

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

**Dissoziation bei traumatisierten Kindern und  
Jugendlichen in der stationären Kinder- und  
Jugendhilfe:  
Möglichkeiten traumapädagogischer Konzepte**

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 16.03.2017

Vorgelegt von: Jana Piepiorka

Matrikel-Nr.:

Adresse:

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Gunter Groen

Zweiter Prüfer: Prof. Dr. Georg Schürgers

# Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .....	ii
Eidesstattliche Erklärung .....	iv
Abkürzungsverzeichnis.....	v
1 Einleitung.....	1
2 Stationäre Kinder- und Jugendhilfe .....	2
2.1 Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen.....	4
2.2 MitarbeiterInnen der stationäre Kinder- und Jugendhilfe .....	6
3 Traumatisierung .....	7
3.1 Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen .....	10
3.2 Dissoziation als Traumafolge .....	12
3.2.1 Dissoziation bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen.....	18
4 Traumapädagogik.....	20
4.1 Traumaspezifische Bedarfe von Kinder und Jugendlichen.....	21
4.2 Konzept der Traumapädagogik .....	24
4.3 Traumapädagogik in stationären Einrichtungen .....	28
4.4 Traumapädagogik und Dissoziation .....	30
5 Theorie-Praxis-Transfer.....	36
5.1 Methodik.....	37
5.1.1 Erhebungsmethode.....	37
5.2 Durchführung.....	38
5.3 Auswertung .....	40
5.3.1 Kategorienvorstellung Interview 1 .....	42
5.3.2 Kategorienvorstellung Interview 2 .....	46
5.4 Interpretation und Ergebnisse .....	48
5.5 Diskussion .....	51

6	Fazit.....	52
	Literaturverzeichnis .....	56
	Quellenverzeichnis .....	58
A	Anhang.....	59
	A.1 Interview 1 mit Mitarbeiterin der stationären Kinder- und Jugendhilfe .....	59
	A.2 Interview 2 mit Mitarbeiter der stationären Kinder- und Jugendhilfe .....	66

## **Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit erkläre ich an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig und nur unter Zuhilfenahme der ausgewiesenen Hilfsmittel angefertigt habe. Sämtliche Stellen der Arbeit, die im Wortlaut oder dem Sinn nach anderen gedruckten oder im Internet verfügbaren Werken entnommen sind, habe ich durch genaue Quellenangaben kenntlich gemacht.

Hamburg, den 16.03.2017

Piepiorka, Jana

## **Abkürzungsverzeichnis**

ICD-10: International Classification of Diseases

DSM-IV-.TR: Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition, Text Revision

BAG TP: Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik

# 1 Einleitung

„Es geht nicht darum, die Menschen in ihrem Schicksal zu bemitleiden oder zu pathologisieren. Es geht vielmehr [...] um einen heilenden Umgang mit diesen Lebensgeschichten, die wir nicht verhindern konnten und nicht werden verhindern können“ (Weiß et al., 2013, S. 225).

Mindestens 75 Prozent der Kinder und Jugendlichen, die in stationären Einrichtungen untergebracht sind, kamen in ihrer Vergangenheit bereits mit einem traumatisierenden Erlebnis in Berührung (vgl. Schmid in: Weiß et al., 2014, S. 109). Um sich vor den belastenden Ereignissen zu schützen und der Situation zumindest psychisch entfliehen zu können, kommt es bei vielen Betroffenen zur Ausbildung von dissoziativen Verhaltensweisen, welche in diesen Momenten für die Kinder und Jugendlichen als überlebensnotwendige Bewältigungsstrategien genutzt werden. Wenden die Kinder und Jugendlichen dissoziative Verhaltensweisen jedoch fortlaufend, wenn auch unbewusst in Stress- oder Angstsituationen an, so haben diese im ersten Moment einen Schutzcharakter. Auf lange Sicht können sie jedoch zu einem Verlust des Kontaktes zu Emotionen und Erfahrungen, einer verzerrten Wahrnehmung sowie fehlender kognitiver Integration führen (vgl. Wieland, 2011, S. 17). Der professionelle Umgang mit diesen psychiatrischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen im Alltag, das Vorweisen von störungsspezifischem Wissen sowie die Schaffung der nötigen Rahmenbedingungen innerhalb der Einrichtung, obliegt den pädagogischen MitarbeiterInnen (vgl. Baierl und Frey, 2015, S. 276f.). Die noch relativ junge Fachdisziplin der Traumapädagogik, die speziell aus dieser Thematik heraus entstanden ist, nimmt in der Arbeit mit Betroffenen eine Grundhaltung ein, die traumaspezifisches Wissen sowie biografische Belastungen mit einbezieht und auf die Ressourcen und Resilienz der Kinder und Jugendlichen baut. Diese basiert vor allem auf einer wertschätzenden und verstehenden Haltung den Kindern und Jugendlichen gegenüber (vgl. Positionspapier BAG Traumapädagogik, 2011, S. 4).

Diese Arbeit widmet sich der Fragestellung, wie traumpädagogische Konzepte für die MitarbeiterInnen stationärer Einrichtungen im Umgang mit Dissoziation traumatisierter Kinder und Jugendlicher hilfreich sein können. Hierbei wird die Bearbeitung über die Frage, ob Traumapädagogik für den Umgang mit diesen Situationen notwendig ist, hinausgehen und der Fokus auf den spezifischen Möglichkeiten traumapädagogischer Konzepte liegen.

Um die Möglichkeiten traumapädagogischer Konzepte im Umgang mit Dissoziation traumatisierter Kinder und Jugendlicher in stationären Einrichtungen aufzeigen zu können, wird vorerst das Setting der stationären Kinder und Jugendhilfe, inklusive dessen MitarbeiterInnen sowie des Klientels vorgestellt. Anschließend wird eine Grundlage bezüglich Traumatisierung geschaffen, hierbei wird speziell auf Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen eingegangen. Dissoziation als eine mögliche Traumafolge wird an dieser Stelle ausführlich behandelt und erneut speziell Dissoziation bei Kindern und Jugendlichen thematisiert. Dieser Teil der Arbeit legt den Grundstein bezüglich der im Fokus stehenden Zielgruppe sowie des Settings und der Rahmenbedingungen. Anschließend wird die Traumapädagogik im Fokus stehen. Um die Nachvollziehbarkeit des vorgestellten Konzeptes zu gewährleisten, wird zunächst auf die traumaspezifischen Bedarfe von Kindern und Jugendlichen eingegangen. Daraufhin liegt der Fokus den Standards der Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik, inklusive der zugehörigen traumapädagogischen Haltung. Um den Kontext dieser Arbeit nicht aus den Augen zu verlieren, folgt eine Eingrenzung des Einsatzes von Traumapädagogik in stationären Einrichtungen. Den entscheidenden theoretischen Teil dieser Ausarbeitung nimmt die anschließende Zusammenführung von Traumapädagogik und Dissoziation ein, in dem es um die Möglichkeiten des Umganges mit Dissoziation mithilfe des traumapädagogischen Konzeptes gehen wird. Um die theoretische Ausarbeitung mit praktischen Bezügen zu untermauern, findet im zweiten Teil der Arbeit eine Auswertung zweier qualitativer Interviews mit MitarbeiterInnen stationärer Einrichtungen, bezüglich ihres Umganges mit Dissoziation traumatisierter Kinder und Jugendlicher, statt. Im Fazit werden sowohl die theoretischen als auch die praktischen Erkenntnisse bezüglich der Fragestellung dieser Arbeit zusammengeführt und abschließend betrachtet.

## **2 Stationäre Kinder- und Jugendhilfe**

Um das Setting dieser Arbeit zu verdeutlichen, folgt in diesem Kapitel eine inhaltliche Einführung in die stationäre Kinder- und Jugendhilfe, inklusive deren Einrichtungen, dem Klientel sowie den dort arbeitenden MitarbeiterInnen.

In §34 des Kinder- und Jugendhilfegesetzes wird die Hilfe zur Erziehung in Form von Heimerziehung oder einer anderen betreuten Wohnform wie folgt definiert:

„Hilfe zur Erziehung in einer Einrichtung über Tag und Nacht (Heimerziehung) oder in einer sonstigen betreuten Wohnform soll Kinder und Jugendliche durch eine Verbindung von Alltagserleben mit pädagogischen und therapeutischen Angeboten in ihrer Entwicklung fördern. Sie soll entsprechend dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes oder des Jugendlichen sowie den Möglichkeiten der Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie

- Eine Rückkehr in die Familie zu erreichen versuchen oder
- Die Erziehung in einer anderen Familie vorbereiten oder
- Eine auf längere Zeit angelegte Lebensform bieten und auf ein selbstständiges Leben vorbereiten. Jugendliche sollen in Fragen der Ausbildung und Beschäftigung sowie der allgemeinen Lebensführung beraten und unterstützt werden“ (§34 SGB VIII).

In stationären Einrichtungen sollen Kinder und Jugendliche auf der einen Seite sozialpädagogisch betreut und gefördert werden, auf der anderen Seite soll ein Raum geschaffen werden, in dem sich die Kinder und Jugendlichen entspannen und wohl fühlen können (vgl. Gahleitner et al., 2016, S. 42). Stationäre Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe „[...] verstehen sich als ein Zuhause auf Zeit und als effizienter Dienstleister der öffentlichen Jugendhilfe“ (Gahleitner et al., 2016, S. 41). Ein wichtiges Ziel dieser Einrichtungen liegt im Erhalt der Funktionalität der Klienten in ihrem Lebensumfeld. Dies bedeutet im engeren Sinne die Vorgabe von Entwicklungszielen und Rahmenbedingungen durch die BetreuerInnen, die sich hierbei stets an gesellschaftlichen Normen orientieren (vgl. Gahleitner et al., 2016, S. 42). Stationäre Einrichtungen werden dann als für die Entwicklung des Kindes/des Jugendlichen förderlich angesehen, wenn sie den Betroffenen ermöglichen Erfahrungen im Bereich Selbstwirksamkeit, Selbstwert sowie Selbstbindung machen zu können. Dies kann durch Integration in die Wohngruppe, Feedback durch die MitarbeiterInnen und durch ein zielführendes Handeln im Alltag zustande kommen (vgl. Lang et al., 2013, S. 17).

Hilfen zur Erziehung in Form von Heimerziehung stehen im Fokus vieler Fachdiskussionen, da diese tiefgreifende und weitläufige Auswirkungen auf die Biografien der Kinder und Jugendlichen haben können sowie sehr komplexe pädagogische Aufträge zu erfüllen haben (vgl. Macsenaere und Esser, 2012, S. 75). Eine Erziehungshilfe in einer stationären Einrichtung ist für gewöhnlich langfristig angelegt (vgl. Günder, 2015, S. 65). In einer Studie des Landeswohlfahrtsverbands Baden aus dem Jahr 2000, die sich mit dem Erfolg und dem Misserfolg von Heimerziehung beschäftigt, zeigte sich in diesem Zusammenhang, dass ein längerer Aufenthalt in einer stationären Einrichtung nachhaltigere Auswirkungen auf das Funktionieren und die Teilnah-

me am gesellschaftlichen Leben mit sich bringe. Auch die Zufriedenheit steige hier nach mit Dauer des stationären Aufenthaltes (vgl. Macsanaere und Esser, 2012, S. 75).

Zusammenfassend lassen sich stationäre Einrichtungen als ein vorübergehendes Zuhause für Kinder und Jugendliche, die zurzeit nicht in ihrer Herkunftsfamilie leben können betrachten. Stationäre Einrichtungen erfüllen sowohl einen pädagogischen Auftrag, sollen den Kindern und Jugendliche aber auch einen Wohlfühl- und Entspannungsort bieten.

## **2.1 Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen**

Um die Zielgruppe dieser Ausarbeitung zu verdeutlichen, wird an dieser Stelle auf Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen eingegangen.

Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen können, wollen oder dürfen aus verschiedensten Gründen vorübergehend oder langfristig nicht in ihrer Herkunftsfamilie leben. Sie stammen meist aus schwierigen Verhältnissen und bringen allesamt ihre ganz individuelle Geschichte mit, welche sowohl auf den ersten Blick, als auch erst nach längerem Aufenthalt, Traumatisierungen, Erziehungsdefizite etc. erkennen lassen kann (vgl. Günder, 2015, S. 39). Die Familien der betroffenen Kinder und Jugendlichen sind oftmals schon beim Jugendamt bekannt und ambulante Hilfen wurden bereits erfolglos installiert. Vereinzelt melden sich Kinder oder Jugendliche selbst beim zuständigen Jugendamt, weil sie die häusliche Situation als nicht mehr tragbar empfinden (vgl. Günder, 2015, S. 40). Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen stammen meist aus Familien unterprivilegierter Bevölkerungsschichten (vgl. Günder, 2015, S. 39).

Die Problemlagen der Kinder und Jugendlichen können sowohl gesellschaftlich als auch individuell oder familiär begründet sein (vgl. Günder, 2015, S. 44). Laut statistischem Bundesamt waren folgende Gründe in der aufgeführten Reihenfolge für den Aufenthalt von Kindern und Jugendlichen am 31.12.2012 in einer stationären Einrichtung, ausschlaggebend: Einschränkung der Erziehungskompetenz der Eltern, Gefährdung des Kindeswohls, Auffälligkeiten im Sozialverhalten des Kindes/Jugendlichen, Unversorgtheit des jungen Menschen, unzureichende Förderung des Kindes/Jugendlichen, Belastung durch familiäre Konflikte, Belastung durch Probleme der Eltern, Entwicklungsauffälligkeiten des Kindes/Jugendlichen, Übernahme eines anderen Jugendamtes und an letzter Stelle schulische Probleme (vgl. Günder,

2015, S. 44f.). Die familiären Probleme der Kinder und Jugendlichen liegen häufig in Überschuldung, geringerem Verdienst, Arbeitslosigkeit, Partnerschaftsproblemen, psychischen Störungen, Sucht sowie unorganisierter Haushaltsführung. Aus diesen Multiproblemlagen ergibt sich für die Kinder und Jugendlichen in stationären Einrichtungen ein ebenso komplexer Hilfebedarf (vgl. Häbel, 2012, S. 5 in Baierl und Frey, 2015, S. 276).

Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen haben schon durch die Trennung von der/den wichtigen Bindungsperson(en) bei der Aufnahme in die Einrichtung mindestens ein belastendes Ereignis in ihrer Biografie vorzuweisen (vgl. Macsenaere und Esser, 2012, S.91f.). „Diese biografische Belastung, die durchaus zu einer Traumatisierung werden kann, ist systemimmanenter Bestandteil der stationären Jugendhilfe“ (Macsenaere und Esser, 2012, S. 91f.). Auch nach Schmid kamen bereits mindestens 75 Prozent der Kinder und Jugendlichen in stationären Einrichtungen in ihrer Vergangenheit mit einem belastenden Erlebnis in Berührung, wodurch anzunehmen ist, dass viele dieser Kinder und Jugendlichen Traumatisierungen davon getragen und „[...] dass sie dissoziative Strategien zum Überleben angewandt haben“ (Weiß et al., 2014, S. 109). Die Kinder und Jugendlichen kommen mit Schwierigkeiten, Abweichungen, Störungen und Auffälligkeiten verschiedenster Art und Ausprägung in die Einrichtungen (vgl. GÜnder, 2015, S. 189). „Traumafolgestörungen sind nach Schmid (2013) bei fremdplatzierten Kindern eher die Regel als die Ausnahme“ (Baierl und Frey, 2015, S. 22). Zudem ist das Risiko des Scheiterns in einer Betreuungseinrichtung für Kinder und Jugendliche mit Traumatisierungen bis heute erhöht, je weniger traumaspezifisches Wissen die pädagogischen Fachkräfte vorweisen können (vgl. Schmid, 2007 in: Gahleitner et al., 2016, S. 21).

Kindern und Jugendliche werden in stationären Einrichtungen verschiedene Rahmenbedingungen und Entwicklungsaufgaben auferlegt. In diesem Sinne wird von ihnen erwartet, dass sie sich an die Rahmenbedingungen anpassen und innerhalb dieser funktionieren und sich kontrollieren können. Für traumatisierte Kinder und Jugendliche stellt dies auf Grund ihrer Erlebnisse und der oftmals daraus resultierenden beeinträchtigten Selbststeuerung jedoch häufig eine große Hürde dar (vgl. Gahleitner et al., 2016, S. 42).

Es ist an dieser Stelle festzuhalten, dass es sich beim Klientel stationärer Einrichtungen größtenteils um Kinder und Jugendliche handelt, die aus schwierigen Lebens-

verhältnissen stammen und oftmals eine belastete Vergangenheit hinter sich haben, deren Folgen sie oftmals mit sich herumtragen und die es ihnen erschweren, sich in die vorgegebenen Rahmenbedingungen einzufügen.

## **2.2 MitarbeiterInnen der stationäre Kinder- und Jugendhilfe**

Im letzten Gliederungspunkt dieses Kapitels liegt der Fokus auf den MitarbeiterInnen stationärer Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, inklusive den Anforderungen an diese sowie deren Aufgaben. Da es in der Fragestellung dieser Arbeit um den Umgang der MitarbeiterInnen stationärer Einrichtungen mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen geht, ist die Beschäftigung mit diesen für die Beantwortung sehr entscheidend.

Die stationäre Kinder- und Jugendhilfe fordert von den MitarbeiterInnen sowohl fachlich als auch praktisch ein breites Spektrum an Fähigkeiten und stellt ein komplexes Aufgabenfeld dar (vgl. Lang et al., 2013, S. 128). Aufgrund ihres umfangreichen Arbeitsalltages wird es für die Fachkräfte jedoch zur Herausforderung, ihre erworbenen fachrelevanten Erfahrungen konzeptuell und theoretisch zu begründen und somit auch schwerer einen selbstbewussten Umgang mit ihrer Berufsidentität zu entwickeln (vgl. Gahleitner und Schukze 2009 in: Lang et al., 2013, S. 52).

„Neben Fertigkeiten wie Kochen, Putzen, Wäsche waschen, Hausaufgabenhilfe, Gartenarbeit etc., Kenntnissen in kleiner Buchhaltung und Finanzhaushaltsführung, dem Wissen, wie Anträge gestellt, Berichte und Bewerbungen verfasst werden, über Zuständigkeiten verschiedener Behörden bis zu den unterschiedlichen Rechtsverpflichtungen bzgl. Arbeitsrecht, Aufsichtspflicht, Hygiene- und Gesundheitsrichtlinien, KJHG-Vorgaben etc., ist- unter dem Aspekt der Belastung- das Zeitmanagement eine der größten Herausforderungen“ (Lang et al., 2013, S. 128).

Da pädagogische Fachkräfte außerdem den größten Anteil der Traumaversorgung der Kinder und Jugendlichen übernehmen, werden sie somit neben den oben genannten Aufgaben auch mit extremen Verhaltensweisen, aufgrund der traumatisierenden Erfahrungen in der Vergangenheit der Kinder und Jugendlichen, konfrontiert (vgl. Weiß et al., 2013, S. 157, Lang et al., 2013, S. 52). Ein professioneller Umgang, umfangreiches Wissen sowie die Schaffung der nötigen Rahmenbedingungen für die betroffenen Kinder und Jugendlichen innerhalb der Einrichtungen gehört zu den Herausforderungen, vor die MitarbeiterInnen der stationären Kinder- und Jugendhilfe in ihrem Arbeitsalltag gestellt werden (vgl. Baierl und Frey, 2015, S. 2776f.). Von den MitarbeiterInnen fordert die Arbeit und das Zusammenleben mit Kindern und Jugend-

lichen, die traumatische Erfahrungen gemacht haben, aber vor allem die Fähigkeit, eine vertrauenswürdige, verlässliche und sichere Beziehung aufzubauen und ihnen ein Gefühl von Schutz zu vermitteln (vgl. Baierl und Frey, 2014, S. 158).

Es lässt sich festhalten, dass die Anforderungen, die an MitarbeiterInnen stationärer Einrichtungen gestellt werden, vielfältig und komplex sind. Die Alltagsgestaltung von belasteten oder gar traumatisierten Kindern und Jugendlichen, stellt eine anspruchsvolle Aufgabe an die MitarbeiterInnen dar. In ihrer Arbeit übernehmen die pädagogischen Fachkräfte einen wichtigen Teil der Traumaversorgung und stellen bedeutende Bindungspersonen für die Kinder und Jugendlichen dar, die in der Einrichtung ein Gefühl von „Zuhause“ vermittelt bekommen sollen aber auf Grund ihrer belasteten Biografie oftmals Schwierigkeiten haben, innerhalb der vorgegebenen Rahmenbedingungen zu funktionieren.

### **3 Traumatisierung**

Um den Grundstein für dissoziative Phänomene als Folge traumatischer Ereignisse zu legen, wird in diesem Kapitel der Aspekt der Traumatisierung bearbeitet. Nach der allgemeinen Vorstellung von Traumatisierung wird spezifisch auf Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen, sowie deren Folgen eingegangen. Abschließend liegt der Fokus auf Dissoziation als eine mögliche Traumafolge, welche in dieser Ausarbeitung im Mittelpunkt steht.

In dieser Arbeit wird größtenteils der Traumatisierungsbegriff anstelle von Trauma verwendet, um dessen Prozesshaftigkeit und Dynamik mit einzuschließen (vgl. Baierl und Frey, 2015, S. 22). Traumatisierung bezieht sich auf eine Untergruppe psychischer Störungen, die als Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde, erfolgt (vgl. ICD-10 in: Baierl und Frey, 2015, S. 23). Die Definition von Fischer und Riedesser (1998, S. 79) sieht ein Trauma:

„ [...] als ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (vgl. Baierl und Frey, 2015, S. 23).

Nach Sachsse (2012) gibt es drei aufeinanderfolgende Stresssysteme beim Menschen: das Kampf-Flucht-System, das Bindungssystem sowie die Erstarrung/den Todesreflex. Das Kampf-Flucht-System versetzt den Körper in einen Zustand von maximaler Aufmerksamkeit und Leistungsfähigkeit. Ist die Gefahr nicht durch das Kampf-Flucht-System abzuwenden greift das Bindungssystem ein, welches verursacht, dass der Körper in eine Haltung verfällt, die bei Mitmenschen Hilfeleistungen und beim Feind „Beißhemmungen“ auslösen soll. Die Bindungserfahrung wird gestärkt, wenn wir über dieses System Hilfe erlangen. Wenn auch durch das Bindungssystem keine Abwendung der Gefahr erzielt werden kann, greift die Erstarrung bzw. der sogenannte Todesreflex ein, der zum einen bezwecken soll, dass der Feind aufhört zu bekämpfen und den Betroffenen zum anderen in einen Zustand der Dissoziation versetzen kann. Auf diese wird im Laufe der Ausarbeitung genauer eingegangen. Bei einer klassischen Definition von Traumatisierung ist in der Regel von der Situation, in der das Erstarrungssystem aktiviert ist, die Rede (vgl. Baierl und Frey, 2015, S. 27f.).

Um den Prozess einer Traumatisierung zu erklären, wird im Folgenden ein Überblick über die neurologischen Vorgänge gegeben, die in einer traumatisierenden Situation von Bedeutung sind.

Tritt das Kampf-Flucht-System in Kraft, handelt der Mensch nach seinen Instinkten, ähnlich wie es auch Tiere tun. Hierbei sind vor allem der Hirnstamm, das limbische System, sowie der präfrontale Cortex aktiv. Der Hirnstamm steuert die lebensnotwendigen Systeme des Körpers, wie zum Beispiel die Atmung, den Kreislauf und die Herzfrequenz. Das limbische System beinhaltet unter anderem die Amygdala und den Hippocampus und ist beteiligt an der Steuerung des vegetativen Nervensystems, der Gefühlsentstehung sowie dem Umgang mit ihnen, der Gedächtnisbildung, der Wiedererkennung und Bewertung von Situationen und der Gefahreinschätzung. Die Amygdala ist für das Zusammenbringen von Ereignissen und Emotionen verantwortlich. In einer Gefahrensituation wird durch die Aktivierung des limbischen Systems über den Sympathikus Adrenalin und Noradrenalin, sowie Kortisol und Glutamat ausgeschüttet. Der Herzschlag und die Atmung werden beschleunigt, die Muskeln und lebenswichtige Organe werden mit mehr Blut versorgt, welches zu mehr Kraft und Schnelligkeit führt. Erhöhte Schweißbildung soll der Abschreckung des Gegners dienen. In einer typischen Kampf-Flucht-Situation steuert der Körper die meisten Vorgänge von ganz alleine und ein Eingreifen durch das Bewusstsein in diesen Au-

topilot Vorgang ist nur bedingt möglich. Hierbei macht der Betroffene die Erfahrung, dass er sich selbst helfen kann (vgl. Baierl und Frey, 2015, S. 28).

Wenn das Bindungssystem einsetzt, ist Kämpfen und Fliehen nicht möglich. Bei diesem Vorgang spielt das Hormon Oxytocin, welches im Hypothalamus gebildet wird und als Bindungshormon gilt, eine große Rolle. Wird Oxytocin ausgeschüttet, wird das Kampf-Flucht-Verhalten, also die Aktivität der Amygdala gehemmt und die des Parasympathikus gefördert. Dieser ist für Entspannung und Erholung zuständig. Die Erfahrung des Geholfen Werdens ist die Resonanz hieraus (vgl. Baierl und Frey, 2015, S. 28f.).

Kann die Gefahr nicht über das Bindungssystem oder die Kampf-Flucht-Reaktion abgewendet werden, wird das Erstarrungssystem aktiviert. Das limbische System sowie das periaquäduktale Höhlengrau spielen hier eine Rolle. Der Parasympathikus wird aktiviert und dadurch das vegetative Nervensystem stark heruntergefahren. Der Körper schüttet Opiate aus, die betäubend und schmerzlindernd wirken können, wodurch es schließlich zur kompletten Erstarrung, Sprachlähmung, Ohnmacht, Muskelspannung, Herzrasen und Dissoziation kommen kann. Auch dieser Vorgang geschieht ohne bewusste Steuerung oder vorheriges darüber Nachdenken und beschert dem Betroffenen die Erfahrung des Ausgeliefert Seins (vgl. Baierl und Frey, 2015, S. 29).

