

Abkürzungsverzeichnis

BAG TP	Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik
CBCL	Child Behaviour Checklist
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
KJH	Kinder- und Jugendhilfe
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
PITT-KID	Psychodynamisch Imaginativ Traumatherapie für Kinder und Jugendliche
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSD	posttraumatic stress disorder
SGB VIII	Achtes Sozialgesetzbuch, Kinder- und Jugendhilfegesetz
WHO	World Health Organization
YSR	Youth Self Report

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
2.	Der theoretische Rahmen der Kontexte: Trauma, Bindung und Traumapädagogik	3
2.1	Ein Trauma und die Posttraumatische Belastungsstörung	3
2.1.1	Ein Trauma: Von der Begriffsbestimmung bis zur Traumabiologie	3
2.1.2	Studienergebnisse nach Jaritz/Wiesinger/Schmid (2008) und Schmid (2007) ..	8
2.2	Die Bindung und Bindungsstörungen	10
2.2.1	Erste Begriffsbestimmung der Bindung	11
2.2.2	Die Bindungstheorie nach Bowlby und Bindungsqualitäten nach Ainsworth	12
2.2.3	Bindungsstörungen in Bezug auf traumatische Situationen	15
2.3	Die Traumapädagogik und Schnittstellenarbeit der Kinder- und Jugendhilfe (KJH) und der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)	17
2.3.1	Die Darstellung der stationären KJH und der KJP	17
2.3.2	Die Schnittstellenarbeit der stationären KJH und der KJP	19
2.3.3	Erste Begriffsbestimmung der Traumapädagogik.....	22
2.3.4	Die Traumaheilung.....	23
2.3.5	Die Säulen der Traumapädagogik: a) Pädagogik, b) Führung und c) Ethik	25
3.	Zur Durchführung der Psychoedukation in der stationären KJH	32
3.1	Erste Begriffsbestimmungen der Psychoedukation in Bezug auf die Skizze und die stationäre KJH.....	32
3.2	Wie könnte die Psychoedukation in der stationären KJH durchgeführt werden? Skizze erster Umsetzungsmöglichkeiten und Leitgedanken	34
3.2.1	Eine intensiv-betreute Wohngruppe der stationären KJH und Leitgedanken der Skizze	34
3.2.2	Umsetzung der Skizze	35
3.2.3	Ziele der Skizze.....	37
3.2.4	Übersicht und Beschreibung der Gruppenabendthemen.....	38
3.3	Potentielle Herausforderungen der Skizze und der Traumapädagogik.....	53
4.	Schlussbetrachtung.....	56

Literaturverzeichnis	61
Glossar.....	69
Anhang.....	70
Eidesstattliche Erklärung	78

1. Einleitung

MitarbeiterInnen in Wohngruppen der stationären KJH machen mit den in den Einrichtungen lebenden Kindern und Jugendlichen unterschiedlichste und nicht nur positive Erfahrungen, beispielsweise dann, wenn Letztere nicht zur Schule gehen oder grenzverletzendes Verhalten zeigen – Verhaltensweisen, die nicht selten auch durch die Gesellschaft und verschiedene Institutionen, wie der Schule, negativ stigmatisiert werden. Kinder und Jugendliche, die in solchen Wohngruppen leben, werden dahingehend häufig als respektlos oder faul bezeichnet. Die Frage, was hinter diesem Verhalten steckt, wird dagegen kaum gestellt.

Stellt man sich die Frage, so fällt der Blick unweigerlich auf die Lebensgeschichten der Kinder und Jugendlichen, die allzu oft durch schwierige Bedingungen oder gar traumatische Erfahrungen geprägt sind. Dies lässt deutlich werden, dass MitarbeiterInnen in stationären Einrichtungen der KJH über ein umfassendes Verständnis über solche Themen verfügen müssen. Wie wichtig solch ein Verständnis ist zeigt ein Projekt, welches die KJH St. Mauritz in Neumünster in den Jahren 2008 bis 2011 durchgeführt hat.

Die KJH St. Mauritz in Neumünster führte ein Projekt zur Qualifizierung in der Traumapädagogik durch. Krautkrämer-Oberhoff/Klein/Macsenaere (2014) zeigen in diesem Beispiel der Implementierung der Traumpädagogik auf, dass eine gut geplante und den Standards der BAG TP entsprechende Umsetzung sowohl bei MitarbeiterInnen, als auch Kindern und Jugendlichen zu positiven Effekten führen kann. Besonders eine Ressourcenzunahme und ein Defizitabbau bei den Fachkräften waren zu verzeichnen. Konkret bedeutet dies, dass sich die Fachkräfte sowohl theoretisches Wissen als auch praktische Umsetzungsmöglichkeiten aneignen konnten. Dieses hat bei ihnen zu einer Entlastung geführt und das Gefühl von Hilflosigkeit hat sich verringert. Dem Bericht zur Folge haben sich die Kinder und Jugendlichen besser verstanden und angenommen gefühlt und sie konnten offener über ihre Erlebnisse und Gefühle mit den Fachkräften sprechen. Hinzu kam, dass das Schamgefühl abgenommen hat und sich die Phasen, in denen sie sich traurig fühlten, kürzer geworden sind.

Vor diesem Hintergrund stellen sich für die vorliegende Arbeit die wesentlichen Fragen, wie theoretische Ansätze und Überlegungen der Traumapädagogik praktisch umgesetzt werden können und welche Herausforderungen mit solch einer Umsetzung verbunden sein könnten. Exemplarisch soll hierfür der Einsatz der Psychoedukation in der Traumapädagogik für und mit Kindern und Jugendlichen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung geprüft und konzeptionell skizziert werden. Um dieses Ziel verfolgen zu können, ist eine studien- und literaturgestützte Herangehensweise gewählt worden, welche im ersten größeren Kapitel den theoretischen Rahmen der Kontexte „Trauma“ – „Bindung“ – „Traumapädagogik“ in Bezug auf die Posttraumatische Belastungsstörung absteckt. Hierfür wird in Kapitel 2.1 der Begriff des „Traumas“ bestimmt und die sich möglicherweise daraus entwickelnde PTBS sowie die dazugehörige Klassifikation aufgegriffen. Da diese Themen in einem engen Verhältnis zum Thema „Bindung“ steht, widmet sich diesem das Kapitel 2.2. Dieses umfasst – zumindest in den für die Arbeit wesentlichen Auszügen – sowohl die Erkenntnisse der Pioniere Bowlby und Ainsworth, als auch die Darstellung von möglichen Bindungsstörungen und deren Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche. Der theoretische Rahmen schließt in Kapitel 2.3 mit der Ausführung des Kontextes „Traumapädagogik“ mit Blick auf die KJH und die KJP. Neben den erwähnten Standards der BAG TP werden hier auch die Aspekte des sicheren Ortes, des guten Grundes und der Handlungsfrage herausgearbeitet. Im zweiten großen Kapitel der Arbeit soll der Fokus exemplarisch auf die Psychoedukation und eine mögliche Umsetzung ihrer in der Praxis gelegt werden. Hierfür wird zunächst die Psychoedukation theoretisch bestimmt und in Kapitel 3.1 in den Kontext der stationären KJH gesetzt. In Kapitel 3.2 wird dann der Frage nachgegangen, wie eine praktische Umsetzung der Traumapädagogik aussehen könnte. Dies geschieht in Form einer ausformulierten Skizze, welche in zehn aufeinander aufbauende Gruppenabende gegliedert ist, ehe anschließend in Kapitel 3.3 Überlegungen zu potentiellen Herausforderungen aufgezeigt werden. Abschließend erfolgt eine Schlussbetrachtung, in welcher neben einer Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse auch zukunftsgerichtete Überlegungen formuliert werden sollen.

2. Der theoretische Rahmen der Kontexte: Trauma, Bindung und Traumapädagogik

Von Geburt an ist die Bindung für ein Kind von Bedeutung, da die frühe Kindheit und die Bildung einer sicheren Bindung prägend für das gesamte Leben sind. Durch ein Trauma kann die Entwicklung zu einer starken und selbstsicheren Person einen ungünstigen Verlauf nehmen. Bei Kindern und Jugendlichen in der stationären KJH zeigen sich häufig negative Bedingungen bis hin zu Traumatisierungen in den Lebensgeschichten. Kann die Traumapädagogik für traumatisierte Kinder und Jugendliche in der stationären KJH eine angemessene Antwort darstellen?

2.1 Ein Trauma und die Posttraumatische Belastungsstörung

Die Aufmerksamkeit erfahren zunächst das Trauma sowie die Posttraumatische Belastungsstörung als Folge dessen. Eine Auseinandersetzung mit den Aspekten ist wichtig, um ein Verständnis dafür entwickeln zu können, dass nicht nur gewaltige Naturkatastrophen traumatisch sein können, sondern auch alltägliche Geschehnisse im Leben eines jeden Menschen. Hierbei wird zuerst ein Trauma mit den dazugehörigen Aspekten dargestellt, ehe Studienergebnisse abgebildet werden.

2.1.1 Ein Trauma: Von der Begriffsbestimmung bis zur Traumabiologie

Nach einer Bestimmung des Begriffs Trauma und der Klassifikation der Posttraumatischen Belastungsstörung werden ebenso die Risiko- und Schutzfaktoren, die Folgen und Symptome wie auch die Traumabiologie als essentielle Aspekte dieses Kontextes erläutert.

Die Definitionsspanne von Trauma erfährt heute einen inflationären Gebrauch. Landolt (2012) zufolge sollte der Trauma Begriff auf Situationen beschränkt werden, in denen Leib und Leben existenziell tatsächlich bedroht oder zumindest so erlebt werden (vgl. Landolt 2012, 16). „Die Spannbreite potenziell traumatisierender Ereignisse ist groß und reicht von körperlicher und sexueller Gewalt, Unfällen und lebensbedrohlichen Krankheiten bis hin zu Naturkatastrophen“ (ebd. 16). Eine Unterscheidung der Ursache eines Traumas geht auf Terr (1991) zurück. Sie unterscheidet Typ-I-Traumata als unvorhersehbares, einmaliges Ereignis im Gegensatz zu teilweise vorhersehbaren und sich wiederholenden Ereignissen des Typ-II-Traumatas. Dabei werden Verkehrsunfälle dem Typ I und häusliche Gewalt dem Typ II zugeordnet (vgl.

ebd., 16). Die durch Menschen verursachten Traumata lassen sich in weitere Gruppen unterteilen. Die Gruppen beziehen sich auf Traumatisierung durch Vernachlässigung in jeglicher Form, Gewalt wie Geiselnahmen, körperlicher und sexueller Misshandlung, Krieg oder Terrorismus (vgl. ebd., 63ff.). Traditionell findet die Bezeichnung Trauma (griechisch für Verletzung) im medizinischen Bereich, als Ausdruck für somatische Verletzungen, ihre Anwendung. Erst nach und nach wird auch die psychische Verletzung in Anlehnung an und zugleich Abgrenzung zu der somatischen Verletzung als Trauma bezeichnet. In der Psychotraumatologie wird sich mit der Entstehung, dem Verlauf und der Behandlung eines psychischen Traumas als Folge einer überwältigenden Situation befasst. Die Diagnose „PTSD“ wurde 1980 erstmals eigenständig im amerikanischen Klassifikationssystem „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“, kurz als DSM (hier im speziellen Fassung III) bezeichnet, aufgenommen. Die aktuelle Fassung ist der DSM-V (vgl. ebd., 13f.). Das deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information verweist auf die Revision im Jahr 2018 der aktuell gültigen International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, kurz als ICD bezeichnet. Die aktuelle Fassung ist der ICD-10. Das Klassifikationssystem wird von der WHO veröffentlicht (vgl. DIM-DI/BMG 2017). Der DSM unterscheidet sich im Wesentlichen dadurch vom ICD, als dass neben dem situativen Faktor auch explizit ein reaktiver Faktor, wie Furcht oder Hilflosigkeit, für eine Diagnose gefordert wird (vgl. Landolt 2012, 15). Zudem erfolgt eine zeitliche Unterscheidung bei der akuten Belastungsreaktion. Dem ICD nach bildet sich diese in Stunden bis wenigen Tagen zurück, währenddessen der DSM von bis zu vier Wochen ausgeht (vgl. ebd., 34). Die akute Belastungsreaktion (ICD-10, F43.0) entsteht als direkte Reaktion auf die schwere Belastung oder das kontinuierliche Trauma, ohne welche die Störung nicht entstanden wäre (vgl. Dilling/Freyberger 2012, 170ff.). Wenn die Symptome nicht abklingen, kann sich eine Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10, F43.1) entwickeln. Zwischen dem Trauma und einer möglichen PTBS kann eine Latenzzeit von Wochen bis Monaten liegen. Die diagnostischen Kriterien für eine PTBS sind in fünf Bereiche und verschiedene Merkmale unterteilt, wie sie von Dilling und Freyberger (2012) ausführlich erläutert werden.

Die Risiko- und Schutzfaktoren werden als weitere Aspekte in Bezug auf ein Trauma in Betracht gezogen. Kinder und Jugendliche erleben oder besitzen unterschiedliche Risiko- und Schutzfaktoren in ihrem Leben, wobei nicht jeder Aspekt auf jedes Kind

oder jeden Jugendlichen zutreffend ist oder ein gleiches Maß an Intensität bedeutet. Die Lebenssituationen der leiblichen Eltern kann sich beispielsweise auf die psychosozialen Belastungen von Kindern und Jugendlichen auswirken (vgl. Schmid 2007, 82). Kinder und Jugendliche werden häufig schon in früher Kindheit verschiedenen Risikofaktoren ausgesetzt, welche eine spätere psychische Störung begünstigen können. Da diese Risikofaktoren bereits in der Herkunftsfamilie gegeben sind, besteht für ein Kind nicht die Möglichkeit, diese Situation selbstständig zu verändern. Kinder und Jugendliche aus stationären Einrichtungen der KJH sind in unserer Gesellschaft diejenigen, welche am häufigsten extremen und mehreren psychosozialen Belastungen in Form von z.B. Missbrauch, Vernachlässigung und Deprivation ausgesetzt sind. Etwa 60% der in Heimen untergebrachten Kinder und Jugendlichen haben gesicherte Missbrauchs-, Misshandlungs- oder Vernachlässigungserfahrungen (vgl. ebd., 179). Risikofaktoren für eine Kindeswohlgefährdung können ebenso ein Risikofaktor für eine Traumatisierung sein, wie beispielsweise Sucht oder psychische Erkrankungen eines Elternteils (vgl. Blülle/Gahleitner 2016, 106). Weiterhin kann die Entstehung und der Verlauf einer PTBS auf einen Mangel an sozialer Unterstützung, zusätzliche Lebensbelastungen und eine verminderte Intelligenz zurückzuführen sein, wie in Anhang 1 abgebildet (vgl. Brewin [u.a.] 2000, zit. n. Landolt 2012, 75). Individuelle Ressourcen und Resilienzfaktoren können die Folgen einer Traumatisierung lindern oder sogar entgegenwirken. Die Bindungsfähigkeit ist eine der grundlegendsten Resilienzfaktoren, die Menschen haben können. Eine sichere Bindung kann vor weiteren Traumatisierungen schützen, indem Kinder und Jugendliche sich von fremden Menschen und Situationen fernhalten und zum anderen können sie bei Bedarf jeder Zeit mit ihrer Bezugsperson in Kontakt treten (vgl. Schmid 2008, 294). Weitere Schutzfaktoren können außerdem der soziale oder auch der ökonomische Status sein. Insbesondere sind zudem die Resilienzfaktoren wie ein positives Selbstbild und eine Überzeugung seiner Selbstwirksamkeit zu nennen. Von therapeutischen und pädagogischen Fachkräften wird nicht gefordert zu klären, wer Schuld hat oder über den Täter zu urteilen, vielmehr wird darauf hingewiesen, das Opfer in seiner Rolle anzuerkennen und Glauben zu schenken (vgl. Reddemann/Wöller 2017, 37). Hierbei wird deutlich, dass der Schutzfaktor des Kindes oder Jugendlichen deutlich im Vordergrund stehen sollte.

Für Kinder und Jugendliche, welche ein traumatisches Ereignis erleben, verändert sich in der Folge die Wahrnehmung ihrer Umwelt. Diese wird zu einem gefährlichen und unverständlichen Ort, wodurch die Bedeutsamkeit der eigenen Person nicht weiter wachsen kann (vgl. Jegodtka/Luitjens 2016, 46). Im klinischen Kontext werden die Symptome bei einer Traumafolgestörung in die Bereiche der „Zuviel-Symptomatik“ oder der „Zuwenig-Symptomatik“ unterteilt. Zu den „Zuviel-Symptomen“ gehören unter anderem Alpträume, Flashbacks, Drogen- und/oder Alkoholmissbrauch und zu den „Zuwenig-Symptomen“ Vermeidung, Depressionen und Dissoziationen. Kinder und Jugendliche können je nach Ausmaß der Traumatisierung verschiedene benannte oder weitere Symptome wie selbstdestruktives Verhalten, Schlafstörungen, Einässen oder andere aufweisen (vgl. Opitz-Gerz 2008, 282f.). Ein Vermeidungsverhalten kann sich auch noch zeigen, wenn eine äußere Sicherheit gegeben ist (vgl. Schmid 2008, 301). Durch einen Hinweisreiz, einem sogenannten Trigger, kann ein Flashback erfolgen, wodurch das Hier und Jetzt mit dem Früher und Damals verwechselt und die Notfallreaktion wieder aktiviert wird (vgl. Krüger 2012 52ff.). Ein Trigger kann aus vermeintlich neutralen Reizen, wie Farben oder Gerüchen, bestehen und einen Flashback, auch Intrusion genannt, auslösen (vgl. Schmid 2008, 301). Hinzukommen können Dissoziationen, welche als Schutzreaktionen des Körpers vor überwältigenden Lebensbedrohungen anzusehen sind (vgl. Dabbert 2017, 151). Zudem können sich in der pädagogischen Arbeit und im Alltag weitere Symptome wie Schulabstinenz, Wutausbrüche, Zerstören von Gegenständen, körperliche Angriffe und Selbstverletzungen zeigen (vgl. Jegodtka/Luitjens 2016, 39). Die Symptome sind veränderbar und wechselhaft. „Traumageprägte Erwartungshaltungen verwandeln traumatische Belastungen in Persönlichkeitsstörungen, prägen das Selbst- und Weltbild des Kindes, beeinflussen seine Beziehungen, sein Denken, Fühlen und Verhalten“ (Opitz-Gerz 2008, 283). Die Folgen von Traumatisierungen weisen je nach Typ I oder Typ II unterschiedliche Intensitäten auf. Aktuellen Erkenntnissen zufolge entwickeln sich besonders bei frühkindlicher Vernachlässigung und sequentieller Traumatisierung Störungen in verschiedenen Bereichen (vgl. Schmid 2008, 291). Ein Beziehungskontext kann dann geprägt sein von dem Wunsch nach Bindung und der gleichzeitigen Angst vor erneuter Verletzung, welches sich in einem ambivalenten Verhalten zeigen kann (vgl. ebd., 292). Der Umgang mit Nähe und Distanz und die Beziehungsfähigkeit können durch zwischenmenschliche Grenzverletzungen ge-

stört sein. Betroffene haben gelernt ihr Gegenüber sehr genau zu beobachten und sehr sensibel die Stimmung wahrzunehmen. Eine mögliche Dissoziationsbereitschaft kann rein durch körperliche Nähe verstärkt werden. Weitere Störungen sind in den Bereichen der zwischenmenschlichen Interaktion, der Emotionsregulation, der Empathiefähigkeit, der Selbstregulation und des Selbstwertes zu finden sein. Besonders die Entwicklung des (positiven) Selbstbildes und die emotionalen sowie psychosozialen Fähigkeiten sind bei einem traumatisierten Kind oder Jugendlichen beeinträchtigt (vgl. Opitz-Gerz 2008, 284).

