Hüther 2005; Schmitt et al. 2008 in: Scherwath 2013, 21). Das Gehirn kann sich in Abhängigkeit von Erfahrungen neuroplastisch entwickeln und ermöglicht so ein lebenslanges Lernen, welches positiv gesehen werden kann, jedoch in Anbetracht von traumatisierenden Erlebnissen auch das Risiko birgt, langfristige Schäden hervorzurufen (vgl. ebd.).

In Bezug auf Kinder und Jugendliche haben traumatische Belastungen entwicklungspsychologische Auswirkungen. In der Identitätsbildung können Defizite im Selbstwert und in der Selbstwirksamkeit, der Selbstregulation sowie der Selbstwahrnehmung auftauchen (vgl. Weiß 2011, 48). Es können sich Störungen in der Körperwahrnehmung und in den Entwicklungskompetenzen entwickeln, beispielsweise in der Entwicklung von sozialen Fertigkeiten. Aufgrund traumaspezifischer Erinnerungen kann es zu Rückblenden, Alpträumen und traumatischen Übertragungen kommen. Gerade bei Kindern, die aufgrund familiärer Gewalt traumatisiert sind, wird deutlich, dass sie sich, egal wie sie sich auch verhalten, für dumm, böse oder nicht liebenswert halten. Aufgrund gestörter Bindungserfahrungen der Vergangenheit fällt es den Kindern und Jugendlichen schwer neue Bindungsmuster zu erlernen (vgl. ebd.). Die Betroffenen „transformieren“ (Weiß 2011, 57) frühe Bindungserfahrungen in Beziehungen zu beispielsweise Mitbewohnern und PädagogInnen, in Form von Misstrauen und aggressivem Verhalten. Aggressives Verhalten zeigt jedoch häufig, dass sich das Kind bzw. der Jugendliche in einen neuen Beziehungsprozess begibt und sich für neue Beziehungen öffnet. Leider sorgt dieses Verhalten jedoch vermehrt zu Ablehnung, statt der Möglichkeit neue Beziehungen zu gestalten (vgl. Weiß 2011, 58).

1.4 Posttraumatische Belastungsstörungen

Die traumatische Reaktion, die in Folge einer Traumatisierung auftritt, wird nach den internationalen Klassifikationsschlüsseln als „Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)“ (Fischer / Riedesser 2009 in: Schulze; Loch; Gahlleitner 2012, 24) oder „Post-Traumatic-Stress-Disorder (PTSD)“ bezeichnet. PTBS ist unter anderem gekennzeichnet durch folgende Symptome:

- „Flashbacks“, die in Form von sehr realistischen und lebhaften Wiederholungen der traumatischen Erlebnisse in Träumen wieder erlebt werden. Bilder und Geräusche dringen unbeabsichtigt in das Bewusstsein ein und erzeugen ein belastendes Gefühl. Betroffene versuchen Gedanken an das Erlebte zu vermeiden und entwickeln eine Angst, Orte beziehungsweise Aktivitäten aufzusuchen, die sie an das Trauma erinnern (vgl. Maercker 2013, 17ff.).
- „Numbing“ bezeichnet das Gefühl „einer emotionalen Taubheit“, der Entfremdung von anderen Menschen und einen allgemeinen sozialen Rückzug (vgl. ebd.).
- „Hyperarousal“ beschreibt die Symptome der Übererregung. Der Körper reagiert auf traumatische Erlebnisse, ohne dass Betroffene die körperlichen Folgen in Zusammenhang bringen können. Belastungen des Nervensystems wirken deutlich früher und nachhaltiger. Das Schlafverhalten und die Konzentrationsfähigkeit ist gestört. Die Betroffenen erschrecken sich zunehmend bei Berührungen oder Geräuschen (vgl. ebd.).

Bei traumatisierten Kindern zeigen sich einige Abweichungen in den Symptomen, da ihr eigenes Bewusstsein oft noch nicht ausreichend wahrgenommen werden kann. Oft sind Symptome dann nur von außen beobachtbar, beispielsweise von Eltern oder Lehrern (vgl. Maercker 2013, 17). Laut DSM IV (Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) kann ein Trauma bei Kindern folgendermaßen wieder erlebt werden:

- „Bei kleinen Kindern können Spiele auftreten, in denen wiederholt Themen oder Aspekte des Traumas ausgedrückt werden.“ (Fischer, Riedesser 1999, 42)
- „Bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wieder erkennbaren Inhalt auftreten.“ (ebd.)

- „Bei kleinen Kindern kann eine traumaspezifische Neuinszenierung auftreten.“
(ebd.)

In diesem Zusammenhang spricht man auch von Entwicklungstraumata, die ebenfalls als komplexe PTBS verstanden werden. Für diese Form von Traumatisierungen gibt es allerdings noch keine Klassifikation. Mögliche Folgen von Entwicklungstraumata werden häufig allgemein über allgemeine Störungen der Entwicklung beschrieben. Damit gemeint sind Symptomatiken wie beispielsweise ADHS oder Bindungsstörungen (vgl. Scherwath, Friedrich 2012, 30). In der Kindheit liegt ein besonders großes Risiko für komplexe Traumafolgestörungen. Zum Beispiel durch eine ständige Überflutung mit Stresshormonen, die das Kind in einen Zustand der Dauererregung versetzt und somit auf ein Leben in „Alarmbereitschaft“ einstellt (vgl. Scherwath, Friedrich 2012, 31).

2. Stress

2.1 Definition

„Akuter Stress ist eine biologisch sinnvolle Anpassung an eine Gefahrensituation. Chronischer Stress hingegen ist eine der wesentlichen Ursachen von Zivilisationskrankheiten.“ (Reddemann 2004, 31) Die Folgen von ununterbrochenem Stress und einem ständig erhöhtem Stresshormonspiegel bleiben nicht aus. Körpereigene Abwehrmechanismen werden unterdrückt und lassen den Menschen anfälliger für Krankheiten werden. Schlafstörungen, sexuelle Unlust und Abgeschlagenheit sorgen beispielsweise dafür, dass das menschliche System den Belastungen nicht mehr standhalten kann und „zusammenbricht“ (vgl. Hüther 2002, 73ff), sollten keine alternativen Wege gefunden werden, um Stress zu vermindern.

2.2 Transaktionales Stressmodell nach Lazarus

Lazarus bestimmt Stress als ein relationales Phänomen. Stress liegt dann vor, wenn „eine Person eine Anforderungskonstellation zwischen ihr und ihrer Umwelt so einschätzt, daß ihr Reaktions- und Leistungsvermögen an seine Grenzen gerät oder überstiegen wird und ihr Wohlergehen bedroht ist.“ (Lazarus, Folkman 1984, 19 in: Weber 1987, 16). Eine stressbezogene Beziehung von Mensch und Umwelt wird definiert durch das Zusammenspiel von primärer und sekundärer Einschätzung:

- „In der primären Einschätzung stellt eine Person fest, ob und was in einer gegebenen Situation für sie [„auf dem Spiel“] steht und für ihr Wohlergehen Relevanz hat.“ (Weber 1987, 16) Als Beispiel von Bereichen oder Motiven, nennt Lazarus das Selbstwertgefühl oder der Angst inkompetent zu erscheinen. Das Wohlergehen nahestehender Menschen sowie die Erreichung von Zielen sind ebenfalls zu erwähnen (vgl. Weber 1987, 16).
- „In der sekundären Einschätzung bestimmt die Person, ob und was in einer Stressepisode getan werden kann, um Schaden zu beheben oder abzuwenden und die Situation zum Guten zu wenden.“ (Weber 1987, 16)

Folkman und Lazarus (1980) fassen unter der sekundären Bewertung vier Möglichkeiten zusammen, eine Situation einzuschätzen:

1. Kann die Situation verändert werden?
2. Muss die Situation akzeptiert werden?
3. Müssen zusätzliche Informationen gesucht werden?
4. Müssen bestimmte Handlungswünsche unterdrückt werden?

Die kognitiven Einschätzungen sowie die Bewältigung sind als „transaktionale Variablen“ (Weber 1987, 16) zu verstehen. „Transaktional“ sagt aus, dass die sekundären und primären Einschätzungen sowie die Stressbewältigung weder aus den Personen noch aus der Situation allein abgeleitet werden können. Lazarus spricht von ihnen als Resultat einer „wechselseitigen Einflussnahme“ (ebd.) zwischen Umwelt und betroffenen Personen.

2.3 Copingstrategien

Zur Verminderung von psychischem Druck oder als Möglichkeit aus einer Überforderungssituation herauszukommen werden Bewältigungsstrategien eingesetzt (vgl. Sendera 2013, 196). Lazarus unterscheidet zwischen zwei Arten:

- „Emotion-focused coping“: Die eigene emotionale Befindlichkeit soll verbessert werden. Strategien wie positives Denken aber auch der dysfunktionale Versuch, Ängste und andere negativ bewertete Emotionen durch Alkohol- oder Medikamentenkonsum zu beruhigen, werden eingesetzt (vgl. ebd.).
- „Problem-focused coping“: Das Problem soll positiv verändert werden und eine Lösung soll gefunden werden. Die Situation soll neu bewertet werden, indem Stressoren von einer anderen Sichtweise betrachtet werden. Dies wird kognitive Umstrukturierung genannt. Ein weiterer wichtiger Faktor bei der Bewältigung von Problemen ist soziale Unterstützung (vgl. ebd.).

Schützende Faktoren und Ressourcen gegen Stress sind beispielsweise ein gutes Selbstvertrauen, ausreichende Ich – Stärke, soziale Fähigkeiten und Kompetenzen, eine soziale Integration, existenzielle Sicherheit, ein gefestigter sozialer Status und

das Kohärenzgefühl (vgl. Sendera 2013, 196). Erhöht sich die Stressbelastung während der Arbeit, kann dies dazu führen, dass die Freude und der Sinn an der Arbeit verringert wird und somit die Gefahr steigt, eine Sekundäre Traumatisierung, Erschöpfung oder Burnout zu erleiden. Der Fokus der PädagogInnen muss daher wieder mehr auf den Spass an der Arbeit gelenkt werden (vgl. Lang o.J. in Lang et al., 124). „Gemeinsames Lachen fördert die Nähe, den Optimismus und den Glaube an das Gute Miteinander im Team“ (Lang o. J. in Lang et al., 124). Besonders das Kohärenzgefühl ist bei Helfern ein großer Schutzfaktor, um einer sekundären PTSD vorzubeugen (vgl. Sendera 2013, 196) Im Folgenden wird dieser Begriff kurz erläutert.

2.4 Kohärenzgefühl nach Antonovsky

Der Begriff Kohärenzgefühl wurde von Anton Antonovsky geprägt. Er beschreibt das Kohärenzgefühl als ein Charakteristikum, „das kausal mit ihrer Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum verbunden ist“ (Francke 1997, 184 in: Antonovsky 1998, 164). Den Einfluss des Kohärenzgefühls auf die Gesundheit eines Menschen erklärt Antonovsky folgendermaßen:

- Als ersten Kanal sieht er das Gehirn, welches im Zusammenhang mit einer positiven Wahrnehmung seiner Umwelt gegenüber dem Körper positive gesundheitsfördernde Informationen zukommen lässt.
- Als zweiten Kanal beschreibt er ein gesundheitsförderndes Verhalten, welches das Aufkommen von Stressoren verhindert, und dazu beiträgt, dass diese Personengruppe rechtzeitig professionelle Hilfe sucht bzw. schwer umzugehende Stressoren meidet (vgl. ebd.).

Laut Antonovsky sind Personen mit einem hohen Kohärenzgefühl „erfolgreicher im Umgang mit Stressoren“ (Francke 1997, 185 in: Antonovsky 1998), weil diese positiven Bewältigungsstrategien neben der Reduktion von Spannungen ebenfalls für ein gesundheitsförderliches Befinden sorgen (vgl. Francke 1997, 185 in: Antonovsky 1998).

3. Sekundäre Traumatisierung

„Das Rollenbild eines Helfers zeigt emotionale Stärke, Kontrolliertheit und Kompetenz. Dieser Rolle immer gerecht zu werden kann Belastungsgrenzen überschreiten und zu chronischer Stress-Belastung führen.“ (Sendera 2012, 83)

Dieses Kapitel befasst sich mit der Sekundären Traumatisierung und soll zu einem besseren Verständnis der Thematik führen. Gerade unter Berücksichtigung des gesellschaftlichen Auftrages „Hilfe zu leisten“ (Schulze, Loch, Gahlleitner 2014, 100) ist es wichtig, Belastungsrisiken zu erkennen um frühzeitig reflektiert und aktiv für die eigene Gesundheit sorgen zu können.

3.1 Definition

Unter Sekundärer Traumatisierung versteht man „eine pathologische Symptomatik bei Helfer-Personen als typische Reaktion auf die Konfrontation mit traumatisierten Menschen.“ (Sendera 2013, 80) Es ist ein Ergebnis von sich wiederholenden Belastungen, die sich aufgrund traumatischer Berichterstattungen der KlientInnen entwickelt. Sekundäre Traumatisierung ist als Stresssymptom zu verstehen und ist charakterisiert durch einen plötzlichen Beginn von Symptomen aufgrund einer Überschreitung der Belastungsgrenze, fehlenden Ressourcen und erschöpften Coping-Strategien (vgl. Sendera 2013, 80). In der Literatur findet man den Begriff der Sekundären Traumatisierung oft im Zusammenhang mit der Beziehung des Therapeuten zu seinem Patienten im Rahmen einer Therapie-Sitzung. Pädagogische Fachkräfte kommen jedoch ebenfalls mit traumatischen Erfahrungen des Klienten in Kontakt und erleben deren Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung innerhalb der Institution hautnah, da es sich nicht „nur“ um einen begrenzten Zeitraum von einer Therapiestunde handelt, sondern gemeinsame Alltagssituationen erlebt werden. Eine Sekundäre Traumatisierung kann weder als ein „Indiz für Unzulänglichkeit“ (Stamm 2002, 77) der Fachkraft noch für die „Schlechtigkeit des Klienten“ (ebd.) gedeutet werden. Sie ist laut Figley als ein Berufsrisiko anzusehen. Er definiert Sekundäre Traumatisierungen „als die natürlichen, konsequenten Verhaltensweisen und Emotionen, die durch das *Wissen* entstehen, daß ein signifikanter anderer (Mensch) ein

traumatisierendes Ereignis erlebt hat.“ (Figley in Stamm 2002, 47) Er beschreibt die Sekundäre Traumatische Belastungsstörung (STBS) als ein Syndrom, dessen Symptomatik mit denen einer PTBS fast übereinstimmen, in Bezug auf die STBS jedoch im Zusammenhang mit der Konfrontation traumatischer Erlebnisse anderer Menschen steht (vgl. Figley in Stamm 2002, 47).