Vor allem bei einer komplexen Traumatisierung ist es möglich, dass eines der oben beschriebenen Systeme dauerhaft aktiviert bleibt oder Teile der Systeme im Wechsel arbeiten. Dies kann zur Folge haben, dass sich der Körper in einer dauerhaften Alarmbereitschaft befindet und schon kleine Reize, auch Trigger genannt, reichen, um Adrenalin und Cortisol auszuschütten. Trigger können Flashbacks, also Wiedererleben oder aber Intrusion, eine starke Erinnerung an die traumatisierende Situation, bei den Betroffenen hervorrufen. Die Betroffenen können sich in diesen Momenten meist nicht mehr steuern und auch der Abbau dieser Stoffe dauert hier länger als gewöhnlich. An dieser Stelle ist es wichtig, den Betroffenen genug Zeit zum Beruhigen zu geben und Aufarbeitungsgespräche erst später zu führen, da die Kapazität der Informationsaufnahme in solchen Momenten sehr eingeschränkt ist (vgl. Baierl und Frey, 2015, S. 29f.).

Die Symptome, die sich bei den Betroffenen in Folge von Traumatisierung äußern können, lassen sich in drei Hauptgruppen unterteilen: Intrusionen, Hyperarousal sowie Konstriktionen. Intrusionen äußern sich durch unkontrolliertes Wiedererleben des Traumas und starke Erinnerungen an die belastenden Erlebnisse. Hyperarousal bedeutet, dass sich die Betroffenen in einem ständigen Zustand der Überregung befinden und in Folge dessen Konzentrations- und Schlafstörungen sowie erhöhte Wachsamkeit, Schreckhaftigkeit und Reizbarkeit auftreten können. Konstriktionen bestehen in der Vermeidung von Situationen, die an das traumatische Erlebnis erinnern, eine innere Teilnahmslosigkeit und dissoziative Zustände (vgl. Jegodtka und Luitjens, 2016, S. 54).

Zusammenfassend ist zu betonen, dass während einer traumatischen Situation verschiedene Vorgänge im Gehirn ablaufen, die für die betroffene Person allesamt relativ unbewusst geschehen. Eine starke Traumatisierung kann dauerhafte Folgen für die Person haben, indem die beschriebenen neurologischen Vorgänge auch weiterhin im Alltag ablaufen und entsprechende Symptome bei den Betroffenen hervorrufen können.

### **3.1 Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen**

Um zu verdeutlichen, welche Wirkung eine Traumatisierung speziell auf Kinder und Jugendliche haben kann, wird an dieser Stelle ein kurzer Überblick über das Ausmaß und die Folgen von Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen gegeben.

In einer traumatischen Situation erleben Kinder und Jugendliche existenzielle Bedrohungen, in denen sie sich selbst handlungsunfähig und ohnmächtig fühlen. Hieraus resultieren oftmals enorme Hilflosigkeit sowie eine Erschütterung, im schlimmsten Falle sogar ein kompletter Verlust des Urvertrauens und des Vertrauens in das eigene Selbst. So können beispielsweise zwischenmenschliche Gewalterfahrungen, auf die keine oder aber nur unwirksame Hilfen folgen, durch die andauernde Schockreaktion und den Stress zur Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung oder Psychotrauma-Folgestörungen führen (vgl. Krüger, 2007, S. 21).

Zu einer nachhaltigen Schädigung kommt es dann, wenn das Kind oder der/ die Jugendliche keine Hilfe durch eine andere Person in Anspruch nehmen kann, die die Gefahr abwenden könnte. Sind auch Kampf oder Flucht unmöglich, so wird das Kind oder der Jugendliche, wie im vorherigen Unterpunkt bereits beschrieben, in einen

Zustand der Erstarrung und der Unterwerfung versetzt. All diese Verhaltensweisen lassen sich als dissoziative Reaktionen zusammenfassen (vgl. Korittko, 2016, S. 27).

„Die beste Möglichkeit, eine anhaltende Bedrohung zu verkraften, besteht in der Unterwerfung darin, die Wahrnehmung der Außenwelt »abzuschalten«, also alle wahrnehmbaren Informationen über das Geschehen, die eigenen Emotionen, den eigenen Körper und die eigenen Gedanken nicht zu einem Gesamtbild zusammenzufügen; die sensorischen Wahrnehmungsfragmente fallen auseinander wie die Splitter eines zerbrochenen Spiegels“ (Korittko, 2016, S. 27).

Dies wiederum kann zur Folge haben, dass es zu weiter andauerndem und wiederholtem Extremstress kommt, wodurch sich die Psychotrauma-Folgestörungen chronifizieren und weiter ausbilden können (vgl. Krüger, 2007, S. 21). Werden die Kinder und Jugendlichen durch Trigger, wie Gerüche, Geräusche oder Bilder an das traumatische Erlebnis erinnert, kann es passieren, dass die Psyche wieder in die Vergangenheit versetzt wird und das Gehirn eine erneute akute Bedrohung feststellt (vgl. Krüger, 2007, S. 23).

Traumatisierende Erlebnisse die Kinder und Jugendliche durchleben mussten, wirken noch lange nach und führen oftmals dazu, dass die Betroffenen diese Erfahrungen auch in ihre aktuellen Beziehungen übertragen (vgl. Weiß et al., 2014, S. 101). Zudem können sie Auswirkungen auf das Selbstkonzept der Betroffenen sowie das Konfliktverhalten und die gesamte Gehirnentwicklung haben (vgl. Brisch und Hellbrügge, 2003; Hüther, 2003 in Baierl und Frey, 2014, S. 27). Häufig können Kinder und Jugendliche die Opfer traumatisierender Erlebnisse wurden, ihre Gefühle nicht klar ausdrücken oder ihr oftmals abweichendes Verhalten in bestimmten Situationen oder Momenten nicht erklären (vgl. Lang et al., 2013, S. 60). „Oft sind es negierte und unterdrückte Gefühle, zu denen die Kinder und Jugendlichen wenig Zugang haben, die Problemverhalten auslösen“ (Lang et al., 2013, S. 60). Werden diese Gefühle von den MitarbeiterInnen nicht (richtig) wahrgenommen, kann diesen auch keine angemessene Bedeutung beigemessen werden und die Handlungsspielräume werden zukünftig immer geringer (vgl. Lang et al., 2013, S. 60).

Traumatische Erfahrungen in der frühen Kindheit können sowohl psychiatrische Folgen, als auch chronisch somatische Probleme sowie Lernprobleme, inklusive Schul- und Berufsschwierigkeiten nach sich ziehen (vgl. Gahleitner et al., 2015, S. 95). Früherlebte hochbelastende Erfahrungen können bei Kindern und Jugendlichen dazu führen, dass die Persönlichkeit gar nicht erst richtig zusammenwächst. Bei Erwachsenen kann es in Folge traumatischer Erfahrungen zu einer Aufspaltung der Persön-

lichkeit kommen (vgl. Korittko, 2016, S. 25). Die Adverse-Childhood-Experiences-Study zeigt außerdem, dass sich belastende Erfahrungen in der Kindheit sowohl auf die psychische, als auch auf die physische Gesundheit im Erwachsenenalter auswirken (vgl. Korittko, 2016, S. 25).

Beispiele für traumatisierende Ereignisse im Kindes- und Jugendalter wären sexuelle Gewalt, Misshandlung, Vernachlässigungen, schwerwiegende Verlusterlebnisse, medizinische Eingriffe, Unfälle oder Naturkatastrophen (vgl. Korittko, 2016, S. 28f.). Typische Symptome in Folge eines traumatischen Erlebnisses bei Kindern und Jugendlichen sind das Wiedererleben und Reinszenieren der traumatischen Situation im Spiel sowie Vermeidung von allem, was an das Trauma erinnern könnte. Auch sozialer Rückzug oder der Verlust von Kompetenzen, die das Kind eigentlich schon erworben hatte, können die Folge einer Traumatisierung sein. Schlafstörungen, Störungen der Konzentration, Gedächtnisstörungen, Verschlechterung der schulischen Leistung, Reizbarkeit, Aggressivität oder somatische Beschwerden können allesamt Symptome einer Traumafolgestörung sein.

Festzuhalten ist, dass eine Traumatisierung, je früher sie geschieht, tiefgreifenden Einfluss auf die gesamte Entwicklung, das Sozialverhalten sowie die Beziehungsfähigkeit der betroffenen Kinder und Jugendlichen nehmen kann.

### **3.2 Dissoziation als Traumafolge**

Um den Fokus der Arbeit zu verdeutlichen, wird im Folgenden das Phänomen der Dissoziation als spezifische Traumafolge bearbeitet und ein detaillierter Überblick über Symptome und Sinnhaftigkeit dieses Vorganges gegeben. Um diesen Bereich noch spezifischer auf das Thema dieser Ausarbeitung einzugrenzen, wird anschließend auf Dissoziation bei Kindern und Jugendlichen eingegangen.

Nach dem International Classification of Diseases (ICD-10) gibt es drei wichtige Instanzen, um die Einheit der Persönlichkeit zu erleben: Das Gedächtnis, die Identität und die Wahrnehmung. Eine Assoziation dieser drei Bereiche findet statt, um psychische Konstanz sicherstellen zu können. Bei Dissoziation sind diese Funktionen jedoch ohne organische Ursache nachhaltig gestört. In einem dissoziativen Moment wird die Erinnerung an die Vergangenheit verhindert oder verändert, das Identitätsbewusstsein sowie die Kontrolle über Bewegungen und Empfindungen des Körpers gestört und die aktuelle Wahrnehmung und die Emotionen werden von anderen psychischen Prozessen abgespalten (vgl. Egle/Hoffmann/Joraschky, 2005, S. 393 in:

Weiß et al., 2014, S. 16). Bei Dissoziation besteht also keine Verbindung der normalerweise verbundenen psychischen Verarbeitungsprozesse im Gehirn, die eine konstante Wahrnehmung der Umgebung und des Selbst garantieren würden (vgl. Weiß et al., 2014, S. 16). In der Praxis wird das „Wegdriften“, also Unansprechbarkeit einer Person, meist als Dissoziation gedeutet, aber das Spektrum der unterschiedlichsten Symptome ist sehr viel breiter gefächert. Alle Symptome enthalten jedoch den gleichen Kern: Das Abspalten oder die Trennung verschiedener psychischer Instanzen. So besteht sehr wohl eine Verbindung verschiedenster Formen der Äußerung von Dissoziation, auf Grund der gemeinsamen psychischen Prozesse, nicht aber auf Grund gemeinsamer Symptome (vgl. Weiß et al., 2014, S. 16).

Zurückzuführen ist das Konzept der Dissoziation sowie dessen Zusammenhang zum Traumaerleben und –verarbeiten auf Pierre Janet, Ende des 19 Jahrhunderts/ Beginn des 20 Jahrhundert. Laut Janet bilden sich als Folge von traumatisierenden Erfahrungen unbewusste Gedanken, die vom Normalbewusstsein abgespalten sind und damit das Unbewusste hervorbringen (vgl. Schmutz, 2012, S. 86f.). Während Freud und andere Psychoanalytiker Dissoziation als eine aktive Abwehrleistung betrachten,

„[...] sehen JANET und spätere DissoziationsforscherInnen dissoziative Zustände als Ausdruck eines eher passiven, nicht intentionalen, automatisch ablaufenden autoregulativen psychischen Mechanismus` bei der Bewältigung einer traumatischen Erfahrung“ (Schmutz, 2012, S. 88).

Inhaltlich sowie historisch lässt sich ein Zusammenhang mit dem „Hysterie“ Konzept herstellen, welches verschiedenste nicht organische, psychische und körperliche Funktionsstörungen umfasst, die oftmals mit einer dramatisierenden und emotionalisierenden Symptomatik einhergehen (vgl. Seidler et al., 2011, S. 231).

Dissoziative Störungen betreffen das Bewusstsein der Person und beinhalten eine Desintegration psychischer Funktionen (vgl. Fegert und Kölch, 2013, S. 118). Im schlimmsten Fall kommt es zu einer dissoziativen Identitätsstörung, bei der eine völlige Abspaltung unterschiedlicher Persönlichkeitsanteile voneinander stattfindet (vgl. Weiß et al., 2014, S. 18). Im Ursprung haben solche Reaktionen und Empfindungen eine schützende Wirkung, denn während einer bedrohlichen Reaktion kann eine psychische Distanzierung vom eigenen Körperempfinden und Emotionen das Ganze erträglicher machen (vgl. Weiß et al., 2014, S. 19).

Dissoziation umfasst das begriffliche Gegenteil von Assoziation und wird sowohl in der Physik, der Chemie, der Biologie, als auch der Psychologie als ein Prozess der Trennung, des Zerfalls, der Unterbrechung oder der Abspaltung beschrieben. Alle Definitionen haben dabei gemeinsam, dass Dissoziation als eine Störung der normalen Integration und Assoziation von Informationen und Erlebnissen angesehen wird (vgl. Weiß et al., 2014, S. 15). Während eines dissoziativen Zustandes besteht keine Verbindung zwischen verschiedenen, normalerweise verbundenden, geistigen oder gedanklichen Prozessen und Inhalten (Putnam, 1997 in: Weiß et al., 2014, S. 15.). Das Phänomen der Dissoziation ermöglicht es also folglich, mentale Prozesse sowie Inhalte voneinander trennen zu können (vgl. Fiedler, 2013, S. 1). Menschen können während belastender Situationen oder in Momenten die sie beängstigen, sogenannte Depersonalisierungserfahrungen machen, in denen sie sich selbst wie von außen wahrnehmen. „Bei einer normalen Entwicklung führen dissoziative Erfahrungen nicht zur Fragmentierung der Erinnerung oder des Selbst“ (Wieland, 2014, S. 19). Die Erfahrungen werden normal ins Selbst integriert. Dauern die belastenden Erfahrungen jedoch über einen längeren Zeitraum an und kann es durch mangelnde Unterstützung nicht zur Verarbeitung des Geschehenen kommen, so wird die innere Selbstwahrnehmung langfristig gestört. Das Geschehene wurde zwar von der betroffenen Person wahrgenommen, jedoch nicht als bewusster Vorgang (Wieland, 2014, S. 19). Bei Betroffenen kann es in Momenten der Dissoziation dazu kommen, dass diese nicht auf ihr ganzes Verhaltensrepertoire zugreifen und somit Hilfsangebote oft nur schwer annehmen können. An dieser Stelle kann es auch zu einer Retraumatisierung kommen, da die Betroffenen in Erinnerung an das traumatische Erlebnis oftmals in den erlernten Schutzmechanismus des Übersichergehenlassen wechseln, anstatt sich anderen mitzuteilen (vgl. Lang, 2013, S. 61). „Dissoziation wird in der Regel als ein Prozess verstanden, der die Psyche vor überwältigendem Stress und Traumata schützt“ (Weiß et al., 2014, S. 13). Neben diesem Schutzcharakter führt Dissoziation jedoch auf Dauer zu verzerrter Wahrnehmung und beschränkten kognitiven Integrationsvorgängen (vgl. Wieland, 2014, S. 17).

Dissoziative Störungen werden in zwei Untergruppen aufgeteilt: Den Bewusstseinstypus und den körpersymptomatischen Typus. Unter den Bewusstseinstypus fallen dissoziative Identitätsstörungen sowie Depersonalisierungs- und Derealisationsstörungen. Auf diese Begriffe wird später noch genauer eingegangen. Der körpersymptomatische Typus umfasst dagegen Bewegungsstörungen, im Sinne

von Krampfanfällen oder Lähmungserscheinungen. Teilweise kommt es vor, dass sowohl Symptome des Bewusstseinstypus, als auch die des körpersymptomatischen Typus auftreten (vgl. Resch und Schulte- Markwort, 2005, S. 21f.). Im ICD-10 fallen sowohl psychische, als auch motorische und sensorische Symptome unter den Begriff der dissoziativen Störung, das amerikanische Klassifikationssystem *Diagnosics and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)* hingegen unterteilt in dissoziative Störungen, inklusive psychischer Symptome und somatoforme Störungen, inklusive der körperlichen Symptome (vgl. Sack et al., 2013, S. 422f.).

In einer Definition Putnams von 1994 benennt dieser vier Kategorien dissoziativer Phänomene: Die Gedächtnisdysfunktion, Störungen der Identität, passive Beeinflussung sowie Absorption/ Trance (vgl. Weiß et al., 2014, S. 17). Im Folgenden wird genauer auf diese vier Kategorien eingegangen.

„Dysfunktionen des Gedächtnisses können sich äußern, indem Amnesien für bestimmte Geschehnisse, Informationen und ganze Lebensabschnitte auftreten“ (Weiß et al., 2014, S. 17). Die Amnesie gilt hierbei als ein grundlegendes Symptom von Dissoziation und als ein wichtiger Bestandteil anderer Symptome, die den Betroffenen bei der Verhinderung an die Erinnerung der schmerzhaften Erlebnisse helfen und sie zumindest vorerst vor psychischer Belastung bewahren können (vgl. Steinberg, 1995 in: Weiß et al., 2014, S. 17). Es gibt verschiedene Phänomene von dissoziativen Störungen der Identität. Dazu gehören die Identitätsalteration, die Depersonalisation/Derealisation sowie die Identitätskonfusion (vgl. Weiß et al., 2014, S. 17).

Identitätsalteration bezieht sich auf das Gefühl (sowohl von anderen als auch auf das eigene), dass Betroffene mehrere Persönlichkeiten haben (vgl. Steinberg, 1995 in: Weiß et al., 2014, S. 18). Hierzu kann ein beobachtbares Wechseln der Rolle/Identität der Betroffenen, mit untypischen Verhaltensweisen, gehören. Die Abspaltung kann in Teilen oder aber auch vollständig durch Traumatisierung hervorgerufen werden, sodass die Gesamtpersönlichkeit nicht mit dem Trauma konfrontiert wird und weiterhin funktionieren kann (vgl. Weiß et al. 2014, S. 18)

Bei Derealisation findet eine Dissoziation des Erlebens der Umwelt vom eigenen Ich-Bewusstsein statt, die betroffene Person fühlt sich dann oft wie in einem Film, der an ihm/ihr vorüber zieht und der emotionale Kontakt zur Umwelt erscheint in solchen Momenten oftmals unmöglich. Diese Empfindungen dienen während traumatisierenden Situationen als Hilfe, um eine Distanz zum traumatischen Erlebnis zu schaffen,

aber werden in dem Moment belastend, wo sie sich im Alltag manifestieren (vgl. Weiß et al., 2014, S. 19).

Identitätskonfusion bringt einen Verlust für das Gefühl der eigenen Identität mit sich (vgl. Weiß et al., 2014 S. 19). „Innerhalb einer Identitätskonfusion stehen Betroffene der eigenen Person mit Konflikten oder Unsicherheiten gegenüber und sind sich nicht sicher, wer sie sind“ (Weiß et al., 2014, S. 19).

Eine passive Beeinflussung bedeutet eine Trennung der Willensbildung vom eigenen Erleben. „[...] das Gefühl, dass das eigene Verhalten von einer sich außerhalb der Person befindlichen Kraft beeinflusst wird“ (Putnam, 1994 in: Weiß et al., 2014, S. 19). Diese Trennung kann für die Betroffenen während eines traumatischen Erlebnisses dadurch hilfreich sein, dass er/sie „[...] sich nicht direkt mit der eigenen Handlung identifizieren muss“ (Weiß et al., 2014, S. 20). Später kommt es dann oftmals zu einer Entfremdung der Erlebnisse vom eigenen Handeln der Betroffenen, wodurch Angst und Gefühle des Kontrollverlustes ausgelöst werden können (vgl. Weiß et al., 2014, S. 20).

Absorption beschreibt das Eintauchen in eine Tätigkeit (z.B. ein Musikstück o.ä.) und das damit einhergehende Ausschalten von allem anderem aus dem Bewusstsein. Solche Zustände sind sowohl bei Personen mit dissoziativer Störung, als auch bei psychisch unauffälligen Personen zu beobachten und stehen im Zusammenhang mit Informationsverarbeitungs- und Kreativitätsprozessen. Den Rückzug in eine eigene Gedanken- und Erlebenswelt kann zum einen das völlige Aufgehen in einer Tätigkeit mit sich bringen, zum anderen aber auch als Schutz vor der möglicherweise belastenden Realität geschehen (vgl. Weiß et al., 2014, S. 20).

„Zu den normalen Fähigkeiten zur Dissoziation zählen autohypnotische Fertigkeiten, wie sich selbst zu anästhesieren bzw. analgesieren, oder auch die Fähigkeit, mit konzentrierter Aufmerksamkeit ohne Ablenkung komplexe Aufgaben zu lösen“ (Sack et al., 2013, S. 422).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Grundprinzip der Nicht-Assoziation bzw. Trennung/Abspaltung bei allen Symptomgruppen vorhanden ist. Das typische Bild des „Wegdriftens“ ist sowohl im Rahmen von Depersonalisierung, Trance, Absorption, Identitätsalteration aber auch Traumawiedererlebens möglich. Durch traumareaktivierende Umweltreize wird die mentale Repräsentation mit den entsprechenden Affekten reaktiviert. Die Vielfalt und der häufige Wechsel der Symptome

kann bei Betroffenen zu Angst führen, auch weil der Zusammenhang zu möglichen Auslösern oft nicht klar ersichtlich ist (vgl. Weiß et al., 2014, S. 25f.).

Nach Putnam existieren drei Mechanismen, die den oben beschriebenen Symptomen zugrunde liegen und die als Abwehrmechanismen betrachtet werden können. Dazu zählen Automatisierung, Kompartimentalisation der Informationen und des Affektes sowie Identitätsalteration/Entfremdung vom Selbst (vgl. Weiß et al., 2014, S. 21). Im Folgenden wird auf diese Mechanismen eingegangen.

Automatisiertes Handeln ermöglicht es in traumatisierenden Situationen zu handeln, ohne dabei ein konkretes Bewusstsein über die vollzogenen Handlungen zu haben. Bei Personen mit dissoziativen Erkrankungen findet oftmals eine Automatisierung im Alltag statt. „Eine willkürliche Fokussierung der Aufmerksamkeitsprozesse auf die aktuelle Handlung ist nicht mehr möglich“ (Weiß et al., 2014, S. 21).

Kompartimentalisation bringt eine Isolation oder eine Trennung von Erinnerungen und Bewusstseinssebenen mit sich (vgl. Putnam, 1997 in: Weiß et al., 2014, S. 21). Die Betrayel-trauma theory nach Freyd 1994, 1996 vertritt die Annahme, dass Informationen aufgrund ihres Schadens für das Bindungssystem, vom Bewusstsein des Kindes dissoziiert werden, so bleibt beispielsweise auch nach einem sexuellen Missbrauch durch einen Elternteil die Bindung trotz des traumatischen Erlebnisses meist bestehen. Jedoch können Trigger oder Flashbacks Erinnerungen wieder bewusst werden lassen (vgl. Weiß et al., 2014, S. 22). An dieser Stelle tritt das sogenannte implizite Gedächtnis in Kraft, welches unbewusst wirkt und sich in Form von konditionierten Reaktionen, intrusiven Wiedererlebens sowie als Reaktivierung affektiv-kognitiver Schemata bemerkbar macht. Erstere wären zum Beispiel Ängste und Phobien. Intrusives Wiedererleben äußert sich durch Flashbacks und Blackouts und Letzteres könnte zu einer Reinszenierung des Traumas führen (vgl. Fiedler, 2013, S. 30).

Die Identitätsalteration wurde im Zusammenhang mit den Symptomen der Dissoziation bereits beschrieben. An dieser Stelle kommt noch der Aspekt der Entfremdung vom eigenen Selbst hinzu, dessen Folgen meist Ängste vor Selbstverlust, Anspannung und Qual-Gefühle für die Betroffenen mit sich bringt. In bestimmten traumatisierenden Situationen kann Entfremdung jedoch durchaus hilfreich sein, dadurch dass das eigentliche Ich dann nicht direkt betroffen ist (vgl. Weiß et al., 2014, S. 22). Nach Putnam 1997 ist Entfremdung trotz des Schutzcharakters das Kernsymptom patholo-

gischer Dissoziation und oftmals auch der Auslöser für selbstdestruktives Verhalten (vgl. Weiß et al., 2014, S. 22).

Abschließend ist noch einmal zu betonen, dass Dissoziation als Schutz-, Abwehr- und Überlebensmechanismus des Gehirns vor Stress oder Traumatisierung dient und als an sich noch nicht zwingend auffällig gesehen werden sollte. „Dissoziative Störungen sind sichtbarer Ausdruck der innerpsychischen Verarbeitung und Bewältigung traumatischer Erfahrungen“ (Fiedler, 2013, S. 1). Bei stark traumatisierten Personen kann es jedoch zur Entwicklung von dissoziativen Störungen kommen, da in traumatischen Situationen aus der Vergangenheit meist dissoziative Mechanismen gegriffen haben und sich die Personen so an Dissoziation als Stressbewältigung gewöhnt haben. Diese tritt dann anstelle von Stressbewältigungsmechanismen auf und kann auch in alltäglichen Situationen als Reaktion auf Stress auftreten, sodass die emotionale Funktionsfähigkeit beeinträchtigt wird und sich die Dissoziation pathologisch manifestieren kann (vgl. Weiß et al., 2014, S. 30). Dissoziation tritt meist als komplexer Prozesse auf, welcher der Verarbeitung der traumatischen Erfahrung dient und nicht selten auch als Symptom anderer Traumafolgestörungen auftreten kann (vgl. Fiedler, 2013, S. 2). Posttraumatische Belastungsstörungen sowie dissoziative Störungen nehmen im Bereich der stressbezogenen psychiatrischen Störungen, die zentralsten Rollen ein (vgl. Resch und Schulte-Markwort, 2005, S. 21).