In welchem Teil des Gehirns durch eine Traumatisierung vorrangig Veränderungen auftreten und welche Reaktionen der Körper zeigt, soll anhand der nachfolgenden Traumabiologie verdeutlicht werden. In einer traumatischen Situation zeigt das Kind oder der Jugendliche körperliche und psychische Notfallreaktionen, wie zum Beispiel einen höheren Erregungspegel für die Flucht oder den Kampf, Körperreaktionen die ausschließlich auf das Überleben ausgerichtet sind und Erstarrungs- und Erschlafungsreaktionen. Zudem können dissoziative Reaktionen auftreten, um das Überleben zu sichern und nicht von den Gefühlen und Gedanken überwältigt zu werden (vgl. Dabbert 2017, 141). Im psychophysiologischen Bereich besteht nach Selye (1946) die Adaption aus den drei Phasen Alarm, gekennzeichnet durch eine körperliche Bereitstellungsfunktion für Kampf oder Flucht durch den Sympathikus, das Widerstandsstadium, gekennzeichnet durch die Aktivierung der Reserven für eine Kompensation der Belastung sowie abschließend das Erschöpfungsstadium (vgl. Landolt 2012, 90). Befunde der Traumabiologie zeigen bereits im Kindes- und Jugendalter veränderte Gehirnstrukturen und -funktionen nach einem Trauma auf. Die genaue Entstehung ist noch nicht abschließend belegt, wodurch eine Interpretation mit Vorsicht vorgenommen werden sollte. Offen ist zudem, inwiefern sich Kinder von Erwachsenen in Bezug auf die Traumabiologie unterscheiden (vgl. ebd., 100, 169). Die traumarelevanten Veränderungen zeigen sich vorrangig im limbischen System. Die Funktion des Hippocampus im limbischen System ist bei Personen mit einer PTBS eingeschränkt. In verschiedenen Studien zeigt sich Landolt (2012) zufolge, dass traumaspezifische Reize in der Amygdala, dem impliziten Gedächtnis, und nicht im Hippocampus, dem expliziten Gedächtnis, gespeichert werden. Nach Heim und Nemeroff (2009) werden in der Amygdala Reizinformationen unspezifisch gespeichert, dadurch kann eine ungefährliche Situation nicht von einer gefährlichen Situation

on unterschieden werden. Im limbischen System befindet sich ebenso die Amygdala, die eng mit dem Präfrontalkortex verbunden ist, welcher die Amygdala in ihrer Funktion hemmt. Die Amygdala ist verantwortlich für die Angstreaktionen. Im übertragenen Sinn ist sie der Gefahrenmelder im Gehirn und erfasst und analysiert Situationen. Durch eine Traumatisierung ist die Amygdala unterschwellig in Dauerbereitschaft und schlägt bei kleinen, vorrangig affektiv besetzten Situation, sofort Alarm (vgl. ebd., 96 ff.). Der Präfrontalkortex ist durch die neuronale Verbindung mit der Amygdala direkt eingebunden in die Steuerung der Angstreaktion. Zudem ist der Präfrontalkortex zuständig für kognitive Vorgänge, wie unter anderem die Handlungsplanung und die Aufmerksamkeit. Die gehemmte Funktion des Präfrontalkortex könnte eine Rolle für mögliche vorgefundene kognitive Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen spielen (vgl. De Bellis, et. al. 2009, vgl. Landolt 2012, 98).

Durch die zuvor ausgeführten Inhalte zeigt sich der Kontext „Trauma“ äußerst komplex. Die Betrachtung eines Traumas sollte höchst individuell erfolgen. Dabei sind die zuvor aufgeführten Aspekte einzubeziehen. Eine mögliche praktische Umsetzung zur Vermittlung von Wissen über ein Trauma im Rahmen einer Psychoedukation in der stationären KJH wird in Kapitel 3.2.3 skizziert.

2.1.2 Studienergebnisse nach Jaritz/Wiesinger/Schmid (2008) und Schmid (2007)

Die psychische Verfassung von Kindern und Jugendlichen in der stationären KJH wird bisher in nur wenigen umfassenden Forschungen untersucht. Dieses ist vermutlich auf die noch recht junge Disziplin zurückzuführen. Vorrangig sind kleine Stichproben, wie die nachfolgende Stichprobe von Jaritz/Wiesinger/Schmid (2008), in diesem Bereich vorzufinden. Neben der Stichprobe wird eine Studie abgebildet, anhand welcher die psychische Verfassung der Kinder und Jugendlichen in der stationären KJH aufgezeigt werden soll.

In der Heimerziehung leben vorrangig die Kinder und Jugendlichen, welche aus den unterschiedlichsten Gründen nicht ausreichend bei ihren Eltern versorgt werden können. Kinder und Jugendliche sind in ihren Herkunftsfamilien häufig mehreren belastenden Ereignissen ausgesetzt. Dadurch ist die Wahrscheinlichkeit in der stationären KJH auf psychosozial belastete junge Menschen zu treffen besonders hoch. Die For-

schung bietet bisher nur vereinzelte deutschsprachige Untersuchungen (vgl. Jaritz/Wiesinger/Schmid 2008, 266f.). In einer repräsentativen Stichprobe über „Traumatische Lebensereignisse bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe“ wurden 80 Kinder und Jugendliche aus 11 verschiedenen Einrichtungen einbezogen. Die Fachdienste haben die Fragebögen ausgefüllt, da dort alle Informationen zusammenfließen. Die Kinder und Jugendlichen wurden auf Grund der Vermeidung einer möglichen Re-Traumatisierung nicht direkt befragt. Den Fragebögen zufolge haben 75% der Kinder und Jugendlichen zumindest ein traumatisches Ereignis erlebt, 51% erlebten verschiedene Arten von Traumatisierung (vgl. Jaritz, et al., 266ff.). Die Stichprobe zeigt ähnliche Ergebnisse auf, wie eine von Schmid (2007) durchgeführte empirische Forschung. Die Studie „Psychische Gesundheit von Heimkindern“ zeigt die Prävalenz psychischer Störungen in der stationären KJH auf. Schmid zufolge leben derzeit ca. 77.000 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in Deutschland in der stationären KJH gemäß §34 SGB VIII. Dabei sind sowohl die Heimerziehung, wie auch die sonstigen betreuten Wohnformen involviert (vgl. Schmid 2007, 17). Innerhalb der Studie werden 689 Probanden zwischen vier und 18 Jahren aus 20 verschiedenen stationären Einrichtungen befragt (vgl. ebd., 77ff.). Sie sind im Durchschnitt 14,4 Jahre alt und ihr Aufnahmealter beträgt im Durchschnitt 11,93 Jahre. Die Probanden leben seit durchschnittlich zwei Jahren in den jeweiligen Einrichtungen (vgl. ebd., 81). Die Studie ist von dem Ziel geleitet, die Prävalenzen psychischer Störungen und psychischer Belastungen der Probanden festzustellen (vgl. ebd., 17). Die Befragung der Probanden erfolgt innerhalb zweier Befragungsschritte. Im ersten Schritt werden die Fragebögen YSR zur Selbsteinschätzung von den Probanden und die Fragebögen CBCL zur Fremdeinschätzung durch die Betreuer ausgefüllt, ehe im zweiten Schritt eine persönliche Befragung stattfindet. Für ein möglichst aussagekräftiges Ergebnis einer Studie in dieser Form ist die Fremdeinschätzung notwendig, da die Probanden, oft gerade in der stationären KJH, aggressives und delinquentes Verhalten zeigen, welches sie jedoch nur schlecht selbst wahrnehmen und als unangemessen reflektieren und verstehen können (vgl. ebd., 70). Die Studienergebnisse zeigen auf, dass 315 Probanden, also 47,6%, von den MitarbeiterInnen der Einrichtungen als psychiatrisch und/oder psychotherapeutisch behandlungsbedürftig eingeschätzt werden. 286 Probanden bekommen in irgendeiner Form psychiatrische oder psychologische Behandlungen. Während des Heimau-

fenthaltet werden 79 der insgesamt 689 befragten Probanden medikamentös behandelt. Dabei werden größtenteils externalisierende Störungen, wie Aggressivität oder Hyperaktivität, medikamentös behandelt. Die am häufigsten verwendeten Substanzen sind Methylphenidat, Pipamperon und Risperidon (vgl. ebd., 86). „Die Ergebnisse in den Gesamtskalen der klinischen Fragebögen CBCL und YSR zeigen deutlich, dass die Jugendlichen in den Heimen psychisch massiv belastet sind“ (ebd., 92). Mit einer Prävalenz von 59,9% für psychische Störungen und einer Komorbidität von 37% wird eine Rate ermittelt, welche „[...] auf eine sehr weite Verbreitung von komplexen, schwer zu behandelnden Störungsbildern bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe schließen lässt“ (ebd., 129).

Die dargestellten Untersuchungen weisen ähnliche Ergebnisse in Bezug auf die mehrfachen psychischen Störungsbilder von Kindern und Jugendlichen in der stationären KJH auf. Durch die ermittelten Werte wird der Bedarf an speziellen Konzepten, wie dem der Traumapädagogik, deutlich, um den Kindern und Jugendlichen mit ihren Störungsbildern und daraus resultierenden Verhaltensweisen adäquat begegnen zu können. Eine Kooperation der stationären KJH mit der KJP ist für eine umfassende Unterstützung notwendig (vgl. Schröder/Colla 2012, 35). Hierzu wird in Kapitel 2.3.1 weiter auf die Kooperation der Schnittstelle der stationären KJH und der KJP eingegangen. Die Kinder und Jugendlichen weisen häufig Schwierigkeiten auf, sich auf Beziehung mit den MitarbeiterInnen, sowohl in der stationären KJH als auch der KJP, einzulassen. Einer Beziehungsfähigkeit liegt ein Vertrauen in die Menschen und in das Leben an sich zu Grunde. Dieses sollte ihnen durch die Bindung zu den Eltern mit auf den Weg gegeben werden. Die Kontexte der Bindung und der Bindungsstörungen, welche sich wohl auf die Beziehungsfähigkeit auswirken können, werden im folgenden Kapitel näher betrachtet.

2.2 Die Bindung und Bindungsstörungen

Im Kontext der Bindung zeigt sich, dass die Bindung, wie bei den Risiko- und Schutzfaktoren eines Traumas bereits aufgezeigt wurde, als einer der wichtigsten Schutzfaktoren vor einer (erneuten) Traumatisierung dienen kann. Um verstehen zu können, wie sich die Bindung entwickelt und welche Bedeutung diese für das Leben eines Menschen hat, erfolgt zunächst eine Begriffsbestimmung. Anschließend werden zwei Pioniere, Bowlby und Ainsworth, mit ihren jeweiligen Erkenntnissen aus der

Bindungsforschung abgebildet. Danach wird auf verschiedene Bindungsstörungen eingegangen.

2.2.1 Erste Begriffsbestimmung der Bindung

Im Weiteren soll einigen Verhaltensweisen, welche die Entwicklung einer Bindung begünstigen, nachgegangen werden. Zudem wird aufgezeigt, wodurch sich Beziehungen charakterisieren lassen, um zu verdeutlichen auf welche zwischenmenschlichen Aspekte die Bindung beruht.

In einer Gesellschaft zeichnen sich die Menschen durch eine affektive Beziehung zueinander aus. Je nachdem wie sich die jeweiligen Beziehungen gestalten, zeigen sich unterschiedliche Gefühlsempfindungen. Stabile Beziehungen werden durch Glück, Kontinuität und Sicherheit charakterisiert. Instabile Beziehungen hingegen charakterisieren sich dadurch, dass bereits ein drohender Verlust oder eine kurzzeitige Trennung starke Reaktionen wie Angst oder Depressionen auslöst (vgl. Bowlby 1987/2015, 22). Das psychoanalytische Modell der Bindung wird traditionell als Abhängigkeitsbedürfnis durch primäre und sekundäre Triebe und die Befriedigung dieser dargestellt. Beispielsweise beziehen sich primäre Triebe hierbei auf Nahrung und sekundäre Triebe auf persönliche Beziehungen. Die naturwissenschaftliche Begründung von Bindung, wie sie von Bowlby und Ainsworth vorgenommen wurde, beinhaltet Prinzipien aus der Völkerkunde, der Kontrolltheorie und der kognitiven Psychologie. Weiterhin sind auch psychoanalytische Gedanken enthalten. Das affektive Band der Bindung wird durch Verhaltensweisen zwischen den Individuen entwickelt. Dadurch soll das Gegenüber an einen selbst herangeführt und gebunden werden. Dieses Vorgehen wird umfassend Bindungsverhalten genannt (vgl. ebd., 22f.). Die Ansprache vom Kind ausgehend erfolgt Ainsworth zufolge durch differenziertes Weinen, Lächeln und Vokalisieren vorrangig der Mutter gegenüber. Das differenzierte Weinen bezieht sich hierbei auf die schnelle Beruhigung des Kindes auf dem Arm der Mutter anstatt einer anderen Person. Weitere Muster und Erklärungen werden durch die visuell-motorische Orientierung an der Mutter, dem Weinen des Kindes beim Fortgehen der Mutter, durch Nachgehen, Klammern und andere Verhaltensweisen identifiziert und katalogisiert (vgl. Ainsworth 1964/2015, 104ff.). Die sich daraus entwickelnden Bindungsrepräsentationen werden auch als inneres Arbeitsmodell bezeichnet und bestimmen die zukünftige Art der Beziehungsgestaltung (vgl.

Brisch 2009b, 106). Ainsworth beschreibt: „Bindungsverhalten ist ein Verhalten, durch das eine differenzierende, gefühlsmäßige Beziehung mit einer Person oder einem Objekt entsteht; es beginnt damit eine Kette von Interaktionen, die dazu dienen, die gefühlsmäßige Beziehung zu festigen“ (Ainsworth 1964/2015, 102). Das Band der Bindung überdauert Raum und Zeit (vgl. Ainsworth/Bell 1970/2015, 147). Daraus lässt sich ableiten, dass Bindung ein aktiver Prozess ist, welcher durch Zuwendung und Differenzierung der präferierten Bindungsperson deutlich wird (vgl. Ainsworth 1964/2015, 102). Die Bindungsverhaltensweisen umfassen verschiedene Formen wie Annäherung, Lächeln oder Rufen, um den Kontakt zu fördern. Wie stark ein Bindungsverhalten ist, kann durch situative Umstände positiv oder negativ beeinflusst werden. Wenn sich eine Bindung bereits entwickelt hat, wird diese nicht mehr aufgelöst. Zu Beginn stehen sich Mutter und Kind in einem engen Kontakt sehr nah, mit der Zeit lockert sich das Verhältnis und das Kind beginnt die Welt durch eigene Explorationen zu entdecken. Das Band der Bindung geht dadurch nicht etwa kaputt, sondern dehnt sich gewissermaßen aus. In bedrohlichen Situationen kehren die Bindungspersonen schnell zueinander zurück (vgl. Ainsworth/Bell 1970/2015, 147ff.).

Nachdem der Begriff Bindung als solcher bestimmt und einige wichtige Verhaltensweisen für eine gelingende Bindung aufgezeigt sind, wird der Blick auf zwei Pioniere in der Bindungsforschung gerichtet.

2.2.2 Die Bindungstheorie nach Bowlby und Bindungsqualitäten nach Ainsworth

Die Bindungstheorie von Bowlby setzt sich durch die Bindungsforschung von Ainsworth sowohl in der Theorie als auch in der Praxis noch heute durch. Welche Kennzeichen nach Bowlby in der Bindungstheorie entscheidend sind und welche Bindungsqualitäten sich nach Ainsworth bei Kindern zeigen, soll nachfolgend veranschaulicht werden.

Die Bindungstheorie setzt sich aus theoretischer und beobachtbarer Forschung zusammen. Gegenstand der Forschung ist sowohl die emotionale und kognitive Entwicklung, wie auch die Aufdeckung möglicher Risiken für die persönliche psychische Stabilität (vgl. Grossmann/Grossmann 2015, 13ff.). Nach Bowlby (1987/2015) sind sieben Kennzeichen wesentlich für die Bindungstheorie. Als erstes Kennzeichen wird

von Bowlby die Besonderheit aufgeführt, dass sich die Bindung zu einer oder wenigen für den Säugling besonderen Person/en entwickelt. Mit dem zweiten Kennzeichen, der Dauer, wird die Beständigkeit über einen längeren Zeitraum beschrieben. Dann folgt drittens die emotionale Anteilnahme, welche Einfluss auf die Intensivität und Aufrechterhaltung der Bindungsbeziehung hat. Weiterhin wird als viertes Kennzeichen die individuelle Entwicklung des Bindungsverhaltens aufgeführt und beschreibt die Wahrscheinlichkeit der Bindung an die Person, mit welcher am meisten positive, soziale Interaktion stattfindet. Dann folgt mit dem fünften Kennzeichen des Lernens ein wesentlicher Prozess der Bindungsentwicklung, welches die Unterscheidung von Vertrautem und Fremden ausdrückt. Als sechstes Kennzeichen wird die Organisation von zunehmend komplexeren Verhaltenssystemen und Vorstellungsmodellen, in Bezug auf die Umwelt und sich selbst, dargestellt. Abschließend wird im siebten Kennzeichen die biologische Funktion erläutert. Dabei wird die bevorzugte Bindung zur Mutter als Schutzfaktor zum Überleben angesehen (vgl. Bowlby 1987/2015, 57f.). Nicht außer Acht zu lassen sind außerdem die Dokumentationen von Spitz über die Studie von Harlow (vgl. Bowlby 2008, 18). Im Jahr 1958, als Bowlby seine Theorie über Bindung veröffentlichte, brachte auch Harlow neue Forschungsergebnisse heraus. Harlow untersuchte das Verhalten von jungen Rhesusaffen. Die Untersuchung zeigte, dass nicht wie vermutet der Kontakt zu der Mutterattrappe mit der Flasche zur Nahrungsversorgung gesucht wurde, sondern dass sich die Jungtiere vielmehr an die weiche Attrappe, an welcher sie sich gut festklammern konnten, hängten (vgl. Bowlby 1987/2015, 22). Dieses Ergebnis bekräftigt eine Monographie von Bowlby aus dem Anfang der 1950er Jahre, in welcher er bereits auf das Verhalten und die Folgen für Kinder, die keine ausreichende Zuwendung durch ihre Mutter erfahren haben, beschreibt (vgl. Bowlby 2008, 16ff.).