3.2 Begriffsklärung

In diesem Abschnitt wird kurz auf alternative Kernbegriffe eingegangen, die häufig im Zusammenhang mit der Sekundären Traumatisierung genannt werden. Lemke beschreibt diese Vielzahl als eine „Begriffsinflation zur Sekundären Traumatisierung“ (Lemke 2010, 18). Neben der Sekundären Traumatisierung wird ebenfalls von der stellvertretenden Traumatisierung sowie einer trauma-bedingten Gegenübertragung gesprochen.

Figley, ein Pionier im Forschungsfeld der Sekundären Traumatisierung, sprach 1983 erstmals von dem Begriff der „Secondary Victimization“, den er 2002 mit der Bezeichnung „Compassion Fatigue“ verwendete (Lemke 2010, 58). In der deutschen Übersetzung spricht man von einer Mitgefühlerschöpfung (vgl. Figley in: Stamm 2002, 41). Die Empathie des Helfenden gegenüber dem Traumatisierten ist die wichtigste Bedingung, um eine Mitgefühlerschöpfung zu entwickeln (vgl. Figley in: Stamm 2002, 54). Figley positionierte sich gegen den Begriff der „Secondary Traumatic Stress Disorder“ (STSD), definiert als psychisches Belastungssyndrom im Klassifikationssystem DSM-IV, da er diesen Begriff für pathologisierend und stigmatisierend hielt (vgl. Figley 2002a in: Lemke 2010, 60). Figley wollte vielmehr hervorheben, dass es sich bei Erschöpfung um einen Zustand handelt, der als eine „natürliche, vorhersehbare, behandelbare und verhinderbare unerwünschte Folge der Arbeit mit leidenden Menschen“ (Figley 2002a, 47 in: Lemke 2010, 60) auftritt. Sein Zitat, „There is a cost to caring“ (Figley 1995b,1 in: Lemke 2010, 61), liefert eine kurze Zusammenfassung seiner Arbeit und verdeutlicht, welch hohen Preis Helfer zahlen müssen, wenn sie mit traumatisierten Menschen arbeiten (vgl. Figley in: Stamm 2002, 48).

Des Weiteren wird von traumatischer Übertragung gesprochen. Die Bedeutung der traumatischen Übertragung in der Traumapädagogik ist nicht mit dem Begriff der Übertragung in der Psychotherapie zu vergleichen. Wird der Begriff in der Psychotherapie eher kontrovers diskutiert (vgl. Lemke 2010, 90), kann er in Bezug auf sekundären traumatischen Stress als eine „normale Begleiterscheinung des fürsorglichen Umgangs mit Traumatisierten“ (Figley in: Stamm 2002, 51) gesehen werden. Abschliessend kann man die Gegenübertragung erklären, als ein Auftreten von Gefühlen, wie beispielsweise Wut und Ärger bei der pädagogischen Fachkraft, als Folge von Erzählungen durch traumatisierte KlientInnen. Schuldgefühle oder emotionale Vermeidungshaltungen können ebenfalls auftreten (vgl. Fischer, Riedesser 1999, 189 f.).

3.3 Risikofaktoren und Auswirkungen

Im Folgenden sollen Risikofaktoren dargelegt werden, um ein besseres Verständnis für die Ursachen einer Sekundären Traumatisierung zu erzielen. Die emotionalen und kognitiven Wirkungen der traumatischen Erlebnisse von KlientInnen und ihre daraus entstehenden Auswirkungen auf die Fachkraft dürfen nicht unterschätzt werden (vgl. Lemke 2010, 17). Belastende Faktoren auf Seite des Helfers sind:

- eigene Traumata, die nicht ausreichend verarbeitet wurden (vgl. Sendera 2013, 81 ff.) .
- Parallelen zur eigenen Lebenssituation, z.B. bei Gewalt an Kindern oder Unfällen mit Kindern (vgl. ebd.)
- zu hohe Anforderungen an sich selbst (vgl. ebd.)
- eigene aktuelle Stressbelastung sowie demographische Faktoren (vgl. ebd.)

Emotional belastete Helfer sind einem höheren Risiko ausgesetzt, somatische Symptome zu entwickeln (vgl. Maercker 2013, 172). Gefühle von Erschütterung, Hilflosigkeit und innerer Leere können das Selbstbild des Helfers beschädigen und chronisch werden. Eigenschaften, wie Zynismus, Resignation und Hoffnungslosigkeit können zu einem negativen Bild sich selbst und seiner Umwelt gegenüber führen (vgl. Lemke 2010, 17). Oft lassen sich Menschen, die sich bewusst dazu entscheiden, mit traumatisierten Menschen zu arbeiten, auf eine „tiefe Transformation ihrer eigenen Per-

sönlichkeit ein“ (Pearlman in: Stamm 2002, 77). Gemeint ist damit eine persönliche Weiterentwicklung, eine Intensivierung der „Verbundenheit“ (Pearlman in: Stamm 202, 77) mit anderen Menschen sowie menschlicher Erfahrungen im Allgemeinen und einer Wertschätzung „aller Aspekte des Lebens“. (ebd.) Diese Weiterentwicklung schliesst letztlich jedoch auch negative Veränderungen mit ein, die auch bei den Traumatisierten vorherrschen und schliesslich zu einer Sekundären Traumatisierung führen kann (vgl. Pearlman in: Stamm 2002, 77).

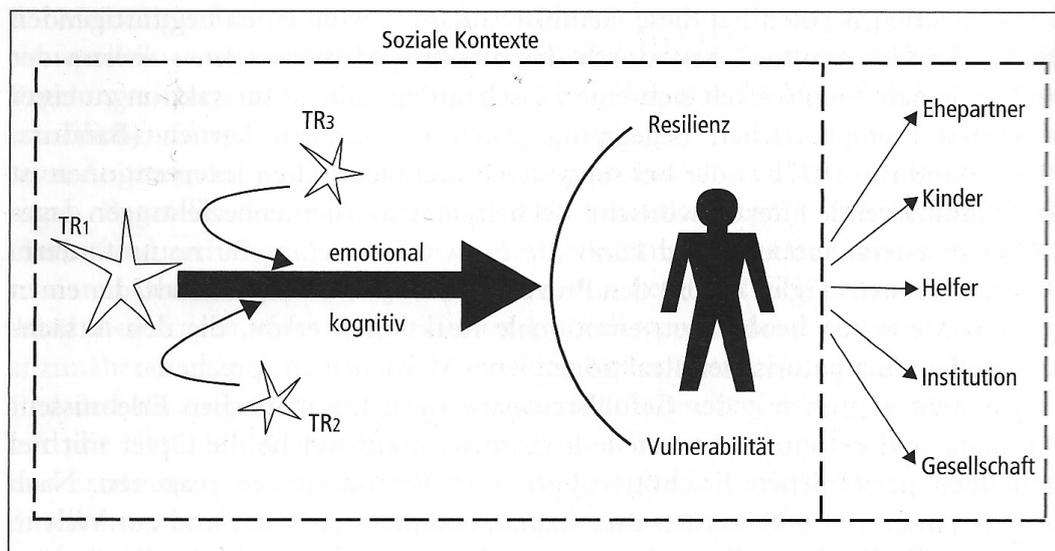


Abb. 1 **Diagramm 14:** Stellvertretende Traumatisierung (Frey, 2001)

(Frey 2001 in: Maier 2007, 236).

Frey vergleicht die Sekundäre Traumatisierung mit einer „ansteckenden Infektionskrankheit“ (Frey 2001 in: Maier 2007, 235). Das Diagramm zeigt, dass immer wieder auftauchende Erlebnisse mit Traumatisierungen bewirken, dass diese Erfahrungen emotional und kognitiv nicht mehr verarbeitet werden können und der Helfende in seiner Widerstandskraft (Resilienz) vermindert und die eigene Verletzlichkeit (Vulnerabilität) erhöht wird. Die Folgen erstrecken sich ebenfalls auf Bereiche sozialer Kontexte (vgl. Frey 2001, 236). Die Anfälligkeit erhöht sich bei Helfern, die „anfangen, sich selbst als Erlöser oder zumindest als Retter zu sehen“ (Figley 1989, 144f. in: Stamm 2002, 46). Die Sekundäre Traumatisierung kann sich zudem auf die Welt-sicht, das Selbstempfinden, die Spiritualität und zwischenmenschliche Beziehungen auswirken (vgl. Pearlman in: Stamm 2002, 77).

3.4 Symptome sekundärer Traumatisierung

Sekundäre Traumatisierung kann auftreten, „als Mischung einer direkten PTBS“ in Form von Dissoziationen und Intrusionen, wie beispielsweise Flashbacks und Alpträumen. Berufliche sowie persönliche Unausgeglichenheit bei emotional belasteten HelferInnen äußert sich durch Müdigkeit, Schlafprobleme, Übererregung und unkontrolliert emotionalen Ausdrücken (vgl. Maercker 2013, 172). Ein weiteres Kennzeichen einer Sekundären Traumatisierung ist der sexuelle Rückzug. Dies ist oft bei Helfern zu beobachten, die in ihrer Arbeit vermehrten Kontakt zu sexuell missbrauchten KlientInnen haben. Die erzählten Geschichten werden verinnerlicht und in Form von intrusiven Bildern abgespeichert, die bei sexueller Aktivität in dem Bewusstsein des Helfers auftauchen (vgl. Pearlman in: Stamm 2002, 86).

3.5 Abgrenzung zum Burnout

Burnout-Symptome, wie Niedergeschlagenheit, somatische Beschwerden und Zynismus können auch bei Sekundärer Traumatisierung vorkommen (vgl. Maercker 2013, 172). Burnout entwickelt sich aufgrund emotionaler Erschöpfung allmählich, wobei sekundäre Traumasymptome plötzlich und ohne besondere Ankündigung auftreten (vgl. Stamm, 2002, 53). Eine Abgrenzung zur Krankheit Burnout ist oft schwierig. Sendera nimmt an, dass Menschen, die bereits traumatische Erfahrungen gemacht haben, eher zu Burnout neigen und diese auch in ihrer Berufswahl unbewusst widerspiegeln. Dazu kommen bestimmte persönliche Eigenschaften und genetische Veranlagungen, die für eine Erkrankung verantwortlich sind (vgl. Sendera 2013, 86). Lemke differenziert beide Begriffe folgendermaßen:

- „Burnout bezieht sich auf alle arbeitenden Menschen, nicht nur solche, die helfende Berufe ausüben.“ (Lemke 2010, 106)
- „Die Sekundäre Traumatisierung bezieht sich auf alle Helfer von Trauma Opfern.“ (ebd.)

Scherwath und Friedrich vertreten die Auffassung, dass Burnout aufgrund andauernder und belastender nicht funktionierender Strukturen innerhalb Organisationen ent-

steht und nicht zu vergleichen ist mit Sekundärer Traumatisierung, die aufgrund belastender Erzählungen der KlientInnen entsteht (vgl. Scherwath, Friedrich 2012, 181). Frey beschreibt Burnout als einen allmählich einsetzenden und sich schrittweise verstärkenden Prozess mit unterschiedlichen Phasen (vgl. Frey 2001 in: Maier 2007, 239). Anfängliches Überengagement geht langsam in daraus resultierende Erschöpfung über. Diese emotionale Erschöpfung führt nach Figley langsam „zu einer allmählich stärker werdenden beruflichen Belastung, einem Nachlassen des Engagements für die eigene Arbeit sowie einem Gefühl der Leere bei Erreichen der Ziele.“ (Frey 2001 in: Maier 2007, 239)

3.6 Forschungsergebnisse zu sekundärer Traumatisierung

Daniels untersuchte in ihrer Interviewstudie 2006 das Konstrukt der Sekundärtraumatisierung, da sie feststellte, dass negative Auswirkungen der therapeutischen Arbeit auf die TherapeutInnen vermehrt zu beobachten waren. In der Studie ging es um die Frage, weshalb es in einer äußerlich sicheren Situation, die durch Vorhersehbarkeit, Kontrolle und Wissen geprägt ist, zu einer traumatogenen Verarbeitung seitens der Therapeutinnen kommen kann (Daniels 2007, 1). In einer umfangreichen Studie wurden zuerst 1.124 Personen mittels Online - Fragebogen (Daniels 2006a) zu ihren Erfahrungen und Empfindungen in ihrer Arbeit mit traumatisierten KlientInnen befragt (vgl. Daniels 2006b, 279). Bei ca. 29,1% der TeilnehmerInnen konnte eine Sekundäre Traumatisierung diagnostiziert werden. Die Mehrheit entwickelte eine Symptomatik, die länger als 4 Wochen andauerte. 13,8 % entwickelten eine dauerhafte Symptomatik (vgl. Daniels 2007, 4). Daniels befragte in einer qualitativen Interviewstudie ebenfalls 21 TherapeutInnen, die im Laufe ihrer Tätigkeit mit traumatisierten Menschen bereits eine Sekundäre Traumatisierung erlebt hatten (vgl. Daniels 2006b, 229). Bis dato gab es noch keine Forschungsergebnisse darüber, ob sich die Sekundäre Traumatisierung tatsächlich in Form von posttraumatischen Symptomen niederschlägt und eine klinisch relevante Belastung verursacht. Daniels konnte anhand ihrer Befragungen bestätigen, „dass auch die Ätiologie der Sekundären Traumatisierung Parallelen zu der Entstehung der PTSD aufweist.“ (Daniels 2006b, 229)

Daniels bestätigte damit die Fragestellung, ob in der therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Menschen eine Sekundäre Traumatisierung erfolgen kann. Sie machte den Zusammenhang zwischen typischen posttraumatischen Belastungssymptomen (Wiedererleben, Vermeidung, Übererregung) sowie begleitenden Symptomen der PTSD deutlich, zum Beispiel Coping durch Suchtmittelmissbrauch oder depressiven Verstimmungen (vgl. Daniels 2006b, 119). Daniels erklärt in ihrer neuropsychologischen Theorie der Sekundären Traumatisierung die traumatogene Verarbeitung der Therapeutinnen anhand von drei Prozessen (vgl. Daniels 2007, 1), die in jedem Menschen angelegt sind:

- Empathie – die Fähigkeit, sich in die emotionale Verfassung von Menschen hineinzusetzen können (vgl. Daniels 2006b, 238)
- Kindling – Die Amygdala wird durch wiederholte und unterschwellige Aktivierungen zunehmend sensibilisiert (vgl. ebd., 255).
- Dissoziation – Lebensbedrohliche Situationen werden überstanden, indem das Geschehene abgespaltet und als nicht real empfunden wird (vgl. ebd., 263).