„Neben anderen posttraumatischen Belastungsstörungen stellen die dissoziativen Reaktionen eine besondere intrapsychische Möglichkeit dar, schwer erträgliche Belastungen unmittelbar autoregulativ zu verarbeiten“ (Fiedler, 2006, S. 51).

Zusammenfassend ist also herauszustellen, dass dissoziative Reaktionen auf der einen Seite als eine Erleichterung beim Ertragen der akuten traumatischen Erfahrung zu bewerten sind, auf der anderen Seite jedoch auch als eine Erschwerung des anschließenden nötigen Verarbeitungsprozesses betrachtet werden können (vgl. Sack et al., 2013, S. 13f.).

### **3.2.1 Dissoziation bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen**

Damit deutlich wird, wie sich Dissoziation bei Kindern und Jugendlichen äußert, wird in diesem Unterpunkt gezielt auf diese Zielgruppe eingegangen.

Dissoziation bei Kindern und Jugendlichen lässt sich schwer einordnen, da Phänomene, die bei Erwachsenen als Dissoziative Störung angesehen werden, bei Kindern und Jugendlichen teilweise als ganz normal bewertet werden (vgl. Weiß et al., 2014,

S. 38). Aufgrund der mangelnden Diagnosekriterien für Kinder und Jugendliche müssen Diagnosen für Erwachsene auf diese angewendet werden, wobei es zu einer Vernachlässigung von entwicklungspsychologischen Aspekten, wie zum Beispiel normalen Tagträumen oder häufigen Aufmerksamkeitswechsell führen kann (vgl. Weiß et al., 2014, S. 39).

Man unterscheidet bei Kindern und Jugendlichen zwischen leichter, moderater und schwerer Dissoziation (vgl. Wieland, 2014, S. 21). „Auch wenn bei traumatisierten Kindern dissoziative Symptome zu erwarten sind, so entwickeln die meisten von ihnen keine dissoziative Störung“ (Wieland, 2014, S. 23).

Eine leichte Dissoziation äußert sich durch Wegdriften des Kindes/des Jugendlichen in reaktive Zustände ohne Übergänge. So kann es zum Beispiel zu plötzlichen Stimmungsschwankungen kommen (vgl. Wieland, 2014, S. 20). Bei einer moderaten Dissoziation entwickeln Kinder und Jugendliche ein Taubheitsgefühl für ihre eigenen Gefühle und Empfindungen. Es kommt zu einer, wie oben bereits beschriebenen, Depersonalisierung und Derealisation. Bei schwerer Dissoziation werden Gefühle, Empfindungen und Erfahrungen komplett von der Wahrnehmung abgespalten und außerhalb des Bewusstseins gespeichert. Es finden dann häufig Wechsel zwischen diesen Selbstzuständen statt. Oftmals erinnern sich Kinder im Nachhinein nicht mehr an ihr Handeln und ihr Verhalten während eines dissoziativen Zustandes, es kommt zu einer dissoziativen Amnesie. Befindet sich das Kind in einem dissoziativen Zustand, so kann es passieren, dass es während dieser Zeit auf einen ganz anderen, bereits vergangenen Entwicklungsstand zurückgreift und auf den aktuellen Stand an Lernerfahrungen und situativen Umständen nicht zurückgegriffen werden kann (vgl. Wieland, 2014, S. 21). Das Kind oder der/die Jugendliche ist sich jedoch meist bewusst darüber, dass es über verschiedene Selbstzustände verfügt. Befindet es sich jedoch in einem dissoziativen Zustand, so wird dieses Bewusstsein nicht vorhanden sein. Das Kind oder der/die Jugendliche/r kann dann von Außenstehenden wie eine ganz andere Person wahrgenommen und nur schwer erkannt werden, welcher Trigger für den Wechsel in diesen Zustand verantwortlich war. Zudem finden die Wechsel in dissoziative Zustände häufig sehr abrupt statt. Ist das Kind oder der/die Jugendliche so stark von Dissoziation betroffen, wird von einer dissoziativen Identitätsstörung gesprochen (vgl. Wieland, 2014, S. 21f.).

Dissoziation kann dann langanhaltend werden, wenn die betroffenen Kinder und Jugendlichen nicht die nötige Unterstützung und Zuwendung bekommen, um das Trauma angemessen verarbeiten zu können. Das Kind wird dann wohlmöglich die eigenen Schutzmechanismen, in diesem Falle dissoziative Strategien, anwenden müssen (vgl. Wieland, 2014, S. 29). Wenn das Kind oder der/die Jugendliche/r jedoch nach einem traumatischen Erlebnis von seinem Umfeld gut aufgefangen und geschützt wird, so besteht keine Notwendigkeit, weiterhin dissoziative Bewältigungsstrategien anzuwenden (vgl. Wieland, 2014, S. 30).

„Ist das Gehirn auch nicht imstande, die Traumatisierung spurlos auszubügeln, so kann es sie doch erfolgreich kompensieren, wenn es einer günstigen Umwelt ausgesetzt wird“ (Resch und Schulte-Markwort, 2005, S. 9).

Für die Abklärung einer dissoziativen Symptomatik sollten sowohl Verhaltensauffälligkeiten, emotionale und kognitive Veränderungen, als auch auf körperliche Probleme mit einbezogen werden (vgl. Wieland, 2014, S. 25ff.).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich das Erkennen und Diagnostizieren von Dissoziation als Folge einer Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen sichtlich schwerer als bei Erwachsenen gestaltet. Zudem spielen die Unterstützungs- und Hilfsangebote des Umfeldes an die Kinder und Jugendlichen nach einer traumatischen Erfahrung bei der Manifestation dissoziativer Zustände eine entscheidende Rolle.

## **4 Traumapädagogik**

Dieses Kapitel gibt eine Einführung in die Grundlagen der Traumapädagogik. Hierfür wird vorerst auf die traumaspezifischen Bedarfe von Kindern und Jugendlichen eingegangen, welche den Grundstein für das im Folgenden vorgestellte, traumapädagogische Konzept, inklusive der nötigen Grundhaltung legen. Um den Fokus zu setzen, folgt anschließend eine Spezialisierung auf Traumapädagogik in stationären Einrichtungen. Den Abschluss bildet die Zusammenführung von Traumapädagogik und Dissoziation. Da es in dieser Ausarbeitung darum geht, inwiefern Traumapädagogik bei Dissoziation hilfreich sein kann, stellt diese Zusammenführung den theoretischen Hauptteil der Arbeit dar und trägt maßgeblich zur Beantwortung der Fragestellung bei.

Ausschlaggebend für Traumapädagogik ist „[...] die konsequente Anwendung der Psychotraumatologie auf die sozialpädagogische Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit Vernachlässigungs-, Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen“ (Lang et al., 2013, S. 56). Traumapädagogik stellt eine neue Fachrichtung dar, die auf verschiedene Disziplinen zurückgreift und versucht, betroffene Kinder und Jugendliche zu betreuen- begleiten und zu behandeln (vgl. Gahleitner et al., 2015, S. 180). Sie basiert auf dem Grundwissen aus der Psychotraumatologie, der Psychoanalyse, der Bindungs- und Resilienzforschung, der Sozialen Arbeit, der Erziehungswissenschaften, therapeutischer Disziplinen sowie der Neurobiologie (vgl. Weiß et al., 2014, S. 100). Das Zentrum der Traumapädagogik wird durch eine legitimierende Haltung gegenüber den belasteten Kindern und Jugendlichen bestimmt (vgl. Weiß et al., 2014, S. 100).

„Die jungen Menschen, die als »gestörte Persönlichkeit«, »Verhaltensauffällige« oder »Systemsprenger« auffallen, könnten eben auch als »Überlebenskünstler« gesehen werden, die biografiegerecht auf die ihnen geboten Herausforderungen reagiert haben“ (Korittko, 2016, S. 243).

Die Traumapädagogik bemüht sich darum, den im Folgenden beschriebenen Bedarf der traumatisierten Kinder und Jugendlichen „[...] mit theoretisch fundierten, standardisierten und praxisbezogenen Aus- und Weiterbildungsangeboten nachzukommen“ (Gahleitner et al., 2015, S. 176).

Hierfür existieren diverse Weiterbildungsinstitute, die entsprechende Zusatzqualifikationen, entsprechend der Standards der Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik sowie der deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie, anbieten (vgl. Gahleitner et al., 2015, S. 176).

#### **4.1 Traumaspezifische Bedarfe von Kinder und Jugendlichen**

In diesem Unterpunkt werden die Bedarfe von traumatisierten Kindern und Jugendlichen vorgestellt, um anschließend schon einmal kurz auf daraus resultierende traumapädagogische Anforderungen und Interventionen einzugehen, welche im nächsten Unterpunkt anschließend genauer erläutert werden.

Die vier psychischen Grundbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen lassen sich wie folgt zusammenfassen: Positives Selbstwerterleben, Bindung, Lustgewinn sowie Orientierung und Kontrolle (vgl. Grawe, 2004 in: Gahleitner et al., 2016, S. 72). Die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen sowie ein erfülltes Leben hän-

gen von der Befriedigung dieser Grundbedürfnisse ab. Hierbei spielen sowohl äußere Begebenheiten, als auch das innere Bewertungsschemata der Kinder und Jugendlichen eine Rolle. Bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen kann es durch hoch belastende Erlebnisse zu negativem Verhalten und Bewertungsschemata kommen, wodurch die Erfüllung der Grundbedürfnisse deutlich erschwert wird (vgl. Gahleitner et al., 2016, S. 72).

Kinder und Jugendliche mit Traumatisierungserfahrungen benötigen vor allem äußere Sicherheit. Hierzu zählen sowohl Rahmenbedingungen, innerhalb derer ihre Grundbedürfnisse befriedigt werden können, als auch einen Ort, an dem sie sich wohl, heimatlich und angenommen fühlen. Zudem sollte das Umfeld förderlich für neue korrigierende Erfahrungen sein und klare Strukturen sollten für Sicherheit, Transparenz sowie Vorhersehbarkeit sorgen (vgl. Gahleitner et al., 2016, S. 73). Traumatisierten Kindern und Jugendlichen fehlte es lange an eben diesen Sicherheit gebenden Rahmenbedingungen: Vorhersehbarkeit, Berechenbarkeit sowie Kontrolle. Regeln, Absprachen und klare Strukturen stellen daher einen wichtigen Bestandteil traumapädagogischen Arbeitens dar (vgl. Gahleitner et al., 2016, S. 74).

Ein weiterer wichtiger Bedarf von traumatisierten Kindern und Jugendlichen liegt in geschützten Kontaktmöglichkeiten. Innerhalb des oben beschriebenen sicheren Rahmen sollten sie die Chance haben, ihre sozialen Kontakte eigenständig zu steuern und kontrollieren zu können (vgl. Gahleitner et al., 2016, S. 76f.).

Transparenz und Partizipation sind wichtige Voraussetzungen, um einen Ort als sicher empfinden zu können. Hierbei geht es vor allem darum, diesen zu verstehen und mitgestalten zu können (vgl. Gahleitner et al., 2016, S. 77).

„Beziehung, Zugehörigkeit und Bindung gehören zu den psychischen Grundbedürfnissen“ (Gahleitner et al., 2016, S. 78). Daraus ergibt sich der Hauptaspekt traumapädagogischer Arbeit, der in Kapitel vier ausgiebig behandelt wird: Bindungs- und Beziehungsfähigkeit aufzubauen und zu stärken. Es handelt sich hierbei um langfristige, verlässliche, wohlwollende und wertschätzende Beziehungen, bei denen Struktur, Transparenz und klare Grenzen für ein geschütztes Angebot sorgen, welches sich stets an den Grundbedürfnissen der Kinder und Jugendlichen orientiert, aber auch die der MitarbeiterInnen berücksichtigen (vgl. Gahleitner et al., 2016, S. 78f.).

Kontrollverluste sind für traumatisierte Kinder und Jugendliche keine Seltenheit, weswegen die Einführung und Förderung von selbstregulatorischen Fähigkeiten, in-

klusive der emotionalen und körperlichen, sowie der Stabilität und Kontrolle des Verhaltens, wichtige Bausteine in der gemeinsamen Arbeit darstellen (vgl. Gahleitner et al., 2016, S. 80f.).

Für Betroffene ist es wichtig, sich selbst wieder zu verstehen und von anderen verstanden zu werden. Hierfür ist es besonders bedeutend Biografiearbeit und Psychoedukation mit den Kindern und Jugendlichen durchzuführen und die Sprache als das entscheidende Instrument dieses Prozesses zu sehen (vgl. Gahleitner et al., 2016, S. 82).

„Betroffene benötigen antitraumatisch wirkende Erfahrungen, welche ein Rücklernen oder Neulernen positiver Wirklichkeitskonstruktionen ermöglicht“ (Gahleitner et al., 2016, S. 83). Hierfür sollte ein Setting voller Spaß, Lebensfreude, Lebendigkeit, Liebe und Stolz geschaffen werden (vgl. Gahleitner et al., 2016, S. 83).

Kinder und Jugendliche, denen Furchtbares widerfahren ist, müssen nach und nach ihre traumatischen Erfahrungen in ihre Lebensgeschichte integrieren. Hilfreich hierfür ist es, dass Betroffene wissen, dass ihre Reaktion und die Traumatisierung vollkommen normal und nachvollziehbar sind und sie Schritt für Schritt wieder in ihren Alltag zurückgeführt werden. Trotz alledem ist es aber auch wichtig, dass die Kinder und Jugendlichen über das Geschehene sprechen können und bei Flashbacks angemessen aufgefangen werden. Durch das Aufzeigen von Möglichkeiten zur Trauer- oder Verlustverarbeitung, können traumatisierte Kinder und Jugendliche besser mit dem Geschehenen abschließen, um anschließend durch eine Neuorientierung das verarbeitete Erlebnis in ihre Lebensgeschichte integrieren zu können (vgl. Gahleitner et al., 2016, S. 83f.).

Auch die Berücksichtigung von Spiritualität sowie die Arbeit mit der Familie der Betroffenen bilden einen wichtigen Teil des Heilungsprozesses der traumatisierten Kinder und Jugendlichen (vgl. Gahleitner et al., 2016, S. 84f.).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Kinder und Jugendliche spezielle Grundbedürfnisse haben, die es um eine gute und erfolgreiche Entwicklung gewährleisten zu können, zu befriedigen gilt. Traumatisierte Kinder und Jugendliche haben bei der Befriedigung dieser Bedürfnisse oftmals erhebliche Probleme. Um besser mit diesen arbeiten zu können, muss auf ihre spezifischen Bedarfe eingegangen werden.

## 4.2 Konzept der Traumapädagogik

Um den Kerngedanken der Traumapädagogik herauszuarbeiten, werden im Folgenden, aufbauend auf den oben bereits kurz aufgegriffenen Bedarfen von traumatisierten Kindern und Jugendlichen, das Konzept sowie die nötige Grundhaltung der Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik erläutert.

Der Nutzen, der Sinn sowie die Notwendigkeit von traumapädagogischen Konzepten lassen sich in den folgenden Punkten zusammenfassen. Auf Grund ihrer traumatischen Erfahrungen haben die betroffenen Kinder und Jugendliche spezielle pädagogische Bedarfe, denen die Traumapädagogik durch die Anwendung von psycho-traumatologischen Erkenntnissen in der Pädagogik gerecht zu werden versucht. Zudem gibt es immer mehr traumatisierte Heranwachsende in der Kinder- und Jugendhilfe und der demensprechende Bedarf an einer Pädagogik in diesem Bereich ist hoch. Häufigen Abbrüchen und Heimkarrieren kann durch geschulte Fachkräfte entgegen gewirkt werden und pädagogische Fachkräfte können eine Steigerung ihrer Selbstwirksamkeit erfahren. Neue Rahmenbedingungen und Leitungsstrukturen, die sich an den Bedarfen und den benötigten Ressourcen der traumatisierten Kinder und Jugendlichen orientieren, können durch den Einsatz des traumapädagogischen Konzeptes geschaffen werden. Durch eine traumaspezifische Pädagogik kann zudem die Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie verbessert werden und die Arbeitsleistung der pädagogischen Fachkräfte in diesem Bereich mehr Anerkennung finden. Durch den Einsatz von Traumapädagogik können Grenzverletzungen und Retraumatisierungen in der Kinder- und Jugendhilfe vermieden und die Sensibilität in Bezug auf Bindung und Trauma, im Prozess der Hilfeplanung und der Elternarbeit kann gesteigert werden (vgl. Lang et al., 2013, S. 63-70). Ziel der Traumapädagogik ist es:

„[...] für die von schweren Belastungen betroffene Kinder und Jugendlichen ein Milieu zu schaffen, in dem sie sich mit sich und ihrem Umfeld sicher und selbstwirksam erleben können“ (Lang et al., 2013, S. 127).

Zur traumapädagogischen Arbeit gehören sowohl eine spezielle Haltungsdimension als auch Kenntnisse, Kompetenzen und Fertigkeiten sowie eine Bereitschaft zum lebenslangen Lernen und die Bereitschaft zur Selbsterfahrung, Supervision und Selbstfürsorge (vgl. Gahleitner et al., 2016, S. 59).

„In den letzten zehn Jahren ist eine Anzahl traumapädagogischer Konzepte entstanden, die sich in der Schwerpunktsetzung und ihren Bezügen unterscheiden“ (Jegodtka und Luitjens, 2016, S. 15). Diese Unterscheidungen bestehen auf Grund der verschiedenen Kontexte und Hintergründe, aus denen die jeweiligen Mitwirkenden stammen sowie den unterschiedlichen inhaltlichen Gewichtungen. So beziehen sich einige Konzepte direkt auf die praktische Arbeit und wurden auch innerhalb der Praxis entwickelt, andere beziehen sich mehr auf Wissensauswertungen verschiedenster Disziplinen und Fachbereiche (vgl. Jegodtka und Luitjens, 2016, S. 15). Auf Grund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit werden im Folgenden nur die Standards der BAG TP erläutert und fortlaufend verwendet. Hierbei wird auf die Annahme des Guten Grundes, Wertschätzung, Partizipation, Transparenz, Spaß und Freude, Selbstbemächtigung/ -wirksamkeit sowie auf die Förderung der Körper- und Sinneswahrnehmung eingegangen.

Zu erkennen und wertzuschätzen, dass die Verhaltensweisen traumatisierter Kinder und Jugendlicher notwendig und überlebenswichtig für sie geworden sind, ist ein wichtiger Aspekt in der Arbeit mit den Betroffenen sowie bei der Unterstützung zur Entwicklung alternativer Verhaltensweisen (vgl. Lang et al., 2013, S. 87). Bei den Kindern und Jugendlichen ist es zu einer Entwicklung eines Trauma-logischen Verhaltens als Regulationsversuch gekommen, welches für die Betroffenen überlebensnotwendig sowie durchaus sinnvoll und begründbar in Bezug auf das Trauma ist (vgl. Lang et al., 2013, S. 108). „Diese immense Leistung der Mädchen und Jungen gilt es anzuerkennen, zu achten und wertzuschätzen“ (Lang et al., 2013, S. 109).

Die Kinder und Jugendlichen sind beim Finden des „Guten Grundes“ für ihr Verhalten auf die PädagogInnen angewiesen, das Ganze sollte folglich als gemeinsamer Prozess gesehen werden (vgl. Lang et al., 2013, S. 110). Für die PädagogInnen ist die Annahme des „Guten Grundes“ zudem wichtig in Bezug auf die Wertschätzung und das Verstehen der Kinder und Jugendlichen, ohne folglich zwingend damit einverstanden sein zu müssen (vgl. Lang et al., 2013, S. 111).

Die wertschätzende Haltung in der Traumapädagogik ist auf ein humanistisches Menschenbild zurückzuführen, in dem es darum geht, Mitmenschen und deren Überzeugungen zu achten und zu tolerieren (Lang et al., 2013, S. 113). Aufgabe der Traumapädagogik ist es an dieser Stelle, die Kinder und Jugendlichen durch die Schaffung eines sicheren Rahmens dabei zu unterstützen, wieder ein positives

Selbstbild aufbauen zu können und das Geschehene in ihre Lebensgeschichte zu integrieren (vgl. Lang et al., 2013, S. 88).

„Die Teilhabe an der Gestaltung der eigenen Lebensbedingungen zählt zu den wichtigen Einflussfaktoren, die zur seelischen Gesundheit führen“ (Lang et al., 2013, S. 88). Traumatisierte Kinder und Jugendliche sind geprägt von Fremdbestimmung und Gefühlen der Machtlosigkeit, weshalb Erfahrungen von Zugehörigkeit, Teilhabe, Kompetenz und Autonomie von enormer Bedeutung in der Arbeit mit Betroffenen sein sollten. Hierbei stellen ausreichend Informationen und vor allem Transparenz aller sie betreffende Sachverhalte eine Grundvoraussetzung dar (vgl. Lang et al., 2013, S. 115). Es geht im Kontext von Partizipation also nicht um die Entmachtung der betreuenden PädagogInnen, sondern vielmehr um die Beachtung der Kinder und Jugendlichen (vgl. Lang et al., 2013, S. 117).

Kinder und Jugendliche müssen zudem Transparenz und Verantwortungsbewusstsein im Umgang mit Machtverhältnissen und Strukturen erfahren (vgl. Lang et al., 2013, S. 89). Hierbei gilt es vor allem stets zu erklären, was, wann, wo und warum etwas passiert und somit die Unberechenbarkeit des bisherigen Umfeldes durch Berechenbarkeit, Klarheit, Vorhersehbarkeit sowie Begründbarkeit zu ersetzen (vgl. Lang et al., 2013, S. 119).

Die Belastung durch das Erfahrene und die Widerstandsfähigkeit der Kinder und Jugendlichen sollten mit der Freudenseite und durch die Stärkung von vorhandenen sowie die Erschließung neuer Ressourcen wieder ins Gleichgewicht gebracht und neue korrigierende Erfahrungen des emotionalen Erlebens ermöglicht werden. Zudem schafft eine Fokussierung auf Spaß und Freude in der Pädagogik auch mehr Freude im Arbeitsalltag der PädagogInnen (vgl. Lang et al., 2013, S. 89, 122f.).

Um die Kinder und Jugendlichen in ihrer Selbstbemächtigung und Selbstwirksamkeit stärken zu können, müssen die PädagogInnen wissen, was bei Traumatisierung und Stress bei den Betroffenen vor sich geht. Außerdem müssen sie lernen, ihre eigene Stressreaktion verstehen zu können. Bei der Betrachtung der Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen sollten stets die individuelle Entwicklungslogik sowie die hohe Sinnhaftigkeit für die Betroffenen selbst beachtet werden. Durch gezielte entwicklungsgerechte Förderung im pädagogischen Alltag erfahren die Kinder und Jugendlichen, was Traumatisierung und Stress bei ihnen auslöst und sie können durch Angebote die Sinnhaftigkeit ihrer Verhaltensweisen verstehen und mit diesem Wis-

sen als Ausgangslage versuchen, Verhaltensalternativen zu entwickeln (vgl. Lang et al., 2013, S. 90).

Um die Körper- und Sinneswahrnehmungen der Kinder und Jugendlichen zu fördern ist es sinnvoll, dass die PädagogInnen die Sinnesreize berücksichtigen, die auf die Kinder und Jugendlichen in der Gruppe einwirken und gezielt auf diese aufmerksam machen. Zudem sind ein reflektierter Umgang mit Nähe und Distanz sowie eine Unterscheidung in angenehme und unangenehme Nähe enorm wichtig in der Arbeit mit Betroffenen. Hilfreich ist es, mit Bewegungs- und Entspannungseinheiten zur Stress- und Belastungsregulation, mit Sinnesreizen und mit Angeboten, die den Kindern und Jugendlichen helfen sollen, Wahrnehmungen ihres Körpers durch Sprache auszudrücken, zu arbeiten (vgl. Lang et al., 2013, S. 90).

Um die Emotionsregulation der Kinder und Jugendlichen angemessen fördern zu können ist es wichtig, dass die MitarbeiterInnen über fachspezifisches Wissen der Basisgefühle, inklusive den zugehörigen möglichen Körperreaktionen, Handlungsimpulsen und Empfindungen verfügen. Hierbei ist die Wahrnehmung und Benennung der eigenen Gefühle, auch in Bezug auf den Aspekt der Übertragung sowie der Gegenübertragung, von großer Bedeutung. Zudem sollten die MitarbeiterInnen in der Lage sein mit Über- und Unterregung umzugehen und ihre Emotionen regulieren und stabilisieren zu können. In schwierigen Situationen sollten sie diesbezüglich Unterstützungsmöglichkeiten in Anspruch nehmen können. Für die Kinder und Jugendlichen bedeutet dies im Gegenzug, dass ihnen in Bezug auf das Verständnis ihrer eigenen Emotionen, Körperreaktionen, Verhaltensweisen und Impulse ausreichend Angebote zur Verfügung stehen und sie gezielt durch Psychoedukation Trigger erkennen und benennen können. Zusätzlich hierzu sollten die Kinder und Jugendlichen erlernen, ihre eigenen Emotionen und auch die der anderen entsprechend wahrzunehmen, deuten zu können, um sie anschließend angemessen zum Ausdruck bringen zu können. Auch Unterstützung in der Selbstregulation und der Stabilisierung sollten nicht zu kurz kommen (vgl. Lang et al., 2013, S. 91).