In einer Studie findet Ainsworth signifikante Eigenschaften für das Bindungsverhalten heraus. Zum einen wird deutlich, dass die Kinder aktiv die Initiative für die Entstehung und Festigung der Bindung ergreifen. Zum anderen ist nicht der enge körperliche Kontakt entscheidend, sondern lediglich eine Entfernung welche einen Augenkontakt ermöglicht. Ainsworth empfindet nicht nur die Bindung zur Mutter als wesentlich, sondern auch die Bindung zu anderen Personen, welche sich durch gemeinsame Interaktion im Spiel bilden kann (vgl. Ainsworth 1964/2015, 109ff.). Die wohl bekannteste Untersuchung von Ainsworth, die „fremde Situation“, untersucht das Bin-

dungsverhalten von Kindern. Als Vorbereitung dafür dienen Beobachtungen über die Entwicklung der Bindung zwischen Kindern und ihren Müttern im alltäglichen Umfeld dieser, um das Verhalten des Kindes im eigenen bekannten Rahmen zu erfassen (vgl. Ainsworth/Wittig 1969/2015, 112). Die fremde Situation setzt sich aus insgesamt acht Szenen in einem dafür extra möblierten Labor zusammen. Dabei wird untersucht, wie das Kind die Mutter als sichere Basis nutzt, welche Reaktionen das Kind der Mutter gegenüber beim Verlassen und Wiederkehren in eine Situation zeigt und wie es sich einer fremden Person gegenüber verhält (vgl. Ainsworth, et al., 112). Ainsworth und Bell (1970/2015) stellen die einzelnen Szenen ausführlich dar. Ziel war es, „[...] die Balance von Bindungs- und Explorationsverhalten unter neuen oder bedrohlichen Bedingungen zu beobachten“ (Ainsworth/Bell 1970/2015, 150). Im Verlauf zeigen die Kinder sich in den Situationen der Wiederkehr entweder Nähe und Kontakt suchend oder sie mieden die Nähe und den Kontakt ihrer Mutter gegenüber (vgl. Ainsworth/Bell/Stayton 1971/2015, 179). Das beobachtete Bindungs- und Explorationsverhalten des Kindes wird dann als „[...] ‚sichere‘, ‚unsicher-vermeidende‘ oder ‚unsicher-ambivalente‘ Mutter- bzw. Vaterbindung qualifiziert“ (Bowlby 2008, 8). Welche Qualität die Bindung hat, ist insbesondere von der Feinfühligkeit der Mutter oder des Vaters abhängig. Feinfühligkeit bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Signale eines Säuglings wahrgenommen und richtig interpretiert werden sowie eine angemessene und prompte Reaktion auf diese erfolgt (vgl. Brisch 2011, 29). Kennzeichnend für eine sichere Bindung ist, dass ein Kind mit Protest und Angst auf die Trennung zur Mutter reagiert und bei der Rückkehr der Mutter umgehend Körperkontakt sucht. Bei einer unsicher-vermeidenden Bindung zeigt das Kind keinen Protest bei einer Trennung zur Mutter. Bei der Rückkehr der Mutter verhält sich das Kind abweisend und ignoriert die Mutter. Die unsicher-ambivalente Bindung zeigt sich durch starke Gefühlsausbrüche bei kleinsten Trennungen. Bei der Rückkehr der Mutter sucht das Kind körperlichen Kontakt, klammert sich mit den Armen fest und tritt die Mutter zeitgleich mit den Füßen (vgl. ebd., 40ff.). Brisch (2011) geht ausführlich auf die verschiedenen Bindungsqualitäten ein und erweitert die zuvor aufgeführten Bindungsqualitäten um die desorganisierte Bindungsform. Die desorganisierte Bindung bezeichnet eine nicht gelingende Bindung. Bei der Rückkehr der Mutter zeigt das Kind widersprüchliches Verhalten, läuft beispielsweise zuerst auf die Mutter zu und erstarrt dann oder läuft plötzlich weg. Insbesondere bei der desorganisierten

Bindung kann eine Übertragung der Gefühle auf Grund von eigenen unverarbeiteten traumatischen Erfahrungen der Mutter auftreten. Jedoch kümmert sich die Mutter in Zeiten, die nicht von Erinnerungen geprägt sind, liebevoll und fürsorglich um ihr Kind (vgl. ebd., 57f.).

Bowlby zufolge entwickelt sich die Bindung vorrangig zu den primären Bezugspersonen, in der Regel die Eltern, durch eine beständige emotionale Beziehung. Ebenso beschreibt Ainsworth, dass Bindung sich durch die Feinfühligkeit und somit der Wahrnehmung, richtigen Interpretation und der prompten Befriedigung der Bedürfnisse, vorrangig durch die Eltern, entwickelt. Welche Folgen sich auf Grund einer beschädigten oder fehlenden Bindung zeigen können, wird nachfolgend aufgegriffen.

2.2.3 Bindungsstörungen in Bezug auf traumatische Situationen

Durch verschiedene Risikofaktoren kann sich eine Bindungsstörung entwickeln. Im Weiteren werden mögliche Ursachen einer Bindungsstörung und Auswirkungen dieser auf die Psyche von Kindern und Jugendlichen exemplarisch dargestellt.

Risikofaktoren für eine Bindungsstörung können bereits während einer Schwangerschaft oder der Geburt gegeben sein. Diese können sich in Form von Komplikationen, wie vorzeitigen Wehen oder Blutungen zeigen. Bei einer Frühgeburt wird die Schwangerschaft urplötzlich beendet und eine längere Zeit auf der Station für Frühchen steht der jungen Familie bevor. Körperliche Berührungen können kaum stattfinden, was sich zusätzlich negativ auf das Bindungsmuster auswirken kann. Für die Mutter kann die Frühgeburt eine traumatische Situation darstellen, wenn sie diese machtlos und mit einem Gefühl der Lebensbedrohung erlebt. Im weiteren Verlauf kann es dazu kommen, dass ihr eigenes Kind zum Trigger für Flashbacks wird (vgl. Brisch 2009b, 114ff.). Wenn Kinder oder Jugendliche Gewalt ausgesetzt sind, sowohl am eigenen Leib erlebte als auch miterlebte zwischen Bezugs- oder Bindungspersonen, können Bindungsstörungen entstehen. Formen der Gewalt können hierbei Vernachlässigung, Missbrauch wie auch Kränkungen sein. Diese Ursachen können ebenso Auslöser für eine Traumatisierung sein, wie in Kapitel 2.1.1 beschrieben. Eine Folge zeigt sich nach Brisch (2011) in einem gehemmten Bindungsverhalten. Frühe Gewalterfahrungen haben die Entwicklung einer sicheren Basis verhindert. In Angstsituationen sind Kinder angespannt und weinen, ohne dass sie sich Schutz su-

chen könnten. Bindungsbedürfnissen wurde nicht mit einem liebevollen in-den-Armen-Nehmen, sondern mit Ablehnung begegnet (vgl. Brisch 2011, 61ff.). Als eine weitere Folge führt Brisch (2011) die undifferenzierte Bindungsstörung auf, wobei das Kind eine emotionale Vernachlässigung erfährt. Die individuellen Signale vom Kind werden nicht erkannt und zudem ist keine konstante Bindungsperson vorhanden. Das Bindungsverhalten entwickelt sich auffällig. Fremden Personen gegenüber treten sie distanzlos auf und suchen bei ihnen Sicherheit, die sie bisher nicht erfahren haben. Weitere Bindungsstörungen und mögliche Behandlungsansätze zeigt Brisch (2009a) ausführlich auf. Wenn sich bereits Bindungsmuster der Mutter zu ihren eigenen Eltern ungünstig entwickelt haben, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sich dieses Muster bei ihrem eigenen Kind fortsetzen wird. Mütter, die ihre Kinder misshandeln, berichten häufig von eigenen Misshandlungserfahrungen und erlebter Vernachlässigung. Zu angedrohtem Verlassen werden in ihrer Kindheit und der daraus resultierenden dauerhaften Angst, kommt zudem noch der Aspekt der körperlichen Gewalt. Dennoch ändert sich an der Bindung der Kinder an ihre Eltern trotz der negativen bis traumatischen Erfahrungen häufig nichts (vgl. Bowlby 1980/2015, 46, 50f.) Bei einer Bindungsqualität, wie der desorganisierten Bindungsqualität, ist zudem das Risiko nach einem belastenden Erlebnis eine psychische Erkrankung zu entwickeln erhöht (vgl. Brisch 2011, 58f.). Zunehmend wird die Mehrgenerationsperspektive in Betracht gezogen. Dabei zeigt sich eine mögliche Übertragung der eigenen Bindungsqualität der Eltern zu ihren Eltern ihrem eigenen Kind gegenüber (vgl. Bowlby 2008, 119). Zudem kann auch durch eine Interaktionsstörung eine „[...] transgenerationale Weitergabe von traumatischen Erfahrungen“ (Brisch 2009b, 130) erfolgen.

Deutlich wird, dass eine frühe sichere Bindung einer der wichtigsten Schutzfaktoren für die Entwicklung eines Kindes ist (vgl. ebd., 130). Die Beziehungsgestaltung im gesamten Leben ist abhängig von dem eigenen inneren Arbeitsmodell, welches sich wesentlich in den ersten Lebensjahren eines Kindes entwickelt. Ursachen einer Bindungsstörung können ebenso Ursache für eine Traumatisierung sein. Kinder und Jugendliche mit Bindungsstörungen durch ein Trauma stellen eine Herausforderung in professionellen Kontexten, wie der KJH und der KJP, dar. Auf die Schnittstellenarbeit dieser wird im folgenden Kapitel eingegangen.

2.3 Die Traumapädagogik und Schnittstellenarbeit der Kinder- und Jugendhilfe (KJH) und der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)

In der Literatur werden die Traumatherapie und die Traumapädagogik im Kontext zueinander dargestellt. Im Folgenden wird unter anderem auf die Schnittstellenarbeit der KJH und der KJP eingegangen, wobei auch ein Einblick in die Traumatherapie gegeben wird. Anschließend erfolgt eine ausführlichere Darstellung der Traumapädagogik, um die Ausgestaltung dieser umfassend wiederzugeben. Wenn Ursachen einer Bindungsstörung ebenso Ursache für eine Traumatisierung sein können und sich diese auf das Leben auswirken, mit welchen Inhalten kann die Traumapädagogik in der stationären KJH dann eine Antwort dafür bieten?

2.3.1 Die Darstellung der stationären KJH und der KJP

Nach welchen gesetzlichen Voraussetzungen sich die stationäre KJH regelt und welche Angebote die KJP als Unterstützungsmöglichkeiten vorweisen kann, wird im Weiteren geklärt, um die Fachdisziplinen erfassen zu können.

Die KJH regelt sich im Achten Sozialgesetzbuch, kurz SGB VIII. Personensorgeberechtigte, in der Regel die Eltern eines Kindes oder Jugendlichen, haben gem. § 27 SGB VIII einen Anspruch auf Hilfe zur Erziehung. Über Form und Umfang einer geeigneten Hilfe wird in einem Hilfeplanverfahren gem. § 36 SGB VIII mit allen an der Hilfe beteiligten Personen entschieden. Neben ambulanten und teilstationären Einrichtungen, welche das Ziel haben das Kind oder den Jugendlichen in der Familie zu halten, gibt es vollstationäre Einrichtungen. Auch in der stationären KJH liegt der Fokus auf der Rückführung in die Familie. Sollte eine Rückführung möglicherweise nicht gegeben sein, wird im Jugendalter an einer selbstständigen Lebensführung gearbeitet (vgl. BMFSFJ 2009, 215). Unterscheidungen der Einrichtungsformen in der stationären KJH werden in Kapitel 3.1 ausgeführt, da eine intensiv-betreute Wohngruppe der stationären KJH als Grundlage für die dort beschriebene Skizze einer traumapädagogischen Arbeit dient. Die KJP bietet Hilfe für Kinder, Jugendliche und in besonderen Fällen auch für junge Erwachsene bei einer vorliegenden akuten oder bereits länger andauernden psychischen Belastung. Während eines stationären Aufenthalts in einer Klinik, welcher zwischen Tagen und Wochen variieren kann, wird eine individuelle Hilfe in Form von verschiedenen Gruppen- und Einzelaktivitäten sowie unterschiedlichen Therapieverfahren angeboten. In der stationären KJH und

der KJP profitieren die Kinder und Jugendlichen von einem multiprofessionellen Team, welches aus ErzieherInnen, PädagogInnen und TherapeutInnen mit verschiedenen Spezialisierungen bestehen kann (vgl. Regio Kliniken GmbH 2018). In beiden Fachdisziplinen wird unter anderem für und mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen gearbeitet. Das Wissen und die Kerngedanken aus Kapitel 2.1 über Trauma und eine mögliche PTBS sind ebenso von Bedeutung wie jene über Bindung und mögliche Bindungsstörungen aus Kapitel 2.2. Um Aufschluss über die seelischen Verletzungen zu bekommen und einen Umgang damit zu ermöglichen, haben die jeweiligen Fachdisziplinen ihre eigenen Methoden und Konzepte entwickelt. In der stationären KJH etabliert sich hierfür immer mehr die Traumapädagogik, auf welche in Kapitel 2.3.3 vertiefter eingegangen wird. In der KJP wird beispielsweise die Traumatherapie angewendet. „Die Einflüsse tiefenpsychologischer Konzepte auf die Traumatherapie sind vielfältig und gehen zurück auf Sigmund Freud (traumatische Neurose), Pierre Janet (Dissoziation) und, was Kinder anbelangt, auf Anna Freud und Lenore Terr [...]“ (Landolt 2012, 141). Eine Traumatherapie erfolgt in den drei Phasen Stabilisierung, Aufarbeitung und Integration. Zu Beginn der ersten Phase, der Stabilisierung, muss eine grundlegende somatische, psychische und soziale Stabilität des Kindes, als auch eine professionelle Beziehung vorhanden sein. Dieses beinhaltet möglicherweise eine vorherige schmerztherapeutische Behandlung, eine affektive Stabilisierung bei akuter Suizidalität oder schwerer Impulskontrollstörung, ebenso auch ein sicheres und verlässliches Beziehungsnetz. In der zweiten Phase, der Aufarbeitung, erfolgt eine direkte Konfrontation des Kindes mit dem traumatischen Erlebnis. Dieses Vorgehen wird auch Traumaexposition genannt. Je nach Therapieverfahren kommen hierbei verschiedene Methoden zum Einsatz. In der dritten Phase, der Integration, sind die Ziele die Übernahme des Traumas und die dazugehörigen Folgen in die jeweilige Lebensgeschichte und die Anerkennung der nicht löschbaren Erfahrungen. Zudem erfolgt eine Fokussierung auf zukünftig anstehende Themen und die damit verbundene Aktivierung des Kindes oder Jugendlichen (vgl. ebd., 123ff.). Primär für die Therapie mit Erwachsenen wurden verschiedene Modelle entwickelt, um psychische Störungen nach einer überwältigenden, traumatischen Situation zu erklären. Landolt (2012) zufolge zählen zu den bedeutungsvollsten Modellen lerntheoretische und kognitive Modelle sowie psychodynamische und neurobiologische Modelle, welche inzwischen teilweise für das Kin-

desalter angepasst wurden (vgl. ebd., 76). In der therapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen, wie auch bei Erwachsenen, mit einer PTBS gibt es verschiedene Verfahren, welche sowohl in Einzel-, Gruppen-, oder Familiensettings stattfinden und bei Bedarf auch eine Pharmakotherapie beinhalten (vgl. ebd., 120). Eine Übersicht verschiedener Therapieformen bietet Landolt (2012). Reddemann/Wöller (2017) zeigen zudem pharmakologische Möglichkeiten auf. Grundlage für eine gelingende Hilfe in der stationären KJH wie auch in der KJP ist die Beziehung, welche vor der besonderen Herausforderung steht zu einem jungen Menschen aufgebaut zu werden, welche häufig Traumatisierung durch primäre Bezugspersonen erlebt hat. Zum einen wird hierbei der Blick auf die Ressourcen gerichtet, um vorhandene Ressourcen zu aktivieren oder neue Ressourcen zu entdecken. Zum anderen wird der Blick auf den individuellen Entwicklungsstand des Kindes oder Jugendlichen gerichtet, um eine Überforderung zu vermeiden. Weiterhin spielt die Psychohygiene der TherapeutInnen, durch eine bewusste und sich selbst gegenüber ehrliche Auseinandersetzung mit der eigenen Betroffenheit, eine Rolle. Nur so kann unter anderem einer möglichen sekundären Traumatisierung entgegengewirkt werden (vgl. Landolt 2012, 122f.). Eine sekundäre Traumatisierung bezeichnet eine Traumatisierung eines Gegenübers. Dabei wird sich die traumatische Situation von seinem Gegenüber derart plastisch vorgestellt, dass es bei ihm selbst zu Intrusionen kommen kann (vgl. Schmid 2008, 302). Um dies zu vermeiden ist eine professionelle Distanz, wie auch eine Psychohygiene, also die Pflege um sich selbst, wichtig.

Dass sich die stationäre KJH durch das SGB VIII regelt und die KJP verschiedene Therapieformen als Unterstützungsmöglichkeit vorweisen kann, ist unterdessen geklärt. Da ein Mehrbedarf an Traumatherapie für Kinder und Jugendliche wahrscheinlich ist und vermutlich auch jene aus der stationären KJH auf Grund ihrer mehrfachen Störungsbilder, wie in Kapitel 2.1 dargestellt, umfasst, soll im Weiteren die Schnittstellen Arbeit der KJH und der KJP betrachtet werden.

2.3.2 Die Schnittstellenarbeit der stationären KJH und der KJP

Die Betrachtung der Schnittstellenarbeit wird als angebracht angesehen, da für Kinder und Jugendliche aus der stationären KJH neben einer ambulanten, auch eine stationäre Traumatherapie in der KJP möglich ist. In diesem Bezug soll insbesondere geklärt werden, wie die Schnittstellenarbeit verwirklicht werden kann.