Auch Daniels beschreibt eine Sekundäre Traumatisierung nicht als Merkmal von mangelnder Professionalität, sondern als ein Ergebnis ausgeprägter Empathiefähigkeit. Sekundäre Traumatisierung ist also eine „normale Reaktion auf unnormale Informationen – und sollte als solche nicht weiter einer professionsweiten Tabuisierung unterliegen.“ (Daniels 2008, 8) Regelmäßige Belastungen mit sekundärtraumatischen Symptomen sollten im Rahmen von Supervision überprüft werden, um somit einer Chronifizierung vorbeugen (vgl. ebd.).

4. Traumapädagogik und Jugendhilfe

„Unter Traumapädagogik versteht man die konsequente Anwendung der Psychotraumatologie auf die sozialpädagogische Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit Vernachlässigungs-, Mißbrauchs- und Misshandlungserfahrungen.“ (Schmid 2007, 56 in Lang et al. 2013) Traumapädagogik beinhaltet Erkenntnisse aus verschiedensten Disziplinen und enthält wissenschaftliche neurobiologische Begründungen für klassische Konzepte der Milieuthherapie und Heimerziehung, beispielsweise von Redl

(1978) und Aichhorn (2005) (vgl. Schmid 2007, 63 in Lang et al. 2013). Traumapädagogik kann ebenfalls als Sammelbegriff für die im Besonderen entwickelten pädagogischen Konzepte zur Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in den verschiedenen Arbeitsfeldern gesehen werden (vgl. Kühn 2008, 322), sowie als einen (heil-) pädagogischen Ansatz zur Stabilisierung und Förderung. Dieser Ansatz ist notwendig, um einen entsprechenden Therapieprozess zu begleiten und zu ergänzen (vgl. Kühn o.J., 26 in Bausum et al. 2009). Staub-Bernasconi spricht von der Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession. Im Zusammenhang mit Traumatisierungen bekommt dieses Verständnis eine besondere Bedeutung, da es in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen um ein Wiederherstellen von Würde geht, welche besondere Wertschätzung, Verständnis und Transparenz benötigt um eine fruchtbare Grundlage für Veränderungs- und Entwicklungsprozesse zu schaffen (vgl. Scherwath, Friedrich 2012, 13).

In diesem Kapitel werden die Wurzeln der Traumapädagogik sowie Grundlagen, Leitlinien und Arbeitsweisen vorgestellt, die ein Ressourcen schonendes Arbeiten ermöglichen und deutlich machen, inwieweit diese Rahmenbedingungen das Risiko, eine Sekundäre Traumatisierung zu erleiden, eindämmen können und den Mitarbeitern zu mehr Selbstbewusstsein im Umgang mit traumatisierten Kindern verhelfen. Ebenso wird das Zusammenspiel von der Jugendhilfe und der Traumapädagogik beschrieben. Es soll aufgezeigt werden, welche Umstände dafür sorgen, dass Mitarbeiter der Jugendhilfe im Zusammenhang mit traumatisierten Kindern oft an Ihre Grenzen kommen.

4.1 Entstehung der Traumapädagogik

Hermann übertrug in ihren Arbeiten Forschungsergebnisse über Vietnamveteranen auf die Gewaltopfer in sozialen Umfeldern, insbesondere Kinder und Frauen, und überlieferte daraufhin den Traumabegriff, um ein besseres Verständnis für Traumatisierungen zu erhalten. Das Fachgebiet der Traumatherapie entwickelte sich daraufhin in Deutschland seit dem Ende der achtziger Jahre. Es entstanden Fortbildungskonzepte zur traumapädagogischen Beratung und Traumapädagogik, die PsychologInnen und Beratungskräften zugänglich gemacht wurden, um eine Verbesserung von Supervision und Beratung pädagogischer Fachkräfte zu erzielen. Dies reichte

jedoch aus pädagogischer Perspektive nicht aus. Eigene Lösungsansätze wurden erstellt, die folgende Fragestellung in der Traumapädagogik als handlungsleitend herausarbeitete (vgl. Bausum et al. 2009, 8):

- „Was macht traumatisch belastete Mädchen und Jungen in einem ganzheitlichen Verständnis wieder selbstsicher und stark?“ (ebd.)

Die pädagogischen und strukturellen Ansätze der Traumapädagogik haben sich daher zum Ziel gemacht, die meist stark traumatisierten Kinder und Jugendlichen durch besondere Gestaltung des Umfeldes, in ihrer Selbstsicherheit und Selbstwirksamkeit zu unterstützen und ihnen dadurch Sicherheit zu bieten. Die Kinder sollen alternative Strategien erlernen, die ihnen helfen, Verhaltensweisen, ausgelöst durch Demütigung, Gewalt, Vernachlässigung zu verändern und neu zu erlernen. Die PädagogInnen nehmen in diesem Vorhaben einen großen Teil ein, indem sie mit ihrer fachlichen und persönlichen Stabilität und Sicherheit als eine Art Vorbild fungieren und so den Aufenthalt in einem sicheren Milieu gewähren (vgl. Lang o. J. 127 in Lang et al. 2013). Im Folgenden werden jene Rahmenbedingungen vorgestellt, die deutlich machen, weshalb dies nicht immer gelingt.

4.2 Rahmenbedingungen der Jugendhilfe

Der alltägliche Umgang mit sich selbst verletzenden, suizidalen oder aggressiven Kindern und Jugendlichen wird durch das in der Jugendhilfe verbreitete Idealbild von SozialarbeiterInnen gestützt, dies als eine normale pädagogische Herausforderung zu betrachten und evtl. auftauchende Symptome nicht wahrzunehmen oder aus Scham zu verheimlichen (vgl. Udolf 2008, 2ff.). In der Jugendhilfe herrscht ein enormer öffentlicher und finanzieller Druck, der den Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen stark zusetzt. Es besteht ein hohes Risiko, innerhalb der Jugendhilfe an Sekundärer Traumatisierung zu erkranken, da professionelle Helfer in einem hohen Maße für Andere sorgen, aber oft ihre eigenen persönlichen Warnsignale nicht ausreichend beachten. Aufgrund finanzieller Probleme herrscht vermehrter Fachkräftemangel vor, so dass Teams leicht an Ihre Grenzen kommen. Durch den Ausbau der ambulanten Hilfen ist es zu Veränderungen innerhalb der Bewohnerstrukturen gekommen, da vermehrt stark belastete Kinder und Jugendliche untergebracht werden, bei denen

alle vorherigen Hilfen bereits gescheitert sind und die Unterbringung oft die letzte Hoffnung darstellt (vgl. Schmid o.J., 77 in Lang et al. 2013). Supervisionsangebote gehören leider noch lange nicht zum Standard in den Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe. Dies erschwert den Mitarbeitern einen sicheren Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen, da sie Belastungen durch Konfrontationen mit Traumaerzählungen, Symptomen oder dem schnellen Ausbleiben positiver Veränderung am Klienten, tagtäglich ausgesetzt sind (vgl. ebd.). Unsichere Beschäftigungsverhältnisse, wie beispielsweise befristete Verträge, sorgen für große Verunsicherungen bei den PädagogInnen (vgl. Lang o.J., 131 in: Lang, Schirmer, Lang et al. 2013), sind aber in Jugendhilfeeinrichtungen weit verbreitet. Gerade in der Traumapädagogik ist ein „sicherer Ort“ (Kühn 2007, 31 in Bausum et al. 2009) Voraussetzung für die Heilung traumatisierter Kinder und Jugendlicher, doch stellt sich hier die Frage, wie dieser Teil des Konzeptes umgesetzt werden kann, wenn die eigene Unsicherheit der Mitarbeiter im Raum steht.

4.3 Widersprüchlichkeiten in der Jugendhilfe

Gefühle von Ohnmacht und Überforderung beschreiben die PädagogInnen beispielsweise in Situationen, in denen die Kinder und Jugendlichen über das Wochenende oder in Ferienzeiten nach Hause zu ihrer Familie gehen, obwohl beispielsweise der Verdacht einer massiven Kindeswohlgefährdung im Raum steht (vgl. Weiß 2011, 222). PädagogInnen stehen dann vor der Situation, die Kinder nicht schützen zu können und nicht selten eine Veränderung bei der Rückkehr bemerken. Sie haben das Gefühl, von vorne anfangen zu müssen und werden dadurch verunsichert (vgl. Weiß 2011, 222). Gute Unterbringungen sollen möglichst kurz sein, doch wie kann dann eine konstante Beziehungserfahrung als Grundlage der Bewältigung traumatischer Erlebnisse realisiert werden? Die Sorge der PädagogInnen, die Kinder und Jugendlichen zu früh in die Zukunft zu entlassen, paaren sich mit der Frage, wie sich die Jugendhilfe angesichts der Sparmaßnahmen und dem Rückzug des Staates aus der sozialen Verantwortung gestalten wird (vgl. Weiß 2011, 222).

4.4 Notwendigkeit von traumapädagogischen Konzepten

In vielen Einrichtungen der Jugendhilfe fehlen pädagogische Konzepte, die auf traumatisierte Kinder und Jugendliche ausgelegt sind. Dies birgt die Gefahr, dass Pädagogen „durch unreflektiertes, [„moralisches“] Handeln den Kontakt zu den Jungen und Mädchen [...] verlieren“ (Weiß 2011, 205). Dies bestätigt den Gedanken, traumapädagogische Konzepte als notwendig zu erachten. Durch ein breiteres Wissen über Traumafolgestörungen wird ein anderes Verständnis für das Verhalten der Kinder und ihre pädagogischen Bedürfnisse im Alltag geschaffen (vgl. Schmid 2007, 56 in: Lang et al. 2013). Traumapädagogische Konzepte enttabuisieren zwischenmenschliche und institutionelle Gewalt, die in Einrichtungen der Jugend- und Behindertenhilfe leider, auch im Rückblick auf die Geschichte der Heimerziehung in den 1920er Jahren, noch immer Realität sind (vgl. Kühn 2009, 24 in: Bausum et al. 2009). Bestehende Konzepte der Traumapädagogik sind beispielsweise (vgl. Weiß 2011, 90):

- die „traumazentrierte Pädagogik“ nach Uttendörfer (2008),
- die Pädagogik des sicheren Ortes nach Kühn (2007),
- das Konzept der Selbstbemächtigung nach Weiß, (2009),
- die Traumapädagogische Gruppenarbeit nach Bausum (2009),
- die Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für PädagogInnen als institutioneller Auftrag (Lang 2009),
- milieutherapeutische Konzepte nach Gahleitner (2010).

Der Erfolg und Nutzen von traumapädagogischen Konzepten ist in verschiedenen Teilbereichen zu beobachten, in denen MitarbeiterInnen, Kinder und Jugendliche sowie Leitungskräfte profitieren. Auf institutioneller Ebene wird darauf geachtet, Prozesse und Strukturen so zu gestalten, dass sie den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen sowie den Mitarbeitern genügen. Die gesellschaftliche Ebene der Jugendhilfepolitik begründet durch traumaspezifische Konzepte andere Hilfen und Planungsprozesse und eine höhere Sensibilität für das Thema (vgl. Schmid 2007, 63 in: Bausum et al. 2009).