MitarbeiterInnen, die traumapädagogisch arbeiten wollen, brauchen bestimmte Kenntnisse und Fertigkeiten, um in der alltäglichen Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen etwas bewirken zu können. Hierfür ist es wichtig, dass sie in der Lage sind, die „Traumabrille“ aufzusetzen, was bedeutet, dass sie das aktuelle Verhalten der Kinder und Jugendlichen „ [...] als Ausdruck früherer Beziehungserfahrungen

sehen“ (Gahleitner et al., 2016, S. 62). Dementsprechend sollten auch keine Erwartungshaltungen und Sanktionen in Bezug auf das Verhalten durch die MitarbeiterInnen erfolgen. Anstelle von Sanktionen sollte über Wiedergutmachungen gesprochen werden, insofern sich die Kinder oder Jugendlichen wieder beruhigt haben. Zudem sollten die MitarbeiterInnen versuchen, das Verhalten der Kinder nicht als eine Art Grenztestung oder Provokation zu sehen, sondern vielmehr zu berücksichtigen, dass sie in entsprechenden Situationen keine Kontrolle mehr über sich haben und somit alternative Verhaltensweisen nicht zur Auswahl stehen. Durch diese Art der Betrachtung können die MitarbeiterInnen eine empathischere und weniger negative Haltung gegenüber den Kindern und Jugendlichen entwickeln (vgl. Gahleitner et al., 2016, S. 62). Einen weiteren wichtigen Aspekt in der traumapädagogischen Arbeit nehmen der Prozess und die Bereitschaft zum lebenslangen Lernen sowie zur Selbsterfahrung und Supervision ein. Offen für neue Erfahrungen und Lerninhalte zu sein, aber auch sich selbst gut zu kennen und zu wissen, wie die eigene Reaktion in unterschiedlichsten Situationen aussieht, ist hier von großer Bedeutung (vgl. Gahleitner et al., 2016, S. 63ff.). Aktive Selbstfürsorge und auch der Schutz vor sekundärer Traumatisierung sowie Burnout-Prävention sollte in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen auf keinen Fall zu kurz kommen (vgl. Gahleitner et al., 2016, S. 66).

Das traumapädagogische Konzept setzt eine spezielle Haltung voraus, derer sich die Fachkräfte annehmen sollten, um als Teil des Ganzen erfolgreich mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen arbeiten zu können. Zudem erfordert die traumapädagogische Arbeit verschiedenste Fähigkeiten und Kenntnisse sowie die Bereitschaft der MitarbeiterInnen, sich intensiv mit der eigenen Persönlichkeit sowie dessen Schutz auseinanderzusetzen.

### **4.3 Traumapädagogik in stationären Einrichtungen**

Dieser Gliederungspunkt spezialisiert sich auf den Einsatz von Traumapädagogik in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in dessen Setting sich diese Arbeit bewegt.

Die Traumapädagogik als neue Fachrichtung entstand im Rahmen der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe (vgl. Jegodtka und Luitjens, 2016, S. 15). Grundgedanke der Traumapädagogik ist vor allem die Einstellung, dass es nicht bloß die Kinder und Jugendlichen sind die sich ändern müssen, um besser in die jeweilige Einrichtung zu

passen, sondern vielmehr auch die Einrichtungen selbst, inklusive der Haltung und Arbeitsweise der MitarbeiterInnen (vgl. Korittko, 2016, S. 243). An erster Stelle der traumapädagogischen Arbeit in stationären Einrichtungen steht die Schaffung eines „sicheren Ortes“ als ein förderliches traumapädagogisches Milieu, bei dem den vergangenen schlechten Erfahrungen korrigierende Beziehungserfahrungen gegenüber gestellt werden. So steht beispielsweise anstelle von Unberechenbarkeit nun Transparenz und Berechenbarkeit, an Stelle von Einsamkeit und Isolation treten Beziehungsangebote. Abwertung und Bestrafung werden durch Ermutigung und Lob ersetzt etc. (vgl. Lang et al., 2013, S. 57). Es muss ein Ort geschaffen werden, an dem die Traumafolgestörungen der Kinder und Jugendlichen als deren notwendiger Schutzmechanismus anerkannt werden, sodass für die Betroffenen die Voraussetzung geschaffen ist, um sich in den Beziehungen sicher und verstanden zu fühlen und ihre Symptome aufgeben zu können (vgl. Lang et al., 2013, S. 57). Es geht darum, „[...] aus der Wirkung von traumatisierenden, emotional invalidierenden Umwelten [...]“ (Lang et al., 2013, S. 56f.), die Bedarfe der Kinder und Jugendlichen an einem sicheren Ort zu erschließen (vgl. Lang et al., 2013, S. 56f.).

MitarbeiterInnen der stationären Kinder- und Jugendhilfe die traumapädagogisch arbeiten, brauchen im Ergebnis ähnliche innerpsychische Fähigkeiten wie die Kinder und Jugendlichen, um bei Krisen handlungsfähig zu bleiben. Hierzu zählt zum Beispiel das Einsetzen der Emotionsregulationsfähigkeit, antidissoziativen Fertigkeiten, Entwicklung von Selbstwirksamkeit sowie die Pflege von Resilienzfaktoren. MitarbeiterInnen benötigen Fachwissen über Traumafolgestörungen, um gezielt auf die Bedarfe der Kinder und Jugendlichen eingehen zu können und sie selber auch für diese zu sensibilisieren. Die MitarbeiterInnen sowie deren Verhalten in Krisen dienen als wichtige Modelle für Kinder und Jugendliche. Haben diese ihre eigenen Emotionen unter Kontrolle, ist es von großer Bedeutung, das Verhalten des Kindes oder der/des Jugendlichen unter Berücksichtigung dessen Vergangenheit zu deuten und somit den „guten Grund“ hinter der jeweiligen Reaktion zu finden und diesen entsprechend wertzuschätzen (vgl. Lang et al., 2013, S. 57f.).

Folgende Erwartungen werden in einem traumapädagogischen Konzept an die PädagogInnen gestellt: Gestaltung einer professionellen, verlässlichen und wertschätzenden Beziehung, Umsetzung des Wissens um den Guten Grund in alltagspraktische Pädagogik, reflektierter Umgang mit Reinszenierung von Erfahrungen wie Hass, sexuelle Gewalt und Verlassenheit der Kinder, Unterstützung der Kinder bei

Selbstbemächtigung sowie die Berücksichtigung störungswertiger dissoziativer Zustände im traumapädagogischen Alltag (vgl. Weiß et al., 2013, S. 157f.). MitarbeiterInnen dürfen nicht bloß als umsetzende Instanzen gesehen werden, sondern vielmehr als fest in das Konzept der Traumapädagogik integriert und sich damit identifizierend und erlebend (vgl. Lang, B. 2013b, S. 222 in: Weiß et al., 2013, S. 158).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die PädagogInnen stationärer Einrichtungen, um den Anforderungen und Bedarfen der Kinder und Jugendlichen gerecht zu werden, den Alltag mit ihnen besser gestalten zu können und einen sicheren Ort für sie schaffen zu können, über psychotraumatologisches Grundwissen sowie traumapädagogische Methoden verfügen sollten (vgl. Weiß et al., 2013, S. 158).

#### **4.4 Traumapädagogik und Dissoziation**

Im Folgenden findet eine konkrete Zusammenführung von Dissoziation und Traumapädagogik statt. Es soll um den traumapädagogischen Umgang mit dissoziativen Zuständen bei Kindern und Jugendlichen gehen und aufgezeigt werden, inwiefern die oben beschriebene Grundhaltung hilfreich für die Arbeit mit betroffenen Kindern und Jugendlichen in solchen Momenten sein kann.

Einer der Standards der BAG TP lautet wie folgt: „PädagogInnen verstehen die Funktion von Dissoziation und wissen um die Möglichkeiten der Unterstützung“ (vgl. Positionspapier BAG TP, 2011, S. 9). Die Traumapädagogik nimmt sich zur Aufgabe Dissoziation in der Arbeit zu berücksichtigen und versucht entsprechende Mittel zu finden, die Betroffenen in ihrer Selbstbemächtigung zu unterstützen (vgl. Weiß et al., 2014, S. 9).

Traumapädagogische Konzepte beziehen sich im Kontext von Dissoziation auf fünf verschiedene Ebenen: In der ersten Ebene geht es um die Vermittlung von Wissen an Fachkräfte und die Bereitstellung von Reflexion im Umgang mit Dissoziation. Die zweite Ebene beinhaltet Pädagogische Handlungskonzepte zur Verringerung der Dissoziationsneigung für Pflegefamilien und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe. An dritter Stelle steht die Pädagogik der Selbstbemächtigung zur Unterstützung der Kinder und Jugendlichen, Dissoziation zu verstehen und als überlebenswichtige Strategien anzuerkennen und zu lernen, störungswertige Dissoziation zu regulieren. Die vierte Ebene meint den Einbezug und die Berücksichtigung von Dissoziation in Elternarbeit und die fünfte Ebene beinhaltet die angemessenen strukturellen Bedin-

gungen für Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie für Pflegefamilien (vgl. Weiß et al., 2014, S. 108).

Die Diagnostik der Dissoziation stellt sich als besonders wichtig heraus, da die Betroffenen oft das Gefühl haben, sich selbst nicht zu verstehen und von anderen nicht verstanden zu werden. Eine Diagnostik sorgt für ein besseres Verständnis der Symptome. Hierbei muss eine Unterscheidung zwischen psychologischer Diagnostik, die auf eine exakte Diagnose für die anschließende Therapie abzielt und einem diagnostischen Prozess, stattfinden. Die Diagnostik kann anschließend für die Pädagogik genutzt werden, um dem Kind die genauen Symptome zu vermitteln und beim Verstehen zu helfen (vgl. Weiß et al., 2014, S. 64f.). Auch das pädagogische Fallverstehen stellt einen wichtigen Prozess dar. „Es geht um das gemeinsame Explorieren von Kind und Pädagoge, darum, gemeinsam die Symptome verstehen zu lernen“ (Weiß et al., 2014, S. 64).

Mit dem Hintergedanken: „Jedes Verhalten, mag es noch so bizarr, sinnlos und dysfunktional erscheinen, ist für die durchführende Person sinnhaft“ (Weiß et al., 2014, S. 104), kann das Verhalten von Betroffenen besser erklärt und verstanden werden und es kann eine angemessene Unterstützung in der Selbstakzeptanz erfolgen (vgl. Weiß et al., 2014, S. 104). Die Pädagogik der Selbstbemächtigung als Teil der Traumapädagogik fördert den Wechsel von der Objekt- in die Subjektrolle und somit die Unterstützung der Kinder und Jugendlichen, sodass diese wieder zu aktiv handelnden Subjekten werden können (vgl. Weiß et al., 2014, S. 104). Werden dissoziative Zustände nicht beachtet, so kann dies zu einer Eskalation der Situation sowie zu Unverständnis der Fachkräfte auf der einen Seite und der Kinder und Jugendlichen auf der anderen Seite führen (vgl. Weiß et al., 2014, S. 106). Wichtig in diesem Zusammenhang sind vor allem die Überprüfung, ob sich die Kinder und Jugendlichen in diesem Moment in einem dissoziativen Zustand befinden sowie die anschließende Erkenntnis:

„Die erlebte Kontaktverweigerung galt nicht der Pädagogin. Die Reflexion der eigenen Gegenreaktion zu den dissoziativen Zuständen der Mädchen und Jungen erhält die pädagogische Handlungsfähigkeit“ (Weiß et al., 2014, S. 113).

Traumapädagogisches diagnostisches Fallverstehen dient hierbei als Werkzeug, um die Kinder und Jugendlichen zu schützen, den PädagogInnen mehr Handlungssicherheit zu geben und die Kinder und Jugendlichen selbst zu bemächtigen (vgl. Weiß et al., 2014, S. 113). Es geht darum, die Dissoziationsneigung da zu verringern,

wo sie störungswertig ist (vgl. Weiß et al., 2014, S. 115). Stressverringern, die Verankerung im Hier und Jetzt sowie die Körperwahrnehmung und Körperfürsorge gelten hierbei als Hauptaspekte.

Bei der Verringerung von Stress geht es um folgende Aspekte: Die Schaffung von Sicherheit und Transparenz, eine Identifizierung von Triggern und Stimuli sowie die Minimierung von Scham und Selbstwertbedrohung (vgl. Weiß et al., 2014, S. 115). Stress gilt hierbei als Kampf und Flucht Reaktionsbegriff, der Dissoziation auslösen kann. Aus diesem Grund ist die Minimierung von Stressoren in der Umgebung von großer Bedeutung, sodass für die Kinder und Jugendlichen ein sicherer Ort geschaffen werden kann. Wichtig hierbei sind vor allem Transparenz, Partizipation, Schutz vor Täterkontakten sowie Bindungsangebote der MitarbeiterInnen (vgl. Weiß et al., 2014, S. 115f.). Zur Minimierung von Stress gehört aber auch die Reduktion von Rückblenden, die die Betroffenen in die Traumatisierungssituation zurückversetzen und dissoziative Zustände auslösen können. Hierfür muss gemeinsam mit den Kindern und Jugendlichen nach möglichen Triggern, den Auslösern für diese Zustände, gesucht werden. Ein wichtiger Bestandteil liegt jedoch auch im Verstehen der Rückblenden durch die psychosozialen Fachkräfte (vgl. Weiß et al., 2014, S. 116). Auch die Verminderung von Selbstwertbedrohungen als Stressreaktion spielt eine Rolle in der Arbeit mit Betroffenen. Durch das stark belastete Selbstkonzept der Kinder und Jugendlichen ist die Stressanfälligkeit sehr hoch, wodurch Dissoziation begünstigt wird (vgl. Weiß et al., 2014, S. 117). „Selbstwertbedrohungen wie z.B. schon der einfache Satz „Was guckst du?“ können sekundäre Traumasymptome wie Überregung, Erstarrung und Dissoziation auslösen“ (Levine/Kline 2006, S. 60 in Weiß et al., 2014, S. 117). Ein sorgsamer Umgang mit (Interpretations-) Macht ist deshalb von großer Bedeutung, um Selbstwertbedrohungen zu minimieren. Hilfreich an dieser Stelle ist die traumapädagogische Haltung, die durch ihre verstehende Sichtweise, Situationen weder als verrückt noch als extrem anstrengend, sondern vielmehr als eine normale Reaktion der Kinder und Jugendlichen auf Stress einordnet und stets den „Guten Grund“ im Hinterkopf behält (vgl. Weiß et al., 2014, S. 117f.).

„Wenn ich mit dem Kind den Guten Grund für dieses Verhalten suche und seine/ihre Lebensleistung Wert schätze, können die Mädchen und Jungen diese Selbstwertdimensionen übernehmen. Sie können ihre Bewältigungsfähigkeiten schätzen lernen“ (Weiß et al., 2014, S. 118).

Bei der Verankerung im Hier und Jetzt geht es sowohl um die kognitive Verankerung, die Entwicklung des Zeitgefühls und die räumliche Ausstattung, als auch die Wahrnehmung mit allen Sinnen (vgl. Weiß et al., 2014, S. 115). „Dissoziierende Kinder und Jugendliche fallen so aus der Zeit, sie sind im Hier und Jetzt nicht mehr anwesend“ (Weiß et al., 2014, S. 118). Damit die Verankerung im Hier und Jetzt für die Kinder und Jugendlichen wieder möglich wird, ist eine systematische Verankerung nötig. Kognitive Möglichkeiten wären zum Beispiel die Auswertung des Alltags durch Tagebücher, Skilllisten oder Kinderteams. Durch die Regelmäßigkeit und den Ritualeffekt werden die Kinder und Jugendlichen in ihrer Entwicklung des Zeitgefühls, welches durch das traumatische Ereignis ge-/zerstört wurde, unterstützt (vgl. Weiß et al., 2014, S. 118). Die räumliche Ausstattung spielt eine wichtige Rolle bei der Förderung des Wohlergehens und einer offenen Wahrnehmung des Hier und Jetzt. So können sich beispielsweise helle Einrichtungen, großzügige Flure und selbst mitgestaltete eigene Zimmer mit Rückzugsmöglichkeit positiv auf die Verankerung im Hier und Jetzt auswirken. Eine Wahrnehmung mit allen Sinneskanälen unterstützt sowohl die Verringerung der Dissoziationsneigung als auch die Unterbrechung dissoziativer Zustände. Positive Sinnesreize wie gutes Essen, schöne Bilder und gute Musik gelten als stabilisierende Faktoren, aber auch taktile Möglichkeiten zur Verankerung im Hier und Jetzt. Verschiedene Materialien zum Ertasten an der Wand können hilfreich sein, um sich und seine Umwelt wieder spüren zu lernen (vgl. Weiß et al., 2014, S. 119). „Die Unterstützung der Wahrnehmung mit allen Sinneskanälen unterstützt die sensorische Integration: Die Zusammensetzung des Menschen mit seiner Umwelt“ (Weiß et al., 2014, S. 119).

Für psychosoziale Fachkräfte in stationären Einrichtungen ist es hilfreich, über Handlungswerkzeuge zur Unterbrechung von dissoziativen Zuständen der Kinder und Jugendlichen zu verfügen. Hierbei sollte aber stets beachtet werden, dass diese Zustände immer auch verschiedene Funktionen und Wirkmechanismen erfüllen und den Betroffenen zur Regulation dienen, sie aber trotz alledem gleichzeitig von ihrer Umwelt und den Menschen um sie herum trennen. Außerdem sollte klar sein, dass Kinder und Jugendliche diese Zustände am besten selbst beenden können oder aber lernen sollten, dies auf lange Sicht selber zu schaffen. Die Selbstregulation spielt eine bedeutende Rolle im Prozess der Traumaheilung. Wenn Kinder und Jugendliche nicht selbst in der Lage sind, dissoziative Zustände zu unterbrechen, ist es Aufgabe der Fachkräfte, dies für sie zu übernehmen. Hierbei können Dissoziationsstopps als

Möglichkeit zur Unterbrechung dienen: Aufstehen, Fenster öffnen, bewusstes Atmen, Bewegung, viel trinken, Überkreuzübungen, Handmassagen, Musik sowie diverse Sinnesreize sind einige Beispiele. Fachkräfte sollen im Rahmen der Selbstbemächtigung Dissoziationsstopps mit den Kindern und Jugendlichen entwickeln und damit die Subjekteinstellung fördern (vgl. Weiß et al., 2014, S. 120). Damit während des Unterbrechens die Selbstbestimmung soweit wie möglich erhalten bleibt und Trigger eliminiert werden, ist es von großer Bedeutung, vorher vorzubereiten, wo und wie viel Körperkontakt und Lautstärke erlaubt sind, welche Sinnesreize mit negativen Erfahrungen verknüpft werden, was bisher geholfen hat und was getan werden darf, falls die betroffene Person gar nicht aus dem dissoziativen Zustand heraus zu bekommen ist. Beim Einsatz von Sinnesreizen geht es vor allem darum, dass diese möglichst stark sind (z.B. scharfe, saure oder bittere Speisen sowie laute Geräusche) (vgl. Weiß et al., 2014, S. 121). Eine Unterbrechung des dissoziativen Zustandes durch einen Eingriff von einer Fachkraft beendet den Zustand, bringt das Kind oder den Jugendlichen wieder in Kontakt, lässt Betroffene erfahren, dass sie von ihren Bezugspersonen geschützt werden und sie es selbst nicht haben regeln können. Wichtig ist es deshalb, im Nachhinein mit dem Kind/Jugendlichen das Geschehene zu besprechen und zusammenzutragen, welche Methoden gut geholfen haben, welcher Sinneskanal gut erreichbar war und was für sie gar nicht erträglich war. Durch das Besprechen können im besten Fall neue Möglichkeiten zur Selbstregulation gewonnen werden (vgl. Weiß et al., 2014, S. 121). Durch die Pädagogik der Selbstbemächtigung können die Kinder/Jugendlichen von einer Fremdsteuerung in die Selbststeuerung zurück finden und lernen sich selbst zu regulieren. Hierbei ist es wichtig für sie, durch ausreichend Psychoedukation, über die Grundlagen der Dissoziation, inklusive „[...] der Entwicklung von Selbstakzeptanz, Selbstwahrnehmung und Selbstregulation“, Bescheid zu wissen (Weiß et al., 2014, S. 122). Zudem kommen die Kinder und Jugendlichen durch die Selbstregulation wieder von der Objekt- in die Subjektrolle und merken, dass sie selbst Einfluss auf ihre dissoziativen Zustände nehmen können, sodass sie in ihrer Selbstwirksamkeit bestätigt werden und die Grundvoraussetzungen für einen inneren sicheren Ort geschaffen sind (vgl. Weiß et al., 2014, S. 122).

Um die Selbstbemächtigung zu unterstützen, muss an verschiedenen Punkten angesetzt werden. Hierzu gehört zum einen das Selbstverstehen der betroffenen Kinder

und Jugendlichen, aber auch die Selbstakzeptanz, die Selbstwahrnehmung sowie die Selbstregulation (vgl. Weiß et al., 2014, S. 122-130).

Dissoziative Zustände können von Betroffenen wie im Nebel wahrgenommen werden, wie zu träumen, nichts zu spüren, neben sich zu stehen, die Kontrolle über den Körper zu verlieren. An dieser Stelle ist es wichtig, den Kindern und Jugendlichen deutlich zu machen, dass Dissoziation ein hilfreiches menschliches Vermögen sein kann, welches vor schmerzhaften Eindrücken schützen kann und als eine Art Notfallprogramm funktioniert, um etwas bewältigen zu können (vgl. Weiß et al., 2014, S. 122f.). „Das Heilende beginnt mit den Worten: „Du verhältst dich normal für das, was dir passiert [...] ist““ (Weiß et al., 2013, S. 224). Um die Selbstakzeptanz der Kinder und Jugendlichen zu fördern, gilt es gemeinsam mit ihnen den Guten Grund für ihre individuellen Verhaltensweisen und somit auch eine Anerkennung für ihre Bewältigungsstrategien zu finden und im besten Fall somit zu bewirken, dass sie ihre Strategien verstehen, akzeptieren und wertschätzen lernen können (vgl. Weiß et al., 2014, S. 124). Durch gemeinsame Kinderteams und ähnlichem, unter Anleitung von ExpertInnen, können die Kinder und Jugendlichen sich über Dissoziation und dessen Zweck austauschen, aber sich auch gegenseitig helfen zu erkennen, welcher Gute Grund hinter den Verhaltensweisen der anderen steckt, denn diesen finden sie oftmals leichter als ihren eigenen (vgl. Weiß et al., 2014, S. 114).

Eine gute Selbstwahrnehmung bildet einen wichtigen Pfeiler für den Bezug zum Hier und Jetzt und somit auch für die Selbstregulation (vgl. Weiß et al., 2014, S. 124). „Traumatisierte Kinder oder Kinder in dissoziativem Zustand spüren keine Gefühle, sie spüren Körperempfindungen. Ihre Körperempfindungen zeigen den Weg zu den Gefühlen“ (Weiß et al., 2014, S. 125).

„Die Erfahrung, das Erleben, dass Selbstregulation möglich ist, stärkt das Selbstbewusstsein, ist ein außerordentlicher Ressourcenfaktor, ein Korrektiv von Ohnmachtserfahrungen und Objektstatus“ (Weiß et al., 2014, S. 126).

Um sich selbst zu regulieren, kann entweder eine Meidung von Situationen stattfinden, in denen die Dissoziation als Schutz vor Überlastung gebraucht wird, oder aber der Beginn eines dissoziativen Zustandes wird bewusst bemerkt und unterbrochen (vgl. Weiß et al., 2014, S. 126). „Selbstregulation beginnt mit der Suche nach Trigger und Stimuli und dem Erkennen eingeübten Verhaltens“ (Weiß et al., 2014, S. 127). Fragen wie: „Welche Situationen am Tag stressen dich regelhaft? Wo hast du unnö-

tig viel Stress? Was passiert, bevor der Nebel in den Kopf steigt, bevor du Lähmung spürst, bevor du dich wegbeamst?“ (Weiß et al., 2014, S. 127), können hilfreich sein und auch Dinge wie Trigger-Uhren oder Trigger-Kalender sind für die Kinder und Jugendliche eine Hilfe, um mögliche Stressoren ausfindig zu machen (vgl. Weiß et al., 2014, S. 127). In Bezug auf Dissoziation geht es bei der Förderung der Selbstregulation auch darum, dass die Kinder und Jugendlichen genügend Angebote wahrnehmen können, die sie dabei unterstützen, die Funktion von Dissoziation sowie Flashbacks zu verstehen. Zudem sollten die Achtsamkeit auf Körperreaktionen und Entspannungstechniken sowie Selbstregulation durch gezielte Angebote gefördert werden (Lang et al., 2013, S. 92).

Es lässt sich an dieser Stelle festhalten, dass das traumapädagogische Konzept durch die zugehörige Grundhaltung und das nötige Wissen in Bezug auf Dissoziation traumatisierter Kinder und Jugendlicher versucht, dieses Verhalten als solches zu identifizieren und zu verstehen, sodass gemeinsam mit den Kindern und Jugendlichen an deren Selbstbemächtigung gearbeitet werden kann. Betroffene Kinder und Jugendliche sollen ihre eigenen Verhaltensweisen verstehen und wertschätzen lernen und durch traumapädagogische Arbeitsweisen der MitarbeiterInnen soll ihnen geholfen werden, aus ihrer passiven Objektrolle in eine aktiv handelnde Subjektrolle zurückzukommen. Für die MitarbeiterInnen stationärer Einrichtung stellt die verstehende und wertschätzende Grundhaltung eine wichtige Voraussetzung für den Umgang mit dissoziativen Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen dar. Zudem kann durch das nötige Hintergrundwissen bezüglich Traumatisierung und Dissoziation gezielt interveniert werden.

## **5 Theorie-Praxis-Transfer**

Im folgenden Forschungsteil soll ein Transfer der bisherigen theoretischen Ausarbeitung zur Praxis stattfinden, indem zwei vorab geführte qualitative Interviews im Fokus stehen. Der Forschungsteil soll an dieser Stelle eine praktische Untermauerung der voran gegangenen theoretischen Erkenntnisse darstellen, in denen bereits eine Zusammenführung des Phänomens der Dissoziation mit traumapädagogischen Konzepten vorgenommen wurde. Im Folgenden wird vorerst ein kurzer thematischer Überblick gegeben, anschließend folgen die Methodik sowie die Erhebungsmethode der geführten Interviews. Daraufhin werden Einzelheiten zur Durchführung und Aus-

wertungsmethode der Interviews und den daraus resultierenden Ergebnissen dargestellt. Die Auswertung der Ergebnisse in Form einer qualitativen Inhaltsanalyse nimmt einen wichtigen Teil dieser Forschung ein, da an dieser Stelle eine ausführliche Einordnung und prozesshafte Bearbeitung der Thematik stattfindet. Auch auf die genaue Fragestellung, das Erkenntnisinteresse der Interviews sowie den aktuellen Forschungsstand wird im Rahmen der Auswertung genauer eingegangen. Im Ergebnisteil werden die in der Auswertung gewonnenen Erkenntnisse interpretiert und strukturiert. Die abschließende Diskussion fasst die Ergebnisse noch einmal zusammen und ordnet diese ein.