Die stationäre KJH und die KJP sollten das Wohl des Kindes oder Jugendlichen in den Mittelpunkt stellen, wodurch sich bereits verschiedene Wege für eine Kooperation aufzeigen (vgl. Schröder/Colla 2012, 36). Eine Kooperation zwischen den beiden Fachdisziplinen ist bereits grundlegend vorhanden, oft besteht jedoch noch ein Ausbaubedarf. Die Inhalte der jeweiligen Fachdisziplinen verlaufen nicht nur parallel, sondern überschneiden sich auch. Auf der einen Seite ist die KJP von der stationären KJH in der Form einer nachhaltigen Rehabilitation abhängig (vgl. Schmid 2007, 45). Auf der anderen Seite sind für die stationäre KJH gemeinsame Interventionsmaßnahmen für den Heimaltag sowie einen positiven persönlichen Kontakt zwischen den Fachdisziplinen zu haben, wichtig. Transparenz, gegenseitige Wertschätzung und Anerkennung der Kompetenzen sind wesentliche Kriterien, um einen guten Kontakt führen zu können (vgl. ebd., 48f.). Die BAG (2011) empfiehlt für eine gelingende Kooperation verbindliche Standards sowohl für geplante Interventionen, als auch für Notfälle, zwischen der stationären KJH und der KJP festzulegen. Ein persönlicher Austausch sollte spätestens alle zwei Monate in der Nähe oder in der Einrichtung stattfinden. Zudem hilft eine Evaluation alle zwei Jahre, um die Kooperation zu reflektieren und weiterzuentwickeln (vgl. BAG 2011, 19). Eine mangelnde Kooperation der verschiedenen Fachdisziplinen mit ihren jeweiligen sozialpädagogischen, psychiatrischen oder somatischen Ansätzen in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen kann zu einer unzureichenden Unterstützungsmaßnahme führen. Um dies zu vermeiden, wird eine sich ergänzende und nicht sich gegenseitig ausschließende Sichtweise benötigt. Das psychosoziale Hilfesystem bedarf einer Erweiterung in den jeweiligen Fachdisziplinen. Der Bedarf umfasst in der Sozialpädagogik eine Erweiterung um medizinische und psychiatrische Inhalte, ebenso in den anderen Disziplinen um sozialpädagogische Inhalte (vgl. Schmid [u.a.] 2012b, 12f.). In der Schnittstellenforschung wird sich für eine gemeinsame Untersuchung der psychiatrischen und pädagogischen Fachdisziplinen ausgesprochen. Bisher wird in der psychiatrischen Forschung der Fokus auf Gruppen mit einem eher komplexreduzierenden, defizitorientierten Blick gelegt. In der pädagogischen Forschung liegt der prozessorientierte Fokus hingegen auf dem Individuum mit seinen jeweiligen komplexen, systemischen Bezügen. Die Forschungsmethodik ist ebenso unterschiedlich. Während in der psychiatrischen Forschung quantitativ-experimentelle Methoden zur Anwendung kommen, sind es bei der pädagogischen Forschung qualitativ-beschreibende Methoden.

Viele gesellschaftliche, gesundheitliche oder auch sozialpolitische Themen betreffen beide Fachdisziplinen, wodurch eine gemeinsame Schnittstellenforschung begründet wird. Damit könnte eine Basis geschaffen werden, um einen beträchtlichen Einfluss auf Entscheidungen in jenen Themenbereichen zu nehmen. Dennoch sollten die Resultate für beide Fachdisziplinen wissenschaftlich begründet werden (vgl. Schmid 2012a, 110f.). Eine Erhebung von Groen/Jörns-Prentati (2014) aus dem Jahr 2013 weist Gemeinsamkeiten mit den zuvor beschriebenen Aspekten der Schnittstelle zwischen der stationären KJH und der KJP auf. Einigkeit besteht unter anderem in der Erkenntnis, dass „[...] eine gelungene Kooperation vor allem gegenseitiges fachliches Verständnis, die innere Bereitschaft zur Zusammenarbeit und Respekt, eine gute persönliche Beziehung und Kollegialität sowie einen verlässlichen organisatorischen Rahmen“ (Groen/Jörns-Prentati 2014, 158) benötigt. Außerdem wird eine gemeinsam getroffene und schriftliche Vereinbarung für eine Kooperation als produktiv angesehen (vgl. Groen, et al., 157). Handlungsbedarfe zeigen sich beispielsweise in der Reflektion eigener Voreingenommenheit der anderen Disziplin gegenüber. Zudem empfinden die Fachdisziplinen, dass die jeweils andere Fachdisziplin über zu wenig Wissen und Erfahrung über den Arbeitsalltag und die Rahmenbedingungen in der eigenen Disziplin verfügen. Weiterhin fehle eine gemeinsame Sprache, was eine Übersetzung von Fachbegriffen nach sich ziehe (vgl. ebd., 155ff.). Anzumerken ist hierbei, dass die erhobenen Daten zwar eine Richtung aufzeigen, jedoch auf Grund der kleinen Stichprobe keine Generalisierbarkeit gesichert werden kann (vgl. ebd., 158).

Erkennbar wird, dass eine gelingende Kooperation mit Blick auf die Kinder und Jugendlichen zu realisieren ist. Nur so kann eine umfassende individuelle und bedarfsgerechte Versorgung sichergestellt werden. Eine gute Kooperation kann sich auf die nachfolgend beschriebene Traumapädagogik positiv auswirken, da bei einem möglichen Aufbrechen von seelischen Verletzungen ein gemeinsamer Blick auf ein Kind oder einen Jugendlichen von Vorteil sein kann. Die Traumapädagogik ist eine sich entwickelnde, eigenständige Spezialisierung, welche nachfolgend ausführlicher beschrieben wird.

2.3.3 Erste Begriffsbestimmung der Traumapädagogik

Die Traumapädagogik scheint eine recht junge Spezialisierung zu sein, welche in den letzten Jahren einen Aufschwung erfährt. Um einen ersten Einblick in den Fachterminus zu bekommen, wird nach einer Begriffsbestimmung der Blick auf die Entstehung gelegt.

Der Fachterminus hat sich aus der alltäglichen Praxis heraus, wo bisher wirksame Konzepte nicht mehr oder nur unzureichend gegriffen haben, entwickelt. Eine Zunahme an Fachliteratur und Internetseiten, welche einen schnellen Austausch ermöglichen, verdeutlichen zudem das steigende Interesse an dem Thema, wie Kühn 2008 aufzeigt. Er plädiert dafür, den Begriff der Traumapädagogik als Sammelbegriff verschiedener Konzepte und Methoden, wie dem des sicheren Ortes, anzusehen (vgl. Kühn 2008, 318ff.). Hierzu gehören im Besonderen die Pädagogik der Selbstermächtigung (Weiß 2005) und das milieuthérapeutische Konzept (Gahleitner 2011). Auf potenzielle Herausforderungen in der Traumapädagogik wird in Kapitel 3.3 eingegangen. Kinder und Jugendliche in der stationären KJH wachsen häufig in für ihre persönliche Entwicklung fehlerhaften und ungünstigen Milieus auf. Die Familienverhältnisse zeigen sich angespannt, emotional kühl und unberechenbar. Ressourcen innerhalb der Familie reichen oft nicht aus, um die Verhältnisse positiv zu verändern. Zudem erleben Kinder und Jugendliche dort eine punktuelle Aggressivität bis hin zu wiederholender ausgeübter Gewalt. In der stationären KJH angekommen, brauchen sie einen Ort, der ihnen neue Erfahrungen ermöglicht. Die Beschreibung des traumapädagogischen Milieus umfasst den neuen, sicheren Ort. An diesem können die Kinder und Jugendlichen Alternativen zu ihrem dysfunktionalen Verhalten lernen und korrigierende Erfahrungen diesbezüglich machen. Möglicherweise erleben sie hier zum ersten Mal in ihrem Leben eine kontinuierliche und verlässliche Begleitung durch andere Menschen (vgl. Rosenbrock 2017, 64). Wesentliche Ziele sind ein Gleichgewicht zwischen emotionalem Einsatz und einer professionellen Distanz sowie eine zuverlässige und zugewandte Beziehungsgestaltung im pädagogischen Alltag zu ermöglichen (vgl. Schmid 2008, 303). Das ursprüngliche Konzept des pädagogisch-therapeutischen Milieus wurde parallel von Bettelheim in Chicago und Redl in Detroit als eine Form der Psychoanalyse unter Einbeziehung der Lebensumwelt der Kinder und Jugendlichen entwickelt. Der Ausgangspunkt bezieht sich jeweils auf

die Annahme, dass Faktoren der Lebensumwelt auch therapeutische Auswirkungen haben. Die größte Bedeutung wird der Wirksamkeit von Beziehungssituationen zugeordnet (vgl. Gahleitner 2017, 27f.). In der pädagogischen Arbeit ist die traumabezogene Diagnostik eine Besonderheit und zugleich ein kontrovers angesehener Inhalt in der pädagogischen Arbeit. Diese Aufgabe wird oft den zuständigen Therapeuten zugeschrieben (vgl. Zimmermann 2017b, 94f.). Ein mögliches diagnostisches Fallverstehen im Sinne der traumpädagogischen Diagnostik wird von Hösl und Gahleitner (2017) dargestellt. Zimmermann (2017b) führt zudem Möglichkeiten und Grenzen der traumabezogenen Diagnostik aus. Abgesehen von der traumabezogenen Diagnostik in der direkten pädagogischen Arbeit stellt im entfernteren die traumapädagogische Forschung ebenso eine Herausforderung dar. Hier zeigt sich eine Diskrepanz zwischen den theoretischen Forschungsergebnissen und der realen praktischen Arbeit im pädagogischen Kontext. In der traumapädagogischen Forschung liegt das größte Problem darin, dass die Ergebnisse aus verwandten anderen Fachdisziplinen herangezogen werden müssen, da die eigene Forschung noch am Anfang steht. Dadurch ist oft keine pädagogische Relevanz gegeben (vgl. Zimmermann/Rosenbrock/Dabbert 2017, 15).

Durch die verschiedenen Konzepte, wie dem Konzept der Selbstermächtigung nach Weiß, kann die Traumapädagogik charakterisiert werden. Die Vielfalt der Traumapädagogik ermöglicht somit auf die vielfältigen Herausforderungen, welche Kinder und Jugendliche in der stationären KJH mit sich bringen, adäquat reagieren und bestenfalls frühzeitig agieren zu können. Ob die Traumapädagogik zudem eine Traumaheilung beeinflussen kann, wird im Weiteren thematisiert.

2.3.4 Die Traumaheilung

Die Einblicke in die Traumatherapie und die Traumapädagogik zuvor zeigen auf, dass in den jeweiligen Fachdisziplinen verschiedene Methoden vorhanden sind, um Unterstützung in Bezug auf ein Trauma anzubieten. Doch kann eine Traumaheilung durch eine gelingende Kooperation begünstigt werden?

Der Bereich der Traumaheilung zeigt unterschiedliche Ansichten der AutorInnen auf. Zum einen wird beschrieben, dass für viele der Betroffenen eine Heilung zwar möglich ist, jedoch sich ebenso eine Chronifizierung zu einer andauernden Persönlich-

keitsstörung entwickeln kann (vgl. Dilling/Freyberger 2012, 174). Hier wird deutlich, dass Dilling/Freyberger von einer möglichen vollständigen Heilung ausgehen. Dem gegenüber stehen Krüger/Reddemann (2009). Ihnen zufolge ist „bei einer psychischen Schwerstverletzung [...] nur eine ‚narbige‘ Heilung möglich, nicht eine ‚restitutio ad integrum““ (Krüger/Reddemann 2009, 29f.). Durch die Behandlung des Traumas können mögliche ins Stocken gekommene emotionale, soziale oder kognitive Entwicklungen nachreifen (vgl. Krüger, et al., 30). Damit wird ausgedrückt, dass die seelischen Verletzungen zwar verheilen können, jedoch immer ein Teil des Menschen bleiben. Die Traumapädagogik bietet durch die alltägliche Arbeit eine Unterstützung der Traumatherapie und leistet einen wesentlichen Beitrag zur Traumaheilung. Besonders sich als selbstwirksam zu erleben und dadurch wieder Macht für seine eigene, bewusste Lebensgestaltung zu erlangen, sind wesentliche Voraussetzungen, um eine Traumaheilung zu ermöglichen. Selbstermächtigung bedeutet heraus aus der Unselbstständigkeit und der möglicherweise andauernden Ohnmacht und hinein in ein Leben der Selbstbestimmung. Grundlage hierfür ist unter anderem die Psychoedukation, also das Ermöglichen, sich selbst zu verstehen (vgl. Weiß 2013, 145f.). Auf die Psychoedukation wird in Kapitel 3 vertiefter eingegangen. Weiterhin ist die Akzeptanz des eigenen Verhaltens im Sinne des guten Grundes, wie im nachfolgenden Kapitel ausgeführt wird, ein wichtiger Schritt auf dem Weg der Traumaheilung. Eine offene Frage die mit dem Wort „weil“ endet, wie beispielweise die Frage „Du handelst so, weil?“, bietet hierbei eine wertschätzende Einladung über sich selbst nachzudenken, um den individuellen guten Grund herausarbeiten zu können (vgl. ebd., 150f.). Als grundlegende Voraussetzung für eine gelingende Traumaheilung ist die tatsächliche äußere Sicherheit (vgl. Schmid/Fegert 2008, 257ff.).

Im Bereich der Traumaheilung zeigt sich, dass ein Zusammenspiel der Traumatherapie, in welcher mit dem Kern der Traumatisierung gearbeitet wird, und der traumapädagogischen Arbeit, mit ihrem Anspruch einen alltäglichen Umgang mit dem Trauma und möglichen Folgen zu ermöglichen, sich positiv auswirken kann. Festgehalten werden kann weiterhin, dass der traumapädagogische Ansatz eine Traumatherapie nicht ersetzen kann oder soll. Im folgenden Kapitel wird ein möglicher theoretischer Rahmen der Traumapädagogik aufgezeigt.

2.3.5 Die Säulen der Traumapädagogik: a) Pädagogik, b) Führung und c) Ethik

Ein theoretischer Rahmen der Traumapädagogik kann beispielsweise aus drei Säulen nach Schirmer (2017) bestehen. Die drei Säulen der Pädagogik, der Führung und der Ethik, wie Anhang 2 zeigt, können Schirmer zu Folge ein traumapädagogisches Konzept kennzeichnen. Durch die alltägliche Handlung scheint die Pädagogik den größten Stellenwert einzunehmen, jedoch tragen die anderen beiden Säulen wohl zur Stabilisierung der Traumapädagogik bei (vgl. Schirmer 2017, 71). Welche Aspekte in den jeweiligen Säulen relevant sind, um eine gewissenhafte Umsetzung der Traumapädagogik zu ermöglichen, soll gegenwärtig abgebildet werden.

a) Die erste Säule der Traumapädagogik: Die Pädagogik

Die erste Säule verfolgt grundsätzlich fördernde und unterstützende Ziele im Bereich der Emotionsregulierung, Selbstermächtigung und (emotionaler) Sicherheit. Um den Kindern und Jugendlichen eine korrigierende Beziehungserfahrung bieten zu können ist ein offenes Klima, welches eigene Erfahrungen machen zu dürfen befürwortet, essentiell. Ziel der pädagogischen Arbeit ist das Selbstbewusstsein der Kinder und Jugendlichen zu stärken und ihnen Selbstwirksamkeit zu vermitteln (vgl. ebd., 72). Bedeutsam sind in diesem Zusammenhang neben der sicheren und verlässlichen Gestaltung auch die Kontinuität der Zusammenarbeit, um korrigierende Erfahrungen überhaupt zu ermöglichen (vgl. Zimmerman 2017a, 44). Ein hoher Anteil der traumatisierten Kinder und Jugendlichen erlebte eine traumatische Situation durch eine primäre Bezugsperson, oder hat diese als nicht hilfreich in Bezug auf Schutz und empathische Begleitung erlebt. Für Kinder und Jugendliche stellt dadurch jeder Erwachsene eine mögliche Gefahr dar, wodurch auch ein Beziehungsaufbau im professionellen Kontext erschwert wird. Unbewusste Reinszenierungen der bekannten Beziehungsmuster stehen einer korrigierenden Beziehungserfahrung zunächst im Weg. Durch das Erkennen und Thematisieren kann diese Barriere überwunden werden. Die korrigierende Beziehungserfahrung umfasst die Erfahrung, dass nicht alle Erwachsenen gewalttätig und demütigend, sondern auch einfühlsam und zuverlässig sein können (vgl. Dabbert 2017, 149). Eine korrigierende Beziehungserfahrung ergibt sich vor allem in Zeiten von Krisen sowie Kummer oder Schmerz, da das Kind oder der Jugendliche dann die Möglichkeit hat, das Vertrauen in Erwachsene neu ken-

nenzulernen und aufzubauen. Gerade MitarbeiterInnen in ihrer Funktion können als Familienanalogie angesehen werden (vgl. Schleifer 2014, 241ff.). Die traumapädagogische Intervention ist nicht nur gekennzeichnet durch die Arbeit auf der Beziehungsebene, sondern die Intensität der Bindung zwischen der Fachkraft und dem Kind oder dem Jugendlichen wird maßgeblich dadurch bestimmt. Der Faktor Zeit ist wichtig, damit sich eine Bindung aufbauen kann, um durch gemeinsame positive Erlebnisse die vorhandenen Verhaltensmuster zu verändern. Ebenso ist eine sichere und verlässliche Bindungsstruktur notwendig, um auch in Krisen einen Zugang zu haben. Somit ist die korrigierende Beziehungserfahrung eine mögliche Antwort auf Bindungsstörungen, welche in Kapitel 2.2.4 beschrieben sind. „Ich glaube, dass der Kern jeder Traumatisierung in extremer Einsamkeit besteht. Im äußeren Verlassen sein. Damit ist sie häufig, bei Gewalttrauma immer, auch eine Traumatisierung der Beziehungen und der Beziehungsfähigkeit“ (Huber/van der Hart 2007, 61). Besonders bei beziehungs-traumatisierten Kindern und Jugendlichen kann die Einsamkeit als Kern der Traumatisierung angesehen werden. Zum einen in Bezug auf die Abspaltung der Gefühle, um von diesen nicht überwältigt zu werden und zum anderen zeigt sich gerade bei jenen Kindern und Jugendlichen eine soziale Einsamkeit (vgl. Zimmermann 2017a, 35f.).

„Neben den konditionierten physiologischen und emotionalen Reaktionen auf die traumatische Erinnerung, die charakteristisch für PTBS sind, entwickeln [...] traumatisierte Kinder eine Sicht der Welt, die Vertrauensbruch und Schmerz beinhaltet. Sie antizipieren das Trauma und erwarten, dass es wieder auftritt und reagieren mit Hyperaktivität, Aggressionen, Unterwerfung oder Erstarrung auf geringfügige Stressbelastungen“ (van der Kolk 2009, o. S., zit.n. Zimmermann 2017a, 35).