4.5 Leitlinien der Traumapädagogik

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik (BAG-TP) verfolgt das Ziel, Wissen über traumatische Erfahrungen von Kindern und Jugendlichen zu streuen und „die Diskussionen und Fortbildungen in traumabezogener Pädagogik in die verschiedenen pädagogischen Arbeitsfelder zu tragen“ (BAG TP 2011, 22.05.14). In Bezug auf die individuellen Erfahrungen und Lebensbereiche der traumatisierten Kinder und Jugendlichen wurden folgende Richtlinien überlegt, die als zielgebende und richtungsweisende Komponenten bei der Arbeit mit dieser Zielgruppe behilflich sein können und den Mitarbeitern einen Rahmen bieten, an dem sie sich orientieren können (vgl. Scherwath, Friedrich 2012, 69):

- Herstellung von Sicherheit, um einen Schutz gegenüber auftauchenden Ängsten und Verunsicherungen durch erlebte Traumata zu gewähren.
- Vermeidung und Reduktion von Stress, die traumaindizierte Symptome und Verhaltensweisen verstärken können. Verfrühte Konfrontationen oder zu hohe Erwartungen sollen vermieden werden.
- Sichere Bindungsentwicklungen sollen unterstützt werden, da diese Voraussetzung für Lern- und Entwicklungsprozesse sind und in der frühen Entwicklung meist nicht erfahren wurden. Ein positives Selbstbild soll unterstützt werden, ebenso das Wiedererlangen von Selbstbemächtigung und der Aufbau von Selbstwirksamkeitskonzepten. Tief verankerten Selbstüberzeugungen, wie Hilflosigkeit und Ohnmacht müssen statt kompensierenden Ausdrucksformen wie Aggressivität und Machtbestreben alternative Handlungsstrategien entgegengesetzt werden.
- Ressourcen der Kinder und Jugendlichen müssen gefunden, aufgebaut und gefestigt werden und sollen somit die Selbstheilungsprozesse anregen.
- Partizipation und Teilhabe an Gruppenentscheidungen und Entscheidungen die beispielsweise die Wohngestaltung angehen (vgl. Scherwath, Friedrich 2012, 69).

4.6 Interdisziplinäre Vernetzung

Für die betroffenen Kinder und Jugendlichen sowie die gelingende Arbeitsgestaltung in den Institutionen ist es wichtig, dass eine Vernetzung zwischen verschiedenen Professionen, wie beispielsweise PsychologInnen, ÄrztInnen, medizinischem Pflegepersonal und PädagogInnen, stattfindet. Die verschiedenen Fachdisziplinen dürfen sich nicht gegeneinander abgrenzen, sondern sollten jeweils ihre Ansätze, Ressourcen und Erkenntnisse zur Verfügung stellen. Sozialpädagogische Arbeit kann, beispielsweise durch ressourcenreiche Stabilisierungsprozesse, eine solide Grundlage für weiterführende psychotherapeutische Behandlungen schaffen (vgl. Scherwath 2012, 12). In der stationären Kinder- und Jugendhilfe stellt diese Vernetzung jedoch eine große Herausforderung dar, da es sich um unterschiedliche Systeme mit unterschiedlichen Aufträgen, Interessen, Vorbehalten und Herangehensweisen handelt (Lang et al. 2013, 268). Eine gelungene Kooperation aller Helfersysteme ist gleichzeitig jedoch ein wichtiger Indikator für einen erfolgreichen Hilfeprozess (vgl. Lang et al. 2013, 268). In Bezug auf eine Sekundäre Traumatisierung bei pädagogischem Fachpersonal ist eine gelingende Zusammenarbeit im Team wichtig und unterstreicht ebenfalls den Faktor einer interdisziplinären Vernetzung. Die Zusammenarbeit sollte nicht in Hierarchien gegliedert sein und ein respektvoller und wertschätzender Umgang zwischen ÄrztInnen, PsychologInnen und PädagogInnen sollte gewährleistet sein, um genügend Raum für Reflexionen zu lassen (vgl. Schulze; Kühn, 182 in: Schulze; Loch; Gahlleitner (Hrsg.) (2012).

5. Arbeitsgestaltung Traumapädagogik

Neben der starken Orientierung an psychotraumatologischen Erkenntnissen sind insbesondere die Fokussierung des Konzeptes am Erleben der MitarbeiterInnen, der Stärkung ihrer Selbstwirksamkeit in der konkreten pädagogischen Interaktion mit den Kindern sowie die Anpassung der Einrichtungsstrukturen (Rituale, Dienstpläne, Möbel, Einrichtungen) die zentralen Innovationen, die traumapädagogische Konzepte von anderen, klassischen, milieuthérapeutischen Konzepten unterscheiden (vgl. Schmid 2013, 56 in Lang et al. 2013).

Die anspruchsvolle und langwierige Aufgabe, jungen traumatisierten Menschen Raum für Entwicklung zu schaffen, um daraufhin eine Entwicklung zu einer selbstbestimmten Persönlichkeit zu gewährleisten, ist für pädagogische Fachkräfte sehr belastend. Das Ziel ist daher, die Arbeitsbedingungen „sicher“ zu gestalten, um die Fachkräfte vor Überlastung, Überforderung, Burnout oder einer Sekundären Traumatisierung zu schützen und somit einer drohenden Handlungsunfähigkeit entgegen zu wirken (vgl. Kühn 2009, 33 in Bausum et al. 2009). Leitungskräfte müssen Arbeitsbedingungen so gestalten, dass eine hohe Handlungssicherheit sowie eine wertschätzende Atmosphäre erzielt wird. Dazu gehört eine Kommunikation innerhalb der Institution, die den Mitarbeitern das Gefühl gibt, gehört zu werden und ernst genommen zu werden. Den MitarbeiterInnen muss, im Zusammenhang mit dem traumapädagogischen Konzept, Vertrauen geschenkt werden, welches wiederum die Selbstverantwortung erhöht, die den Kindern und Jugendlichen ebenfalls zu Gute kommt. Die Bereitschaft zur Aneignung von Traumawissen, sollte vom Arbeitgeber gefördert werden, sofern es noch nicht vorhanden ist. Dies könnte beispielsweise durch traumaspezifische Weiterbildungen geschehen (vgl. Schirmer 2013, 252 in Lang et al.).

5.1 Herausforderungen in der Traumaarbeit

Fast 100 Kinder werden täglich in stationäre Hilfen aufgenommen. Diese Kinder verfügen in der Regel über einen hohen Bedarf an pädagogischer Intensivbetreuung (vgl. Weiß 2011, 9). Aufgrund zahlreicher Sparmaßnahmen mit dem Ziel, die stationäre Unterbringung zu vermeiden, werden Traumatisierungen weiter verdichtet und das Fachpersonal vor extreme Anforderungen gestellt. Pädagogische Fachkräfte aus dem Bereich der Sozialen Arbeit leisten mitunter den größten Teil der Traumaversorgung. Zusätzlich zu den traumatischen Belastungen kommen andere soziale Benachteiligungen der Kinder und Jugendlichen hinzu (vgl. Weiß 2011, 9). Überlebensstrategien der Kinder und Jugendlichen, ihre Art auf Beziehungsangebote einzugehen, Stressregulation sowie Übertragungen traumatischer Erlebnisse in den Alltag überfordern pädagogische Fachkräfte teilweise. PädagogInnen können nicht auf Inhalte Ihrer Ausbildung zurückgreifen, da diese Bereiche dort oft nicht ausreichend thematisiert wurden (vgl. Weiß 2011, 86 ff.). Der Leidensweg der Mädchen und Jungen betrifft pädagogische Fachkräfte. Das Selbstkonzept, Erzählungen und Verhal-

tensweisen der Kinder und Jugendlichen sorgen häufig für psychische Erschöpfung und Hilflosigkeit bei den MitarbeiterInnen. Aufgrund traumatischer Erfahrungen, wie beispielsweise sexuellem Missbrauch und anderen Formen von Gewalt, belasten die Kinder ihre Bezugspersonen in der stationären Jugendhilfe, indem sie diese mit auffälligem Verhalten konfrontieren. Unzuverlässigkeit, vulgäre und provozierende Äußerungen sowie aggressives und autoaggressives Verhalten sind einige Beispiele dafür (vgl. Weiß 2011, 204).

5.2 Grundkompetenzen für professionelles Handeln

Um eine für die Kinder hilfreiche Pädagogik anzuwenden, die ihren Bedürfnissen entsprechen, bedarf es einem Grundwissen im Bereich der Psychotraumatologie, um zielgenau handeln zu können und wichtige Zusammenhänge zu verstehen. Eine kritische Reflexionsfähigkeit muss vorhanden sein, um Zusammenhänge mit der eigenen professionellen pädagogischen Einstellung zu erkennen und eigene Standpunkte zu hinterfragen (vgl. Weiß 2013, 243). Um die traumapädagogische Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen überzeugend ausführen zu können, ist der Mitarbeiter angehalten, seine eigene Persönlichkeit zu hinterfragen, welches Selbsterfahrung und Selbstreflexivität fordert und voraussetzt. Begegnungen sollen im „Dialog“ gestaltet werden. Die Machtverhältnisse zwischen Sozialarbeiter und Klienten sollten dabei nicht aus dem Blick geraten. Traumapädagogisches Arbeiten kann diese Machtverhältnisse nicht auflösen, ein Bewusstsein des Helfers muss aber vorhanden sein, seine Klienten nicht als „Objekte“ seines beruflichen Handelns zu sehen, sondern zu akzeptieren, dass die individuelle Sichtweise des anderen ebenfalls ein Recht auf Existenz hat (vgl. Lang, Schirmer 2013, 106 in Lang et al. 2013). Weiß spricht von drei Grundkompetenzen, die zumindest in Ansätzen vorhanden sein sollten.

1. Sachkompetenz
 2. Selbstreflexion
 3. Selbstfürsorge
- (vgl. Weiß 2011, 224)

Die Sachkompetenz beschreibt das angeeignete Fachwissen, welches die PädagogInnen in die Lage versetzt, Belastungen und Gefahren zu vermindern und besser

auszuhalten. Im traditionellen Bereich der stationären Jugendhilfe ist dieser Aspekt besonders wichtig, da dort die meisten traumatisierten Kinder und Jugendlichen anzutreffen sind und die MitarbeiterInnen immer wieder auf die Probe gestellt werden (vgl. Weiß 2011, 224). Um als MitarbeiterIn in Krisensituationen handlungsfähig bleiben zu können, müssen ähnliche innerpsychische Fähigkeiten (Emotionsregulationsfähigkeiten und antisoziale Fähigkeiten) wie bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen aktiviert werden. Um den Beruf deshalb lange und mit Freude ausführen zu können, müssen Resilienzfaktoren (zum Beispiel Humor) gepflegt und die Selbstwirksamkeit entwickelt werden. Die MitarbeiterInnen fungieren in Konfliktfällen oft als Vorbildfunktion (vgl. ebd.). Auf die Kompetenzen der Selbstfürsorge und der Selbstreflexion wird im Kapitel der Psychohygiene eingegangen.

5.3 Rahmenbedingungen für die Mitarbeiter

Um das Risiko einer Sekundären Traumatisierung zu vermindern, bedarf es auf der Ebene der Institutionen sowie in den MitarbeiterTeams bestimmte Maßnahmen und Grundsätze. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik e.V. (BAG TP 2011) beschreibt die Aufgaben aller Leitungsebenen einer Institution, „für die Umsetzung der traumapädagogischen Standards mit der entsprechenden Grundhaltung auf allen Ebenen und für alle Menschen in der Einrichtung zu sorgen.“ (BAG TP 2011, 14) Mitarbeiter sollen entsprechend ihrer Talente und Kompetenzen aktiv gefördert werden und die Weiterentwicklung soll unterstützt werden (vgl. Schirmer 2013, 248 in Lang et al. 2013). Im vorherigen Kapitel wurden die Grundkompetenzen für ein professionelles Handeln beschrieben. In Bezug auf die Sachkompetenz soll kurz erwähnt werden, dass benötigte traumaspezifische Inhalte noch lange nicht überall Inhalt der Aus- und Fortbildung sozialpädagogischer Fachkräfte sind (vgl. Weiß 2011, 224). Die BAG TP fördert in diesem Zusammenhang die Verbreitung von psychotraumatologischen und traumapädagogischen Inhalten (vgl. Weiß 2011, 227). Einrichtungsleitungen sind daher gefordert, ihren MitarbeiterInnen Supervision und Fachwissen bereitzustellen und somit deren Handlungskompetenz zu vergrößern. Dies beinhaltet ebenfalls die Aufgabe, in der Einrichtung ein Klima von Respekt und Sicherheit zu schaffen und die MitarbeiterInnen als einen Teil des traumapädagogischen Konzeptes zu sehen (vgl. Weiß, 241).

5.4 Umgang mit eigenen Gefühlen

PädagogInnen reagieren im Umgang mit schwierigen Kindern vermehrt mit untypischen Handlungsmustern. Aufgrund beispielsweise eigener Kindheitserfahrungen entwickeln sie den Kindern gegenüber Schuldgefühle (vgl. Weiß 2011, 209). Gefühle, die für die Mitarbeiter teilweise unerträglich sind. Die Lebensgeschichten der Kinder und Jugendlichen erschüttern das Grundvertrauen der Pädagogen. Aggressives und sexualisiertes Verhalten der Kinder kann sich auf die PädagogInnen übertragen und führt ebenso zu gewalttätigen und aggressiven Handlungen und Phantasien auf Seiten der BetreuerInnen. Diese Tatsache wird jedoch oft tabuisiert und nicht im Team thematisiert (vgl. Weiß 2001, 205). Unbewusste Motive behindern das Verständnis der Kinder und Jugendlichen und sorgen für Belastungen bei den PädagogInnen (vgl. Weiß 2001, 207). Ein bewusster Umgang mit seiner eigenen biographischen Vergangenheit hilft ebenfalls dabei, erlernte, belastende Verhaltensmuster nicht weiter zu verfestigen und für die eigene Psychohygiene zu sorgen (vgl. Weiß 2001, 209). Um authentisch auf die Kinder und Jugendlichen wirken zu können, müssen PädagogInnen in der Lage sein, ihre Gefühle zu erkennen, zu verstehen und einzuordnen. In Fallberatungen sollte die Frage gestellt werden, welche Emotionen das Verhalten des Kindes bei den MitarbeiterInnen ausgelöst hat und in welcher Form eine Übertragung stattgefunden hat (vgl. Lang, 216 in: Bausum et al. 2009). In diesem Kontext wird deutlich, dass ein Bewusstsein für die eigenen Verhaltensweisen und Gefühle eine der wichtigsten Eigenschaften sind um die Selbstfürsorge der pädagogischen Fachkräfte als institutionellen Auftrag zu sichern (vgl. ebd.).