## **5.1 Methodik**

Um den Umgang der MitarbeiterInnen stationärer Einrichtungen mit Dissoziation traumatisierter Kinder und Jugendlicher zu erforschen, wurde ein Interview mit einer Person geführt, die über keine traumapädagogische Zusatzqualifikation verfügt und eines mit einem Mitarbeiter der stationären Kinder- und Jugendhilfe mit entsprechender Qualifikation. Durch diese Gegenüberstellung lässt sich ein Vergleich des Verständnisses und des Umganges mit Dissoziation herausarbeiten und wohlmöglich herausstellen, wie Traumapädagogik in diesen Momenten hilfreich sein kann. Im Folgenden soll die Auswahl der gewählten Interviewform dargestellt und begründet werden. Auf die Wahl der Interviewpartner sowie die kausalen, zeitlichen, räumlichen und inhaltlichen Rahmenbedingungen der Interviews wird im Unterkapitel 5.2 genauer eingegangen.

### **5.1.1 Erhebungsmethode**

Wie oben bereits angedeutet, wurden für den Forschungsteil zwei qualitative Interviews geführt. Es wurden bewusst Interviews anstelle einer teilnehmenden Beobachtung oder ähnlichem für die Forschung gewählt, um den MitarbeiterInnen der stationären Einrichtungen gezielt Fragen zu den entsprechenden Situationen stellen zu können und ihren Umgang mit Dissoziation traumatisierter Kinder und Jugendlicher zu erfragen.

Als Interviewform wurde ein qualitatives, leitfadenzentriertes Experten-Interview gewählt. Es findet somit keine ganzheitliche Auseinandersetzung mit der befragten Person, sondern vielmehr mit der Position als ExpertIn über ihr/sein Handlungsfeld, der stationären Kinder- und Jugendhilfe, statt. Die InterviewpartnerInnen repräsentieren die Gruppe der MitarbeiterInnen der stationären Kinder- und Jugendhilfe und werden

zum Umgang mit Dissoziation traumatisierter Kinder und Jugendlicher ihrer Einrichtungen befragt. Durch die Reduzierung auf ihre Rollen als SachverständigerInnen, werden die möglicherweise nützlichen Informationen deutlicher fokussiert und bestenfalls unwichtige Informationen schon durch die Wahl der Interviewform ausgeschlossen (vgl. Flick, 2014). Die ExpertInnen-Interviews orientieren sich an einem vorab ausgearbeiteten Leitfaden, sodass das Abschweifen in für das Interview unwichtige Bereiche ausgeschlossen werden kann, trotzdem jedoch eine gewisse Offenheit und Flexibilität während der Befragung möglich ist. Zudem können die Interviewten ihre Meinung sowie Erfahrungen als ExpertInnen im Bereich der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen durch gezielt gestellte Fragen zum Ausdruck bringen.

## **5.2 Durchführung**

Im folgenden Unterpunkt wird auf die Durchführung der Interviews eingegangen, sodass die äußeren Rahmenbedingungen sowie die Inhalte der beiden Interviews nachvollziehbar erscheinen.

Die ExpertInnen-Interviews wurden mit zwei MitarbeiterInnen unterschiedlicher stationärer Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe durchgeführt. Das erste Interview wurde am 16.06.2016 mit einer Sozialpädagogin einer stationären Einrichtung geführt, die über keine spezifische traumapädagogische Zusatzausbildung verfügt, jedoch durch persönliches Interesse und einige Fortbildungen in diesem Bereich ein Basiswissen bezüglich Traumatisierung und Dissoziation vorweisen kann. Das zweite Interview fand am 15.08.2016 mit einem Sozialpädagogen einer Einrichtung der stationären Kinder- und Jugendhilfe statt, der erst kürzlich eine traumapädagogische Weiterbildung absolviert hatte. Die Zielgruppe der ersten Einrichtung ist altersmäßig sehr durchmischt, die zweite Einrichtung spezialisiert sich auf Jugendliche. Diese unterschiedlichen Voraussetzungen wurden nicht mit einem bestimmten Hintergedanken gewählt, es waren vielmehr äußere Umstände, durch die es zur Auswahl der ExpertInnen dieser Einrichtungen kam. Ausschlaggebend für die Wahl der ExpertInnen war vor allem die alltägliche Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen, die bei beiden Einrichtungen gleichermaßen vorlag. Da sich diese Arbeit sowohl mit Dissoziation bei Kindern als auch bei Jugendlichen beschäftigt, waren die etwas unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Einrichtungen bezüglich des Alters der Zielgruppe kein Ausschlusskriterium. Beide MitarbeiterInnen konnten gleichermaßen

die gestellten Fragen beantworten und dafür auf Situationen aus ihrem Alltag mit den Kindern und Jugendlichen zurückgreifen. Aus Gründen der Anonymisierung wird hier nicht genauer auf die Einrichtung sowie die Person der interviewten MitarbeiterInnen eingegangen. Beide Interviews basierten auf Freiwilligkeit und wurden in einem geschützten, ruhigen Rahmen durchgeführt, sodass sich die Befragten während des Interviews frei und ungestört fühlen konnten. Um die Interviews anschließend am PC transkribieren zu können, wurden sie, mit Einwilligung der Befragten, mit einem Aufnahmegerät mitgeschnitten und anschließend transkribiert.

Im ersten Interview wurde der Mitarbeiterin zunächst die Frage gestellt, wie sich Situationen der Dissoziation mit traumatisierten Kinder und Jugendlichen konkret in ihrem Arbeitsalltag äußern. Anschließend wurde nach ihrem persönlichen Umgang und zu beachtenden Aspekten in diesen Situationen gefragt. Es wurde nun die Frage nach ihrem persönlichen Wissen über Traumatisierung und Dissoziation als Hintergrund für das Verhalten der Kinder/ Jugendlichen gestellt, um daraufhin nach dem Wissen über spezielle Handlungsansätze in diesen Momenten zu fragen. An dieser Stelle wurde auch auf Wissenslücken eingegangen. Darauf aufbauend lag der Fokus auf den persönlichen Grenzen im Umgang mit Dissoziation traumatisierter Kinder und Jugendlicher und dem Bedarf an mehr Schulung und Weiterbildung in diesem Bereich. Zum Abschluss des Interviews wurde die Mitarbeiterin bezüglich der Chancen einer Weiterbildung und Vertiefung dieses Bereiches befragt und ob und was sich hierdurch eventuell für sie, im Umgang mit entsprechenden Situationen, ändern könnte. Ganz zum Schluss wurde die Frage gestellt, woran eine entsprechende Weiterbildung ihrer Meinung nach scheitern könnte.

Im zweiten Interview wurde dem Mitarbeiter mit traumapädagogischer Weiterbildung, deckungsgleich mit dem ersten Interview, die Frage gestellt, wie sich Situationen der Dissoziation mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in seinem Arbeitsalltag äußern und anschließend ebenfalls nach dem spezifischen Umgang mit diesen Situationen gefragt. Dieser erste Teil wurde bei beiden Interviews gezielt gleich gestaltet, um einen direkten Vergleich zwischen den beiden herstellen zu können. Anschließend wurde der Leitfaden beibehalten und an die entsprechende Qualifizierung des Mitarbeiters angepasst und ausgerichtet. Hier wurde die Frage gestellt, wie sich sein durch die traumapädagogische Weiterbildung erworbenes Fachwissen über die Hintergründe des Verhaltens der Kinder und Jugendlichen auf den direkten Umgang mit entsprechenden Situationen auswirkt. Anschließend wurde nach erlernten traum-

apädagogischen Handlungsansätzen für diese Momente gefragt. Auch hier wurde jedoch die Frage nach Grenzen im Umgang mit diesen Situationen gestellt. Ähnlich wie im ersten Interview wurde der Mitarbeiter nach seiner Meinung zu mehr Schulung und Weiterbildung im Bereich der Traumapädagogik gefragt, und wo er Chancen in mehr traumapädagogischer Zusatzqualifikation sieht. Abschließend sollte der befragte Mitarbeiter noch einmal aufzeigen, was sich für ihn im Umgang mit Dissoziation traumatisierter Kinder und Jugendlicher durch die Weiterbildung in diesem Bereich geändert hat.

### **5.3 Auswertung**

Um die Interviews technisch besser und strukturierter auswerten zu können und vor allem eine intersubjektive Überprüfbarkeit herzustellen, wurde eine qualitativ orientierte, kategorienbegleitete Analyse, ausgewählt. Hierbei wurden die Interviews auf ihre wesentlichen Bestandteile reduziert, Zusammenhänge deutlich gemacht und die Auswertung durch eine Strukturierung des Materials vorgenommen (vgl. Mey, 2010, S. 602ff.).

Im ersten Schritt der Auswertung stehen die Einordnung in ein Kommunikationsmodell, inklusive der Vorstellung des Materials sowie der Rahmenbedingungen im Fokus (vgl. Mayring, 2015, S. 62). Sowohl auf die Festlegung des Materials als auch auf die Analyse der Entstehungssituation und formale Charakteristika des Materials wurde bereits in der Durchführung eingegangen. Aus diesem Grund folgt an dieser Stelle die Fragestellung der Analyse. Auf die Thematik der Forschung wurde in der Einleitung des Kapitels ebenfalls bereits kurz eingegangen. Die zwei Interviews beschäftigen sich noch einmal konkret mit der Leitfrage dieser Arbeit: Wie können traumapädagogische Konzepte für MitarbeiterInnen stationärer Einrichtungen in Situationen, in denen traumatisierte Kinder und Jugendliche dissoziieren, hilfreich sein? Hierbei gilt das Erkenntnisinteresse nicht der Frage, ob es traumapädagogische Konzepte braucht, um besser mit Dissoziation umgehen zu können, sondern vielmehr wie diese inklusive des trauma- und dissoziationsspezifischen Wissens, in solchen Momenten helfen können. Es wird auf Grund des aktuellen Forschungsstandes und der theoretischen Ergebnisse hierfür davon ausgegangen, dass diese in jedem Fall eine Hilfe für die MitarbeiterInnen stationärer Einrichtungen in entsprechenden Situationen sein können. Durch die Orientierung am vorab herausgearbeiteten Leitfaden und der Befragung der MitarbeiterInnen als Experten in ihrem alltäglichen Umgang mit trau-

matisierten Kindern und Jugendlichen lässt sich ein gezielter Vergleich bezüglich der Handlungsansätze der MitarbeiterInnen mit unterschiedlichem Wissenstand in Momenten der Dissoziation herstellen.

Die Interviews verfolgen das Ziel, dass sich die interviewten MitarbeiterInnen stationärer Einrichtungen mit ihrem persönlichen Umgang mit Dissoziation von traumatisierten Kindern und Jugendlichen auseinandersetzen. Sie reflektieren, wie sich diese Situationen in ihrem Arbeitsalltag äußern und wie das eigene Vorgehen in diesen Momenten aussieht. Grenzen und Handlungsspielräume des Umganges rücken in den Fokus und ihr Wissen über Traumatisierung und Dissoziation wird abgefragt. Die Interviewten nehmen hierbei die ExpertInnen Rolle ein und vertreten die Gruppe der MitarbeiterInnen stationärer Einrichtungen. Unterschieden wird hierbei, wie oben bereits erläutert, in die Gruppen der SoziapädagogInnen mit und ohne traumapädagogische Zusatzqualifikation. Nach dem inhaltsanalytischen Kommunikationsmodell liegt die Richtung der Analyse also darin, sowohl den Wissenshintergrund, als auch den Handlungshintergrund, inklusive zugehörigen bisherigen Handlungen, gegenüber den dissoziierenden Kindern und Jugendlichen der Interviewten herauszuarbeiten und einzuordnen (vgl. Mayring, 2015, S. 59). Auf den emotionalen Hintergrund wird bei der Analyse nicht eingegangen, da in den Interviews Sachinhalte bezüglich des Umganges mit Dissoziation im Arbeitsalltag der ExpertInnen im Fokus stehen und emotionale Aspekte nicht abgefragt wurden.

Um den bisherigen Stand noch einmal kurz zusammenzufassen, so wurde durch die obigen Kapitel deutlich, dass es sich bei Dissoziation um einen sehr komplexen Prozess handelt, der als Folge von Traumatisierung auftreten und sich durch verschiedenste Verhaltensweisen bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen äußern kann. Einen angemessenen Umgang mit diesen Verhaltensweisen der Betroffenen zu finden, stellt für die MitarbeiterInnen stationärer Einrichtungen oftmals eine große Herausforderung dar. Ausreichendes Wissen über Traumatisierung sowie speziell über Dissoziation schafft hierbei eine wichtige Grundlage. Es ist in diesem Zusammenhang von Interesse, durch die Analyse und den Vergleich der zwei Interviews herauszufinden, wie traumapädagogische Konzepte, inklusive dazugehöriger Grundhaltung, das Verstehen sowie den Umgang der MitarbeiterInnen mit Dissoziation von Kindern und Jugendlichen in stationären Einrichtungen erleichtern. Aus diesem Erkenntnisinteresse ergeben sich die Fragestellungen an die ExpertInnen, die bereits in der Durchführung der zwei Interviews beschrieben wurden.

Die beiden Interviews wurden durch eine Zusammenfassung, also durch eine induktive Kategorienanwendung ausgewertet. Beim ersten Interview fand dafür eine Zusammenfassung des Materials statt, aus der im Anschluss Kategorien gebildet wurden. Anders als bei einer deduktiven Strukturierung, werden die Kategorien hier aus dem Material heraus gebildet und es findet keine Strukturierung des Materials durch vorab theoriebasierte Kategorien statt (Mayring, 2015, S. 85). Bei der Zusammenfassung und Kategorienbildung des zweiten Interviews wurden jedoch auch die bereits gebildeten Kategorien des ersten Interviews mit berücksichtigt. Die Auswertungseinheit bezieht sich auf beide Interviews, da sich das Kategoriensystem letzten Endes auf das Gesamtmaterial bezieht. Für die Kategoriendefinitionen wurde das Material herangezogen, welches Aufschluss über den Umgang der MitarbeiterInnen mit Dissoziation traumatisierter Kinder und Jugendlicher in ihrem Arbeitsalltag gab. Hierbei standen vor allem das persönliche Wissen sowie eigene Handlungsansätze in diesen Momenten im Vordergrund. Auch die Einstellung zu Weiterbildungsmaßnahmen, die in Richtung Trauma und Dissoziation gehen, wurde mit einbezogen. Das Abstraktionsniveau erstreckte sich in diesem Falle auf den persönlichen Umgang und die Bewertungen der Interviewten, die trotz alledem jedoch auch Möglichkeiten und Grenzen anderer MitarbeiterInnen stationärer Einrichtungen betreffen könnten. Die Interviews wurden folglich Stück für Stück durchgegangen und bedeutende Textpassagen, die Aspekte der eben genannten Themen beinhalten, wurden in Kategorien definiert und weitere Textstellen unter diese subsumiert oder in neuen Kategorien zusammengefasst. Im Anschluss an diesen Prozess fand eine Überprüfung und Überarbeitung des Ganzen statt (vgl. Mayring, 2015, S. 86f.).

Im Folgenden werden auf Grund des begrenzten Umfangs dieser Ausarbeitung nur bedeutsame Textstellen angeführt und die zugehörigen, bereits überprüften Kategorien benannt. Hierfür werden zunächst für beide Interviews einzeln Kategorien gebildet, die anschließende Interpretation und die daraus resultierenden Ergebnisse werden jedoch übergreifend durchgeführt und vorgestellt.

### **5.3.1 Kategorienvorstellung Interview 1**

Um anschließend eine Interpretation der Interviewinhalte vornehmen zu können, werden nun die aus dem ersten Interview mit einer Sozialpädagogin gebildeten Kategorien bezüglich ihres Wissenstandes sowie des Umganges mit Dissoziation traumatisierter Kinder und Jugendlicher vorgestellt.

Als erste Kategorie lässt sich „**Traumatisierung erkennen und abgrenzen**“ ableiten. Eine bedeutende Textstelle, aus der diese Kategorie gebildet wurde, ist Folgende: „ [...] zu erkennen, ist das Kind traumatisiert oder ist das Kind ähm, verwahr-, nä oder hat da nicht viel Erziehung stattgefunden [...]“ (Interview 1, Z. 155ff.). Weitere Textstellen, die unter diese Kategorie fallen, beziehen sich außerdem auf die Beachtung verschiedener Entwicklungsphasen der Kinder, die es zu Erkennen und von einer Traumatisierung abzugrenzen gilt (vgl. Interview 1, Z. 170-175).

Neben dem Erkennen der Traumatisierung wird in einer Textstelle durch die befragte Sozialpädagogin aufgegriffen: „Ich finde es ganz wichtig, dass man genau Bescheid weiß, was passiert mit den Kindern gerade [...]“ (Interview 1, Z. 283f.). Aus dieser Passage wurde die Kategorie „**Trauma- und Dissoziationsspezifisches Wissen**“ abgeleitet. An verschiedenen Stellen im Interview teilte sie ihr Wissen über Traumatisierung und Dissoziation mit, so zum Beispiel, dass Dissoziation als eine Folge eines nicht verarbeiteten schlimmen Erlebnisses auftreten und sich durch unterschiedlichste abweichende Verhaltensweisen bei den Betroffenen äußern könne (vgl. Interview 1, Z. 84-88, Z. 7-16). Auch das Auffangen und die Unterstützung von außen nach diesem Erlebnis stellte sie als bedeutsam heraus (vgl. Interview 1, Z. 92ff.). Dissoziation definiert die Interviewte immer wieder mit einer Art Abspaltung, so zum Beispiel in folgender Textstelle: „ [...] wenn sie so aus ihrem Alltags-Ich, sag ich mal herausgerissen werden [...] (Interview 1, Z. 8f.). An verschiedenen Textstellen geht die Sozialpädagogin auf ihr Wissen ein, dass die Kinder und Jugendlichen, wenn sie dissoziieren, dieses nicht bewusst steuern und sich oftmals auch im Nachhinein nicht mehr an ihr Verhalten in diesen Momenten erinnern können. Ein Beispiel hierfür wäre folgender Abschnitt:

„ [...] wenn solche Ausraster so extrem werden, dass das Kind nicht mehr ansprechbar ist, also wirklich dann auch, also wie son Krokodil irgendwie, sag ich mal, nä also nur noch Reflexe hat und eigentlich gar nicht mehr nachdenken kann [...]“ (Interview 1, Z. 35-38).

Eine weitere Kategorie, die anhand von verschiedenen Textstellen gebildet wurde, ist: „**Dissoziation (rechtzeitig) erkennen**“. So betont die Interviewte, dass sie fände, man sehe es den Kindern oftmals schon an, wenn sie dissoziieren und, dass es wichtig sei dieses rechtzeitig zu erkennen, um noch eingreifen zu können, bevor eine Intervention nicht mehr möglich wäre (vgl. Interview 1, Z. 55-58).

Außerdem wichtig im Umgang mit Dissoziation benennt die Interviewte des Öfteren, Aspekte die in der Kategorie „**Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung der Betroffenen**“ zusammengefasst wurden. Ein Beispiel wäre die folgende Textpassage: „Also das wichtigste finde ich, ähm, gerade in so einer großen Gruppe, ist, äh, immer, dass die anderen Kinder auch geschützt werden“ (Interview 1, Z. 50f.). In weiteren Abschnitten spricht die Interviewte außerdem davon, dass sich auch die betroffenen Kinder in solchen Momenten teilweise selbst verletzen, sodass sie es wichtig fände, einen sicheren Raum für die Kinder und Jugendlichen bereitstellen zu können, in dem Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung gewährleistet sei (vgl. Interview 1, Z. 25f., Z. 68-74). Auch im Zusammenhang mit der Frage nach ihren persönlichen Grenzen im Umgang mit Situationen, in denen Kinder und Jugendliche dissoziieren, benennt die Interviewte die Gewährleistung des Schutzes der anderen Kinder (vgl. Interview 1, Z. 181f., Z. 196f.).

Eine weitere Kategorie, die aus dem Interview heraus abgeleitet wurde, besteht in der „**Schaffung eines sicheren Ortes**“. Diese Kategorie wurde auf Grund von Textpassagen gebildet, die Aussagen darüber enthalten, dass die Kinder und Jugendlichen in einem Rahmen leben sollten, in denen sie nicht durch Trigger an das Trauma erinnert würden und Schutz vor erneuter Traumatisierung gewährleistet würde (vgl. Interview 1, Z. 112-115., Z. 118f.).

Aus folgendem Textabschnitt wurde die Kategorie „**Sinnesreize einsetzen**“ gebildet:

„ [...] also was ich sehr gerne mache und was auch ab und zu geholfen hat, ist dann irgendwie in die Badewanne gehen oder so [...], ich hab dann immer in meiner Schublade son Badezeugs, etwas Besonderes, entweder son Knisterkram oder so [...] (Interview 1, Z. 134-137).

Weitere Textstellen, die unter diese Kategorie subsumiert wurden, beinhalten, dass einige Kinder in solchen Momenten an die frische Luft müssten oder auch Bewegung bräuchten oder sich gerne laute Musik anhörten (vgl. Interview 1, Z. 141f., Z. 147f.).

Des Öfteren betont die Interviewte, dass sie es wichtig fände, keinesfalls willkürlich an den Traumatisierungen der Kinder und Jugendlichen „herumzudoktern“, sondern klar zu erkennen, welche Aufgaben in den pädagogischen und welche in den therapeutischen Rahmen gehören würden (vgl. Interview 1, Z. 114-118, Z.120-122). Die richtige Balance zu finden, zwischen Nachfragen und Trigger-Vermeidung, benennt die Interviewte außerdem als sehr schwierig in diesem Zusammenhang (vgl. Inter-

view 1, Z. 263-268). Auch die Passage: „[...] aber, dass man halt vorsichtig ist in der Pädagogik und da halt nicht meint, weil man dann mal zwei Bücher gelesen hat [...]“ (Interview 1, Z. 128f.), wurde unter die gebildete Kategorie „**Handeln innerhalb des eigenen Kompetenz- Aufgabenbereiches**“ subsumiert.

Die Interviewte betont an verschiedenen Stellen des Interviews, dass MitarbeiterInnen mit umfangreichere Ausbildung und dementsprechendem Wissenstand sicherer und leichter mit Momenten der Dissoziation umgehen könnten und Weiterbildungen ihrer Meinung nach mehr Handlungsspielräume und Sicherheit für den Umgang mit Traumatisierung und Dissoziation geben würden (vgl. Interview 1, Z. 254-260, Z. 294-298). Aus diesem Gedanken wurde die Kategorie „**Sicherheit durch Qualifikation**“ abgeleitet.

Anknüpfend an diesen Gedanken, stellt „**Bedarf an ausgebildetem Personal und Weiterbildungsmaßnahmen**“ eine weitere Kategorie dar, die auf Grund unterschiedlicher Aussagen der Interviewten gebildet wurde. So spricht sie des Öfteren davon, dass ausgebildetes Personal ihrer Meinung nach wichtig sei, um besser mit Momenten der Dissoziation umgehen zu können und es leider oftmals an diesem mangeln würde (vgl. Interview 1, Z. 188f.). Die Interviewte äußert außerdem:

„Also auf jeden Fall, ähm, würde ich mir wünschen schon noch mal wieder ein bisschen mehr, ähm, Weiterbildungsmaßnahmen zu machen, was so Gesprächsführung angeht, äh Kommunikation [...]“ (Interview 1, Z. 234ff.).

Auch neues Know-How zu bekommen sowie Auffrischungen von bereits Gelerntem empfände die Interviewte als förderlich (vgl. Interview 1, Z. 240ff.). Den zunehmenden Bedarf an Weiterbildungsmaßnahmen im Bereich Traumatisierung etc. begründet sie durch die steigende Zahl an Kindern und Jugendlichen, die mit psychischen Krankheiten und Traumatisierungen in die stationäre Einrichtungen kämen und auch die Flüchtlingsbewegung sehe sie als einen Anlass, sich besonders im Bereich Trauma weiterzubilden (vgl. Interview 1, Z. 261-265).

Vor allem im Zusammenhang mit den letzten beiden Kategorien betont die Interviewte immer wieder die strukturellen Rahmenbedingungen, die einen angemessenen Umgang mit Dissoziation sowie ausreichend Weiterbildungsmaßnahmen oftmals erschweren würden (vgl. z.B. Interview 1, Z. 202ff.). Auf diesen Aspekt wird auf Grund des vorher festgelegten Fokus nicht weiter eingegangen, es scheint jedoch wichtig, diesen nicht komplett zu unterschlagen.

### 5.3.2 Kategorienvorstellung Interview 2

Im Folgenden werden nun die Kategorien für das zweite Interview mit einem Sozialpädagogen einer stationären Einrichtung mit traumapädagogischer Zusatzausbildung vorgestellt. Einige davon sind deckungsgleich mit Kategorien aus dem ersten Interview, werden aber im Kontext dieses Interviews noch einmal kurz aufgegriffen.