Daraus ergibt sich die pädagogische Praxis ein Einstieg in den individuellen Traumaprozess. Die zugrundeliegende Traumatisierung wird in die neue Beziehung zu den pädagogischen Fachkräften übertragen und sollte von diesen ausagiert werden können. Die Psychoanalyse spricht hierbei von einer Reinszenierung. Nur so kann eine Unterstützung bei der Bewältigung erfolgen und eine Chronifizierung möglichst ausgeschlossen werden. Besonders beziehungs-traumatisierte Kinder und Jugendliche zeigen das Wiedererleben nicht offensichtlich und erst recht nicht beabsichtigt, um zu provozieren. Vielmehr zeigt sich das Erleben in möglichen Aggressionen oder auch dissozialem Verhalten (vgl. Zimmermann 2017a, 39). Um Dissoziationen nicht tatenlos gegenüber zu stehen, werden zusammen Dissoziationsstops besprochen und

geübt (vgl. Schmidt, S. 2017, 131ff.). Dissoziationsstops können durch Aufmerksamkeitsübungen, beispielsweise welche orangen Gegenstände befinden sich in der Nähe oder durch Kälte- oder Geruchsreize, wie das Halten eines Eiswürfels oder das Riechen an Parfüm, erfolgen (vgl. Reddemann/Wöller, 90). In Bezug dazu steht der sichere Ort. Der sichere Ort ist Grundlage für eine traumapädagogische Arbeit in der stationären KJH und bezieht sich nicht nur auf die Kinder und Jugendlichen, sondern auch auf die MitarbeiterInnen. Alle beteiligten Personen sollten die Möglichkeit haben an dem Prozess aktiv mitzuwirken. Dabei sind Transparenz, Beteiligung und Anerkennung umzusetzende Aspekte (vgl. Rosenbrock 2017, 57). Eine Einrichtung der stationären KJH kann ein solch sicherer Ort sein, da das Kind oder der Jugendliche nicht mehr einer gefühlten oder tatsächlichen (traumatischen) Gefahr ausgesetzt ist, sondern sich in einem geschützten Rahmen befindet. Dabei steht ihm eine reflexive professionelle Fachkraft gegenüber, welche die Bedürfnisse wahrnimmt und im Miteinander berücksichtigt, um diese zufriedenstellen zu können. Hierbei finden zum einen die Stärkung der Selbstwirksamkeit und zum anderen die Anerkennung der Hilflosigkeit statt. Diese Art der professionellen Begegnung mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen ermöglicht es jenen aus der gefühlten Einsamkeit, wie van der Hart (2007) den Kern von Traumatisierung beschreibt, herauszuholen (vgl. Zimmermann 2017a, 40f.). Traumatisierte Kinder und Jugendliche leben in einer ambivalenten Welt, ihnen fehlen häufig verlässliche Bindungen und Strukturen. In Anlehnung an den sicheren Ort ist Stabilität unerlässlich. Um Sicherheit empfinden zu können, werden überschaubare und nachvollziehbare Strukturen, wie beispielsweise offen ausgehängte Dienstpläne oder visualisierte Tages- und Wochenpläne, benötigt (vgl. Dabbert 2017, 143). Die Annahme eines guten Grundes ist ein weiterer Aspekt in der Traumapädagogik. Ein Verhalten, welches ein Kind oder Jugendlicher zeigt, ist als Überlebensstrategie anzuerkennen. Auch wenn dieses Verhalten im Hier und Jetzt von anderen Personen nicht verstanden werden kann, war dieses in der traumatischen Situation notwendig. Durch ein verändertes Verständnis können zum Beispiel affektive Durchbrüche verstanden und nicht als persönlicher Angriff gewertet werden (vgl. Schmidt, S. 2017, 133). Die professionelle Beziehungskomponente ist in der traumapädagogischen Arbeit sehr intensiv. Dennoch, oder gerade deswegen, erleben MitarbeiterInnen Entscheidungen der Kinder und Jugendlichen manchmal als Rückschlag und fühlen sich persönlich betroffen, wenn ein anderer als der ange-

strebte Weg gegangen wird. Auch hierbei zählt die Haltung, dass die Kinder oder die Jugendlichen ihren eigenen guten Grund haben, sich so entschieden zu haben (vgl. Möser 2017, 89). Damit sich Kinder und Jugendliche wieder als selbstwirksam wahrnehmen und sich somit eine Selbstermächtigung vollziehen kann, wird zuerst ein Verständnis für die eigenen Verhaltensweisen benötigt. Der traumatischen Situation waren die Kinder und Jugendlichen machtlos ausgeliefert. Erfahrungen und Wissen darum, dass Leben wieder selbst führen zu können und Entscheidungen dafür zu treffen, ist von immenser Bedeutung. Unerklärliche Verhaltensweisen, wie Dissoziationen oder Wutausbrüche, werden gemeinsam erforscht, damit sich das Kinder oder der Jugendliche selbst nicht mehr fremd ist (vgl. Dabbert 2017, 144). Wenn ein Verständnis für die Symptome und ein Umgang mit diesen erarbeitet wird, ist die Voraussetzung geschaffen, dass sich Kinder und Jugendlichen als selbstwirksam erleben können (vgl. ebd., 149). In der Psychoedukation, in welcher sich dieses Verständnis entwickeln kann, sollen „[...] Erklärungen der traumabasierten körperlichen Vorgänge das Selbstverstehen fördern“ (ebd., 144). Dieser Aspekt der Traumapädagogik wird in Kapitel 3.2 durch einen ersten Entwurf einer möglichen Umsetzung traumapädagogischer Arbeit in der stationären KJH skizziert.

b) Die zweite Säule der Traumapädagogik: Die Führung

Die zweite Säule umfasst Themen wie Qualitäts- und Personalmanagement sowie Rahmenbedingungen. Hierdurch sollen kompetente und handlungssichere MitarbeiterInnen und Teams gewährleistet werden. Institutionelle Strukturen beziehen sich auf alle Ebenen der Organisation. Die Rahmenbedingungen sind für jede Einrichtung mit ihren jeweiligen priorisierten pädagogischen Zielen anzugleichen (vgl. Schirmer 2017, 71). „Aufgabe aller Leitungsebenen einer Institution ist es, für die Umsetzung der traumapädagogischen Standards mit der entsprechenden Grundhaltung auf allen Ebenen und für alle Menschen in der Einrichtung zu sorgen“ (BAG 2011, 14). Qualitätsstandards beinhalten im traumapädagogischen Kontext ein professionelles Krisenmanagement wie auch Ansätze zur Konfliktvermeidung. Ebenso sind personelle Ressourcen zu sichern. Dafür tragen die Führungskräfte die Verantwortung. Eine vertrauensvolle Basis zwischen der Führungskraft und den MitarbeiterInnen ist geprägt durch Glaubwürdigkeit, Zuverlässigkeit und ehrlichem Interesse. Eine partizipative Führungskraft schafft eine Balance zwischen der erforderlichen Kontrolle der

Einhaltung von Qualitätsstandards und dem Freiraum zur selbstständigen Arbeit. Bei einer Missachtung erfolgt notwendigerweise eine konstruktive Kritik, um Orientierung zu bieten (vgl. Schirmer 2017, 72f.). Die BAG TP beschreibt außerdem die Notwendigkeit einer Stabilisierung für die Mitarbeitenden, welche in der Dienstplanung zu beachten ist. Dies umfasst unter anderem eine Doppelbesetzung in der Kernbetreuungszeit (vgl. BAG 2011, 15). Im Bereich des Personalmanagements sind eine professionelle Haltung und emotionale Stabilität sowie eine hohe Reflexionsfähigkeit neben dem theoretischen und methodischen Fachwissen zu berücksichtigen. Bei der Personalauswahl wird der Fokus sowohl auf individuelle Kompetenzen und Qualifikationen, als auch auf die Teamzusammensetzung und die Ressourcenvielfalt gelegt. In der Einarbeitung ist das traumapädagogische Konzept zu vermitteln. Weiterhin beschreibt die BAG TP, dass Team-Tage zur Resilienzförderung und Klausurtage zur Überprüfung und Weiterentwicklung des Konzeptes Berücksichtigung finden sollten. Insgesamt sollte die Mitarbeiterfürsorge einen hohen Stellenwert in der Organisation erfahren (vgl. ebd., 15f.). Die Qualifikationen beziehen sich hierbei nicht nur auf bindungstheoretisches und traumapädagogisches Wissen, sondern auch auf die eigene Bindungssicherheit. „[...] die Ergebnisse der Psychotherapieforschung, nach denen von bindungssicheren Psychotherapeuten bessere Therapieergebnisse zu erwarten sind, [sind] auch auf den Bereich der Heimerziehung zu übertragen“ (Schleiffer 2014, 272). In ihrer Arbeit stehen die MitarbeiterInnen Kindern und Jugendlichen gegenüber, welche teilweise vielfach psychiatrische Störungsbilder aufweisen. Die Verhaltensweisen sind herausfordernd und können Hilflosigkeit auslösen. Hierbei zeigt sich, dass Reflexionen und Supervisionen für eine gemeinsame Haltung sowie Sicht auf die möglichen Zusammenhänge zwischen Trauma und Verhalten gegeben sein sollten (vgl. Rosenbrock 2017, 58). Um einen angemessenen Umgang mit den Kindern und Jugendlichen trotz ihrer Verhaltensweisen und Belastungen leisten zu können, ist auch die Selbstfürsorge der MitarbeiterInnen von großer Bedeutung (vgl. Schock 2017, 54). Die Ausstattung der Einrichtung ist so zu gestalten, dass die MitarbeiterInnen handlungsfähig sind und ein wertschätzendes Ambiente vorzufinden ist. Bei der Gestaltung der Räume ist auf einen Ausgleich zwischen Motivation und Entspannung zu achten. Zudem sollte jederzeit eine Rückzugsmöglichkeit für die Kinder und Jugendlichen gegeben sein. Triggerpunkte sollten vermieden oder bei späterem Bekanntwerden entfernt werden. Das Zimmer der Mit-

arbeiterInnen sollte sich zentral in der Einrichtung befinden, um dem Schutzaspekt nachkommen zu können. Für die Kinder und Jugendlichen sollte ein eigenes abschließbares Zimmer zur Verfügung stehen, welches im Notfall von MitarbeiterInnen geöffnet werden kann. Zusätzlich sind Konzepte und Maßnahmen vorsorglich zur Sicherheit transparent zu machen und den Kindern und Jugendlichen auszuhändigen (vgl. BAG 2011, 17). Die Gruppe sollte aufgrund der massiven Übertragungsdynamiken aus nicht mehr als acht Kindern bestehen. Bei der Zusammensetzung sind die individuellen Biografien, vorhandene Verhaltensweisen, Täter- und Opferdynamiken, wie auch Bindungserfahrungen einzubeziehen (vgl. ebd., 16f.). Täterkontakt kann nicht von einer außenstehenden Person verboten werden, jedoch sollte auf eine mögliche daraus resultierende verstärkte Symptomatik hingewiesen werden. Dem Kind oder Jugendlichen sollte dieses durch Aufzeigen bewusst gemacht werden (vgl. Reddemann/Wöller 2017, 47). Ein enges interdisziplinäres Netzwerk mit allen an der Hilfe und die Lebenswelt des Kindes oder Jugendlichen betreffenden Personen und Institutionen ist einzurichten. Dazu gehören neben dem Jugendamt und der Schule besonders die ambulante Therapie sowie die stationäre KJP. Weiterhin sollte das soziale Netzwerk und das Gemeinwesen einbezogen werden, um eine möglichst umfangreiche systemische Betrachtung und angemessene Hilfe zu ermöglichen (vgl. BAG 2011, 19). Die Zusammenarbeit der Schnittstelle von der stationären KJH und der KJP wird in Kapitel 2.3.2 beschrieben.

c) Die dritte Säule der Traumapädagogik: Die Ethik

Die dritte Säule umfasst die ethnische Dimension und stellt Schirmer (2017) zufolge eine der größten Herausforderungen dar. Schwerpunkte sind hierbei die Vermittlung von Werten, der Vertrauensaufbau und eine fehlerfreundliche Atmosphäre zu schaffen, um einen Konsens in der Grundhaltung der MitarbeiterInnen und der Organisation zu etablieren (vgl. Schirmer 2017, 71). Der Entwicklungsprozess vollzieht sich auf allen Ebenen der Organisation, in welchem sowohl Erfolge, als auch Misserfolge, auftreten. Die vertrauensvolle und fehlerfreundliche Basis bietet Platz für Lob und Kritik. Im pädagogischen Alltag ist die Haltungsfrage im traumapädagogischen Kontext entscheidend. Auf Fortschritte folgen allzu oft Rückschläge in der Arbeit und der Aufbau einer Beziehung gestaltet sich gerade zu jenen Kindern und Jugendlichen schwierig, welche in der stationären KJH leben. MitarbeiterInnen vereinen jedoch

theoretisches und methodisches Wissen und tragen mit ihrer Haltung wesentlich zu der Arbeitsatmosphäre und der Außenwahrnehmung bei (vgl. Rosenbrock 2017, 66f.). Auf der einen Seite stehen die MitarbeiterInnen und die jeweilige Haltung, welche durch die individuelle Lebensgeschichte geprägt und schwer veränderbar ist. Auf der anderen Seite stehen der Anspruch und die Umsetzung von dem Leitbild des Arbeitgebers. Das Leitbild integriert Werte, welche als sinnstiftend angesehen werden und Orientierung bieten. Das Leitbild muss eine alltagspraktische Relevanz haben, damit mögliche Widerstände unter den MitarbeiterInnen nicht entstehen. Der gemeinsame Entwicklungsprozess durch die Führungskraft und die MitarbeiterInnen bietet von Beginn an eine weitreichende Übereinstimmung der Wertevorstellung und baut Vertrauen durch verlässliche Erfahrungen auf (vgl. Schirmer 2017, 73ff.). Die Haltung der MitarbeiterInnen sollte davon geprägt sein, dass die Kinder und Jugendlichen vor weiteren Traumatisierungen geschützt werden und ihre Autonomie respektiert wird. Außerdem ist der Alltag weitestgehend transparent und partizipativ zu gestalten, um eine Berechenbarkeit der Interaktionen sowie eine Erfahrung der Selbstwirksamkeit zu gewährleisten. Zudem sind jene Aspekte, wie sie in der ersten Säule der Traumapädagogik beschrieben wurden, zu verinnerlichen und in der Arbeit umzusetzen. Die Auseinandersetzung mit der individuellen und einer teamorientierten Ansicht der Ethik sind für die Arbeit, besonders mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen, wichtig. Gerade diese Kinder und Jugendlichen sind oft mit Unberechenbarkeit, Entmutigung und Leid aufgewachsen (vgl. Schmid 2016, 82ff.). Hierbei wird deutlich, dass die Kinder und Jugendliche möglicherweise teilweise oder gänzlich das Vertrauen in Erwachsene verloren haben. Daher sollte in der täglichen Arbeit der Anspruch bestehen ihnen wieder Mut zu machen, sie als eigenständige Person zu sehen und ihre Bedürfnisse zu achten. Dadurch kann eine Zuversicht an eine andere, eine bessere Zukunft gegeben werden.

Die Fachdisziplinen der stationären KJH und der KJP können, wie aufgezeigt, durch ein gemeinsames Verständnis ihre jeweilige Arbeit begünstigen. Dabei ist das unterstützende Zusammenspiel zwischen der Traumatherapie und der Traumapädagogik einzubeziehen. Somit kann sich eine gute Kooperation, wie sie auch von der BAG TP gefordert wird, positiv auf die Hilfeverläufe von Kindern und Jugendlichen auswirken. Damit ist die anfängliche Frage, ob die Traumapädagogik für traumatisierte Kinder und Jugendliche eine angemessene Antwort darstellen kann, mit Ja zu beantworten.

Voraussetzung ist hierfür allerdings, dass die Rahmenbedingung, wie unter anderem durch die drei Säulen nach Schirmer (2017) dargestellt, umgesetzt werden. Im nachfolgenden Teil der Arbeit soll einer möglichen praktischen Umsetzung der Traumapädagogik in Bezug auf die Psychoedukation skizziert werden.

3. Zur Durchführung der Psychoedukation in der stationären KJH

Die Forschungsergebnisse von Schmid (2007), wie in Kapitel 2.1.2 dargestellt, zeigen auf, dass Kinder und Jugendliche in der stationären KJH mehrfache psychische Störungsbilder aufweisen, welche auch auf eine Traumatisierung zurückzuführen sind. Im Folgenden wird der Fokus auf die Psychoedukation, welche bereits am Ende von Kapitel 2.2.4 erwähnt wurde, gelegt, um anhand eines Skizzenentwurfs eine praktische Umsetzung dieser aufzuzeigen. Anschließend werden mögliche Herausforderungen aufgezeigt, um diese bestenfalls von Beginn an Vermeiden zu können.

3.1 Erste Begriffsbestimmungen der Psychoedukation in Bezug auf die Skizze und die stationäre KJH

Die KJH bietet verschiedene ambulante bis stationäre Angebote an. In Hinblick auf die Skizze wird der Bereich der stationären KJH abgebildet und ein erster Bezug zur Psychoedukation hergestellt.

Der Begriff der stationären KJH umfasst in Deutschland ein weiteres Spektrum unterschiedlicher Hilfsangebote. Die Hilfsangebote reichen von der Vollzeitpflege gem. §33 SGB VIII, über die Heimerziehung und sonstige betreute Wohnformen gem. §34 SGB VIII (vgl. Schröder/Colla 2012, 28f.). Im Weiteren wird speziell auf die Heimerziehung gem. § 34 SGB VIII eingegangen. Dies ist eine Einrichtungsform mit einer Betreuung am Tag und in der Nacht. Sonstige betreute Wohnformen umfassen Angebote wie Leben im trügereigenen Wohnraum, bei welchem die Jugendlichen intensiv auf das selbstständige Leben in einer eigenen Wohnung vorbereitet werden (vgl. Schmidt, C. 2017, 138f.). Eine Unterscheidung der stationären Wohngruppen erfolgt beispielsweise in Heimwohngruppen, Außenwohngruppen, familienanaloge Wohngruppen und therapeutische Wohngruppen. Bei der Heimwohngruppe befinden sich mehrere Gruppen auf einem Gelände, entgegen der Außenwohngruppe, welche sich in Wohngebieten befinden. In der familienanalogen Wohngruppe leben Betreuer dort fest und therapeutische Wohngruppen weisen einen erhöhten Personalschlüssel auf

(vgl. Britze 2015, 25). In therapeutischen Wohngruppen ist eine Umsetzung der Traumapädagogik teilweise anzutreffen. Für die MitarbeiterInnen dort und auch in anderen Einrichtungen der stationären KJH ist eine thematische Auseinandersetzung mit der Traumapädagogik und der darin enthaltenen Psychoedukation relevant und wird in der nachfolgenden Skizze vorausgesetzt. Die Rahmenbedingungen in Bezug auf die Einrichtung, das Personal und die gesamte Institution, wie in Kapitel 2.2.4 beschrieben, sind umzusetzen. Hinzu kommen die ebenso notwendigen Aspekte der Gestaltung der Wohngruppe und des Miteinanders durch einen sicheren Ort, die Annahme des guten Grundes sowie die Ermöglichung einer korrigierenden Beziehungserfahrung, wie ebenfalls in Kapitel 2.2.4 beschrieben. Stets zu bedenken ist die Basis der Erziehung durch Beziehung und Bindung. Doch mögliche Bindungsstörungen können sich intensiv auf den Alltag im Heim auswirken und Einfluss auf die Arbeit nehmen. Die Ausprägung verschiedener Bedürfnisse kann sich höchst individuell und ambivalent zeigen. Eine besondere Herausforderung ist die Ambivalenz zwischen dem Bedürfnis nach Bindung und der starken Angst vor dem Verlassen werden und einem möglichen Kontrollverlust (vgl. Schmid 2008, 294). Flatten [u.a.] (2011) zufolge ist die Psychoedukation eine grundlegende oder erweiternde Vermittlung von Wissen in Bezug auf die traumatische Situation und damit einhergehender Symptome und Veränderungen im Individuum. Psychoedukation sollte nach Flatten als eine der ersten Maßnahmen erfolgen, um das Selbstverstehen des Kindes oder Jugendlichen zu begünstigen. In der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen ist die Entwicklung einer gemeinsamen Sprache wichtig. Die Interaktion, besonders die Verbalisierung der unterschiedlichen Aspekte von Traumen, wie die verletzte Seele, eine traumatische Situation oder Symptome, erfüllt eine fördernde Funktion der Traumaheilung (vgl. Krüger/Reddemann 2009, 152).