6. Praxis

6.1 Definition einer Wohngruppe nach § 34 SGB VIII

Eine pädagogisch betreute Wohngruppe ist laut § 34 SGB VIII ein Betreuungsangebot über Tag und Nacht. Das zuständige Jugendamt stellt den erzieherischen Bedarf für die Kinder und Jugendlichen fest, die in diesem Betreuungsangebot untergebracht sind. Die Belegung durch die Jugendämter basiert auf der Grundlage des § 27 ff. SGB VIII. Belegungen durch Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderun-

gen nach § 35a SGB VIII oder im Falle einer Inobhutnahme nach § 42 SGB VIII sind ebenfalls möglich (vgl. LEB Hamburg o. J., 1).

6.2 Fallbeispiel

Der Zugang zu diesem Praxisbeispiel wurde auf der Grundlage des Buches von Schulze, Loch und Gahlleitner (2012) gefunden (vgl. Schulze et al. 2012, 75ff.). Gahlleitner et al. gelingt es, durch Interviews mit pädagogischen Fachkräften die Arbeitsbelastungen innerhalb der Jugendhilfe zu verdeutlichen. In dieser Arbeit wird folgendes Beispiel verwendet, das zeigt, wie die emotionale Belastung innerhalb einer Wohngruppe aussehen kann und wie notwendig traumaspezifisches Fachwissen sein sollte, um Dynamiken innerhalb von Beziehungen zwischen KlientIn und BetreuerIn zu erkennen. Ebenfalls wird deutlich, inwieweit ein funktionierendes Team zum Erfolg der eigenen Berufszufriedenheit beiträgt. In dem nun beschriebenen Beispiel sind große Defizite in den soeben genannten Bereichen zu entdecken, um zu verdeutlichen, welche Folgen dies für die Gesundheit der PädagogInnen haben kann.

Herr F. arbeitet als Sozialarbeiter in einer Jugendwohngruppe nach § 34 SGB VIII. Im Interview spricht er sehr ausführlich über die Jugendliche S. deren Bezugsbetreuer er bis zum Abbruch der Maßnahme war. Herr F. ist sehr aufgewühlt, wenn er über diesen Fall spricht. Die Jugendliche wurde im Alter von 15 Jahren in der Wohngruppe aufgenommen, weil Sie einen Ausweg aus Ihrer Drogenabhängigkeit und Prostitution gesucht hat. Eine große Rolle spielte in dieser auswegslosen Lage die Mutter des Mädchens, zu der sie eine gestörte Bindung hatte und diese in die Prostitution ihrer Tochter involviert war. Das Mädchen S. lebte ein Jahr in der Jugendwohngruppe. Auf eigenen Wunsch kehrte S. dann in ihre Familie zurück. Institutionell kann diese Situation als Rückführung in die Familie und einer Stabilisierung des Mutter-Tochter-Verhältnisses gesehen werden. Herr F. hingegen bleibt noch lange Zeit emotional in den Fall involviert.

Herr F. erfuhr in diesem Jahr sehr viel über das Mädchen S. Durch die Tagebucheinträge, welche das Mädchen Herrn F. anvertraute, las er detailgetreu alle Erfahrungen

ihrer Kindheit, die überwiegend von sexueller Gewalt sowie einer gestörten Mutter - Kind - Bindung geprägt waren. Durch die Aufzeichnungen vertraute S. ihrem Betreuer sehr leidvolle und schmerzhaftes Lebenserfahrungen an. In der Phase der Aufdeckung möglicher Zusammenhänge von alten Beziehungskonstellationen und deren Auswirkungen auf die Beziehung zwischen Betreuer und dem Mädchen, erfuhr Herr F. nicht genügend Unterstützung seitens der Einrichtung und der KollegInnen und wurde somit zum Einzelkämpfer. Gründe dafür waren eine mangelnde traumasensible Reflexion innerhalb des Teams und unzureichendes Wissen über traumaspezifische Themen (vgl. Schulze et al. 2012, 77). Herr F. hatte somit nicht genügend Raum, reflektierend über seine Eindrücke und Erfahrungen zu sprechen. Herr F. konzentrierte sich daraufhin vermehrt auf die Symptombildung des Mädchens und versuchte durch Fortbildungen und Literaturrecherche ein Verständnis für die Situation zu erlangen. Eine Überforderung und Falscheinschätzung der Situation hatte zur Folge, dass keine objektive Diagnostik stattfinden konnte, die am eigentlichen Problem, der Mutter-Tochter-Beziehung anknüpfte. Die Gewalterfahrungen des Mädchens sowie daraus entwickelte Symptome, wie Verlassenheitsgefühle, Drogenkonsum und Selbstverletzungen, tangierten Herrn F. so intensiv, dass er sich emotional „verstrickte“ und sich mit der Jugendlichen identifizierte.

Er veranlasste schließlich eine Meldung beim Jugendamt sowie eine Anzeige bei der Polizei, die dazu führten, dass verschärfte Ermittlungen in Bezug auf die Mutter erfolgten. Das Mädchen befand sich daraufhin im Loyalitätskonflikt und entschied sich wieder zu Ihrer Mutter zurückzukehren und den Aufenthalt in der Wohngruppe abzubrechen. Im Rückblick beschreibt er die Zeit: „Sind irgendwelche Emotionen entstanden. Helfersyndrom oder so was, ich hab mich so als Retter gesehen – aber ich bin nicht ihr Retter...Ihr Retter ist sie selbst.“ (Schulze et al. 2012, 80) Belastungen wie Schlafprobleme und Hilflosigkeit versuchte er auszuweichen, indem er die Jugendliche im Nachhinein stigmatisierte: „Das... ist schwierig, mit solchen traumatisierten Kindern zu arbeiten“ (Schulze et al. 2012, 80ff.).

Dieser Fall macht deutlich, in wieweit die Gesundheit eines Helfers leiden kann, wenn innerhalb der Institution und im Team keine einheitlichen Standards vorherrschen. Mangelnde Traumakenntnisse und auch Auswirkungen der Betreuer - Kind Beziehung auf Konstellationen innerhalb des Teams müssen sehr stark in den Fokus

gerückt werden, um einen respektvollen und heilenden Umgang für den jungen Menschen zu erzielen und auch die Gesundheit der PädagogInnen nicht zu gefährden. Die Kompetenzen der Selbstreflexionsfähigkeit waren aufgrund fachlicher Defizite im Bereich der Traumarbeit nicht im geeigneten Maße ausgebildet und hatten somit eine emotionale Befangenheit, sowie Zweifel an der eigenen Kompetenz zum Ergebnis (vgl. Schulze et al. 2013, 75ff.).

6.3 Konzept einer traumapädagogischen Einrichtung

Die evangelische Jugendhilfe Menden beispielsweise, hat mit Hilfe von Einrichtungsleitung und PädagogInnen seit 2004 ein Konzept entwickelt, deren Mittelpunkt eine traumapädagogische Haltung ist. Dieses Konzept wird im Folgenden vorgestellt, da es wichtige Aspekte in Bezug auf das Team der Einrichtung beschreibt.

Traumapädagogisches Handeln im Kontext der MitarbeiterInnen in der Wohngruppe Frömern bedeutet, dass eine intensive pädagogisch-therapeutische Arbeit neben dem grundlegenden und spezifischen Fachwissen eine hohe Methodenkompetenz, eine ausgeprägte Reflexionsfähigkeit, Empathie sowie eine optimistische Grundhaltung erfordert. Häufig wiederkehrende problematische, reinszenierende Verhaltensweisen der Kinder sollen fachlich und auf heilsame Weise begegnet werden, welches eine hohe Fähigkeit zur konstruktiven Konfliktlösung, eine große Handlungssicherheit in Krisensituationen sowie eine grundsätzliche Belastbarkeit und die Annahme von Hilfe voraussetzt (vgl. Frömern 2009, 4)

Regelmäßige interne und externe Fortbildungen der MitarbeiterInnen dienen der Qualitätssicherung innerhalb der Wohngruppe. Die Fortbildungen beinhalten relevante Fachthemen und werden strategisch geplant. Teamsitzungen finden wöchentlich statt und werden unter systemischen Gesichtspunkten betrachtet. Wichtig ist ebenfalls die Ergänzung von psychologischen Fallberatungen, wenn ein Bedarf besteht. Unterstützung durch Supervision wird für die MitarbeiterInnen ermöglicht. Eine Reflexion und Entwicklung innerhalb des Teams sollen eine kooperative, offene und wirksame Zusammenarbeit ermöglichen und sind daher, besonders im Zusammenhang mit Übertragungen aufgrund schwieriger Verhaltensweisen der Kinder und Jugendli-

chen. Dies wird als die zentrale Voraussetzung für eine nachhaltige und wirksame pädagogische Arbeit genannt. Die Grundhaltung der MitarbeiterInnen sowie der Einrichtungsleitung liegt dabei im Fokus des traumapädagogischen Konzeptes. Die wichtigste Voraussetzung der MitarbeiterInnen ist eine selbstreflexive Haltung sowie eine persönlich emotional stabile Verfassung, um den Kindern und Jugendlichen eine ausreichende und sichere Basis zu vermitteln (vgl. Frömern 2009, 8). Diese genannten Ziele und Voraussetzungen dienen der Qualitätssicherung der traumapädagogischen Wohngruppe und bieten den MitarbeiterInnen einen festen Rahmen zur Orientierung. Die evangelische Jugendhilfe Menden legt zudem viel Wert auf die Pflege und den Aufbau eines interdisziplinären Netzwerkes aus Kinder- und JugendtherapeutInnen, Kinder- und JugendpsychiaterInnen, Jugendämtern, Kinderschutz-Zentren sowie diversen sozialen Vereinen und Institutionen (vgl. Schirmer, o. J., 1).

7. Psychohygiene

Gesundheit und Wohlbefinden sollen mit Hilfe von Präventionsmaßnahmen wieder hergestellt bzw. erhalten werden. Es ist wichtig, die seelischen Risiken helfender Berufe zu kennen und sie ebenfalls einschätzen zu können. Die Fähigkeit, für seine eigene Psychohygiene zu sorgen und sich um präventive Maßnahmen zu bemühen oder sich bei bestehenden Beschwerden externe Hilfe zu suchen, muss vorhanden sein (vgl. Sendera 2013, 150).

Psychohygiene, auch bekannt unter dem Begriff der Selbstfürsorge, kann als ein Aufgabenfeld der Sozialen Arbeit mit traumatisierten Menschen gesehen werden, welches leider auf Seiten der Träger und verantwortlichen Leitungen gerne als selbstverantwortliche Aufgabe in die Hände der MitarbeiterInnen gegeben wird (vgl. Loch 2012, 105 in: Schulze et al. 2012). Der Stellenwert von Psychohygiene wird unterschätzt und belastet auf Seiten der ArbeitnehmerInnen die Zufriedenheit innerhalb ihres Arbeitsverhältnisses (vgl. ebd.). Der deutsche Psychiater Robert Sommer beschreibt den Begriff der Psychohygiene als präventiven und heilenden Gegensatz zu allen Belastungen, die durch Stress, Umwelt und Arbeit ausgelöst werden. Psychohygiene umfasst viele Fachgebiete, die verantwortlich dafür sind, die Bedürfnisse des

Menschen zu stillen. Dazu zählt das Verlangen nach Nahrung, Schlaf, Liebe, Sicherheit, Anerkennung, Vertrauen, Verständnis, Orientierung, Förderung und Freude. Die Psychohygiene hat in diesem Sinne die Aufgabe, psychische Beeinträchtigungen und Belastungen vorzubeugen und frühzeitig zu erfassen, um weitere medizinische und psychotherapeutische Maßnahmen zu verhindern (vgl. Sendera 2013, 150). Bei der Prävention ist nicht nur der einzelne Mitarbeiter für sich selbst verantwortlich, es spielt zudem eine große Rolle, wie das Arbeitsumfeld gestaltet ist, da Gesundheit und Leistungsfähigkeit im engen Zusammenhang damit stehen. Strategien der Selbstfürsorge und Psychohygiene sollten zur Gewohnheit werden um daraus Kraft für eine erfolgreiche Arbeit zu ziehen ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen zu erleiden (vgl. ebd.). Die Beobachtung von psychischen und körperlichen Belastungsfaktoren und persönlichen Reaktionen ist Voraussetzung für eine gelingende Psychohygiene und Prävention (vgl. ebd.).