Als erste Kategorie, die aus dem Interview abgeleitet werden konnte, steht die **„Zurück ins Hier und Jetzt“**. Der Interviewte benennt deutlich und wiederholend, dass dieses immer der angestrebte Zustand sein sollte, in den es die Jugendlichen zurückzuholen gelte. Als Beispiel ist folgende Textpassage anzuführen: „[...] also das A und O ist immer wieder ins Hier und Jetzt zurück zu holen“ (Interview 2, Z. 155f.). In diesem Zusammenhang erwähnt er außerdem den Einsatz des Ritzens als eine problematische, aber sehr effektive Art der Rückholung ins Hier und Jetzt für einige Jugendliche:

„[...] und denn geht es drum, wie können die wieder zurück kommen und da hilft das natürlich unheimlich, wenn die Schmerzrezeptoren anbringen, wenn du siehst, ah ja ich lebe, da fließt Blut“ (Interview 2, Z. 131ff.).

Zusammenhängend mit der ersten Kategorie konnte, ähnlich wie bereits im ersten Interview, die Kategorie **„Sinnesreize als Skills“** abgeleitet werden. Verschiedene Aussagen des Interviewten machen deutlich, dass die Jugendlichen durch Sinnesreize wieder ins Hier und Jetzt zurück geholt werden können (vgl. Interview 2, Z. 32-37). Auch spricht er von unterschiedlichen Übungen, die mit Sinneswahrnehmungen als Dissoziationsstopps arbeiten, so zum Beispiel die „5, 4, 3, 2, 1 Übung“, in der es darum geht, dass die Jugendlichen sich auf verschiedene Dinge konzentrieren sollen, die sie zur Zeit hören, sehen, fühlen etc. (vgl. Interview 2, Z.101f. , Z. 106-110).

„[...] Ziel ist einfach, dass du immer Sachen hast im Hier und Jetzt, das heißt, du musst dich konzentrieren, was höre ich, was seh ich oder was spüre ich. Und du bist die ganze Zeit beschäftigt und das bringt dich denn dazu, aus diesen Gedankenkreisen raus zu kommen“ (Interview 2, Z. 112-115).

Auch die Kategorie **„Dissoziation (rechtzeitig) erkennen“** wurde aus dem zweiten Interview erneut abgeleitet. Der Interviewte benennt dieses als wichtigsten Punkt im Umgang mit Dissoziation (vgl. Interview 2, Z. 50). Vor allem das rechtzeitige Erkennen, um noch intervenieren zu können, wird von ihm zum einen als Schwierigkeit, zum anderen aber auch als eine wichtige Voraussetzung für den richtigen Umgang angeführt: „Ähm, das Problem ist, das rechtzeitig zu erkennen, bevor du in dieser

Starre bist. Wenn du da drin bist, denn ist es eigentlich schon zu spät“ (Interview 2, Z. 141ff.). Oftmals bräuchte es eine hohe Sensibilität und auch ein gute Kenntnis der Jugendlichen, um auch feinste Anzeichen schon richtig deuten zu können (vgl. Interview 2, Z. 152-159). Durch die Traumapädagogikausbildung könne der Interviewte Dissoziation jedoch deutlicher erkennen, bewusster auf diese achten und anschließend auch besser damit umgehen als vorher (vgl. Interview 2, Z. 231-240).

„[...] und ich denke wir achten schon mehr auf solche Situationen, gehen da bewusster drauf ein [...], dass wir schon jetzt ein feineres Gespür dafür entwickelt haben [...]“ (Interview 2, Z. 68-71).

Eine weitere Kategorie, die anhand des Textmaterials gebildet wurde, stellt **„Verständnis und Sicherheit durch Wissen“** dar. Auf die Frage nach den Chancen einer traumapädagogischen Weiterbildung betont der Interviewte das bessere Verständnis der Jugendlichen durch eine Ausbildung in diesem Bereich (vgl. Interview 2, Z. 201f.). Auch erwähnt dieser den großen Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Traumatisierungserfahrungen im Arbeitsbereich der stationären Hilfen und den daraus resultierenden Bedarf.

„Und man tut diesen Menschen eben Unrecht, wenn man überhaupt nicht darüber Bescheid weiß. Wenn da einer steht und aussteigt und nicht mehr reagiert dann wird das von der Umwelt, äh, häufig als unfreundlich angesehen oder der hat kein Interesse und es wird gar nicht die Not dahinter gesehen, beziehungsweise, dass in dem Moment, wo der weg ist, er auch keine Möglichkeit mehr hat zu handeln“ (Interview 2, Z. 221-226).

Es solle stets berücksichtigt werden, dass die Betroffenen in entsprechenden Situationen keine bewusste Kontrolle mehr über ihr Handeln ausüben könnten und dementsprechende Sanktionen oder Inventionen daraufhin überprüft werden sollten, auch wenn es trotz alledem gewisse Grenzen geben müsse (vgl. Interview 2, Z. 222-236). Weiterbildungen seien gut, um sich bestimmte Dinge bewusst zu machen und Übungen erlernen zu können, die im Umgang mit Dissoziation hilfreich seien (vgl. Interview 2, Z. 201ff.). Diese Vorgänge gelte es zu verstehen, um anschließend adäquat damit umgehen zu können und den Jugendlichen Hilfe zur Selbsthilfe geben zu können (vgl. Interview 2, Z. 253-256.). In der Abschlussfrage, in der es um eine Weiterempfehlung von Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich der Traumapädagogik geht, fasst der Interviewte noch einmal zusammen, dass er dieses in jedem Falle sinnvoll fände, da Weiterbildungen in diesem Bereich neben einem besseren Ver-

ständnis auch einen viel sichereren Umgang mit entsprechenden Situationen mit sich bringen würden (vgl. Interview 2, Z. 272-277).

Auch an dieser Stelle ist anzumerken, dass der Interviewte genau wie auch im ersten Interview, die strukturellen Rahmenbedingungen, vor allem aber den Personalschlüssel als problematisch und erschwerend in Situationen, in denen traumatisierte Jugendliche in seiner Einrichtung dissoziieren, hervorhebt. Trotz seines Wissens und seinem vielfältigen Handlungsrepertoire könne er dieses, auf Grund von Personalmangel, oftmals nicht ausreichend einsetzen (vgl. z.B. Interview 2, Z.81f., Z. 91f.)

## **5.4 Interpretation und Ergebnisse**

Um die Ergebnisse bezüglich des Erkenntnisinteresse formulieren zu können, werden im Folgenden die Kategorien, die aus den beiden Interviews gebildet wurden, übergreifend interpretiert und verglichen.

Um die Interpretation einzuleiten, wird an dieser Stelle noch einmal auf die Fragestellung und das Erkenntnisinteresse dieser Forschung eingegangen. Im Fokus der Interviews und auch der anschließenden Analyse steht der Umgang mit Dissoziation traumatisierter Kinder und Jugendlichen in stationären Einrichtungen. Hierbei geht es darum, wie traumapädagogische Konzepte für die MitarbeiterInnen in diesen Momenten hilfreich sein können. Die gebildeten Kategorien sollen im folgenden Teil interpretiert werden. Hierfür werden einige Aspekte aus beiden Interviews zusammengefasst, andere werden direkt gegenübergestellt und verglichen.

Fasst man die gebildeten Kategorien vorerst interviewübergreifend zusammen, so ergeben sich die Folgenden: „Traumatisierung und Dissoziation (rechtzeitig) erkennen und abgrenzen“, „Trauma- und Dissoziationsspezifisches Wissen“, „Verständnis und Sicherheit durch Wissen und Qualifikation“, „Einsetzung von Sinnesreizen als Skills“, „Schaffung eines sicheren Ortes“, „Zurück ins Hier und Jetzt“, „Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung der Betroffenen“, „Handeln innerhalb des eigenen Kompetenz- und Aufgabenbereiches“.

Bei der Kategorienbildung der zwei Interviews fiel auf, dass im zweiten Interview deutlich weniger Kategorien zustande kamen als beim ersten Interview. Dieses lässt sich damit erklären, dass der Befragte des zweiten Interviews deutlich gezieltere und konkretere Antworten auf die Fragen geben konnte. So ließen sich schneller Textabschnitte zu einzelnen aussagekräftigen Kategorien zusammenfassen.

Beide Interviewten sehen eine große Bedeutung darin, Dissoziation als solche vor allem rechtzeitig erkennen zu können, um anschließend einen passenden Umgang mit dieser zu finden. Die Sozialpädagogin ohne traumapädagogische Zusatzqualifikation erwähnt in diesem Zusammenhang jedoch auch ihre Schwierigkeit abzugrenzen wann Kinder/Jugendliche traumatisiert sind und in Folge dessen, dissoziatives Verhalten entwickelt haben, und wann es sich lediglich um schwierige Entwicklungsphasen, mangelnde Erziehung oder Ähnliches handelt. Der Sozialpädagoge mit traumapädagogischer Zusatzqualifikation sieht die Schwierigkeit des rechtzeitigen Erkennens ebenfalls, äußert jedoch auch, dass er durch seine Weiterbildung die Jugendlichen nun deutlich sensibler und genauer beobachten und Dissoziation schneller als solche einordnen und dementsprechend handeln könne.

In Bezug auf das trauma- und dissoziationsspezifische Wissen wird deutlich, dass der Mitarbeiter mit traumapädagogischer Zusatzqualifikation sein Wissen deutlicher und strukturierter benennen kann und dass ihm dieses mehr Sicherheit in seinem Umgang mit Dissoziation gibt. Die Sozialpädagogin ohne entsprechende Weiterbildung verfügt ebenfalls über ein gewisses Basiswissen bezüglich Dissoziation und Traumatisierung, kann dieses jedoch deutlich schwerer klar benennen und greift in ihren Antworten mehr auf praktische Beispiele und Erfahrungen zurück. Inhaltlich überschneiden sich die Aussagen an vielen Stellen, die jeweilige Begründung für das eigene Handeln und die Benennung der Vorgänge bei den Kindern und Jugendlichen in Momenten der Dissoziation unterscheiden sich jedoch erkennbar. An dieser Stelle wird deutlich, dass die Traumapädagogikausbildung durch die theoretische Unterfütterung mit Wissen für die MitarbeiterInnen zu einem besseren Verständnis des Verhaltens sowie der zugehörigen Vorgänge der Kinder und Jugendlichen und einem daraus resultierenden sicheren Umgang mit diesen Momenten zu führen scheint. Es wird deutlich, dass der Interviewte mit entsprechender Ausbildung genau vor Augen hat, was gerade bei den Jugendlichen geschieht und was es zu tun gilt, um diesen zu helfen, aus dem dissoziativen Zustand herauszukommen. In diesem Zusammenhang wird auch der Bedarf an mehr Weiterbildungsmaßnahmen in diesem Bereich deutlich, um einen sicheren Umgang erlangen und mehr Handlungsstrategien erlernen zu können und auch bei den Kindern und Jugendlichen eine gewisse Sicherheit im Handeln auszustrahlen.

Auch das Einsetzen von Sinnesreizen für das Zurückholen ins Hier und Jetzt wird von beiden als erfolgreiche Strategie angeführt, es wird jedoch erneut deutlich, dass

dieses Vorgehen vom Sozialpädagogen mit Traumapädagogikausbildung klar benannt und begründet werden kann, während die Sozialpädagogin ohne entsprechende Weiterbildung eher so wirkt, als wäre diese Strategie durch praktische Erfahrungen und Ausprobieren entdeckt worden.

Die für das erste Interview gebildete Kategorie des „Handeln innerhalb des eigenen Kompetenz-Aufgabenbereiches“ könnte ein weiteres Indiz dafür sein, dass es der Interviewten wohlmöglich an Sicherheit und fundiertem Wissen bezüglich Traumatisierung und Dissoziation fehlt, sodass diese eventuell auch schneller, als der Interviewte mit Zusatzqualifikation, sagen würde, dass ein bestimmtes Verhalten nicht in ihren Aufgaben- und Kompetenzbereich fällt, sondern eher in ein therapeutisches Setting gehört. Die Idee und das Konzept der Traumapädagogik würden an dieser Stelle anknüpfen und den MitarbeiterInnen einen professionelleren und fundierteren pädagogischen Umgang ermöglichen, der neben einer therapeutischen Begleitung auch das richtige Maß an Beachtung und Bearbeitung der Traumatisierung im Alltag finden könnte. Auch die noch offene Kategorie „Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung der Betroffenen“, die aus dem ersten Interview abgeleitet wurde und welche die Interviewte als große Schwierigkeit im Umgang mit Dissoziation sieht, könnte teilweise durch größere Unsicherheiten, Wissenslücken und beschränktere Handlungsspielräume zu erklären sein. Wenn dieses auch keinesfalls bedeuten sollte, dass mit einer traumapädagogischen Weiterbildung der Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung gewährleistet wäre. Auch der Interviewte mit entsprechender Ausbildung erzählte in diesem Zusammenhang von selbstverletzendem Verhalten in dissoziativen Momenten der Jugendlichen in seiner Einrichtung.

Die Schaffung eines sicheren Ortes wurde nur von der Interviewten ohne traumapädagogische Weiterbildung aufgegriffen, stellt jedoch einen wichtigen Bestandteil des traumapädagogischen Konzeptes dar. Eine Erklärung dafür, warum der Interviewte mit entsprechender Ausbildung nicht auf diesen Aspekt eingegangen ist könnte sein, dass im Interview größtenteils nach dem Umgang mit akuten Situationen gefragt wurde, nicht aber nach allgemeinen Rahmenbedingungen, die es für die Jugendlichen innerhalb der Einrichtung zu schaffen gelte. Es ist anzunehmen, dass bei einer solchen Frage der sichere Ort auch bei ihm eine Rolle gespielt hätte.

Bezüglich des Erkenntnisinteresses ist festzuhalten, dass sich der praktische Umgang der Interviewten mit Dissoziation traumatisierter Kinder und Jugendlicher nicht

tiefgreifend unterscheiden muss, der Interviewte mit traumapädagogischer Zusatzqualifikation jedoch über deutlich mehr Sicherheit, fundiertes Wissen und größere Handlungsspielräume für diese Momente verfügt. Zudem kann er sein Wissen klarer benennen und weiß, worauf er bei den Jugendlichen im Umgang mit Dissoziation achten muss und welchen Zustand es hierbei stets anzustreben gilt. Das Verständnis sowie die Sensibilität für ein solches Verhalten scheinen durch sein spezifisches Wissen deutlicher ausgeprägt als bei der Interviewten ohne traumapädagogische Zusatzqualifikation.

## **5.5 Diskussion**

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse wurde bereits am Ende des vorherigen Gliederungspunktes vorgenommen. An dieser Stelle folgt deshalb eine kurze Einordnung der Ergebnisse in den Forschungsstand und in Bezug auf die bereits gewonnenen theoretischen Erkenntnisse. Zudem werden auch die Grenzen der Aussagekraft der herausgearbeiteten Ergebnisse kurz thematisiert.

Die ausgewerteten Interviews machen deutlich, dass es sich bei Dissoziation, wie im obigen Theorieteil auch bereits ausführlich beschrieben, um einen sehr komplexen Prozess handelt, der sich durch verschiedenste Verhaltensweisen bei den Kindern und Jugendlichen im alltäglichen Leben in stationären Einrichtungen äußern kann. Diese Zustände als solche zu erkennen, um anschließend den richtigen Umgang mit ihnen zu finden, heben beide Interviewten, genau wie bereits im theoretischen Teil dieser Arbeit thematisiert, als sehr schwierig und doch auch als die wichtigste Voraussetzung für weitere Interventionen hervor. Zudem wird bestätigt, dass ein ausreichendes Wissen bezüglich Traumatisierung und Dissoziation beim Erkennen, Verstehen und im Umgang mit diesen Momenten sehr hilfreich sein kann. Die Interviews zeigen jedoch auch, dass es nicht zwingend einer traumapädagogischen Weiterbildung bedarf, um den richtigen Umgang mit dissoziativen Verhaltensweisen zu finden, sondern auch praktische Erfahrungen sowie das Erproben verschiedener Strategien und Techniken zum Erfolg führen können. Trotzdem scheint ein umfangreiches, traumaspezifisches Wissen sowie ein Koffer voller passender Übungen für diese Situationen, diesen Prozess deutlich verkürzen und erleichtern zu können.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, auf den in diesem Kontext nicht genauer eingegangen wurde, scheint in den strukturellen Rahmenbedingungen der Kinder- und Jugendhilfe zu liegen. So kann scheinbar auch bei ausreichendem Wissenstand und Hand-

lungsmöglichkeiten nicht immer adäquat auf dieses dissoziatives Verhalten reagiert werden, da beispielsweise Personalmangel einer intensiven Auseinandersetzung mit der betroffenen Person entgegensteht. Da der entsprechenden Problematik in dieser Arbeit kein weiterer Raum gegeben werden kann, weil sich diese nicht auf die Fragestellung und Thematik bezieht, wird auch an dieser Stelle nicht weiter darauf eingegangen. Es erscheint jedoch wichtig, diese, in Bezug auf eine kritische Einordnung, zumindest kurz aufgegriffen zu haben.

Die Grenzen der Aussagekraft der Ergebnisse könnten darin liegen, dass es sich, auf Grund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit, lediglich um einen sehr kleinen Einblick in die alltägliche Arbeit von SozialpädagogInnen mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen handelt. Wären mehr Interviews geführt worden, so ließen sich möglicherweise sicherere und aussagekräftigere Ergebnisse herausstellen. Auch die Befragung anderer Personen, die keine traumapädagogische Weiterbildung, aber auch keinerlei Wissen in diesem Bereich vorweisen können, wäre im Vergleich noch einmal interessant, da die Interviewte zwar über keine Ausbildung in diesem Bereich aber durchaus über ein gewisses Grundwissen verfügt. Zudem würden mehr Interviews mit MitarbeiterInnen mit entsprechender Ausbildung eventuell noch mehr Aufschluss darüber geben, wie dieses Wissen ihnen konkret im Umgang mit Dissoziation zur Hilfe kommt.

## **6 Fazit**

Im letzten Gliederungspunkt dieser Arbeit werden alle gewonnen Erkenntnisse in Hinblick auf die Fragestellung dieser Arbeit noch einmal zusammengefasst und abschließend übergreifend bewertet. Dafür wird vorerst der Inhalt der theoretischen Ausarbeitung komprimiert dargestellt und anschließend die Fragestellung übergreifend anhand der theoretischen und praktischen Erkenntnisse beantwortet. Am Ende des Fazits findet ein Ausblick statt.

Auf Grund dessen, dass stationäre Einrichtungen für Kinder und Jugendliche die Funktion eines vorübergehenden Zuhauses erfüllen sollen, in dem sie sich wohlfühlen und auch entspannen können, ist die alltägliche pädagogische Arbeit der MitarbeiterInnen mit den Kindern und Jugendlichen von enormer Bedeutung. Da ein Großteil der Kinder und Jugendlichen in stationären Einrichtungen eine belastete Vergangenheit in der Herkunftsfamilie hinter sich hat, kommen diese mit verschiedensten

Problemen und auffälligen Verhaltensweisen in die Einrichtungen und haben oftmals Schwierigkeiten damit, sich in die vorgegebenen Rahmenbedingungen und Strukturen einfügen zu können. Die Arbeitsanforderungen, die sich daraus für die MitarbeiterInnen der Einrichtungen ergeben, sind anspruchsvoll und umfangreich, da ein Großteil der Versorgung von Traumatisierungen als Aufgabe an die pädagogischen Fachkräfte gestellt wird. Dissoziation der Kinder und Jugendlichen als eine mögliche Traumafolge stellt eines der Phänomene dar, mit dem die MitarbeiterInnen in ihrem Arbeitsalltag konfrontiert werden. Dissoziative Verhaltensweisen werden von den Kindern und Jugendlichen als Bewältigungsmechanismus und Schutz in der traumatischen Situation angewandt, diese erschweren jedoch auch die Verarbeitung des Traumas im Nachhinein. Bekommen die Kinder und Jugendlichen nach dem belastenden Ereignis nicht ausreichend erfolgreiche Unterstützung und Hilfsangebote, so können sich die dissoziativen Strategien manifestieren und unterschiedlich im Alltag der Kinder und Jugendlichen äußern. Zudem haben traumatisierte Kinder und Jugendliche oftmals Schwierigkeiten bei der Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse, so dass aufbauend auf diese gezielt pädagogisch mit ihnen gearbeitet werden muss. Eine Möglichkeit, den passenden Umgang mit Dissoziation von traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu finden, stellt eine traumapädagogische Arbeitsweise dar, die sich vor allem durch Partizipation, Anerkennung, Wertschätzung und Transparenz auszeichnet.

In Bezug auf die Fragestellung dieser Arbeit, wie traumapädagogische Konzepte im Umgang mit Dissoziation traumatisierter Kinder und Jugendlicher für die MitarbeiterInnen hilfreich sein können, wurden sowohl theoretisch als auch praktisch die folgenden Erkenntnisse gewonnen: Die Traumapädagogik berücksichtigt Dissoziation in ihrem Konzept durch die Anwendung von psychotraumatologischem Wissen. MitarbeiterInnen mit entsprechender Zusatzqualifikation können sowohl trauma-, als auch dissoziationsspezifisches Wissen vorweisen und Dissoziation, auf Grund dessen, leichter erkennen und verstehen. Im Umgang mit den jeweiligen Situationen können traumapädagogische Konzepte folglich dafür sorgen, dass das Verhalten der Kinder und Jugendlichen von den pädagogischen Fachkräften klar als dissoziativ zugeordnet wird und daraufhin ein adäquater Umgang mit diesem stattfinden kann. Die Sensibilität für dissoziative Verhaltensweisen wird erhöht und durch das Verstehen der Dissoziation als eine, für die Kinder und Jugendlichen entwickelte, überlebensnotwendige Bewältigungsstrategie eines belastenden Lebensereignisses, kann diese

von den pädagogischen Fachkräften entsprechend anerkannt und wertgeschätzt werden. Zudem wird durch das Verständnis und das Hintergrundwissen die Sicherheit der pädagogischen Fachkräfte im Umgang mit Dissoziation gestärkt. Es gilt stets gemeinsam mit den Kindern und Jugendlichen nach dem guten Grund für das jeweilige Verhalten zu suchen, sodass auch diese ihr Verhalten besser verstehen und akzeptieren können. Dieser Vorgang nimmt eine wichtige Rolle im Prozess der Selbstbemächtigung innerhalb des traumapädagogischen Konzeptes ein, dessen Ziel es ist, den Kindern und Jugendlichen den Wechsel von einer passiven Objektrolle in eine Subjektrolle über ihr Handeln und Verhalten zu ermöglichen und die Kinder und Jugendlichen als ExpertInnen mit einzubeziehen. Auf lange Sicht geht es hierbei auch um die Regulierung von störungswertiger Dissoziation und um das Entwickeln von eigenen Skills als Dissoziationstopps. Durch das dissoziationsspezifische Wissen können MitarbeiterInnen innerhalb des traumapädagogischen Kontextes verschiedene Handlungskonzepte für den Umgang mit diesen Momenten anwenden. Hierbei geht es vor allem um die Verankerung der betroffenen Kinder und Jugendlichen im Hier und Jetzt, die Verringerung von Stress sowie die Förderung der Körperwahrnehmung und –fürsorge. Für akute Situationen bedeutet dieses das Einsetzen von Sinnesreizen als Unterbrechung der Dissoziation, um die Kinder wieder ins Hier und Jetzt zurückzubringen. Traumapädagogische Grundhaltungen wie Transparenz, Partizipation, Wertschätzung und Anerkennung können zudem auf pädagogische Handlungskonzepte sowie strukturelle Rahmenbedingungen der stationären Einrichtungen angewendet werden, sodass die Dissoziationsneigung der betroffenen Kinder und Jugendlichen insgesamt verringert wird, und für entsprechende Momente angemessene Räume und Mittel zur Verfügung stehen. Es ist an dieser Stelle anzumerken, dass in es in dieser Ausarbeitung zwar größtenteils darum geht, wie traumapädagogische Konzepte für die MitarbeiterInnen stationärer Einrichtungen hilfreich sein können, diese jedoch auch einen enormen Einfluss auf die betroffenen Kinder und Jugendlichen haben können. Nicht nur die MitarbeiterInnen profitieren von dieser Grundhaltung und den daraus resultierenden Arbeitsweisen, auch die Kinder und Jugendlichen können in ihrem Heilungsprozess und ihrer Dissoziationsneigung durch den Einsatz von Traumapädagogik unterstützt werden. An dieser Stelle gehen die Möglichkeiten und Chancen für die MitarbeiterInnen und für die Betroffenen oftmals Hand in Hand und bedingen sich gegenseitig.

Als Ausblick ist festzuhalten, dass in der Praxis der stationären Kinder- und Jugendhilfe durch mehr traumapädagogisch ausgebildetes Fachpersonal dissoziativen Verhaltensweisen traumatisierter Kinder und Jugendlicher mit mehr Professionalität begegnet werden könnte. Fachkräfte, die über mehr psychotraumatologisches Wissen verfügen, könnten dieses gezielt beim Erkennen und im Umgang mit Dissoziation einsetzen. Traumapädagogische Konzepte sowie die zugehörige Grundhaltung könnten für MitarbeiterInnen stationärer Einrichtungen zudem zu mehr Sicherheit und Erfolgserlebnissen im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen führen. „Abschiebungen“ in die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie häufigen Wechseln in andere Einrichtungen könnte durch den vermehrten Einsatz von traumapädagogischen Konzepten und entsprechend geschultem Personal entgegen gewirkt werden. Überforderungssituationen und Ratlosigkeit seitens der MitarbeiterInnen in dissoziativen Momenten der Kinder und Jugendlichen würden durch ausreichendes Wissen und einhergehendes Verstehen der Verhaltensweisen möglicherweise seltener auftreten. Stationäre Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe könnten durch die Nutzung traumapädagogischer Konzepte ihre Konzepte entsprechend anpassen und überarbeiten, sodass den MitarbeiterInnen für den Umgang mit Dissoziation neue Rahmenbedingungen und Handlungsspielräume zur Verfügung ständen. Zudem könnte die Schaffung sicherer und beständiger Beziehungen im Sinne des traumapädagogischen Konzeptes, zwischen MitarbeiterInnen und Kindern/Jugendlichen in stationären Einrichtungen als ein essentieller Bestandteil im gesamten Heilungsprozess der Betroffenen fungieren.