Nachdem die stationäre KJH in Bezug auf eine Wohngruppe und die Psychoedukation aufgezeigt sind, erfolgt als nächstes der Entwurf der Skizze für eine praktische Umsetzung der Traumapädagogik.

3.2 Wie könnte die Psychoedukation in der stationären KJH durchgeführt werden? Skizze erster Umsetzungsmöglichkeiten und Leitgedanken

Der Entwurf der Skizze umfasst zunächst die Auseinandersetzung mit der Bestimmung des Rahmens, zudem wird die Zielsetzung aufgezeigt. Anschließend erfolgt die Darstellung einer Übersicht der Inhalte der einzelnen Gruppenabendthemen, ehe diese mit der dazugehörigen Nachbearbeitung ausführlicher beschrieben werden, um eine Relevanz der Psychoedukation aufzuzeigen.

3.2.1 Eine intensiv-betreute Wohngruppe der stationären KJH und Leitgedanken der Skizze

Die Betrachtung von dem Rahmen der Skizze umfasst zunächst die Wohngruppenform sowie wesentliche Leitgedanken für eine Umsetzung der Skizze.

Die Grundlage von dem Entwurf einer traumapädagogischen Umsetzung der Psychoedukation bezieht sich bei der Skizze auf den Kontext einer intensiv-betreuten, therapeutischen Wohngruppe der stationären KJH. Die ausgeführten Standards und Rahmenbedingungen, wie sie in Kapitel 2.2.4, die Säulen der Traumapädagogik, beschrieben stehen, sind notwendige Voraussetzungen für eine gelingende Traumapädagogik und die darin enthaltene Psychoedukation. Oft ist es sehr hilfreich für Kinder und Jugendliche, wenn sie überhaupt erst einmal verstehen, was ein Trauma ist und was mit Körper und Psyche danach passieren kann (vgl. Krüger/Reddemann 2009, 148).

Der gesamte Prozess der Skizze ist von sechs wesentlichen Leitgedanken gekennzeichnet, welche sich in der Haltung und dem Umgang der MitarbeiterInnen untereinander sowie den Kindern und Jugendlichen gegenüber widerspiegelt. Der erste Leitgedanke ist von Krüger (2012) übernommen und besagt: „Du bist normal, das was du erlebt hast, das ist verrückt!“ (Krüger 2012, 70). Der zweite Leitgedanke des Entwurfs der Skizze besagt, dass das Kind oder der Jugendliche entscheidet, wann und wo in welcher Intensität die Inhalte individuell bearbeitet werden. Als dritter Leitgedanke kommt hinzu, dass das Kind oder der Jugendliche durch ein Stop-Zeichen jederzeit eine Pause bekommt. Im vierten Leitgedanken besteht für das Kind oder den Jugendlichen jederzeit die Möglichkeit ohne Begründung die Situation zu beenden.

den. Im fünften Leitgedanken wird dem Kind oder Jugendlichen vermittelt, dass nicht über das Schlimme gesprochen wird. Wichtig ist zudem als sechster Leitgedanke, dass die Kinder und Jugendlichen als Experten ihres Selbst anerkannt werden.

Mit den Leitgedanken kann eine wichtige Erfahrung von Selbstwirksamkeit und Selbstermächtigung, wie in Kapitel 2.2.4 beschrieben, besonders durch die MitarbeiterInnen, unterstützt und von den Kindern und Jugendlichen selbst erfahren werden.

Durch die Betrachtung der Wohngruppenform und der Leitgedanken kann ein erstes Verständnis für die Skizze entwickelt und im Weiteren durch eine Konkretisierung der Skizze erweitert werden.

3.2.2 Umsetzung der Skizze

Unmittelbar nach dem Aufzeigen des äußeren Rahmens der Skizze soll im Weiteren auf die mögliche praktische Umsetzung der Skizze eingegangen werden. Hierbei wird die Umsetzung in Bezug auf die Gruppenabende und die Nachbearbeitung der Inhalte erläutert.

Die Skizze der möglichen praktischen Durchführung der Psychoedukation ist im Wesentlichen auf die theoretischen Ausführungen von Krüger/Reddemann (2009) sowie Krüger (2012, 2016) zurückzuführen. Krüger (2012, 2016) beschreibt traumabezogenes Wissen. Dabei werden verschiedene Aspekte über die Entstehung, den Verlauf sowie Symptome und Folgen eines Traumas dargestellt. Weiterhin werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie eine Traumaheilung unterstützt werden kann. Andere theoretische Inhalte der Psychoedukation werden zudem in verschiedenen Konzepten, wie in dem Konzept der Ego-State-Arbeit nach Watkins und Watkins (2012) oder auch in PITT-KID von Krüger/Reddemann (2009), beschrieben.

Die Umsetzung des ersten Entwurfs strukturiert sich darin, dass in der ersten Woche eines jeden Monats an einem gleichbleibenden Tag ein Gruppenabend im Gruppenraum stattfindet. Auf diesen wird durch einen Aushang eine Woche zuvor erinnert. Die Zielgruppe des Gruppenabends sind alle Kinder und Jugendlichen, welche in der Wohngruppe leben. Zeitlich sind für den Vortrag maximal 15 Minuten vorgesehen. Der Gruppenabend wird auf Video aufgezeichnet, wobei die Kamera ausschließlich auf die AkteurInnen gerichtet ist. Die AkteurInnen sind die MitarbeiterInnen der

Wohngruppe in zweier Teams sowie einer weiteren Person, welche die Videoaufzeichnung und Beobachtung für die spätere Reflexion übernimmt. Das Videomaterial dient der Reflexion der MitarbeiterInnen. Zudem profitieren Kinder und Jugendliche davon, welche später in die Wohngruppe einziehen, indem dieses Material mit ihnen angesehen und individuell bearbeitet werden kann. Zu Beginn wird eine Übersicht der gesamten Inhalte gegeben, damit die Kinder und Jugendlichen wissen, welche Themen bei den Gruppenabenden besprochen werden. Ein Gruppenabend befasst sich mit einem expliziten Thema in Bezug auf ein Trauma oder die PTBS, aufbauend auf den vorherigen Gruppenabend. Der Einstieg in das neue Thema erfolgt durch eine mögliche Beschreibung der eigenen Vorstellung der Kinder und Jugendlichen. Anschließend erklären die AkteurInnen, welche eine Fort- oder Weiterbildung im Bereich Trauma absolviert haben, das Thema und verdeutlichen ihre Ausführungen durch eine dazugehörige Visualisierung. Die Kinder und Jugendlichen haben die Möglichkeit während oder nach dem Vortrag Verständnisfragen zu stellen. Fragen mit einem individuellen Bezug werden nicht in der Gruppe besprochen. Um eine Distanz zwischen den Inhalten und den eigenen, möglicherweise traumatischen, Erfahrungen zu ermöglichen, wird für die Vermittlung der Inhalte der Bezug zu Menschen vermieden und durch Hasen ersetzt. Dieses kann zu einem leichten Einstieg für Kinder und auch Jugendliche verhelfen. Der Bezug zu Menschen und schlussendlich zu den Kindern und Jugendlichen selbst, erfolgt erst in der individuellen Bezugsbetreuerarbeit. Nach dem Gruppenabend wird ein Handout mit theoretischen und visuellen Inhalten des Gruppenabends ausgehungen, damit im Alltag Bezug darauf genommen werden kann. „Traumapädagogik muss den konzeptionellen Kern im pädagogischen Alltag der Institution bilden, damit sie nicht als ‚Sonderkonzept oder Spezialmethode‘ etikettiert und auch nicht auf ein Schlagwort reduziert wird“ (Rosenbrock 2017, 66). Die weitere thematische Bearbeitung der Inhalte erfolgt mit den jeweiligen BezugsbetreuerInnen individuell mit dem Kind oder Jugendlichen. Das Kind oder der Jugendliche wird ermutigt, Fragen zu stellen und seine Gedanken mitzuteilen. Zudem sollte am Anfang stets das Kind oder der Jugendliche seine Auffassung und Annahme zu einem Thema ausdrücken (vgl. Krüger/Reddemann 2009, 146ff.). Die Reihenfolge, welche Themen wann und wie intensiv bearbeitet werden, liegt im Wesentlichen in der Entscheidung des Kindes oder Jugendlichen. Dabei kann es zu einer variierten Reihenfolge der Inhalte in der Bezugsbetreuerarbeit kommen. Die

Leitgedanken gelten grundsätzlich, das heißt sowohl im Alltag, bei den Gruppenabenden, wie auch in der Bezugsbetreuerarbeit. Jedes Kind und jeder Jugendliche hat im Mitarbeiterzimmer eine eigene Kiste, in welcher die Ergebnisse der Bezugsbetreuerarbeit aufbewahrt werden, wenn es gewünscht wird. Diese können bei Bedarf jederzeit herausgeholt werden. Ansonsten befinden sich die Materialien bei den Kindern und Jugendlichen selbst.

Die Gestaltung der Gruppenabende und der Bezugsbetreuerarbeit ist für das Gelingen der Skizze essentiell. Ein regelmäßiger und strukturell gleichbleibender Ablauf bietet den Kindern und Jugendlichen Sicherheit und ermöglicht somit, dass sie sich auf diese Form einer Psychoedukation einlassen können.

3.2.3 Ziele der Skizze

Wichtig zu klären ist, nachdem der Rahmen der Skizze aufgezeigt ist, welche Ziele mit der Psychoedukation erreicht werden können, um die Kinder und Jugendlichen auf ihrem Weg zu mehr Selbstverständnis zu unterstützen.

Das Positionspapier der BAG TP verweist unter anderem darauf, dass spezielle Angebote für traumatisierte Kinder und Jugendliche wichtig sind, „[...] um mit ihnen die sinnvollen Hintergründe von ihren Verhaltensweisen und Reaktionen zu suchen und Ideen für Verhaltensalternativen zu erarbeiten und zu sichern“ (BAG TP 2011/2013, 90). Mit der Skizze soll eine traumapädagogische Umsetzung angedacht werden, um den Kindern und Jugendlichen jene darin geforderten Unterstützungsmöglichkeiten zu bieten. Die Psychoedukation bezieht sich Dabbert (2017) zufolge auf die Vermittlung von Wissen über körperliche Veränderungen nach einem Trauma. Flatten (2011) erweitert die Wissensvermittlung um die Inhalte von einhergehenden Symptomen und Veränderungen im Individuum durch ein Trauma. Bei den Gruppenabenden werden Inhalte in Bezug auf ein Trauma und mögliche Folgestörungen thematisiert, um ein Verständnis zu entwickeln und eine Alltagssprache daraus werden zu lassen. Durch das Entgehen einer Sonderpositionierung der Themen kann eine Ausgrenzung einzelner Kinder und Jugendlicher innerhalb der Wohngruppe vermieden werden. Durch die intensive Auseinandersetzung in einer Fort- oder Weiterbildung kann bei den MitarbeiterInnen eine Stabilisierung durch mehr Wissen und Handlungskompetenz stattfinden. Dadurch ist den MitarbeiterInnen möglich bei den Grup-

penabenden ihr Wissen über beispielsweise traumabedingte Verhaltensweisen zu vermitteln und mögliche Methoden für einen Umgang mit Störungszeichen aufzuzeigen. Durch die traumasensible Haltung können die MitarbeiterInnen die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen erfassen und adäquat handeln. Durch die veranschaulichende Wissensvermittlung bei den Gruppenabenden können die Kinder und Jugendlichen ein Verständnis für sich und ihr Verhalten sowie für das Verhalten der anderen Kinder und Jugendlichen entwickeln. Durch das Verständnis kann eine Stabilisierung erfolgen. Durch Methoden, welche sie bei den Gruppenabenden kennenlernen und im Weiteren mit ihren BezugsbetreuerInnen vertiefen, können unter alternative Verhaltensstrategien erarbeitet werden. Insbesondere in der Bezugsbetreuerarbeit sollte das Erleben von Selbstwirksamkeit der Kinder und Jugendlichen, wie in Kapitel 3.2.1 den Leitgedanken aufgeführt, ermöglicht werden. Durch eine wertschätzende und offene Haltung der MitarbeiterInnen können die Kinder und Jugendlichen zudem korrigierende Beziehungserfahrungen machen und sich bestenfalls auf neue tragfähige Beziehungen einlassen.

Sowohl bei den Gruppenabenden, als auch in der Bezugsbetreuerarbeit, ist ausdrücklich zu verdeutlichen, dass das erlangte Wissen für einen alltäglichen Umgang mit den Symptomen einer Traumatisierung dienen soll und auf keinen Fall eine Traumatherapie ersetzen kann. Vielmehr kann dadurch der Zugang zu einer Traumatherapie erleichtert werden. Welche Inhalte bei den Gruppenabenden behandelt werden und wie die Gestaltung dieser aussehen kann, wird nachfolgend ausgeführt.

3.2.4 Übersicht und Beschreibung der Gruppenabendthemen

Um die theoretische Psychoedukation praktisch umsetzen zu können, wird eine Skizze für eine mögliche Durchführung entworfen. Bei den einzelnen Themen erfolgt zunächst die Darstellung einer möglichen Durchführung des Gruppenabends mit den dazugehörigen Erklärungen und Visualisierungen. Anschließend wird die Skizze um eine mögliche Bezugsbetreuerarbeit erweitert und eine Zielrichtung aufgezeigt.

Die nachfolgende Auflistung dient zunächst der Übersicht der Themen an den jeweiligen Gruppenabenden.

- a) Die Seele
- b) Eine traumatische Situation
- c) Der Computer im Kopf und seine Programme
- d) Traumaspezifische Symptome
- e) Strategien für den Umgang mit Symptomen
- f) Imaginationsübung: Die Bildschirmtechnik
- g) Der König des Tages am runden Tisch
- h) Der Quälgeist und die Schuld
- i) Die Traumaheilung
- j) Abschluss: Experten-Quiz

Die Gruppenabende bauen thematisch aufeinander auf, wobei ein mögliches ineinandergreifen der einzelnen Themen nicht ausgeschlossen werden kann. Im Weiteren werden die Durchführungen der einzelnen Inhalte vorgestellt.

a) Die Seele

Bei dem Gruppenabend teilen die AkteurInnen zu Beginn eine Übersicht aller Gruppenabende mit, ehe auf das Thema der Seele eingegangen wird. Da sich die Seele im Inneren eines Menschen befindet, sieht die erste Skizzierung bereits hier die Visualisierung durch Matroschkas vor. Diese werden von Krüger (2012) erst bei der Ego-State-Arbeit eingebaut. Matroschkas sind, wie Anhang 3 zeigt, hohle Holzfiguren welche sich ineinander befinden. Das ursprüngliche Aussehen der Matroschkas als Frauen, wie auch Krüger diese nutzt, wird in das Aussehen von Hasen verändert. Während die Hasen-Matroschkas gezeigt werden, erfolgt die Erklärung, dass der große, äußere Hase seine Seele in sich hat. Dabei wird der äußere Hase geöffnet und der kleinere, innere Hase kommt als Symbol der Seele zum Vorschein. Die Erklärung zeigt auf, dass der Begriff der Seele als Synonym für die „Psyche“ oder den „Computer im Kopf“ zu verstehen ist. Der „Computer im Kopf“ steuert alles, was das menschliche Leben funktionieren lässt. In den unterschiedlichen Bereichen im Gehirn

sind verschiedene Aufgaben verteilt, wie die Sinneswahrnehmungen, das Denken oder das Fühlen. Krüger verwendet die Vorstellung eines Muschelabdrucks, um zu verdeutlichen, dass nur zu erahnen ist, wann und wo sich die Seele zeigt (vgl. Krüger 2012, 25f.).

In der nachfolgenden Bezugsbetreuerarbeit erstellen die Kinder und Jugendlichen ihren eigenen Hasen. Hierfür werden eine große Matroschka als Symbol für den Körper und eine kleine Matroschka als Symbol für die Seele aus Naturholz zur Verfügung gestellt und individuell gestaltet.

Ziel ist hierbei ein Verständnis für sich und die eigene, von außen nicht sichtbare, Seele zu entwickeln.

b) Eine traumatische Situation

Krüger (2012) beschreibt die traumatische Situation anhand einer Hasen Geschichte. Eine in Anlehnung daran formulierte Geschichte ist in Anhang 4 nachzulesen. Bei dem Gruppenabend visualisieren die AkteurlInnen die Geschichte der Hasen durch ein Schattenspiel. Bevor das Schattenspiel erklärt wird, werden die Kinder und Jugendlichen gefragt, was ihnen aufgefallen ist. Hierbei wird das Augenmerk besonders auf das Erkennen der vier Kennzeichen einer traumatischen Situation gelegt, welche durch das Schattenspiel dargestellt werden. Lebensgefahr besteht, denn Katzen fressen Hasen. Der Hase kann nicht fliehen oder kämpfen, da die Katze vor dem Baueingang steht und viel stärker ist als der Hase. Dadurch befindet sich der Hase in einer gefährlichen, nicht von ihm aus veränderbaren „Nichts geht mehr Situation“ mit einhergehender traumatischer Ohnmacht (vgl. Krüger 2016, 27). Nach dem Schattenspiel erfolgt die Erklärung, dass die Seele schöne Dinge erleben, Sicherheit und Wertschätzung durch andere erfahren und Freude empfinden kann. Jedoch kann die Seele auch beunruhigende Erfahrungen durch einen Streit oder dem Verlieren eines geschätzten Gegenstandes machen (vgl. Krüger/Reddemann 2009, 147). Eine traumatische Situation ist durch die vier Aspekte der (seelischen) Lebensgefahr, weder fliehen noch kämpfen können und der traumatischen Ohnmacht gekennzeichnet. Dabei ist es nicht ausschlaggebend, ob jemand direkt betroffen ist oder ob er mit ansehen muss, wie einem anderen Leid angetan wird (vgl. Krüger 2012, 26f.). Wenn die Seele derart verletzt wird und sich Folgen daraus entwickeln,

welche die eine oder der andere bereits spürt, dann ist es an der Zeit diese Folgen zu erkennen, um eine Verbesserung zu ermöglichen (vgl. Krüger/Reddemann 2009, 147).