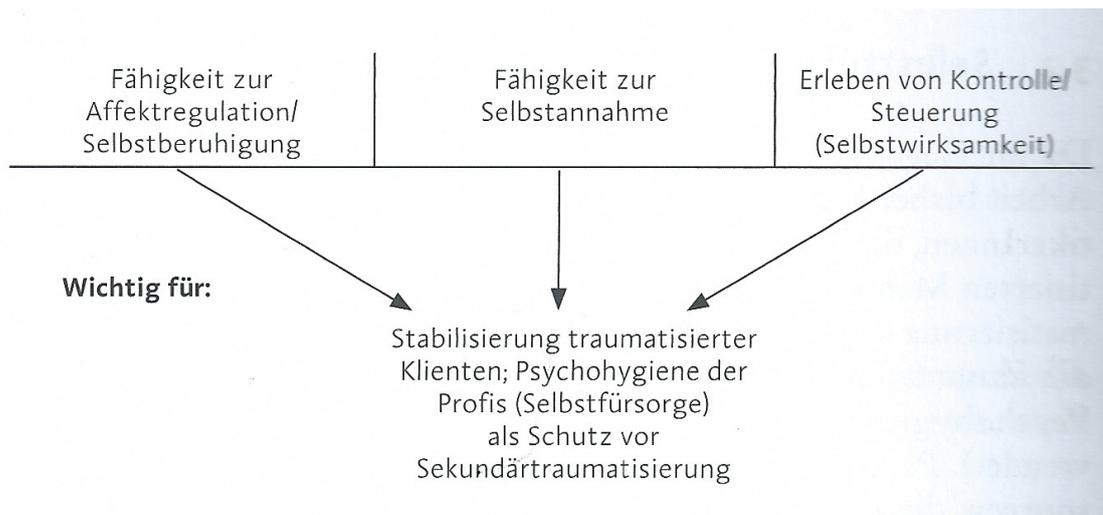
7.1 Schutzfaktor Selbstfürsorge, Selbstwert und Selbstvertrauen

Scherwath und Friedrich interpretieren Selbstfürsorge als „die Sicherstellung von inneren Ressourcen“ (Scherwath, Friedrich 2012, 185). Sie beschreiben die Ressourcen als die Grundeigenschaften, die notwendig sind, um die Arbeit mit all den dazugehörigen Belastungen und Herausforderungen zu bewältigen und vor allem authentisch und „handlungsfähig im Umgang mit den KlientInnen zu bleiben.“ (ebd.) Die Grundeigenschaften können in drei Bereiche eingeteilt werden:

- Affektregulation und Selbstberuhigung als Fähigkeit, sich vor überflutenden Emotionen zu schützen (vgl. ebd.)
- Befähigung zu einem liebevollen Umgang mit sich selbst (vgl. ebd.)
- Ein Erleben von Selbstwirksamkeit, d.h. von Kontrolle und Steuerungsmöglichkeiten (vgl. Scherwath, Friedrich 2012, 186).

Auf der folgenden Seite, werden diese drei Schutzfaktoren anhand einer graphischen Darstellung verdeutlicht.

Abb. 2 Innere Ressourcen als Basisqualitäten (Friedrich / Scherwarth 2012, 186).



Die Skizze zeigt, dass die Selbstfürsorge ein wichtiges Instrument in der Arbeit mit traumatisierten KlientInnen ist. Je besser der Umgang mit sich selbst gestaltet wird, umso besser kann auch der Umgang mit den KlientInnen funktionieren (vgl. ebd.).

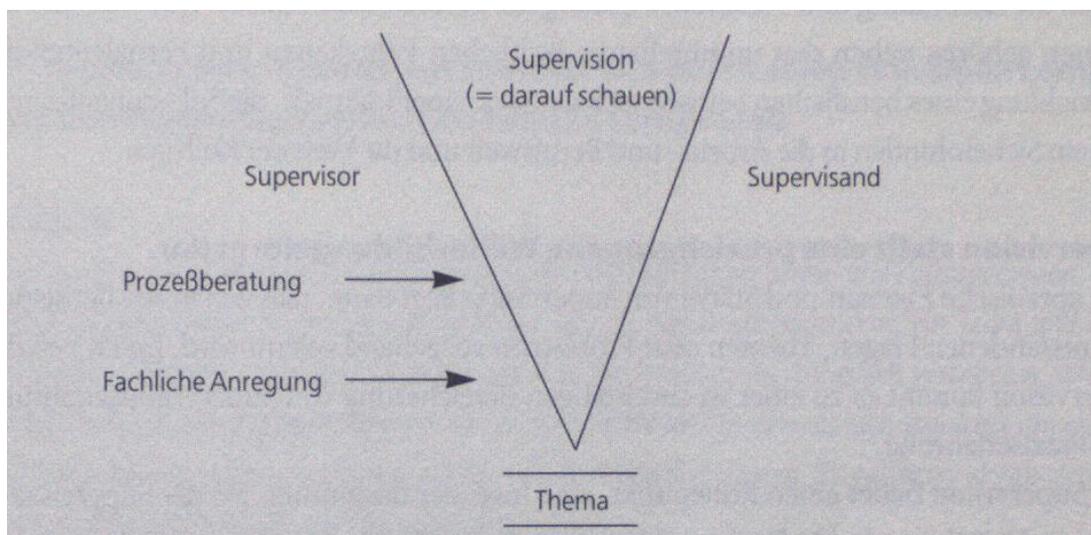
Selbstwert beschreibt das Gefühl der Wertschätzung in Bezug auf die eigene Person (vgl. Sendera 2013, 152). Ein positives Selbstwertgefühl hat den Nutzen, dass negative Faktoren der Aussenwelt, wie beispielsweise Kränkungen nicht auf sich selbst bezogen werden. Eigenschaften, wie eine reale Selbsteinschätzung sowie Durchhaltevermögen und Frustrationstoleranz gehören ebenfalls dazu. Eine Möglichkeit den Selbstwert zu steigern, ist die Auseinandersetzung mit seinen Stärken und Kompetenzen. Es kann dabei hilfreich sein eine Liste anzufertigen, die einem einen Überblick über alle positiven Eigenschaften gibt. Es kann eine Art Tagebuch geführt werden, die ebenfalls positive Rückmeldungen von anderen Menschen aufzeigt (vgl. ebd.). Diese Form der positiven Bewertung der eigenen Persönlichkeit hilft, das Risiko einer Sekundären Traumatisierung einzudämmen.

Selbstvertrauen ist ebenfalls eine wichtige Voraussetzung für das seelische und körperliche Wohlbefinden. Ein gesundes Selbstvertrauen sorgt für die Fähigkeit, sich gut einschätzen zu können und Ressourcen zu nutzen (vgl. ebd.).

7.2 Supervision

Supervision ist zu übersetzen mit „lat. Supervidere = darüber schauen, beobachten“ (Schneider 2001, 16). Entwickelt wurde es in dem Berufsfeld der SozialarbeiterInnen und SozialpädagogenInnen als Lernmethode für Fallbesprechungen. Supervision ist daher an der praktischen Fallarbeit orientiert. Seit 1920 ist Supervision ebenfalls ein Teil der PsychotherapeutInnen und PsychoanalytikerInnen – Ausbildung (vgl. Schneider 2001, 15). Ziel der Supervision ist es, aufgrund der beanspruchten Hilfe eines Supervisors und im Hinblick auf seine berufliche Tätigkeit die Arbeitsqualität zu erhalten und zu steigern (vgl. Schneider 2001, 16). Der Supervisor ist als Berater zu verstehen, der den SupervisandInnen Hilfe zur Selbsthilfe anbietet, so dass dieser die Fähigkeit bekommt, seine beruflichen Handlungen besser zu verstehen und daraufhin weiterzuentwickeln (vgl. ebd.). Supervision ist also eine „Prozeßberatung“ (Schneider 2001, 17), die den Hilfesuchenden dabei hilft, eigene Ressourcen zu aktivieren und selbst passende Lösungen zu entwickeln.

Abb. 3 Supervision als fachliche Anregung und Prozeßberatung zum unterbreiteten Thema, zur beruflichen Fragestellung (Schneider 2001, 17).



Supervision hilft dabei, die eigene Wahrnehmung sowie Reflexionsfähigkeit zu schulen und damit sein professionelles Handeln zu verstärken und in Folge einer Sekundären Traumatisierung vorzubeugen (vgl. Sendera 2013, 151). Die Supervision kann von einem internen sowie externen Supervisor durchgeführt werden. Interne Supervisoren sind meist mit den Abläufen und Strukturen der Einrichtung vertraut, jedoch

auch gefährdet, den objektiven Blick aus den Augen zu verlieren. Der Vorteil externer Supervisoren liegt darin, dass sie einen anderen Beobachtungswinkel auf die Erzählungen haben und unabhängig von der Einrichtung reflektieren (vgl. ebd.).

Die Supervision kann im Einzel- oder Gruppensetting durchgeführt werden. Die Einzel - Supervision ermöglicht die Bearbeitung persönlicher Belange, im Hinblick auf Analyse und Reflexion von dem beruflichen Handeln. In der Team - Supervision erhalten die Teilnehmer mehrere Perspektiven auf die besprochenen Fälle und aufgrund der Mehrzahl von TeilnehmerInnen einen differenzierteren Blick. Zudem können Dynamiken und Prozesse innerhalb des Teams besser bearbeitet werden (vgl. ebd.).

7.3 Intervision

Intervision behandelt im Kern zentrale Aufgaben der Personalentwicklung sozialer Organisationen, wie beispielsweise die Einarbeitung von neuen MitarbeiterInnen und deren Bewältigung von allen neuen, oft schockierenden Eindrücken des Berufes. Zudem beinhaltet die Intervision die Bearbeitung von Symptomen Sekundärer Traumatisierung und Burnout bei langjährigen MitarbeiterInnen und auch die Qualifizierung von Führungskräften im Hinblick auf eine partizipatorische Leitungsfunktion (vgl. Koch 2000, 10 in: Hendriksen 2000). Intervision kann als Möglichkeit gesehen werden, Probleme im Kollegenkreis zu beraten und ebenso passende Lösungen zu finden, um eine lösungsorientierte Unterstützung zu gewährleisten, die den Arbeitsalltag positiv unterstützen (vgl. Hendriksen 2000, 22). Bei der Intervision werden Arbeitsprobleme im Kollegenkreis besprochen wobei der Prozess der Beratung immer abwechselnd von einem Gruppenmitglied angeleitet wird. Eine Sitzung dauert ungefähr ein bis zwei Stunden und folgt einem systemischen Ablauf, der von Hendriksen folgendermaßen beschrieben wird:

1. In der ersten Phase werden alle Teilnehmer gebeten, ihr berufliches Problem zu benennen und es der Reihe nach kurz vorzustellen (Dauer 15 Minuten) (vgl. Hendriksen 2000, 24 f.):
2. In der zweiten Phase wird gemeinsam entschieden, welches Problem Priorität hat. Entschieden wird dabei oft aufgrund Emotionalität der Teilnehmer und de-

ren Notlagen. Oft wird schnell deutlich, bei welchem Teilnehmer die größte Notwendigkeit besteht (Dauer 15 Minuten).

3. In der dritten Phase wird das Problem analysiert. Es geht in erster Linie darum, das Problem zu interpretieren. Die Gruppe entscheidet, mit welchen Techniken dies geschehen soll. Zur Auswahl stehen Rollenspiele oder beispielsweise Analysen von Stärken und Schwächen der Situation und Handlungsweisen. Erst am Ende werden Handlungsvorschläge gemacht (Dauer 60 Minuten).
4. In der vierten Phase wird das Problem verallgemeinert. Dies bedeutet, dass die eigene Betroffenheit jedes Mitgliedes beobachtet und mitgeteilt wird und dies zu einer Steigerung des Engagements innerhalb der Gruppe führt. Als mögliches Beispiel sind Kommunikationsschwierigkeiten innerhalb der Wohngruppe zu nennen. (Dauer 45 Minuten, kann auch verkürzt werden)
5. In der fünften Phase wird das Problem evaluiert. Derjenige, der das Problem vorgestellt hat, erläutert kurz, welche Lösungsvorschläge er akzeptieren möchte und ggfs. praktisch umsetzen wird. Es wird besprochen, was das Treffen der Gruppe für einen Nutzen gebracht hat. Zuletzt wird ein Gesprächsleiter für das nächste Intervisionstreffen bestimmt (Dauer 10 Minuten) (vgl. ebd.).

Eine Intervision trägt mit vielen Faktoren dazu bei, dass der Teamzusammenhalt gestärkt wird. Ein besseres Kennenlernen des Teams und seiner eigenen Persönlichkeit sowie eine gewisse Vertrautheit werden erreicht. Stärken und Schwächen können besser eingeschätzt werden und dadurch zu einer Veränderung der Handlungsmöglichkeiten führen. Die Erfahrung und Kreativität aller Teilnehmer wird in der Gruppe geteilt und führt somit zu einer Vergrößerung des fachlichen Repertoires (vgl. Hendriksen 2000, 28). Aufgrund oft starrer Strukturen innerhalb der Träger und Organisationen, besteht die Gefahr, dass die Eigenverantwortlichkeit der Mitarbeiter zu sehr strapaziert wird, wenn aufgrund zeitlicher Probleme eine Durchführung praktisch unmöglich erscheint. Eine schlecht strukturierte Gruppenleitung kann ebenfalls bedeuten, dass nicht das gewünschte Ergebnis erzielt werden kann. Eine Intervision kann nur funktionieren, wenn explizit in Arbeitsplatzbeschreibungen Zeit für das Team zur Verfügung gestellt wird und eingeplant wird. Durch geeignetes Fachpersonal (intern oder extern) kann eine Unterstützung bzw. Anleitung der Intervision ge-

währleistet werden, um die Gruppe sicherer werden zu lassen und Ablaufprozesse besser zu verinnerlichen (vgl. Hendriksen 2000, 28).

7.4 Selbstreflexion

Selbstreflexion bezeichnet die Fähigkeit eines Menschen, über eigene Situationen nachzudenken. Die Reflexion von inneren oder äußeren Beobachtungen kann als Chance für ein Bewusstsein von Problemen und Ansatzpunkten angesehen werden, die zu Veränderungen führen können. Selbstreflexion setzt eine gewisse Distanz zur eigenen Person sowie die Fähigkeit einer differenzierten Selbstbeobachtung voraus (vgl. Lexikon Online für Psychologie und Pädagogik, 21.08.14). Die Selbstreflexion sollte institutionell und methodisch im Feld der Traumarbeit berücksichtigt und verinnerlicht werden, um zu verdeutlichen, welchen großen Faktor das Handeln und Erleben der MitarbeiterInnen, im Zusammenhang mit der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen einnimmt (vgl. Dörr o. J. , 27 in Lang et al. 2013).