## Literaturverzeichnis

- Baierl, Martin; Frey, Kurt (2015): *Praxishandbuch Traumapädagogik: Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche*. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Fegert, Jörg M.; Kölch, Michael (Hrsg.) (2013): *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. 2. überarb. und erw. Aufl. Berlin u.a.: Springer.
- Fiedler, Peter (2013): *Dissoziative Störungen*. 2., überarb. Aufl. Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Fiedler, Peter (Hrsg.) (2006): *Trauma, Dissoziation, Persönlichkeit: Pierre Janets Beiträge zur modernen Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie; [2005 wurde ein erstes internationales Symposium ... in Freiburg i.Br. veranstaltet]*. Lengerich u.a.: Pabst Science Publ.
- Flick, Uwe (2014): *Qualitative Sozialforschung: eine Einführung*. Originalausgabe, vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage, 6. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Gahleitner, Silke Birgitta (Hrsg.) (2015): *Ein Trauma ist mehr als ein Trauma: biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik*. Weinheim u.a.: Beltz Juventa.
- Günder, Richard (2015): *Praxis und Methoden der Heimerziehung: Entwicklungen, Veränderungen und Perspektiven der stationären Erziehungshilfe*. 5., überarb und ergänzte Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Jegodtka, Renate; Luitjens, Peter (Hrsg.) (2016): *Systemische Traumapädagogik: traumasensible Begleitung und Beratung in psychosozialen Arbeitsfeldern*. Göttingen Bristol, CT, U.S.A.: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Korittko, Alexander (2016): *Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Erste Auflage. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Krüger, Andreas; Reddemann, Luise (Hrsg.) (2007): *Erste Hilfe für traumatisierte Kinder*. Düsseldorf: Patmos.
- Lang, Birgit; Schirmer, Claudia; Lang, Thomas; u. a. (Hrsg.) (2013): *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik*. Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Macsenae, Michael; Esser, Klaus (Hrsg.) (2012): *Was wirkt in der Erziehungshilfe? : Wirkfaktoren in Heimerziehung und anderen Hilfearten*. München u.a.: Reinhardt.
- Mayring, Philipp (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 11., aktualisierte und überarb. Aufl. Weinheim u.a.: Beltz.
- Mey, Günter (Hrsg.) (2010): *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss.

- Resch, Franz; Schulte-Markwort, Michael (Hrsg.) (2005): *Schwerpunkt: Dissoziation und Trauma*. 1. Aufl. Weinheim u.a.: Beltz.
- Sack, Martin; Sachsse, Ulrich; Schellong, Julia (Hrsg.) (2013): *Komplexe Traumafolgestörungen : Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung : mit 36 Tabellen*. Stuttgart: Schattauer.
- Schmutz, Matthias (2012): *Dissoziative Anfälle : Studie über ein hysterisches Symptom*. Bern u.a.: Lang.
- Seidler, Günter H. (Hrsg.) (2011): *Handbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stascheit, Ulrich (Hrsg.) (2013): *Gesetze für Sozialberufe : die Gesetzessammlung für Studium und Praxis*. 23., überarb. Aufl., Stand: 1.8.2013. Frankfurt am Main: Fachhochschulverl., Verl. für Angewandte Wissenschaften.
- Weiß, Wilma (2013): *Philipp sucht sein Ich : zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen*. 7. Aufl. Weinheim u.a.: Beltz Juventa.
- Weiß, Wilma; Friedrich, Esther Kamala; Picard, Eva; u. a. (Hrsg.) (2014): *„Als wär ich ein Geist, der auf mich runter schaut“ : Dissoziation und Traumapädagogik*. Weinheim u.a.: Beltz-Juventa.
- Wieland, Sandra; Brisch, Karl-Heinz; Lutz, Winja (Hrsg.) (2014): *Dissoziation bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen : Grundlagen, klinische Fälle und Strategien*. Stuttgart: Klett-Cotta.

## **Quellenverzeichnis**

Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik 2001: Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Online unter: <http://www.bag-traumapaedagogik.de/index.php/standards.html> (Zugriff 01.03.2017)

## A Anhang

### A.1 Interview 1 mit Mitarbeiterin der stationären Kinder- und Jugendhilfe

5 A: Wie äußern sich Situationen, in denen traumatisierte Kinder und Jugendliche dissoziieren konkret in deinem Arbeitsalltag? 00:00:16-5

10 B: Also ich hab bisher ,ähm, hauptsächlich Situationen mitbekommen, wo, in denen Kinder eher aggressiv reagieren, wenn sie so aus ihrem Alltags-Ich, sag ich mal herausgerissen werden, ähm, teilweise mit Schreien, Schlagen, ähm, ja auf andere losgehen. Ähm, Sachen zerstören, Gegenstände zerstören, ähm, ja da könnte ich jetzt glaube ich einige Beispiele bringen aber es ist immer so in die Richtung. Also das  
15 Extremste war glaub ich, was ich erlebt hab hier bei Kindern, ähm, war ein Junge der wirklich an, aufm Bett lag, an die Decke geguckt hat und ,ähm, irgendwie Bilder von irgendwelchen Serienmördern gesehen hat, die und tropfendes Blut von der Decke und solche Sachen, also schon fast Wahnvorstellungen dann, ja das geht so in die Richtung, nä, was vielleicht auch nochmal bisschen...ja. 00:01:21-3

A: Doch, ja das ist dann ja schon sehr ausgeprägt. 00:01:23-8

20 A: Ja und wie sieht dann dein, dein Umgang in solchen Situationen aus oder ist das immer unterschiedlich? 00:01:32-3

25 B: Ja also es ,ähm, kommt wirklich auf das Kind an, auf die Situation an, ähm, also ich mach das schon, wenn, wenn die Situation so gefährlich ist, dass das Kind und das habe ich halt auch schon erlebt, dass Kinder sich selber bei diesen Anfällen irgendwie verletzt haben oder andere verletzt haben, ähm, also dass es halt wirklich gefährlich ist, dann ,ähm, hab ich das schon gemacht, dass ich das Kind dann aufn Schoß genommen hab und umarmst, also so in den Arm genommen hab, dass es mich nicht verletzen kann, sich selber nicht verletzen kann und irgendwie wieder bei  
30 sich ankommt, also nä, wieder beruhigt werden kann irgendwie. Ähm, auch jetzt aktuell gerade bei einem Jungen, den wir hier haben, der mit Steinen schmeißt und wahrlos auch auf kleine Kinder und andere Personen, dass ich dann wirklich hingeh und mich mit ihm hinsetze und erst mal ja, wirklich, ähm, körperlich auch einschränke, damit gar nichts pass-, also damit nichts passieren kann, wobei ,ähm, das inzwischen auch so ist, dass ähm, wir eindeutig sagen, wenn, wenn solche Ausraster so  
35 extrem werden, dass das Kind nicht mehr ansprechbar ist, also wirklich dann auch, also wie son Krokodil irgendwie, sag ich mal (lacht), nä, so also nur noch Reflexe hat und eigentlich gar nicht mehr nachdenken kann, dass wir dann auch sagen irgendwie, ja dann müssen wir jetzt einen Krankenwagen rufen, dann wird das einfach zu  
40 gefährlich auch, nä. Ja, so, genau und dann wundert mich das halt auch manchmal, dass, dass die Kinder denn doch wieder, also, obwohl sie so gerade im Wahn drin sind, denn trotzdem irgendwie sich dann doch teilweise wieder zurückholen lassen, weil sie ja wissen, sie wollen eigentlich gar nicht ins Krankenhaus und dass man dann irgendwie gucken kann, welche Strategien man noch anwendet, ja. 00:03:21-4

45 A: Und, was sind für dich so Punkte, die du ganz besonders wichtig im Umgang mit solchen Situationen sind, hast du da Sachen, die du beachtest oder die du immer,

immer wieder wichtig findest? 00:03:30-2

50 B: Also das wichtigste finde ich, ähm, gerade in so einer großen Gruppe, ist, äh, immer, dass die Kinder, die anderen Kinder auch geschützt werden. Ähm, ganz wichtig finde ich, äh, ist auch der Punkt bevor dieser Zeit- also man kenn-, lernt die Kinder mit der Zeit besser kennen und hat dann teilweise auch, also weiß so, was Schlüsselpunkte sein können, wo dann das dissoziative Verhalten hervorkommt und ,ähm, 55 oder sieht, also ich finde, vielen Kindern sieht man das auch schon im Gesicht an, also, dass die Augen dann so starr werden, das Gesicht wird ganz starr und verbittert und, ähm, dass man dann schon guckt irgendwie, äh, dass man rechtzeitig auch eingreifen kann, bevor es so völlig wegrutscht. 00:04:20-2

60 A: So Warnsignale.... 00:04:20-2

B: Genau, dass man die Warnsignale erkennt, bevor das Kind halt, ja einem schon so... 00:04:32-8

65 A: Mh, ja und wenn, wenns dann aber doch nicht mehr vorher abwendbar ist, hast du da noch bestimmte Sachen, die du dann beachtest? 00:04:40-4

B: Ähm, ja wie gesagt, gucken, dass irgendwie Sicherheit gewährleistet ist, was wir ja auch schon öfter überlegt haben wär, nä so, son Raum irgendwie, wo die Kinder 70 sich austoben können, ohne sich selber verletzen zu können, was leider bisher noch nicht möglich war aber schon das Kind dann irgendwie zu, ähm, naja von den anderen irgendwie wegzukriegen erst mal in einen geschützten Raum. Raum jetzt nicht als Zimmer, sondern in einen geschützten Rahmen zu bekommen, wo man dann in Ruhe weitergucken kann, äh was ist jetzt gerade das Beste fürs Kind. 00:05:17-3

75 A: Ok. 00:05:17-3

B: Genau. 00:05:17-3

80 A: Und wie ist jetzt dein, dein theoretisches Wissen über die Hintergründe für diese Reaktion, also in Bezug auf Traumatisierung und Dissoziation? 00:05:28-7

B: Also ich weiß, dass Kinder, ähm, die halt so schlimme Sa-, also kann ja alles Mögliche sein. Ob das nun Gewalt ist oder sexualisiertes Verhalten einfach ,ähm, Sachen 85 die Kinder nicht verarbeiten können, ähm, in ihrer jeweiligen Lebensphase, die so schlimm sind, dass sie nicht auszuhalten sind, ähm, ja, dass die sich dann irgendwie, nicht bewusst, sondern unbewusst, irgendwann abspalten aus dieser Situation, ähm um das überhaupt aushalten zu können so und, ähm, um so schlimmer und um so häu-, also es gibt halt auch einzelne Traumatisierungen, nä also einzelne Erlebnisse 90 irgendwie, das weiß ich und es gibt halt auch Kinder, die über einen längeren Zeitraum traumatisiert werden und, ähm, ähm, soweit ich weiß, hat es auch damit zu tun, wie gut die Kinder, in was für einem festen Rahmen die Kinder sind, wie gut sie bis dahin sozialisiert sind, ähm, wenn jetzt ein einmaliges Erlebnis ist oder nä, dass man guckt wie, wie rechtzeitig wird das aufgefangen. Ich denke jetzt gerade an einen Unfall oder sowas, nä, gibts ja auch. Hab ich neulich gerade wieder gelesen von einem 95 Jungen, der sich mitm Teebeutel verbrüht hat, als er ganz klein war und das Geschwisterkind ist aber völlig, ich sag mal normal, geht auch zur Schule und er ist halt für sein Leben so traumatisiert durch die ganzen Krankenhausaufenthalte, ähm, ja,

100 dass er nicht mehr richtig zur Schule gehen kann und nicht in den normalen Alltag,  
so wie es eigentlich sein sollte , integriert werden kann. Ähm, ja und dann gibts wie  
gesagt die Kinder, die über einen ganzen Zeitraum ihrer Kindheit, missbraucht, miss-  
handelt, verletzt werden, ähm, ja, wo es dann auch immer schwieriger wird so, ähm,  
105 oder die sich immer mehr so in dieses hm, naja zurückziehen halt nä, aus dem, aus  
dem Alltag, die immer weniger sich spüren auch, weil sie versuchen, nicht bewusst,  
(lacht) das finde ich immer ganz wichtig, die Kinder machen es nicht mit Absicht,  
aber unbewusst dann irgendwie weggleiten. 00:07:40-1

110 A: Ja. Und hast du denn für diese, also mit dem Wissen, hast du da auch konkrete  
Handlungsansätze, die du dann anwendest in solchen Situationen, mit diesem Hin-  
tergrundwissen? 00:07:56-7

115 B: Pfff, also wichtig, ähm, weiß ich oder hab ich mal gelernt, äh, ist, dass man nicht  
im Alltag die Kinder bewusst, ähm in diese Situation reinbringt, also guckt, dass man  
sie nicht irgendwie triggert, also das sowas halt wirklich in der Therapie, im ganz ge-  
schützten Rahmen nur bearbeitet wird und man nicht im pädagogischen Rahmen,  
120 ähm, diese Traumatisierung wieder hervorruft um da irgendwie dran zu arbeiten oder  
zu doktoren sondern, dass man wirklich guckt, dass man dem Kind n´ geregelter,  
strukturierten Alltag geben kann. N´ beschützten vor allem, wo die sowas nicht  
nochmal wieder passiert, ähm, und, dass man dann natürlich als zweiten Schritt ne-  
benbei guckt auch, dass das Kind in einer geeigneten Traumatherapie, ähm, die Er-  
eignisse soweit aufarbeiten kann, dass das vielleicht irgendwann, ja ich sag mal die-  
ses dissoziative Verhalten, nä, dass, dass es irgendwie wieder eins wird 00:08:55-0

125 A: Integriert wird? 00:08:53-0

130 B: Ja, dass es, dass es sich selber, genau, dass es, dass ich sag mal das Alltags-Ich  
und äh, das, äh, traumatisierte-Ich, kann man das so sagen? Ähm, irgendwie ir-  
gendwann wieder integriert wird aber, dass man halt vorsichtig ist in der Pädagogik  
und da halt nicht meint, weil man dann mal zwei Bücher gelesen hat, so, also das ist  
bei mir ganz doll hängen geblieben, dass das ganz wichtig ist irgendwie, genau. An-  
sonsten, ähm, ja gibt es ja verschieden Methoden, wo man die Kinder auch dann  
135 auch wieder mit rausholen kann, aus diesen, nä, wie ich vorhin gesagt hab, wenn,  
wenn die Kinder dann schon erstarren und man merkt, die rutschen jetzt irgendwie  
ab, ähm, dass ,man zum Beispiel, also was ich sehr gerne mache und was auch  
schon ab und zu geholfen hat, ist dann irgendwie in die Badewanne gehen oder so,  
nä, dass, ich hab dann immer in meiner Schublade son Badezeugs, sowas Besonde-  
res, entweder son Knisterkram oder so, dass ich dann sag, hier, nä um die Kinder  
son bisschen da herauszuholen und das hat schon ein paar Mal geholfen, oder Mu-  
sik hören, also das hilft auch gerade so bei den Jungs, die wir haben, die eher so ins  
140 aggressive rutschen, dass die sich wirklich zurückziehen, ähm, um wieder bei sich  
anzukommen und sich dann teilweise auch von lauter Musik beschallen lassen und  
dann dadurch, ja sich wieder, wohl besser spüren können. 00:10:15-1

145 A: Ja, aber das ist wahrscheinlich auch individuell ganz unterschiedlich, nä, da muss  
man die Kinder dann... 00:10:15-5

B: Genau, dann gibts welche, die brauchen dann frische Luft und müssen sich be-  
wegen und, ja genau. 00:10:22-2

150 A: Ok. Und an welchen Stellen fehlt es dir vielleicht noch an theoretischem Wissen oder an Handlungs-, spezifischen Handlungsansätzen für solche Situationen?  
00:10:31-0

155 B: Mh hm, also was ich schwierig find, ist, ähm, zu erkennen, weil wir einfach so viele Kinder haben, mit allen möglichen verschiedenen Schwierigkeiten, zu erkennen, ist das Kind traumatisiert oder ist das Kind, ähm, ja kommt es einfach ausm verwahr-,  
nä oder hat da nicht viel Erziehung stattgefunden, wobei, wenn ich jetzt sag verwahr-  
lost, dann hat ja auch irgendwie ein Trauma stattgefunden und zwar, manchmal,  
160 dass zu wenig Essen da war oder, oder, dass äh keine Reaktion kam, dass dann  
irgendwie ne Bindungsstörung hervorgerufen wird. Ähm, ja so das zu erkennen, nä,  
wo, wo oder wo ist, also wir haben auch Kinder, die einfach gelernt haben, wenn sie  
lang, hartnäckig genug sind, dann kriegen sie das, was sie wollen, so, und die halt  
einfach keine Grenzen bekommen haben, so und da den Unterschied zu erkennen,  
das finde ich manchmal sehr schwierig. 00:11:25-2

165 A: Also zu gucken, weil ja auch heutzutage viel immer gleich, das ist traumatisiert  
das Kind, nä, das ist wirklich, zu gucken, was ist jetzt n dissoziativer Zustand und  
was ist vielleicht einfach nur n, n Wutausbruch oder irgendwie andere... 00:11:44-0

170 B: Genau, ja. Oder irgendwie ne Trotzph-, so nä, die, denn auch wieder die Entwick-  
lungsphasen irgendwie das, sich da ab-abzurufen da, in welcher Phase ist gerade  
das Kind, weil man hier bei unseren Kinder hier einfach auch nicht sagen kann, mit  
zwei Jahren ist das so und so, nä, dann kommt die Trotzphase und so weiter, ähm,  
sondern, dass die Kinder, die hier her kommen oft ja nicht ihrem Alter entsprechend  
175 entwickelt sind, ähm und dadurch macht das das natürlich auch nochmal schwerer.  
00:12:13-9

A: Ja... und in solchen Situationen direkt, wo kommst du da an deine Grenzen?  
00:12:17-6

180 B: Also auf jeden Fall, wenn diese Kinder andere, vor allem kleinere Kinder gefähr-  
den, so dann merke ich, also so, vor allem wenn man immer wieder in diese Situati-  
on kommt. Ähm, in meinen, also was für mich einfach die schlimmste Grenze ist, ist  
die, die Struktur der Jugendhilfe, so, also dass solche Kinder, die eigentlich viel mehr  
185 Aufmerksamkeit, viel mehr, ähm, Zeit brauchen, ähm, dass die in so einer großen  
Gruppe sind, wo sie eigentlich gar nicht das bekommen können, die Aufmerksamkeit  
bekommen können, die sie brauchen. ich finde das ist die größte Grenze, die wir hier  
so oder das größte Hindernis, was wir hier haben. Ja .... ausgebildete, ausgebildetes  
Personal, das fehlt dann manchmal und dann ja genau. 00:13:14-6

190 A: Ja und das, ich weiß gar nicht ob das jetzt so passt aber, wodurch kommst du an  
bestimmte Grenzen, also für einige Sachen, kannst du ja nicht beeinflussen also das  
ist ja einfach vom System so vorgegeben aber... 00:13:30-7

195 B: Mhh..., ähm, ja was ich vorhin gesagt hab zum Beispiel mit dem Krankenwagen  
rufen, also wenn das Kind wirklich so in Wut ist sag ich mal, dass das man nicht  
mehr ran kommt, nicht mehr weiß, ähm, also dass es einfach auch gefährlich wird,  
so. Ähm, sich dann zu entscheiden, ich begeben mich jetzt in diese gefährliche Situa-  
tion, um das Kind wieder raus-, also um, um dann irgendwie Halt zu geben oder so.  
200 Das ist natürlich schon mal ne schwierige Entscheidung und dann von außen hattest

du ja jetzt gefragt auch, ähm, die, wenn man zum Beispiel einen Krankenwagen ruft, dann weiß man im Prinzip schon, es muss jemand mitfahren, nä, da ist dann wieder das Personal, Personalmangel, das Kind muss wieder abgeholt werden, weil meistens werden die Kinder ja nicht da behalten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.  
205 Ähm, ja dann merkt man dann auch, nä das sind wirklich so Phasen, ähm, wo die so abwesend sind und dann sitzen sie da und ganz brav und sagen irgendwie, ja ich weiß auch nicht, es tut mir total leid, hab ich auch schon bei Kindern erlebt, die wirklich völlig ausgerastet sind und hinterher weinend bei einem auf dem Schoß saßen und sich auch teilweise dann nicht mehr erinnern an den kompletten Vor-, Vorgang  
210 und was sie eigentlich alles gemacht haben. Also über sich selber auch erschrocken sind, ja das finde ich einfach schwierig auch, ähm, dann damit umzugehen, nä.  
00:14:54-9

A: Und was müsste sich jetzt für dich ändern, damit du vielleicht den Umgang mit solchen Momenten besser gestalten kannst? Einmal vielleicht auf persönlicher Ebene aber naja, vom System her vielleicht auch. 00:15:10-8

B: Also auf jeden Fall, ähm, finde ichs wichtig, dass man immer genug Personal da hat, auch vor allem ausgebildetes Personal. Ähm, dann, ähm, das hab ich gerade noch gar nicht erwähnt, was das System angeht, ähm, solche Kinder sind ja manchmal kaum beschulbar, oder nur sehr schwer beschulbar, nur für n, für ne bestimmte, weißt du für ein zwei Stunden am Tag oder, nä eingeschränkte Zeit und ja da gibt unser System halt auch wenig Alternativen her, ähm, wie diese Kinder trotzdem lernen können aber nicht, ähm so in diese, ich sag mal, in dieses normale reingedrückt werden, nä. So, ja weil die können teilweise gar- also die, da werden ja auch teilweise Sachen hervorgerufen, wenn es einfach so viele Menschen, so die Klassen sind einfach ziemlich groß heutzutage und, ähm, ja, das ist dann schwierig die Kinder auch so integrieren zu können. 00:16:15-1

A: Ja und genau auf, auf persönlicher Ebene, was müsste sich für dich persönlich vielleicht ändern, damit du noch besser umgehen könntest oder damit du dich sicherer fühlen würdest im Umgang mit solchen Situationen? 00:16:30-3

B: Also auf jeden Fall, ähm, würde ich mir wünschen schon noch mal wieder ein bisschen mehr, ähm, also so Weiterbildungsmaßnahmen zu machen, was so Gesprächsführung angeht, äh Kommunikation, ähm, nä also ich hab zum Beispiel jetzt gerade neulich gelernt, dass, oder, da ist es mir wieder bewusste geworden, dass es nichts bringt den Kindern immer nur zu sagen, jetzt musst du das, und nä mach das, sondern auch Fragen zu stellen, so, ähm, solche Sachen dann nochmal ein bisschen mehr. Know-how zu bekommen oder auch, dass Sachen, die man vielleicht irgendwann mal gelernt hat aber die dann irgendwie zu weit weg sind, dass man das mal wieder auffrischt. 00:17:17-1

A: Und worin würdest du persönlich Chancen in ner Weiterbildung im Bereich Traumapädagogik für deinen Arbeitsalltag und dann auch gerade für solche Situationen sehen? 00:17:27-2

B: (Pause) Öhm, jetzt für Mitarbeiter, die hier in diesem Rahmen arbeiten? 00:17:36-5

A: Genau, also, ja, was, was könnte das ändern oder was siehst du da für Chancen

drinnen? Hältst du das für notwendig? 00:17:43-0

255 B: Also ich sehe schon, dass zum Beispiel Mitarbeiter, die sehr gut ausgebildet, also  
die eine sehr umfangreiche Ausbildung haben, ähm, dass es denen leichter fällt sol-  
che Situationen, ähm, zu handhaben und, ähm, ja auch für sich selber da besser  
durchzukommen, so nä und, äh, ich finde ganz viel, man merkt ja auch immer wie-  
260 der, die Kinder spüren ganz viel auch nä, und gerade wenn man gut ausgebildet ist,  
strahlt man natürlich auch ne Sicherheit aus, im Vergleich zu jemand, der, ja dann  
irgendwie das so nebenbei macht oder, nä das, von daher denke ich schon, dass ne  
Weiterbildung für Mitarbeiter hier im Dienst immer sinnvoll wären. Gerade mit, gera-  
de weil man ja auch merkt, dass es immer mehr Kinder, scheinbar immer mehr Kin-  
der gibt, die so psychische Krankheiten mitbringen, nä, traumatisiert sind, ja... Jetzt  
265 auch noch, dazu kommt ja jetzt auch noch die Flüchtlingsbewegung, ähm, haben wir  
ja auch schon zum Teil mitbekommen, äh wo man einfach, ja selber kaum aushält,  
was die so erzählen und was die erlebt haben und dann soll man denen irgendwie  
noch Halt geben aber auf der anderen Seite, genau das fällt mir gerade auch noch  
ein, so als schwierigen, was, was ich immer schwierig finde, so man soll auf der ei-  
nen Seite ja nicht das Trauma so hochhe-, also ähm triggern irgendwie und, und be-  
270 arbeiten aber auf der anderen Seite auch für die Kinder da zu sein und sich die Ge-  
schichten anzuhören und dann zu merken, wo fragt man noch nach und wo, lä-, nä,  
so wo belässt man es einfach dabei. Das fällt mir gerade noch ein noch zu dem  
Punkt, ähm, wie schwierig das ist. Von daher, denke ich, dass das für alle Mitarbeiter  
immer sinnvoll ist Weiterbildungen zu machen, so in die Richtung. 00:19:34-4

275 A: Und auch, meinst du, dass das auch auf dieser Verstehensebene, also grob hast  
du das ja auch schon gesagt, dass du auch weißt was da passiert aber um vielleicht  
nochmal genauer zu wissen, was passiert jetzt und, und, wie muss ich jetzt oder was  
ist jetzt meine Aufgabe. Meinst du, dass es da auch nochmal hilfreich wäre so eine  
280 Weiterbildung oder glaubst du, dass das da nicht so (Pause) von Bedeutung ist, in  
solchen Situationen da noch viel mehr...? 00:20:01-6 00:20:02-3