In der Bezugsbetreuerarbeit, ebenso wie in der Therapie, gilt, dass ein „authentisches Mitgefühl von einer starken Position aus hilft“ (Krüger, et al., 147), die Erfahrungen herauszuarbeiten ohne zu überfordern. Eigene mögliche seelische Verletzungen können durch ein Pflaster auf dem kleinen Matroschka-Hasen, welcher die Seele im Inneren des großen Matroschka-Hasen darstellt, symbolisiert werden.

Ziel ist hierbei die vier Kennzeichen (seelische) Lebensgefahr, weder fliehen noch kämpfen zu können und die traumatische Ohnmacht in einer traumatischen Situation zu vermitteln.

c) Der Computer im Kopf und seine Programme

Um die Funktionsweise des Gehirns im Normal-/ Notfall- und Folgeprogramm in oder nach einer traumatischen Situation verstehen zu können, wird bei dem Gruppenabend zunächst der Aufbau des Gehirns beschrieben, ehe auf die verschiedenen Programme eingegangen wird. Das Gehirn setzt sich aus drei Bereichen zusammen, welche alle miteinander in Verbindung stehen, wie Anhang 5 dargestellt. Für die Visualisierung werden hierbei drei unterschiedlich große Kreise, welche durch Klettstreifen aneinander kleben bleiben können, verwendet. Diese Kreise sind von einer Seite alle weiß und jeweils mit einer Zahl von 1 bis 3 gekennzeichnet. Der kleinste Kreis trägt hierbei die Zahl 1, der mittlere Kreis die Zahl 2 und der große Kreis die Zahl 3. Auf der Rückseite sind die Kreise nach Krüger (2012) als Eidechse, Katze und Professor dargestellt, um die verschiedenen Funktionen zu verdeutlichen, wie die Abbildungen in Anhang 6, 7 und 8 zeigen. Der Kreis mit der Zahl 1 oder der Eidechse stellt die Funktion des Stammhirns mit seinen Urinstinkten, der augenblicklichen und automatischen Reaktionen von Kampf oder Flucht, dar. Der Kreis mit der Zahl 2 oder der Katze, stellt die Funktion des Mittelhirns dar. Dort befinden sich zum einen die Gefühle und zum anderen die Erinnerungen im Gedächtnis. Der Kreis mit der Zahl 3 oder dem Professor, stellt die Funktion des Großhirns dar. Mit Hut und einer Brille soll die Funktion verdeutlicht werden, dass dieser Bereich für das Denken, Verstehen und Schlussfolgern zuständig ist. Die Programme werden durch die

gebastelten Kreise visualisiert und zeitgleich erklärt. Im Normalprogramm schläft das Eidechsenhirn. Das Katzenhirn kommuniziert im Ruhigen mit dem Professorgehirn, wenn es Lust hat beispielsweise draußen Ball spielen zu gehen. Dann reagiert das Professorgehirn und erinnert daran, dass der Müll noch in die Mülltonne gebracht werden sollte. Schlussendlich wird der Vernunft entsprechend gehandelt. Erst wird der Müll weggebracht und anschließend spielen gegangen, um möglichen Ärger aus dem Weg zu gehen. Wie diese Entscheidungsfindung ablaufen kann, verdeutlichen die Anhänge 9, 10 und 11. In einer Situation werden alle Sinneswahrnehmungen in einer Art „Prüfstelle“ in dem Katzenhirn gesammelt. Wenn diese als traumatisch eingestuft werden, wie der Hase sie in der Geschichte erlebt hat, springt die „Alarmanlage“ an und somit ist das Notfallprogramm aktiviert, wie die Anhänge 12 und 13 zeigen. „Die Posttraumatische Belastungsstörung ist aktiviert“ (Krüger 2012, 54). Die Eidechse mit ihren Urinstinkten ist aufgewacht und übernimmt das Kommando (vgl. ebd., 52ff.). Dieses wird durch die Anhang 14 verdeutlicht. Zu der Visualisierung der Erklärung durch die AkteurInnen kommen zu den drei aneinander befestigten Gehirnen die Symbole eines Blitzes für eine traumatische Situation oder einen Trigger und ein Schalter für die verdrehte Wahrnehmung in einem Flashback zum Tragen. Der Pfeil 1 in der Abbildung zeigt die Auswirkungen des Eidechsenhirns auf den Körper. Dieser wird für einen Kampf oder eine Flucht bereit gemacht, wobei verschiedene Stresshormone im Körper freigesetzt werden. Übererregungszeichen wie Unruhe, Anspannung und Konzentrationsschwierigkeiten können zusätzlich auftreten. Der Pfeil 2 zeigt die Auswirkungen von dem Eidechsenhirn auf das Katzenhirn. Es kommt durch einen Trigger zu Flashbacks, wodurch das Hier und Jetzt mit dem Früher und Damals verwechselt wird. Die Flashbacks, oder auch Blitzerinnerungen genannt, dienen dem eigenen Schutz wie eine Warnung und daraus Pfeil 3 zu Folge resultierendes Vermeidungsverhalten, um den Gedanken der möglicherweise wiederkehrenden Gefahr keine Chance geben zu können. Die Zahl 4 verdeutlicht, dass bei zu vielen Informationen und daraus entstehendem Stress die „Sicherung durchbrennt“ und es zu einer Dissoziation kommen kann. Bei dieser schaltet der Körper sozusagen ab, um Kraft für ein Überleben zu tanken. Dieses Symptom dient als Gegenpol der Übererregungssymptome. Im Folgeprogramm zeigen sich ähnliche Abläufe wie im Notfallprogramm und kann durch weitere ergänzt werden. Weitere Symptome sind beispielsweise sich und sein Verhalten nicht mehr unter Kontrolle zu

haben, alles negativ zu sehen und negativ aufzufallen oder sogar aus dem sogenannten Rahmen zu fallen. Die Symptome können sich verändern oder sich verstärken, darum ist eine frühzeitige Unterstützung wichtig (vgl. ebd., 37ff.).

In der anschließenden Bezugsbetreuerarbeit gestaltet jedes Kind oder jeder Jugendliche sein eigenes Gehirn mit den drei Bereichen der schlafenden und wachen Eidechse, der Katze und des Professors. Hierbei werden, wie auch bei dem Anschauungsmaterial, Klettstreifen verwendet, um die unterschiedlichen Funktionsweisen aufzeigen zu können. Zudem werden auch die Zusatzsymbole gebastelt. Mit diesen Materialien ist es möglich die verschiedenen Funktionen zu einem späteren Zeitpunkt erneut darzustellen und eine Erforschung der individuellen Trigger und Flashbacks zu ermöglichen.

Ziel ist hierbei, die Abläufe im Gehirn in den verschiedenen Programmen zu veranschaulichen. Dadurch können die Kinder und Jugendlichen ein Verständnis für ihr eigenes, wie auch für das Verhalten anderer, entwickeln.

d) Traumaspezifische Symptome

Bei dem Gruppenabend erfolgt eine Einführung in das Thema und eine kurze Wiederholung der Hasengeschichte. An einem Flipchart ist eine zweiseitige Tabelle aufgezeichnet mit der Unterteilung in äußere und innere Symptome. Nun werden die Kinder und Jugendlichen gefragt, ob ihnen Symptome bekannt sind, welche der Hase nach der erlebten traumatischen Situation erleben oder zeigen könnte. Die AkteurInnen haben, nicht sichtbar für die Kinder und Jugendlichen, verschiedene Symptome als Piktogramme vor sich liegen. Diese graphische Darstellung eines Symptoms wird bei der Benennung in die jeweilige Spalte geklebt. Wenn die Kinder und Jugendlichen fertig sind mit ihren Benennungen, werden die noch nicht aufgeführten Symptome durch die AkteurInnen ergänzt. Sollte für ein Symptom kein Piktogramm vorhanden sein, wird dieses handschriftlich eingetragen. Dazu erfolgt die Erklärung, dass ein Symptom ein Anzeichen für eine gesundheitliche Erkrankung oder auch seelische Verletzung ist. Seelische Verletzungen können zu Veränderungen im inneren Erleben eines Menschen führen. Symptome können hierbei beispielsweise Anspannungen, emotionale Instabilität, Alpträume, Gefühl innerer Leere oder auch Herzrasen sein. Innere Symptome sind von außen nicht sichtbar. Sichtbare Sympto-

me sind beispielweise Vermeidungsverhalten, Flashbacks, Dissoziationen, Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, motorische Unruhe oder sogenannte Ausraster (vgl. Krüger 2016, 28ff.). Ausraster beschreiben das außer-Kontrolle-Geraten von Gefühlen und Verhalten. Die Piktogramme zeigen unter anderem verschiedene Emotionen in Hasengesichtern, um emotionale Instabilität darzustellen, ein durchgestrichenes Bett um Schlafstörungen darzustellen, einen Hasenkopf mit einer Gedankenblase mit Ausrufe- und Fragezeichen für Konzentrationsschwierigkeiten oder einen Blitz für Flashbacks.

In der anschließenden Bezugsbetreuerarbeit werden gemeinsam die individuellen Symptome des Kindes oder Jugendlichen herausgearbeitet und visualisiert. Durch das Erkennen der Symptome können gemeinsam erste Strategien zu Umgang mit diesen erarbeitet werden, um eine Reduktion der Symptome zu erreichen. Dies kann beispielsweise ein Notfallkoffer sein mit Duftfläschchen, sehr scharfen Bonbons, Gummibändern oder ähnlichem, um dem Trigger einen Gegenreiz zu setzen und im Hier und Jetzt zu bleiben. Die individuell gestalteten Piktogramme werden in einer Kiste gesammelt.

Ziel ist hierbei aufzuzeigen, dass viele Symptome für das, was erlebt wurde, völlig normal sind. Diese Reaktionen des Körpers haben unter anderem das Überleben gesichert. Dieses Wissen kann eine Anerkennung der Symptome als damals notwendig und heute störend ermöglichen.

e) Strategien für den Umgang mit Symptomen

Bei der Gruppenarbeit wird auf das vorherige Thema der verschiedenen Symptome verwiesen und zu dem aktuellen Thema übergeleitet. Nach den Symptomen werden nun verschiedene Strategien vermittelt. Einige dieser Strategien können den Kindern und Jugendlichen durch die Bezugsbetreuerarbeit bereits bekannt sein. Durch die nachfolgenden Strategien werden ihr Wissen und ihre Handlungsmöglichkeiten erweitert. Dadurch können die Symptome reduziert werden und die Kinder und Jugendlichen erleben sich als selbstwirksam. Die AkteurInnen schreiben die genannten Symptome vom vorherigen Gruppenabend auf einem Flipchart. Die Kinder und Jugendlichen haben nun die Gelegenheit mitzuteilen, welche Strategien ihnen bereits bekannt sind. Diese Ideen werden von den AkteurInnen ergänzt, sodass am Ende

jedem Symptom drei mögliche Strategien zugeordnet sind. Bei den Strategien ist zu beachten, dass die Kinder und Jugendlichen diese alleine umsetzen können, nachdem eine gemeinsame Erarbeitung erfolgt ist. Mögliche Strategien reichen von abendlichen Ritualen bei Schlafstörungen über körperliche Betätigung bei Anspannungen bis hin zu Imaginationen zur Stabilisierung. Verschiedene Strategien können bei verschiedenen Symptomen wirksam sein. Zudem zeigt Krüger (2012) Übungen zum Umgang mit verschiedenen Stressfaktoren und weiteren Symptomen einer PTBS auf (vgl. Krüger 2012, 104, 109, 122).

In der anschließenden Bezugsbetreuerarbeit wird ein Regler aus Holz hergestellt. In diesem befinden sich 10 Kerben, wobei jede mit einer Zahl von 1 bis 10 versehen wird. Um diesen Regler ist ein Gummiband gebunden, welches dafür genutzt werden kann die empfundene Stärke eines Symptoms darzustellen, wobei die Zahl 10 der stärkste Wert ist. Dadurch ist die Möglichkeit gegeben in einem Gespräch zu sehen wie stark das individuelle Empfinden ausgeprägt ist, wo sollte es sein, um einen guten Umgang damit zu ermöglichen und wie kann es erreicht werden. Krüger (2012) zeigt die Übung mit einem Regler, wie Anhang 15 zeigt, in Bezug auf Gefühle auf. In der vorliegenden Skizze wird der Regler für alle auftretenden Symptome eingesetzt, um den Einstieg in ein Gespräch über die Symptome zu erleichtern.

Ziel ist hierbei, nachdem die individuellen Symptome erkannt wurden, einen Umgang mit diesen zu erarbeiten. Die Kinder und Jugendlichen selbst entscheiden in Zusammenarbeit mit den BezugsbetreuerInnen, welche Strategien sie ausprobieren und verinnerlichen möchten. Zu beachten ist, dass jede Strategie mehrfach geübt werden muss, um verinnerlicht zu werden.

f) Imaginationsübung: Die Bildschirmtechnik

Bei dem Gruppenabend erfolgt durch die AkteurInnen zunächst eine Verbindung zwischen den Symptomen und Strategien, welche bisher thematisiert wurden, und dem Thema Imagination. Eine Imagination ist eine Vorstellung in der eigenen Gedankenwelt. Die Annahme, dass etwas nur durch Vorstellung veränderbar ist, kann bei Kindern und Jugendlichen auf Unverständnis stoßen. Um ein Verständnis dafür entwickeln zu können, kann daran erinnert werden, dass: „[...] Vorstellungen, innere Bilder, hauen dich immer wieder um: Denk an die Blitzerinnerungen - ,nur Vorstellung-

gen“ (Krüger 2012, 111). Viele Kinder und Jugendliche kennen genau diese ungewollten Bilder und können sich dadurch auf gewollte und von ihnen selbst gelenkte Vorstellungen einlassen. Um einen Flashback in einer Trigger-Situation zu vermeiden, kann eine verinnerlichte imaginative Übung helfen. Die Übung ist angelehnt an die Bildschirmtechnik wie sie von Krüger/Reddemann (2009) beschrieben wird. Die Imagination wird in einem Rollenspiel von den AkteurInnen vorgetragen. Eine der AkteurInnen hat Hasenohren auf, um zu symbolisieren, dass er der Hase aus der Geschichte ist, welche sich durch die gesamten Themen zieht. Eine weitere AkteurIn nimmt eine Erzählerrolle ein. Die AkteurIn als Hase setzt sich auf einen Stuhl vor einem aus Pappe gebauten Fernseher und hält eine gebastelte Fernbedienung in der Hand. Der Erzähler beschreibt, dass der Hase verschiedene Imaginationsübungen kennengelernt hat. Besonders die Bildschirmtechnik hat ihm gefallen. „Das Medium des Bildschirms ist sowohl Kindern als auch Jugendlichen sehr vertraut und erfordert nur ein kleines Maß an Abstraktionsvermögen [...]“ (Krüger/Reddemann 2009, 214). Zu Beginn übt der Hase sich an eine schöne Erfahrung aus seinem Leben zu erinnern, das kann zum Beispiel ein Ausflug oder eine Geburtstagsfeier sein. Der Hase imaginiert diesen guten Film in den Fernseher. Der Film kann von dem Hasen jederzeit gestoppt, zurück- oder auch vorgespielt werden. Wenn der Hase in Zukunft in eine Situation kommt in welcher er getriggert wird, übt er jedes Mal den schlechten Film, also den Flashback, mit seiner Fernbedienung zu stoppen und den guten Film abzuspielen. Dieses braucht, wie all die anderen Strategien auch, viel Übung.

In der Bezugsbetreuerarbeit wird eine individuelle Fernbedienung erstellt. Diese kann auf Pappe gezeichnet werden mit allen Knöpfen wie eine echte Fernbedienung oder aus Holz mit einem roten Stopknopf und einem grünen Startknopf gebaut werden. Das Ziel im therapeutischen Setting ist, nachdem ein guter Film erarbeitet wurde, die Konfrontation mit der traumatischen Situation, um in dieser den guten Film vorschieben zu üben. In der vorliegenden traumapädagogischen Skizze wird jedoch das Ziel verfolgt, dass sich die Kinder und Jugendlichen durch stetiges Üben einen guten Film verinnerlichen, welchen sie in möglichen Trigger-Situationen abrufen können. Die Bildschirmtechnik kann helfen, gedanklich nicht in die frühere traumatische Situation zu rutschen, sondern im Hier und Jetzt zu bleiben, wodurch ein Flashback oder eine Dissoziation vermieden werden kann.