7.5 Selbstwirksamkeit fördern

Selbstwirksamkeit beschreibt den Zustand der Wahrnehmung, die erfahren wird, wenn durch eigene Entscheidungen und Handlungen die Umwelt beeinflusst und dadurch das Leben selbst in die gewünschte Richtung gelenkt werden kann (vgl. Scherwath, Friedrich 2012, 192). Diese Eigenschaft sorgt für psychische Zufriedenheit und gesteigerte Lebensqualität. Die Selbstwirksamkeit kann mit Hilfe von Ressourcenarbeit erhöht werden. Die Ressourcenarbeit ist bekannt aus der Arbeit mit den traumatisierten KlientInnen, kann aber ebenfalls sehr gut für die eigene Gesundheitsprävention im Hinblick auf Sekundäre Traumatisierung angewendet werden. Ein praktisches Beispiel sind Ressourcenkarten, die die eigenen Kompetenzen und Kraftquellen deutlich machen (vgl. ebd).

Bandura (1997) unterscheidet vier unterschiedlich effektive Quellen der Selbstwirksamkeitserwartung (vgl. Lexikon Online für Psychologie und Pädagogik, 15.07.14):

1. Physiologische Zustände: Eine positive Beurteilung von körperlichen Symptomen, wie beispielsweise Herzklopfen, findet statt und aktiviert somit die Selbstwirksamkeit. Im Falle einer schwierigen Situation kann eine körperliche Erregung, wie beispielsweise das Herz, „das bis zum Halse schlägt“ (ebd.) der Hinweis dafür sein, dass eigene Handlungsressourcen schwach ausgeprägt sind. Diese körperlichen Empfindungen beeinflussen natürlich die Beurteilung von Situationen, im positiven sowie negativen Sinne (vgl. ebd.)
2. Soziale Überzeugung erhält der Mensch unter anderem durch Zuspruch von anderen Menschen. Das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten wächst. Selbstwirksamkeit entsteht dann, wenn diese Zusprüche ebenfalls zu einem Zeitpunkt mit der Realität übereinstimmen, wie beispielsweise der Eintritt von Erfolg. Aussprüche wie „Du kannst es schaffen“ sind ebenfalls eine Quelle für den Aufbau von Selbstwirksamkeit (vgl. ebd.).
3. Modelllernen: Die Bewältigung von schwierigen Aufgaben, beobachtet bei bekannten Personen, mit denen man sich in gewisser Weise verbunden fühlt, können ebenfalls zu einer Steigerung der Selbstwirksamkeit führen. Es entsteht das Gefühl, das Gleiche erreichen zu können und somit Rückschlüsse auf die eigene Kompetenz zu ziehen (vgl. ebd.).
4. Eigene Erfahrung wirken sich am stärksten auf die Entwicklung der Selbstwirksamkeit aus. Die Erfahrung beispielsweise, durch den eigenen Einsatz etwas geschafft zu haben und sein Ziel erreicht zu haben, gibt ein gutes Gefühl und Zuvorsicht auch in der Zukunft weitere Aufgaben zu bewältigen. Ein wichtiger Pfad zum Erfolg ist dabei die Anstrengung. Ohne sie kann nicht gelernt werden, dass Erfolge durch eigenes Handeln beeinflusst werden können (vgl. ebd.).

7.6 Stärkung sozialer Kompetenzen

Soziale Kompetenz und Selbstsicherheit beschreiben die Handlungsmöglichkeiten, die Menschen im täglichen sozialen Leben zur Verfügung stehen (vgl. Sendera 2013, 156). Ein sozial kompetentes Verhalten bedeutet dabei „die eigenen Interessen in sozialen Interaktionen zu verwirklichen, ohne dabei die Interessen der Anderen zu verletzen.“ (Sendera 2013, 156)

Dazu gehören Kompetenzen, wie (vgl. ebd.):

- Ja bzw. Nein sagen können
- Angemessen auf Kritik zu reagieren
- Wünsche, Bedürfnisse und eigene Gedanken formulieren zu können
- Die Fähigkeit, Komplimente anzunehmen und geben zu können
- Unerwünschte Kontakte zu beenden
- Widersprechen zu können
- Jemanden um einen Gefallen bitten zu können
- Positive aber auch negative Gefühle ausdrücken zu können

Es ist wichtig, diese Kompetenzen auszubauen um eine gesunde Abgrenzung in Bezug auf die eigene Gesundheit sicherzustellen. Möglichkeiten, soziale Kompetenzen zu trainieren, können beispielsweise Seminare, Trainingsgruppen oder Kurse sein, in denen im Austausch mit anderen Menschen praxisnah an den eigenen Kompetenzen gearbeitet wird (vgl. ebd.).

7.7 Achtsamkeit

Achtsamkeit im pädagogischen Kontext bedeutet eine aufmerksame, wertschätzende und achtende Haltung gegenüber den KlientInnen. Um diese Haltung aufbringen zu können, ist es wichtig auf eigene Signale zu hören und diese mit Hilfe von achtsamen Techniken umzusetzen. Es ist besonders wichtig, sich selbst treu zu bleiben, um ehrlich, überzeugend und mit Interesse im Sinne des Klienten arbeiten zu können (vgl. Altner 2006, 28). Die buddhistische Meditationstradition beschäftigt sich unter anderem mit der Auseinandersetzung eigener Gefühle, Gedanken und Geschehnisse durch eine neutrale innere Distanz. Anstatt zu bewerten, wird der eigene Gefühlszustand beobachtet. Dadurch findet eine Auseinandersetzung mit dem Problem statt, welche Impuls- und Affektdurchbrüche verhindern kann (vgl. Scherwath, Friedrich 2012, 146). Achtsamkeitstraining kann somit als präventive Übung gesehen werden, um sich nicht von Gefühlen und Situationen vereinnahmen zu lassen. Wenn möglich sollte das Achtsamkeitstraining täglich durchgeführt werden, beispielsweise in Form von „Achtsamkeitsspaziergängen“ (Reddemann, Dehner-Rau 2008). Während des Spazierengehens sollte alles bewusst wahrgenommen werden, beispielsweise die

eigene Atmung, Selbstbeobachtungen von Bewegungsabläufen. Auch Fragen, wie: „Was tue ich? Was sehe ich? Was denke ich?“ (Scherwath, Friedrich 2012, 147).

Das Entscheidende bei dem Achtsamkeitstraining ist, die absolute Aufmerksamkeit auf die Gegenwart zu richten und sich nicht von inneren Prozessen beeinflussen zu lassen. Ist dieser Prozess einmal erlernt, kann das Achtsamkeitstraining ebenfalls gut als Mittel für die Stressprävention genutzt werden, die ebenfalls hilft einer sekundären Traumatisierung vorzubeugen (ebd.). Nach Kabat-Zinn (2009), dem Experten in der Achtsamkeitslehre, beinhaltet Achtsamkeit eine „liebende und mitfühlende Komponente“ und ein „Gefühl der offenherzigen, freundlichen Gegenwart und des Interesses“ (Kabat-Zinn 2009, 108). Diese Bestandteile können als eine gute Unterstützung in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen genutzt werden.

Zusammenfassend kann man die Wirkung von Achtsamkeit folgendermaßen beschreiben. Die Fähigkeit, private und berufliche Herausforderungen gelassener zu bewältigen wird verbessert. Die Entspannungs- und Konzentrationsfähigkeit wird erhöht und in der Folge Stress-Symptome vermindert (vgl. Sendera 2013, 169). Schwierige Lebensphasen sind besser zu bewältigen, da durch Achtsamkeitstraining das Selbstvertrauen und die Akzeptanz gefördert wird. In der Durchführung gibt es folgende Unterscheidungen: In Bezug auf Situationen, Gedanken und Gefühlen ist eine bewusste Wahrnehmung zu erreichen. Diese sollen beschrieben werden, um „Worte für die Wahrnehmung zu finden“ (Sendera 2013, 170). Ein weiterer Aspekt ist eine ungeteilte Teilnahme an seiner momentanen Aufgabe. Dies bedeutet, sich nicht ablenken zu lassen, sondern sich voll und ganz auf eine Aufgabe zu konzentrieren und nicht gleichzeitig etwas anderes parallel zu tun oder sich von Sorgen, Gedanken und Grübeleien ablenken zu lassen (vgl. ebd.).

8. Zusammenfassung und Ausblick

„Das Phänomen der sekundären Traumatisierung [...] zwingt uns dazu, uns von dem Glauben an die Illusion zu lösen, unsere wissenschaftliche Pose und unser »weißer Kragen« schützen uns vor dem Schmerz anderer Menschen.“ (B. Hudnall Stamm, 2002, 13)

Die vorliegende Arbeit soll dem Leser ein Grundverständnis zum Thema Trauma und dessen Berührungspunkte in der pädagogischen Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen vermitteln, immer im Blick, die möglichen gesundheitlichen Auswirkungen auf die PädagogInnen in Form der Sekundären Traumatisierung. Die Psychotraumatologie, als die „interdisziplinär ausgerichtete Lehre von psychischen Verletzungen und ihren vielfältigen negativen Folgen für die davon Betroffenen“ (Fischer, Riedesser 1999, 15), wird vorgestellt. Die Auswirkungen traumatischer Erlebnisse für die Betroffenen werden beschrieben. Präventionsmaßnahmen werden vorgestellt und gleichzeitig soll ein Bewusstsein geschaffen werden, welche Kompetenzen und Eigenschaften grundsätzlich helfen können, dem Risiko einer Sekundären Traumatisierung vorzubeugen.

Sekundäre Traumatisierung kann als ein Stress-Symptom verstanden werden. Lazarus erklärt Stress anhand eines theoretischen Modells, welches dem Leser durch konkrete Handlungsstrategien die Möglichkeit gibt herauszufinden, wie eine Situation eingeschätzt werden kann und inwieweit Stress in der Folge abgewendet werden kann. Eine Übersicht einiger Copingstrategien verdeutlicht, welche Mechanismen verwendet werden können um den individuellen Stresspegel zu senken. In diesem Zusammenhang sind persönliche Kompetenzen hilfreich, die eigenen Ressourcen zu schonen und dabei das persönliche Risiko zu minimieren, eine Sekundäre Traumatisierung zu erleiden. Der von Anton Antonowsky geprägte Begriff des Kohärenzgefühls als besonders schützenden Faktor gegen Stress und Überlastung konnte verdeutlichen, dass diese Eigenschaft hilft, Belastungen und mögliche Stressoren besser benennen zu können und somit einen gesünderen Umgang mit Herausforderungen zu erlernen.

Der Begriff der Sekundären Traumatisierung wird definiert und die Risikofaktoren beschrieben. Ebenfalls findet eine Abgrenzung zu Thema Burnout statt. Sekundäre Traumatisierung stellt für Menschen in helfenden Berufen ein großes Berufsrisiko dar. Daniels kann mit Ihrer Studie bestätigen, dass die Erkrankung nicht ein Merkmal mangelnder Professionalität ist, sondern das natürliche Ergebnis ausgeprägter Emphatiefähigkeit (Daniels 2008, 8). Auch Figley bestätigt diese Erkenntnis in seinen Forschungen.

Der 13. Jugendbericht des BMFSFJ thematisiert die Notwendigkeit von traumaspezifischem Wissen und Verständnis bei pädagogischem Fachpersonal im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen. In dieser Arbeit werden die Rahmenbedingungen innerhalb der Jugendhilfe betrachtet um herauszufinden, inwieweit diese Forderung in die Praxis umgesetzt werden kann. Es wird schnell deutlich, dass ein erhöhter finanzieller und öffentlicher Druck innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe dazu führt, dass ein vermehrter Fachkräftemangel vorherrscht und die PädagogInnen daher nicht selten an Ihre persönlichen und auch strukturellen Grenzen innerhalb ihrer Arbeit kommen (vgl. Bausum et al. 2009, 8). Eine starke Veränderung der Bewohnerstrukturen innerhalb stationärer Wohngruppen konnte durch den Ausbau von ambulanten Hilfen beobachtet werden. Dies erklärt ebenfalls, weshalb einheitliche Standards bis jetzt leider immer noch nicht vorherrschen und den pädagogischen Fachkräften es nicht leicht gemacht wird, eine Unterstützungsarbeit zu leisten, die den Kindern und vor allem ihnen selber befriedigende Ergebnisse liefert. Einheitliche traumapädagogische Standards sind jedoch ein Ziel, welches weiter verfolgt werden muss.

Die BAG TP hat sich in den letzten Jahren schon weit in das Feld der Jugendhilfe vorgearbeitet und ist dabei, ein Bewusstsein aufzubauen, welches verdeutlicht, dass das Feld der Traumapädagogik ein wichtiger Bereich ist, Traumatisierungen der betroffenen Kinder und Jugendlichen besser zu verstehen. Im Hinblick auf die MitarbeiterInnen wird auf den Erfolg und Nutzen von traumapädagogischen Konzepten eingegangen und mit Hilfe eines Fallbeispiels verdeutlicht. Die traumapädagogische Wohngruppe Frömern wird vorgestellt und zeigt, dass es bereits vielversprechende Konzepte gibt, die einen Schritt in die richtige Richtung gehen und eine höhere Sensibilität für das Thema schaffen.

Die vorliegende Arbeit thematisiert die hohen Belastungen der pädagogischen Fachkräfte durch die Schicksale der Kinder und Jugendlichen und verdeutlicht, dass die Sekundäre Traumatisierung ein hohes Krankheitsrisiko in der pädagogischen Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen darstellt.