B: Doch auf jeden Fall. Ich finde es ganz wichtig, dass man genau Bescheid weiß,  
was passiert mit den Kindern gerade und, ähm, ja, warum handeln wir so, damit man  
285 halt dann auch richtig reagieren kann und nicht, ja zum Beispiel das Trauma noch,  
dass das noch tiefer sitzt nachher oder wie auch immer. Oder halt andere Kinder  
dann vielleicht traumatisiert werden, durch dieses, schon traumatisierte Kind. Haben  
wir ja auch oft, dass dann so brenzlige Situationen sind, wo dann andere Kinder wie-  
der neu traumatisiert werden, durch ein Kind was halt, ja, Verhaltensweisen an den  
290 Tag legt. 00:20:47-8

A: Und was glaubst du, was sich für dich durch, ne, ne Traumapädagogik Weiterbil-  
dung im Umgang mit Dissoziation ändern könnte? 00:20:57-9

295 B: Mhhh... Ja das kann ich jetzt gar nicht so sagen, weil wie gesagt die Rahmenbe-  
dingungen natürlich auch sehr wichtig sind. Auf jeden Fall, was ich ja vorhin schon  
gesagt hab, ähm, würde das mehr Sicherheit bringen, ähm, da nochmal genauer  
hinzugucken. Ähm, ja vielleicht nochmal neue Handlungsstrategien, ähm, zu erler-  
nen, so, ja. Das wäre denke ich schon...Also alles was man mehr weiß, bringt einem  
300 irgendwie auch weiter finde ich, nä, so, genau. Und bringt einem mehr Sicherheit.  
00:21:37-3

305 A: Und wenn du jetzt sone, gerade jetzt auf sone Traumapädagogikausbildung ist ja auch sehr, sehr umfangreich und von, von welchen Faktoren wäre jetzt sone Weiterbildung da für dich persönlich abhängig, also was spielt da auch immer alles mit rein für dich? 00:21:56-3

310 B: Mhm. Auf jeden Fall, äh, spielt es ne Rolle, wo, wo ich in Zukunft auch, in welchem Bereich ich arbeiten werde. Ähm, ja, ich bin jetzt son bisschen, ich sag mal zwischen zwei Stühlen, überlege gerade so in die Richtung Beratung zu gehen, wobei da ja auch wieder, ähm, gerade auch im begleiteten Umgang, ähm, jetzt nicht nur in der Wohngruppe aber ich auch im begleitetem Umgang Kinder erlebe, die durch Trennung, durch Streit, Gewalt, Traumatisierungen erfahren haben. Ähm, von daher...von welchen Faktoren? Ähm, (Pause) 00:22:36-6

315 A: Vielleicht jetzt auch nochmal wieder n bisschen auf System, das sind ja auch immer bestimmte Voraussetzungen, das ist ja auch nicht so einfach das so nebenbei vielleicht zu machen und... 00:22:48-5

320 B: Genau, man bräuchte natürlich Zeit für, für so eine Weiterbildung und ähm, und auch immer nebenbei halt immer, finde ich, die praktische Arbeit, in der man dann, ähm, ja weiter gucken kann, ja das Erlernte auch wieder anwenden kann, dass man nicht einfach nur irgendwie theoretisch irgendwas durchliest, sondern, dass man das dann auch direkt gleich anwenden kann, so, äh, ja. Finanziell ist natürlich, also ist  
325 natürlich ein großer Faktor, wenn ich jetzt überlege ne Weiterbildung zu machen, ähm, würde ich halt gerne trotzdem nebenbei, nä also Vollzeit weiter arbeiten, ähm, sodass das man das finanziell und zeitlich dann auch unter einen Hut bekommt, ähm, dass da vielleicht der Arbeitgeber vielleicht auch ein Stück weit mitmacht und  
330 sagt, so, was weiß ich, ich, wir finanzieren das, wir geben bisschen, ähm, Bildungsurlaub dafür, dass dann auch zeitlich schaffen kann. 00:23:53-6

335 A: Ja das wärs eigentlich von meiner Seite erst mal. Ich weiß nicht, ob du noch, dir noch, jetzt noch irgendwas einfällt, was du noch loswerden möchtest, ansonsten wär das für mich auch erst mal so damit gut. 00:24:07-2

B: Ja... 00:24:10-3

A: Ja vielen Dank erst mal. 00:00:00-0

340 B: Gerne. 00:24:07-0

## A.2 Interview 2 mit Mitarbeiter der stationären Kinder- und Jugendhilfe

5 A: Also als Erstes, wie äußern sich denn Situationen, in denen traumatisierte Kinder und Jugendliche, ich sag jetzt mal immer Kinder und Jugendliche, dissoziieren in deinem Alltag konkret? 00:00:11-7

10 B: Ähm, das ist nicht ganz einfach, äh, zu sagen, das kann, also, wenns sehr deutlich ist, dann kann man es auch klar benennen. Ähm, wenn man mit denen zum Beispiel im Gespräch ist und, äh, die gehen mit der Konzentration weg, das passiert ja jedem son bisschen aber wenn man, äh, merkt, dass die gar nichts mehr von dem Gespräch mitkriegen, so. Äh, häufig denn auch den Sichtkontakt verlieren, ähm, nicht mehr antworten und ähm, also, wenns ganz extrem ist auch wirklich nicht mehr ansprechbar sind. 00:00:52-2

15 A: Okay, mhh... 00:00:51-4

20 B: Und es kann aber auch so kleine, feine Abstufungen geben, äh, wo jemand ganz kurz weg ist aber denn wieder da oder, ähm, wo man es vielleicht auch nicht unbedingt merkt. Das ist immer son bisschen die Schwierigkeit, äh, gerade bei den Leuten, äh, wo das schnell wechselt oder wo es nicht so eindeutig ist, wo man denkt, ja das haben die ja jetzt mitgekriegt, die haben ja irgendwie genickt oder auch was zu gesagt und die aber Teile trotzdem nicht mitgekriegt haben, weil sie nicht da waren. So, also. 00:01:22-1

25 A: Ja, okay. Und wie sieht dann dein Umgang mit solchen Situationen in der Regel aus? Kannst du da, das irgendwie verallgemeinern, was du dann machst? 00:01:30-6

30 B: Ähm, also wir probieren dann die Jugendlichen, ähm, ins Hier und Jetzt zurückzuholen, hm, sprich, unterbrechen erst mal das Gespräch, ähm, was weiß ich, machen denn sowas wie, möchtest du n Glas Wasser trinken, dass sie mal n Glas anfassen, ähm, oder wir ham im Büro auch so, hab ich den hier? Ne hab ich gar nicht mehr, so, so,... doch hier! Sowas, so, ähm, Igelbälle, die sie denn mal greifen können, ähm, wo sie denn mal fest zugreifen können oder, ähm, dass man auch sagt, du komm, äh, komm mal her ans Fenster, sag mal was siehst du denn da draußen, was ist das fürn Baum, äh, wie viel Äpfel hängen da dran. Ähm, dass man einfach die noch mal ins Hier und Jetzt bringt und wenn man merkt, okay, die sind wieder da, die können das gut beschreiben so, äh, dann kann man mit dem Gespräch auch weiter machen. 00:02:20-1

A: Okay, also son bisschen durch Sinneswahrnehmungen, Reize, sowas... 00:02:23-0

45 B: Ja genau, genau . 00:02:23-0

A: Okay. Ja das beantwortet vielleicht auch schon n bisschen das Nächste. Was sind für dich wichtige Aspekte im Umgang mit solchen Situationen? 00:02:36-4

50 B: Also ganz wichtig ist die zu erkennen! So, und das ist nicht immer ganz einfach, weil, äh, die teilweise auch nicken, ähm, oder es auch so Zwischenzustände gibt, wo

55 die durchaus denn ja sagen und man hat das Gefühl, okay, ähm, die ham das verstanden und wenn man sie später drauf anspricht ist es aber so, als ob man es nie gesagt hat, so. Und denen selber das auch nicht un-, äh, unbedingt bewusst ist, das ist auch son bisschen das Problem, so nä. 00:03:01-7

A: Okay, also Erkennen als Wichtigstes? 00:03:05-3

60 B: Ja. 00:03:05-9

A: Ähm, wie wirkt sich denn dein spezifisches Wissen, was du jetzt ja durch diese Traumapädagogik Ausbildung hast, ähm, über die Hintergründe dieser Reaktion, auf das, auf den direkten Umgang mit diesen Situationen aus? Also dadurch, dass du jetzt mehr weißt... 00:03:24-3

65 B: Ähm also ich würde sagen, ich, also beziehungsweise, also wir ham dann auch immer n Transfer ins Team natürlich. Wir ham jetzt zwei Traumapädagogen, also die Wohngruppenleitung hat das auch gemacht und ich auch und ich denke wir achten schon noch mehr auf solche Situationen, gehen da bewusster drauf ein. Also ich will nicht sagen, dass man das früher gar nicht gemacht hat aber, äh, dass wir schon jetzt noch n feineres Gespür dafür entwickelt haben und, ähm, sag ich mal diese Unterbrecher oder dieses Hier und Jetzt holen, ähm, auch häufiger, äh, anwenden auch wenn man vielleicht denkt, joa, ist es nötig oder nicht. Ja, im Zweifelsfall kann man das mal machen, ähm, um sich da ein bisschen abzusichern. 00:04:15-2

75 A: Mh, okay. Ähm, ja wie sehen konkrete traumapädagogische Handlungsansätze in diesen Momenten aus? Das ist wahrscheinlich das mit dem Hier und Jetzt, was da ganz oben steht, nä? 00:04:23-5

80 B: Ja, ja. Ähm, gibt aber natürlich auch ne Vielzahl, äh, von, von anderen Übungen, ähm, die Schwierigkeit in der Wohngruppe ist im Moment noch, äh, dass wir ne Menge Übungen, ähm, jetzt durch diese Fortbildung bekommen haben, aber das im Alltag schon schwierig ist umzusetzen, weil wir häufig in den Diensten alleine sind. Wir haben bis zu neun Jugendliche und wenn man sone Übung macht, ähm, braucht man schon son bisschen Ruhe und muss ja nicht unbedingt dabei gestört werden und das gestaltet sich im Moment noch als schwierig. Also da müssen wir noch dran arbeiten, wollen jetzt das Konzept auch n bisschen umstellen. Äh, toll wäre, wenn man den Personalschlüssel noch n bisschen aufstocken kann, dass man einfach Zeit, oder mehr Zeiten hat, wo zwei Personen im Dienst sind. Also die Frau X ist die Wohngruppenleitung, die ist mit doppelt im Dienst, denn tagsüber manchmal oder ich, als stellvertretende Leitung aber, äh, ich sag mal abends zum Beispiel, wenn viel los ist, wenn auch alle Jugendlichen da sind, ist man immer alleine im Dienst. 00:05:34-3

95 A: Ja, okay. Ähm, wendest du denn diese Handlungsansätze seit deiner Weiterbildung regelmäßig an? 00:05:40-4

100 B: Ja...ich würde mir aber wünschen, also gerade, dass das mit den Übungen, äh, dass man das mehr macht oder, dass wir vielleicht auch nochmal sone Gruppe irgendwie einrichten, wo das denn mit den Jugendlichen tatsächlich geübt wird. Also, und es können ja auch so ganz einfache Sachen sein, ähm, wie diese " 5,4,3,2,1 Übung ", ich weiß nicht, ob, du die kennst? 00:06:06-0

A: Ne... 00:06:06-0

105

B: Das ist sone ganze klassische Übung, wo es auch darum geht, wenn du, äh, immer wieder so Sachen im Kopf kreisen und du da gar nicht raus kommst, so, ähm, und das geht auch durch die einzelnen Sinneswahrnehmungen. Also du sitzt dann da oder liegst da und hast die Augen denn zu oder, wenn das nicht geht, hast die  
110 Augen auf und sollst an eine Sache denken, die du gerade im Moment hörst. Oder denn die Nächste, die du fühlst und so weiter. Und denn machst du das immer wieder runter und Ziel ist einfach, dass du immer Sachen hast im Hier und Jetzt, das heißt, du musst dich konzentrieren, was höre ich, was seh ich oder was spüre ich. Und du bist die ganze Zeit beschäftigt und das bringt dich denn dazu, aus diesen  
115 Gedankenkreisen raus zu kommen. 00:06:58-3

A: Okay, mh. Ähm, wo liegen denn deine persönlichen Grenzen im Umgang mit Dissoziation. Ich weiß ja nicht, ob das sich jetzt nur wirklich so äußert, dass sie in Gesprächen nicht anwesend sind oder ob das, du hattest ja am Telefon auch schon mal was, dass sie sich dann ritzen, dass das so, auch so Situationen sind, wo sie nicht...  
120 00:07:17-4

B: Ja, ähm, das ist denn, also dieses Ritzen, ist einfach in Anführungsstrichen n sehr mächtiger Skill, weil der so gut funktioniert. Weil, äh, das natürlich auch n ganz klares ins Hier und Jetzt zurückholen ist. Ähm, einmal ist der Schmerz, wobei man sich wundert, wie wenig Schmerzempfinden die auch haben. Also, was weiß ich, wir haben Bewohnerinnen, die sich sone Zigarette, irgendwie auf der Haut ausdrücken, ich glaube da wär von uns keiner in der Lage zu, das gibt dementsprechend dann auch Brandwunden oder auch einige, die sich tief schneiden, das würden wir so auch nicht  
125 hinkriegen denke ich. Aber das ist wirklich, dass die dann abgeschaltet sind und das n total unangenehmes Gefühl ist und denn geht es drum, wie können die wieder zurück kommen und da hilft das natürlich unheimlich, wenn die Schmerzrezeptoren anbringen, wenn du siehst, ah ja ich lebe, da fließt Blut. Das ist auch was, ähm, und das wirkt sehr, sehr gut und es ist total schwierig, wenn man damit angefangen hat,  
135 also so sagen uns die Leute auch, die wirklich aktiv dran arbeiten, denn davon weg zu kommen. Weil es relativ einfach ist und so wirksam ist. So, was weiß ich, es gibt ganz viele andere Sachen, ähm, die, äh, bauen dann auch, wenn die länger bei uns sind, so Kaskaden auf, also so Skillkoffer, sagt dir vielleicht, Skill sagt dir ja auch was, wo du denn, so, so Skillketten hast, die du denn ausprobierst. Also was weiß  
140 ich, von, hier mit Gummiband-Schnipsen bis zu irgendwie kalt Wasser in Nacken bis irgendwelche Chili-Gummibären essen und, und, und. Ähm, das Problem ist, das rechtzeitig zu erkennen, bevor du in dieser Starre bist. Wenn du da drin bist, denn ist es eigentlich schon zu spät. So und das ist die Hauptschwierigkeit. 00:09:06-3

A: Und könnt ihr da, also, dass ihr das auch vorher, könnt ihr das irgendwie schon erkennen, wenn die, das wär dann vielleicht sowas, wenn die im Gespräch immer schon abwesend sind oder... 00:09:14-0

B: Ja, wobei, so in den Gesprächen das, ähm, da läuft das eigentlich ganz gut, also dieses selbstverletzende Verhalten das passiert eigentlich immer nur, wenn die alleine sind, wenn die in ihrem Zimmer sind. Und da ist es total schwierig, das zu erkennen, das ist dann ja auch son bisschen, äh, Stimmungsbild, wie erregt ist derjenige so. Es gibt welche, da kann man das erkennen, da kann man das auch erahnen und  
150

155 sagen, ne du pass mal auf jetzt, äh, äh, geh mal nicht in dein Zimmer, lass uns mal  
jetzt was machen und auch, also das A und O ist immer wieder ins Hier und Jetzt  
zurück zu holen. Also auch wenn wir da merken, ähm, und das muss denn nicht so-  
was sein, wie ja jetzt, äh, was weiß ich, hier Igelball oder so. Es kann auch so sein,  
okay, wollen wir was zusammen spielen, so, wollen wir ne Partie Uno spielen, äh,  
160 wollen wir was zusammen backen oder irgendwas machen oder was kannst du ma-  
chen. Dass die ins Handeln kommen im Hier und Jetzt und dann die Gedanken los  
werden und denn da auch nicht reinrutschen, so und das gelingt manchmal, bei eini-  
gen erkennt mans, bei anderen kann man es nicht erkennen. Weiß ich nicht, also  
vielleicht erspüren, erahnen, die können einen anlächeln und sagen, es ist alles  
okay, ähm und dann gibt es so ganz feine Nuancen. Was weiß ich, also eine Mitbe-  
165 wohnerin, äh, die war dann immer n bisschen aufgedrehter als sonst, denn wusste  
man, okay, die ist zwar ganz fröhlich jetzt aber da ist Vorsicht geboten. Denn hat  
man sich die geschnappt und gesagt, komm, lass mal ins Büro gehen und mal spre-  
chen, hat die auch gemacht und denn kam irgendwie raus, was sie da bedrückt hat  
oder, dass es ihr eigentlich nicht so gut geht. Dann kann man was machen aber wie  
170 gesagt, häufig kriegt man das einfach auch nicht mit. 00:10:56-1

A: Das ist vielleicht auch son bisschen der Unterschied bei Kindern und Jugendli-  
chen, also das ist bei uns irgendwie, kann man den Kindern das oft schon irgendwie  
ansehen, oder in den-, das ist aber vielleicht auch der Unterschied son bisschen,  
175 dass die das dann irgendwie auch besser verber-, also ist jetzt mal meine, weiß ich  
nicht genau aber... 00:11:09-8

B: Also es ist auf jeden Fall, es ist ja, dieses selbstverletzende Verhalten ist ja auch  
mit Scham verbunden, so. Äh, und vielen ist das auch ganz unangenehm also das,  
180 äh, nächste Problem, was wir denn hinterher haben, äh, die sind dann ja danach  
wieder im Hier und Jetzt, also, mh, sind orientiert und denn kommen sie aber nicht zu  
uns, so. Obwohl sie das auch müssen, so, das wissen sie auch. Weil wir dann ein-  
fach gucken, äh, ähm, können die das selber versorgen, muss man mit denen ins  
Krankenhaus fahren und sie machen es aber trotzdem nicht. Bei den Kandidaten, die  
185 tiefer schneiden müsste es genäht werden, das funktioniert aber nicht wenn man  
nach zwei drei Tagen oder selbst nach einem Tag oder nach einer Nacht mitkriegt,  
okay, da ist n tiefer Schnitt, denn ist zu spät, dann kann man den nicht mehr nähen,  
so. Äh und trotzdem haben die ganz, ganz große Probleme zu kommen und zu sa-  
gen, ja mh, hier ist schief gegangen irgendwie, äh, wie sieht das aus, muss ich jetzt  
190 damit in die Klinik, ähm, oder reicht da wenn wir da ein Pflaster rauf machen, so.  
00:12:12-0

A: Mh, okay. Äh, was müsste sich denn für dich ändern, damit du den Umgang mit  
solchen Momenten noch besser gestalten könntest? Du hast ja vorhin schon gesagt,  
195 der Personalschlüssel ist n ganz großes Thema. Das ist ja glaube ich in allen Einrich-  
tungen das große Problem. 00:12:29-2

B: Wahrscheinlich überall. Das wäre toll, wenn man immer zu zweit im Dienst ist, äh,  
weil dann könnte einer so das Tagesgeschehen machen und der andere könnt sich  
200 wirklich um Krisen kümmern, könnte sowas, äh, wie regelmäßige Gruppen anbieten  
und, und, und. So, das wäre schon toll. Ansonsten denk ich, ähm, helfen schon auch  
solche Fortbildungen sich das einfach bewusst zu machen, ähm, Übungen an die  
Hand zu kriegen, ähm, das ist schon auch sehr hilfreich. Und ja auch keine Selbst-  
verständlichkeit, also bei uns, ähm, geht das noch sehr gut, weil wir ein relativ extre-

205 mes Klientel auch haben, sag ich mal, dass da klar ist, äh, dass wir eben viele Fort-  
bildungen haben auch in die Richtung, ähm und aber auch sowas wie, wie dreiein-  
halb Stunden Teamsitzung pro Woche, das ist keine Selbstverständlichkeit. Dass wir  
zehn Mal im Jahr Supervision haben, a drei Stunden, das ist auch keine Selbstver-  
ständlichkeit und das hilft dabei denn auch schon sehr. 00:13:28-9

210 A: Mh, okay. Ähm, worin siehst du denn die Chancen der Weiterbildung in dem Be-  
reich der Traumapädagogik für den Umgang mit solchen Kindern und Jugendlichen?  
Also... 00:13:42-7

215 B: Ich glaube, oder ich bin mir sicher, dass das zu einem besseren Verständnis füh-  
ren kann von den Jugendlichen. Ähm, das ist Moment ja auch son bisschen Mode-  
begriff mit dem Trauma, äh, das ist ja nicht, dass die jetzt alle traumatisiert sind auf  
einmal sondern, die waren es schon immer und ich sag mal, gerade in som Arbeits-  
feld wie bei uns, äh, kannst du davon ausgehen, dass sag ich mal, bestimmt 95%  
220 oder mehr, äh, auf jeden Fall traumatische Erfahrungen hatten und die meisten auch  
unter irgendwelchen Traumata leiden, irgendwie so. Und man tut diesen Menschen  
eben Unrecht, wenn man überhaupt nicht darüber Bescheid weiß. Wenn da einer  
steht und aussteigt und nicht mehr reagiert dann wird das von der Umwelt, äh, häufig  
als unfreundlich angesehen oder der hat kein Interesse und es wird gar nicht die Not  
225 dahinter gesehen, beziehungsweise, dass in dem Moment, wo der weg ist, er auch  
keine Möglichkeit mehr hat zu handeln. So, also, dass, sag ich mal nicht zu handeln,  
sein Handeln bewusst zu steuern. Und das ist was, was bei uns schon ne ganz gro-  
ße Rolle gespielt hat, ähm, was vor einigen Jahren noch anders war, ähm, wo das so  
war, wenn Gewalt vorkam irgendwie. Also sag ich mal handgreiflich irgendwie, das  
230 hieß bei uns immer sofort Ausschluss, äh, aus der Wohngruppe, weil nicht tragbar,  
weil wir sind n sicherer Raum. Jetzt muss man so Dachen- Sachen nochmal gründli-  
cher überdenken, weil wenn derjenige wirklich weg ist, da keine Kontrolle mehr über  
sein Handeln hat, dann ist es schwierig da zu sagen, okay, ähm, das funktioniert hier  
nicht und trotzdem müssen wir aber auch irgendwo ne Grenze wahren und sagen,  
235 äh, wenn das zu heftig ist, äh, auch wenn er in dem Augenblick dafür nichts kann  
und da auch keine Verantwortung trägt, können wir ihn trotzdem nicht halten. Und es  
können aber auch so Kleinigkeiten sein, ähm, wenn jemand am Tisch zappelt und  
das nicht aushält, dass man einfach mehr über die Hintergründe weiß und weiß,  
okay ähm, wenn XY da so nervös wird, dann muss ich mit demjenigen sprechen oder  
240 sagen, du gehst es oder willst du auch, was weiß ich, den Tisch jetzt verlassen, so.  
Also wir haben feste Mahlzeiten, die müssen in Anführungsstrichen ne viertel Stun-  
de, äh, dasitzen, ähm, und ich glaube da waren wir früher auch rigider, was das an-  
geht und jetzt gucken wir da feiner, was liegt da vor und was braucht derjenige auch  
in dem Augenblick. 00:16:19-1

245 A: Mh, also mehr so sensibler dafür geworden... 00:16:26-3

B: Ja. 00:16:26-3

250 A: Ähm, was hat sich denn konkret durch deine traumapädagogische Weiterbildung  
im Umgang mit Dissoziation geändert? 00:16:30-6

B: Auf jeden Fall würde ich sagen, dass ich sie bewusster erkenn, also vorher war  
das auch schon so, äh, dass man wusste okay, irgendwie ist der im Moment nicht so  
255 ansprechbar oder so greifbar und jetzt kann man sagen, okay, der diss- dissoziiert,

260 ähm, da muss ich erst mal was anderes machen. Das ist völlig klar so und dann  
mach ich die und die Übung, ähm, und was weiß ich, also wir hatten einen, eine jun-  
ge Frau, die litt sehr stark darunter, ähm, ich hab denn häufig abgewartet, so und  
hab nichts gemacht. Sie hat nichts gesagt, ich hab nichts gesagt und mir war klar,  
okay kommt nicht an, ähm, und dann hab ich gewartet. Das würde ich heutzutage  
265 nicht mehr machen, so. Was denn war, irgendwann hab ich denn gesagt, du pass  
mal auf, ich muss jetzt weiterarbeiten, wenn noch irgendwie was ist, denn hm, hm,  
hm, hm, hm und das war aber genau der Unterbrecher im Gespräch, dass ich gesagt  
hab, okay dann brechen wir jetzt gleich das Gespräch ab so. Und dann ist sie auch  
zurück gekommen. Das hätte ich sehr viel schneller haben können oder wir alle,  
270 ähm, wenn wir denn sofort mit den Übungen angefangen hätten, so nech. 00:17:40-8

A: Okay. Und, ähm, die, eigentlich schon die letzte Frage: Würdest du eine solche  
Weiterbildung für Mitarbeiter der stationären Kinder- und Jugendhilfe auf jeden Fall  
270 weiterempfehlen? Und wenn ja, warum? 00:17:51-2

B: Ja, also würd ich auf jeden Fall, einfach um n besseren und sichereren Umgang  
damit zu bekommen, um zu wissen, äh, auch wie funktioniert das eigentlich im Kopf,  
was geht da bei denen ab, ähm, bis hin zu wie kann ich damit umgehen, was für  
275 Übungen kann ich da machen, äh, was kann ich denen auch anbieten damit sie da-  
mit selber besser umgehen können, all solche Sachen sind da glaube ich von ganz,  
ganz großem Vorteil und absolut sinnvoll. 00:18:21-9

A: Okay, ja. Super, vielen Dank erst mal. 00:18:24-9