Die Aus- und Fortbildungsinstitute sind daher gefordert Basiswissen über Traumatisierungen als Standard zu integrieren (Weiß 2011, 224). Ein weiteres Ziel sollte sein, vorgestellte Präventionsmaßnahmen bei Trägern und deren Einrichtungen zur Regel werden zu lassen und zu erkennen, dass es gerade diese Maßnahmen sind, die Möglichkeiten bieten, Ressourcen innerhalb des Teams besser zu nutzen und nachhaltig die Gesundheit jedes einzelnen Mitarbeiters zu erhalten. Der gesundheitliche und gesellschaftliche Mehrwert sollte somit den ökonomischen Faktoren vorangestellt werden. Hiermit ist besonders das Angebot von Supervision gemeint. Die Bereitschaft anderen Menschen und Kollegen, Konflikte der eigenen Gefühlswelt mitzuteilen und sich gegebenenfalls professionelle Hilfe zu suchen, sollte vorhanden sein. Psychohygiene sollte fest in den Arbeitsstrukturen der Mitarbeiter integriert sein. Kollegiale Beratung sollte ein fester und regelmäßiger Bestandteil sein. Die interdisziplinäre Vernetzung stellt dabei ebenfalls einen wichtigen Aspekt innerhalb pädagogischer Arbeit dar, um in der Lage zu sein, seine Erfahrungen immer wieder reflektieren zu können und somit individuelle Handlungsstrategien für sich herauszuarbeiten.

Pädagogische Fachkräfte sollten die Selbstfürsorge als ein persönliches Anliegen betrachten und ein Bewusstsein entwickeln, auf die eigenen Grenzen zu achten und eventuell aufkommende Symptome achtsam zu erleben. Ein Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten sollte stets vorhanden sein, um allen pädagogischen Herausforderungen selbstsicher gegenüberzutreten zu können und auch den Kindern und Jugendlichen authentisch zu begegnen.

Literaturverzeichnis

Altner, N. (2006): Achtsamkeit und Gesundheit. Auf dem Weg zu einer achtsamen Pädagogik (1. Auflage) Immenhausen bei Kassel, Prolog-Verlag

Antonovsky, S. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit (1. Auflage) Tübingen: dgvt-Verlag

Bausum, J., Besser, L., Kühn, M., Weiß, W. (Hrsg.) (2009): Traumapädagogik: Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis (1. Auflage) Weinheim; München: Juventa-Verlag

Bandura, S. (1997): Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, S. 191 – 215 in: Frey, C. (o. J.): Sekundärer traumatischer Stress bei den Helfenden in: Maier, T., Schnyder (Hrsg.) (2007): Psychotherapie mit Folter- und Kriegsopfern. Ein praktisches Handbuch (1. Auflage) Bern: Huber, S. 234 ff., S. 234 -255

Dörr, M. (o. J.): Das Ethos des sozialen Ortes „Heim“ und die Haltung von PädagogenInnen in: Lang et al. (2013): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik, Weinheim Basel: Beltz Juvena, S. 14 – 31

Fischer, G. , Riedesser, P. (1999): Lehrbuch der Psychotraumatologie. Mit 17 Abbildungen und 20 Tabellen (2. Auflage) München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag

Fischer, G., Riedesser, P. (1998): Lehrbuch der Psychotraumatologie. Mit 17 Abbildungen und 20 Tabellen (1. Auflage) München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag

Figley, C.R (1995b): Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview In: Figley,C.R.(Hrsg.),Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those who Treat the Traumatized. New York: Brunner, S. 1-20 in: Lemke, J. (2010), Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung (3. Auflage) Kröning: Asanger Verlag, S. 61

Figley, C.R (2002): Mitgeföhlserschöpfung. Der Preis des Helfens in: Hudnall Stamm 2002, B. (Hrsg.), Sekundäre Traumastörungen: Wie Kliniker, Forscher & Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können. Paderborn: Junfermann, S. 41 - 59

Figley, C.R (2002a) in: Lemke, J. (2010): Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung (3. Auflage) Kröning: Asanger Verlag, S. 60

Franke, S. in: Antonovsky, Aaron (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit (1. Auflage) Tübingen: dgvt-Verlag, S. 184 -186

Frey, C. (o. J.): Sekundärer traumatischer Stress bei den Helfenden in: Maier, T., Schnyder (Hrsg.) (2007): Psychotherapie mit Folter- und Kriegsopfern. Ein praktisches Handbuch (1. Auflage) Bern: Huber, S. 234 ff. , S. 233 -255

Heidenreich, T. , Michalak, J. (Hrsg.) (2009), Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch (3. Auflage) Tübingen: dgvt Verlag.

Hendriksen, J. (2000): Intervision. Kollegiale Beratung in Sozialer Arbeit und Schule (3. Auflage) Weinheim und Basel. Beltz Verlag

Hudnall Stamm, B. (Hrsg.) (2002): Sekundäre Traumastörungen: Wie Kliniker, Forscher & Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können (2. Auflage) Paderborn: Junfermann

Huber, M. (2009): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil 1 (4. Auflage) Paderborn: Junfermann in: Scherwath, C.; Friedrich, S. (2012): Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung (1. Auflage) München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 20

Hüther, G. (2002): Biologie der Angst. Wie aus Streß Geföhle werden (5. Auflage) Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Kabat - Zinn, J. (2009): Achtsamkeitsbasierte Interventionen im Kontext: Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft in: T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.) (2009),

Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch (3. Auflage) Tübingen: dgvt Verlag, S. 103 – 139

Koch, R. (2002): Vorwort zur Deutschen Ausgabe in: Hendriksen, J. (2000): Intervention. Kollegiale Beratung in Sozialer Arbeit und Schule (3. Auflage) Weinheim und Basel. Beltz Verlag, S. 9 – 16

Kühn, M. (o. J): „Macht Eure Welt endlich wieder zu meiner!“. Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik in: Bausum, J., Besser, L., Kühn, M., Weiß, W. (Hrsg.) (2009): Traumapädagogik: Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis (1.Auflage) Weinheim; München: Juventa-Verlag, S. 23 – 35

Kühn, M. (2008): Wieso brauchen wir eine Traumapädagogik? Annäherung an einen neuen Fachbegriff in: Schmid/ Fegert (Hrsg.): Themenheft Traumapädagogik I, Trauma & Gewalt, Heft 4 (2008) S. 318 – 322

Lang, B. , Schirmer, C. , Lang, T. , Andreae de Hair, I. , Wahle, T. , Bausum, J. , Weiß, W. , Schmid, M. (Hrsg.) (2013): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik, Weinheim Basel: Beltz Juvena

Lang, B. (o.J.): Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für pädagogische Fachkräfte als institutioneller Auftrag in: Bausum, J., Besser, L., Kühn, M., Weiß, W. (Hrsg.) (2009) Traumapädagogik: Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis (1.Auflage) Weinheim; München: Juventa-Verlag, S. 211 – 219

Lazarus, R. S. , Kanner, S. D. & Folkman, S. (1980). Emotions: A cognitive-phenomenological analysis in Plutchik, R., Kellermann, H. (Hrsg.), Emotion: Theory, research, and experience: Vol. I. theories of emotion, S. 189 - 217, New York: Academic Press in: Weber, H. (1887): Das Stresskonzept in Wissenschaft und Lientheorie, Regensburg: S. Roderer Verlag

Lazarus, R. S. , Folkman, S. (1984): Stress, appraisal, and coping, New York: Springer, S. 19 in: Weber, H. (1887): Das Stresskonzept in Wissenschaft und Lientheorie, Regensburg: S. Roderer Verlag

Lazarus, R. S. , DeLongis, S., Folkman,S., Gruen,R. (1985): Stress and adaptational outcomes. The Problem of confoundes measures. American Psychologist, 40, S. 770 - 779 in: Weber, H. (1887). Das Stresskonzept in Wissenschaft und Laintheorie, Regensburg: S. Roderer Verlag

Lemke, J. (2010): Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung (3. Auflage), Kröning: Asanger Verlag

Maier, T., Schnyder, U. (2007): Psychotherapie mit Folter- und Kriegsopfern: ein praktisches Handbuch (2. Auflage) Bern: H. Huber

Maercker, S. (Hrsg.) (2013): Posttraumatische Belastungsstörungen. Mit 35 Abbildungen und 40 Tabellen (4. Auflage) Berlin Heidelberg: Springer Verlag

Reddemann, L., Dehner - Rau, L. (2004): Trauma. Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. Stuttgart: Trias-Verlag.

Sendera, S. , Sendera, M. (2013): Trauma und Burnout in helfenden Berufen. Erkennen, Vorbeugen, Behandeln – Methoden, Strategien und Skills (1. Auflage) Wien: Springer Verlag

Scherwath, C., Friedrich, S. (2012): Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung (1. Auflage) München: Ernst Reinhardt Verlag

Schirmer, C. (2013): Institutionelle Standards – Worauf es bei traumapädagogischen Konzepten in den Institutionen ankommt, in: Lang et al. (2013): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik, Weinheim Basel: Beltz Juvena, S. 248, S. 241 – 267

Schmid, M. (2007): Brauchen wir eine Traumapädagogik? in: Lang et al. (2013): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik, Weinheim Basel: Beltz Juvena, S. 56 - 81

Schneider, J. (2001): Supervision. Supervidieren & beraten lernen. Praxiserfahrene Modelle zur Gestaltung von Beratungs- und Supervisionsprozessen (2. Auflage) Junfermann Verlag, Paderborn

Schulze, H. , Loch, U. , Gahleitner, S. (Hrsg.) (2012): Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie. (1. Auflage) Baltmannsweiler: Schneider-Verlag

Schulze, H. , Kühn, M. , (o. J.): Traumaarbeit als institutionelles Konzept: Potenziale und Spannungsfelder, in: **Schulze, H.** , Loch, U. , Gahleitner, S. (Hrsg.) (2012): Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie (1. Auflage) Baltmannsweiler: Schneider-Verlag, S. 166 - 185

Weber, H. (1887): Das Stresskonzept in Wissenschaft und Lagentheorie, Regensburg: S. Roderer Verlag

Weltgesundheitsorganisation. Dilling, H. (Hrsg.), Freyberger, H. (Hrsg.) (2010): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien ICD-10: DCR-10 und Referenztabellen ICD-10 v. s. DSM-IV-TR. (5. überarbeitete Auflage), Bern: Verlag Hans Huber, S. 173

Weiß, W. (2011): Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen (6. Auflage) München: Juventa Verlag

Quellenverzeichnis

BAG TP (2011) Positionspapier, 11.2011, S.14:

<http://www.bag-traumapaedagogik.de/index.php/standards.html>

Zugriff 22.05.14, 13:42 Uhr

Daniels, J. (2006a): Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung

http://www.sekundaertraumatisierung.de/studie_sekundaertraumatisierung.html

Zugriff 22.05.14, 11.20 Uhr

Daniels, J. (2006b): Sekundäre Traumatisierung - kritische Prüfung eines Konstruktes. Dissertation, Universität Bielefeld

http://www.sekundaertraumatisierung.de/uploads/assets/DISSERTATION_KOMPLETT.pdf Zugriff 22.05.14, 10:18 Uhr

Daniels, J. (2007): Eine neuropsychologische Theorie der Sekundären Traumatisierung in: Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin (ZPPM), Ausgabe 5 (3), S. 49 - 61,

<http://www.sekundaertraumatisierung.de/uploads/assets/ZPPM.pdf>

Zugriff 24.07.14, 09:15 Uhr

Daniels, J. (2008): Sekundäre Traumatisierung. Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von Therapeuten. Psychotherapeut, 2008, Ausgabe 53 (2), S.100 - 107,

http://www.sekundaertraumatisierung.de/uploads/assets/Artikel_Psychotherapeut.pdf

Zugriff 23.05.14, 12.16 Uhr

Fischer, G. (o. J.): Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) – Ein 'neues Krankheitsbild'

http://www.kausalepsychotherapie.de/ptwtheorie_2.html

Zugriff: 17.07.2014, 22.51Uhr

Frömern (2009), Konzeption der heilpädagogischen Wohngruppe Frömern

<http://www.ev-jugendhilfe-menden.de/wp-content/uploads/2011/06/traumatisierte-Kinder.pdf>

Zugriff 02.09.14, 10:56

LEB Hamburg, Leistungsvereinbarung Hilfe zur Erziehung nach § 34 SGB VIII
Heimerziehung, sonstige betreute Wohnformen

<http://www.hamburg.de/contentblob/234362/data/wohngruppe.pdf>

Zugriff 24.07.14, 13:40 Uhr

Lexikon Online für Psychologie und Pädagogik, Selbstwirksamkeit

<http://lexikon.stangl.eu/1535/selbstwirksamkeit-selbstwirksamkeitserwartung/>

Zugriff 15.07.14, 14:10 Uhr

Lexikon Online für Psychologie und Pädagogik, Selbstreflexion

<http://lexikon.stangl.eu/7084/selbstreflexion/>

Zugriff 21.08.14, 10:23 Uhr

Schirmer, C. (2011): Traumatisierte Kinder und Jugendliche in der stationären Jugendhilfe Traumapädagogisches Praxiskonzept der Ev. Jugendhilfe Menden erschienen in: 5/2011 *Evangelische Jugendhilfe* vom Fachverband EREV

<http://www.ev-jugendhilfe-menden.de/wp-content/uploads/2011/06/Praxiskonzept-Traumap-aedagogik-Ev.-Jugendhilfe-Menden2.pdf>

Zugriff 20.08.14, 21:49 Uhr

Udolf, M. (2008): Sekundäre Traumatisierung bei pädagogischen Fachkräften in der Kinder- und Jugendhilfe.

<http://www.traumapaedagogik-bremen.de/index.php/dokumente/seite211>

Zugriff: 17.06.14, 11:37 Uhr

Eidesstattliche Erklärung

Name: Hildebrandt Vorname: Nadine
Matrikel-Nr.: Studiengang: Soziale Arbeit

Hiermit versichere ich, Nadine Hildebrandt, an Eides statt, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die dem Wortlaut oder dem Sinne nach anderen Werken entnommen wurden, sind in jedem Fall unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Die Arbeit ist noch nicht veröffentlicht oder in anderer Form als Prüfungsleistung vorgelegt worden.

Ort, Datum, Unterschrift