g) Der König des Tages am runden Tisch

Bei dem Gruppenabend stellen die AkteurInnen zu Beginn das Anschauungsmaterial vor. Der König des Tages ist der Ego-State-Arbeit zuzuordnen. Die Ego-State-Arbeit ist ein imaginatives Modell, welches auf Watkins und Watkins (2012) zurückzuführen ist. Der Ego-State-Arbeit liegt die Annahme zu Grunde, dass eine Person sowohl aus ihrem heutigen Ich, als auch aus jüngeren Anteilen aus der Vergangenheit, besteht. Das Ich von heute, mit all seinen Erfahrungen, kann sich um die jüngeren Anteile kümmern. Den jüngeren Anteilen fehlen mögliche Strategien zur Regulation. Durch eine therapeutische und pädagogische Unterstützung können hierbei die Selbstheilungskräfte genutzt werden (vgl. Reddemann/Wöller 2017, 31f). Auf einer Holzplatte, welche auf einer Erhöhung wie beispielsweise einem Flipchart steht, ist mittig ein Tisch befestigt. An den Seiten des Tisches befinden sich jeweils drei Stühle sowie ein Stuhl an der Tischspitze oben. Vor den AkteurInnen stehen drei Hasenfiguren, welche nacheinander erklärt und auf den dazugehörigen Stuhl gesetzt werden. Zu Beginn wird erklärt, dass jeder, so auch der Hase aus der Geschichte, innere Anteile hat, welche sich in verschiedenen Situationen des Lebens entwickelt haben. Zum einen hat der Hase glückliche innere Hasenkinder. Eines davon könnte beispielsweise durch eine für ihn sehr schöne Einschulung mit sieben Jahren entstanden sein. Die glückliche Hasenfigur wird auf einem seitlichen Stuhl an dem Tisch gesetzt. Der Hase hat in seinem Leben aber auch Situationen erlebt, in denen er sehr traurig war oder sogar seine Seele verletzt wurde. Die traurige Hasenfigur hat ein Pflaster auf dem Körper kleben, welches eine Verletzung symbolisiert. Die verletzte Hasenfigur wird auf einen seitlichen Stuhl an dem Tisch gesetzt. Dann gibt es noch den Hasen von heute, sozusagen den König des Tages. Die Hasenfigur wird an die Spitze des Tisches gesetzt, neben ihr steht ein Zepter. Das Zepter verdeutlicht, dass der Hase von heute das Sagen über sich und sein Leben hat. Die Visualisierung erfolgt in Anlehnung an die Darstellung von Krüger (2012), wie der Anhang 16 zeigt. Der König des Tages trifft bewusst Entscheidungen, beispielsweise ob direkt spielen gegangen wird oder erst die Hausaufgaben erledigt werden. Alles verläuft friedlich, bis „[...] beim König des Tages im Kopf ein Hinweisreiz ankommt, die Alarmanlage wird aktiviert und das Notfallprogramm schaltet auf Alarmstufe Rot: Ein Flashback steigt hoch“ (Krüger 2012, 134). Plötzlich ist ein verletztes Hasenkind aufgewacht, nimmt dem Hasen von heute das Zepter weg und übernimmt das Kommando, wie der An-

hang 17 zeigt. Der Flashback versetzt den verletzten Hasen in einen schlechten Film von Früher, alle Gefühle und Gedanken werden so erlebt wie zu der damaligen Zeit. „Teile des Gehirns [von dem verletzten Hasenkind] verwechseln das Hier und Jetzt mit dem Früher und Damals“ (ebd., 136). Um den runden Tisch befinden sich nach Krüger (2012, 2016) weitere Wesen. Auf der einen Seite treten Wesen in Erscheinung, welche das Gelingen der Arbeit mit den inneren Anteilen begünstigen können, wie ein Helferwesen, der Beobachter oder der weise Mann mit seinen Ratschlägen. Auf der anderen Seite erscheinen jedoch auch Wesen, welche die Arbeit und mögliche Fortschritte verlangsamen oder für eine gewisse Zeit sogar unmöglich machen, wie beispielsweise ein Quälgeist. Dieser verwechselt das Früher und Damals mit dem Hier und Jetzt, wodurch sich ein Gefühl ausbreitet, dass nichts gut werden darf. In der Arbeit mit dem König des Tages muss der Hase von heute die verletzten inneren Hasenkinder erkennen, annehmen und diese versorgen. Um zu ermöglichen, dass sich um die verletzten inneren Hasenkinder gekümmert werden kann, gibt es verschiedene imaginative Übungen. Krüger (2012) beschreibt zum einen die Arbeit mit der inneren Bühne. Dabei treten die inneren Hasenkinder miteinander in Kontakt. Die glücklichen Hasenkinder können sich um die verletzten Hasenkinder kümmern (vgl. ebd., 136). Kümmern beinhaltet in diesem Zusammenhang sowohl das Anerkennen von Leid, zu vermitteln heute in Sicherheit zu sein, als auch Mut zuzusprechen. Zum anderen kann die Imagination eines sicheren inneren Ortes geübt werden, nachdem eine Vermittlung der inneren Anteile erfolgt ist. Hierbei wird ein Ort erdacht, welcher nur dem Kind oder Jugendlichen selbst zugänglich ist. Dieser Ort kann in Anlehnung an einen realen Ort kreiert werden, auch Menschen können dort anzutreffen sein. Doch auch diese sollten nicht real sein. Reale Orte und Menschen können sich verändern oder einen verletzen, doch der sichere innere Ort wird auf lange Zeit angelegt und sollte daher nicht von realen Gegebenheiten beeinflussbar sein. An diesem schönen und geschützten Ort kann sich das Ich von heute um seine verletzten inneren Anteile kümmern (vgl. ebd., 139).

In der anschließenden Bezugsbetreuerarbeit wird vorrangig über den König des Tages und die glücklichen Anteile und nicht über die verletzten Anteile eines Kindes oder Jugendlichen gesprochen. Über die verletzten Anteile wird ausschließlich dann gesprochen, wenn die Kinder oder Jugendlichen diese ansprechen. Zum Symbolisieren, dass das Kind oder der Jugendliche das Sagen über sich und das eigene Leben

hat, kann eine Krone aus Pappe oder ein Zepter aus einem Kochlöffel gebastelt werden. Zudem werden die bisher angesprochenen Imaginationen wiederholt. Durch die verschiedenen Übungen kann eine individuelle Auswahl getroffen werden, welche Imagination einem Kind oder Jugendlichen selbst zu sagt. Den eigenen sicheren inneren Ort entwickelt jedes Kind/jeder Jugendliche für sich selbst. Die Entwicklung einer Skizze kann zusammen mit den BezugsbetreuerInnen erfolgen.

Ziel ist hierbei die Wissensvermittlung über den König des Tages und die Reaktion der verschiedenen Anteile in einer Trigger-Situation. Das Wissen kann zu einer Erleichterung durch das Selbstverstehen, und auch zu Verständnis anderen gegenüber für ihr Verhalten, führen. Zudem kann der König des Tages bei intensiver Auseinandersetzung mit dem Thema als Strategie gegen einen möglichen Flashback oder eine Dissoziation angewendet werden. Eine imaginative Übung, wie der sichere innere Ort, kann zudem zu einer Entlastung führen.

h) Der Quälgeist und die Schuld

Bei dem Gruppenabend wird durch die AkteurInnen Bezug genommen auf das vorherige Thema den König des Tages und die inneren Anteile. Der dort erwähnte Quälgeist kann für die Arbeit mit den inneren Anteilen, aber auch für das eigene Selbstwertgefühl, äußerst hinderlich sein. Zudem sorgt der Quälgeist dafür, dass sich der Hase für all das was passiert ist, schuldig fühlt. Durch gezeichnete Bilder an einem Flipchart wird das Thema visualisiert. Wenn die Bilder gezeigt werden, bekommen zuerst die Kinder und Jugendlichen die Möglichkeit eine Beschreibung und Interpretation vorzunehmen. Das erste Bild zeigt die Haseneltern mit einem Babyhasen im Arm. Hasen zeichnen sich durch Vertrauen in sich und das Leben aus. Diese Zuversicht wird grundlegend durch die frühe Bindung zu den Eltern entwickelt. Bindung entwickelt sich besonders in den ersten Lebensjahren dadurch, dass Bedürfnisse wie Hunger und Schlafen von den Haseneltern umgehend erkannt und befriedigt werden sowie ein liebevoller und wertschätzender Umgang gepflegt wird. Das zweite Bild zeigt den Hasen im Versteck auf der Wiese. Das Bedürfnis nach Kontrolle charakterisiert ebenso einen Hasen, wodurch die Ohnmacht in einer traumatischen Situation als extremer im Gegensatz zu körperlichen Schmerzen empfunden werden kann. Durch eine traumatische Situationen kann die Zuversicht in eine gute Welt tief erschüttern werden. Der Quälgeist hat eine überlebenswichtige Funktion für den Hasen

in der traumatischen Situation auf der Wiese gehabt, als er sich vor der Katze versteckt hat (vgl. Krüger 2016, 99). Das dritte Bild zeigt die Haseneltern, wie sie sich wütend ansehen. Zwischen den beiden ist ein Blitz eingezeichnet. Die Haseneltern streiten sich und wollen sich scheiden lassen. Das vierte Bild zeigt einen Quälgeist, welcher als schwarzer Schatten dargestellt wird. Dieser kann bei jedem anders aussehen. Die Aufgabe von einem Quälgeist ist das seelische Überleben, so wie die Eidechse für das körperliche Überleben zuständig ist, zu sichern. Um wieder die Macht über sich selbst zu bekommen ist die unumgängliche Folge, dass der Hase den Aussagen vom Quälgeist Glauben schenkt. Das vierte Bild wird mit Gedankenblasen erweitert. Der Quälgeist redet dem Hasen ein, dass der Hase durch sein eigenes Handeln, seine Unfähigkeit und sein Versagen schuld ist, dass sich die Haseneltern scheiden lassen wollen. Folglich müsste der Hase nur ein besserer Hase werden, seine Aufgaben immer erledigen und keine Widerworte haben. Dann würden sich seine Eltern noch lieben. Er ist schuld daran, dass sie sich scheiden lassen wollen. Das fünfte Bild zeigt sein Elternhaus und das des Nachbarn, mit welchem er ein Gespräch sucht. Dem Nachbarn vertraut der Hase, da dieser schon öfter auf ihn aufgepasst hat und der Hase sich immer auf ihn verlassen kann. Im Gespräch kann der Hase seine Schuldgefühle ausdrücken. Der Hase kann nach mehreren Gesprächen erkennen, dass nicht er verantwortlich ist für den Streit und die Scheidung. Dafür tragen die Eltern und nicht der Hase die Verantwortung. Das sechste Bild zeigt den Hasen mit seinen Eltern an einem Tisch. In einem gemeinsamen Gespräch haben die Eltern erklärt, dass sie sich nicht mehr so lieben wie früher und dass diese Tatsache nichts mit ihm zu tun hat. Zudem wird dem Hasen verdeutlicht, dass seine Eltern ihn immer geliebt haben und immer lieben werden.

In der anschließenden Bezugsbetreuerarbeit wird das schwierige Thema der Schuld bzw. des nicht-Schuld-Sein des Kindes oder Jugendlichen aufgegriffen. Besonders bei diesem Thema ist eine vertraute, professionelle Basis unerlässlich. Die Täter stammen häufig aus dem nahen Umfeld des Kindes oder Jugendlichen, wodurch Loyalitätskonflikte nicht auszuschließen sind. Diese Tatsache kann das Anerkennen nicht schuld zu sein an dem, was passiert ist, erschweren.

Ziel ist hierbei, sowohl in den Gesprächen als auch im Umgang miteinander zu verdeutlichen, dass das Schlimme, was passiert ist, nicht in der Verantwortung des Kin-

des oder Jugendlichen liegt. Die Kinder oder Jugendlichen tragen keine Schuld. Besonders die Auseinandersetzung mit dem Thema der Schuld kann einen langen Prozess umfassen.

i) Die Traumaheilung

Bevor bei dem Gruppenabend sieben Aspekte der Traumaheilung, auf welche Krüger (2012) verweist, anhand von Symbolen vermittelt werden, erfolgt die Einführung. Eine Heilung kann durch ein frühes Erkennen einer Traumatisierung begünstigt werden. Auch wenn die Heilung als solche erfolgt, der Umgang mit Symptomen gelernt und das Notfallprogramm deaktiviert wurde, wird die Erfahrung des Traumas immer ein Teil des Hasen bleiben. Zur Visualisierung der Aspekte wird ein Flipchart genutzt. In der Mitte des Blattes ist der Hase aufgezeichnet. Vor den AkteurInnen liegen sieben verdeckte Kreise. Auf jedem Kreis ist ein Aspekt symbolisch dargestellt. Nach der Erklärung eines Symbols wird dieses auf das Flipchart geklebt. Der erste Kreis zeigt ein farbenfrohes Haus. Das Bild symbolisiert den wichtigsten Aspekt der eigenen, tatsächlichen Sicherheit. Der zweite Kreis zeigt zwei dicht beieinander stehende Hasen. Das Bild symbolisiert die wertschätzende Unterstützung durch andere Hasen. Der dritte Kreis zeigt einen Hasen mit Trainingsanzug gekleidet, einer Möhre in der Pfote und ein Bett. Das Bild symbolisiert die Pflege des eigenen Körpers, in Form von ausreichend Schlaf, Bewegung und gesunder Ernährung. Der Hase braucht viel Kraft, um sich mit seiner Vergangenheit auseinanderzusetzen zu können. Der vierte Kreis zeigt einen Parkweg mit Bäumen und einem Bach. Das Bild symbolisiert die eigenen Kraftquellen in den Blick zu nehmen. Die Quellen umfassen alles, was dem Hasen selbst gut tun und Kraft geben kann, wie Spaziergängen, Verabredungen mit Freunden oder Sport. Der fünfte Kreis zeigt die Gehirnteile als Eidechsen-, Katzen- und Professorehirn. Das bekannte Bild in Anhang 12 von dem Gruppenabend c) Der Computer im Kopf und seine Programme, symbolisiert die Arbeit mit dem Notfallprogramm. Dabei wird zum einen Bezug auf die Entwicklung eines Verständnisses für den Computer im Kopf und die (Fehl-)Schaltung genommen und zum anderen erläutert wie die Symptome abgeschwächt werden können. Der sechste Kreis zeigt einen runden Tisch mit kleinen Hasen und einem großen Hasen an der Tischspitze. Das Bild symbolisiert die wichtige Unterscheidung zwischen der Gegenwart und der Vergangenheit. Der Lernprozess kann durch eine Ego-State-Arbeit unter-

stützt werden. Der siebte Kreis ist ein Bild vom den Hasen selbst. Das Bild symbolisiert die Einstellung des Hasen zu sich selbst und seiner Umwelt.

In der anschließenden Bezugsbetreuerarbeit werden die sieben von Krüger (2012) aufgeführten Kennzeichen symbolisch aus Pappe gebastelt. Das Kind oder der Jugendliche kann entscheiden, ob diese beispielweise um ein Foto von ihm selbst geklebt werden oder ob eine Schachtel zur Aufbewahrung genutzt wird.

Ziel ist hierbei, dass die selbstgebastelten Symbole eine selbstständige Auseinandersetzung mit Aspekten der Traumaheilung ermöglichen. Durch die Visualisierung der Aspekte sind diese den Kindern und Jugendlichen jederzeit präsent und können individuell aufgegriffen werden.

j) Abschluss: Experten-Quiz

Bei dem Gruppenabend sind alle MitarbeiterInnen der Wohngruppe anwesend. Der Abschluss findet in zwei Teilen statt. Zu Beginn wird ein Spiel durchgeführt ehe alle Kinder und Jugendlichen ein kleines Heft erhalten. Das Spiel läuft in Anlehnung an die Show „Familien Duell“ aus dem Fernsehen ab. Die Kinder und Jugendlichen bilden zwei Teams. In jedem Team wird eine SprecherIn gewählt, welcher eine Hupe von den AkteurInnen erhält. Die Fragen, welche sich mit den Antworten in Anhang 18 befinden, werden von einer AkteurIn, welcher als ShowmasterIn verkleidet ist, nacheinander gestellt. Die Teams können sich absprechen, wobei nur die ausgewählte SprecherIn die Hupe betätigen und der ShowmasterIn die Antwort nennen darf. Die Fragen beziehen sich auf die verschiedenen Themen der Gruppenabende. Für jede richtige Antwort gibt es einen Punkt. Wenn gehupt wird und keine oder eine falsche Antwort gegeben wird, erhält das gegnerische Team die Möglichkeit zu antworten. Für jede richtige Antwort gibt es einen Punkt. Das Team mit den meisten Punkten gewinnt. Jedes Kind oder jeder Jugendliche erhält beispielweise als Preis einen kleinen Pokal mit Schokolade gefüllt. Dabei sind die Pokale des Gewinnerteams in Gold und des Verliererteams in Silber. Nach dem Spiel verteilen die BezugsbetreuerInnen an ihre BezugsklientInnen das Heft. In dem Heft sind alle Aushänge der Themen von den verschiedenen Gruppenabenden zusammengefasst sowie die Fragen des Spiels mit Antwortmöglichkeiten.

In der anschließenden Bezugsbetreuerarbeit können die verschiedenen Themen wiederholt oder intensiver an ausgewählten Themen des Kindes oder Jugendlichen gearbeitet werden.

Ziel ist hierbei, dass trotz der anstrengenden Themen der Gruppenabende ein gemeinsamer Abschluss in einer möglichst angenehmen und lockeren Atmosphäre geschaffen wird. Durch das Heft haben die Kinder und Jugendlichen jederzeit die Möglichkeit sich einzelne Themen in Erinnerung zu rufen und sich damit auseinanderzusetzen.

Da in der stationären KJH, wie bereits ausgeführt, viele Kinder und Jugendliche mit mehrfachen psychischen Störungsbildern leben, kann die Durchführung der Skizze für Kinder und Jugendliche selbst und auch für andere auf der einen Seite eine Bereicherung darstellen. Auf der anderen Seite sind jedoch potentielle Herausforderungen, auf welche anschließend eingegangen wird, nicht außer Acht zu lassen.

3.3 Potentielle Herausforderungen der Skizze und der Traumapädagogik

Die Skizze kann auf den ersten Blick eine Umsetzung der Psychoedukation einfach erscheinen lassen. Doch bei genauerer Betrachtung zeigen sich hierbei erste Herausforderungen. Nachdem Herausforderungen der Skizze exemplarisch aufgezeigt sind, wird der Blick auf die Herausforderungen in der Traumapädagogik erweitert.

Die Skizze ist in Anlehnung an Krüger/Reddemann (2009) sowie Krüger (2012, 2016) entstanden. In der zuvor aufgeführten Literatur befindet sich in Bezug auf eine mögliche Altersspanne keine Beschränkung.

„Daher habe ich versucht, für die wissenschaftliche Sprache Wörter zu finden, die auch die Kleinsten verstehen können; ohne dass aber etwas Wichtiges fehlt. [...] Ich habe gelernt, dass diese Sprache auch Jugendliche und Erwachsene verstehen und eine einfache Sprache ihre Vorteile hat“ (Krüger 2012, 19).

Durch diese Ausführung wird die Skizze sowohl für Kinder, als auch Jugendliche konstruiert. Die Skizze zeigt eine Möglichkeit einer praktischen traumapädagogischen Arbeit mit dem Fokus der Psychoedukation auf. Welche potenziellen Herausforderungen die Skizze mit sich bringen kann, soll im Weiteren aufgegriffen werden.

Für eine Umsetzung der Skizze ist ein angemessener Rahmen unerlässlich. Dabei ist im Wesentlichen darauf zu achten, dass der sichere Ort der Wohngruppe und die

professionelle Beziehung zwischen Kinder oder Jugendlichen und den MitarbeiterInnen weiterhin erhalten bleiben. Die detaillierteren Aspekte wurden bereits in Kapitel 2.3.3 a) Die erste Säule der Traumapädagogik: Die Pädagogik dargestellt. Bei auftretenden Schwierigkeiten diesbezüglich sollte eine alternative Umsetzung der Gruppenabende vorhanden sein. Eine Alternative könnte sein, dass die Gruppenabende in den Räumen einer Geschäftsstelle eines Trägers durchgeführt werden. Um die Beziehungsebene nicht zu gefährden, da erneute Beziehungsabbrüche unbedingt zu vermeiden sind, könnten externe MitarbeiterInnen die Gruppenabende in den einzelnen Wohngruppen durchführen, um einen weitestgehend neutralen Bezug zu den Themen zu gewährleisten. Günstigstenfalls haben sich die MitarbeiterInnen vor, jedoch spätestens bei der Fort- oder Weiterbildung zum Thema Trauma, mit der eigenen Lebensgeschichte und möglichen traumatischen Erfahrungen auseinandergesetzt. Ein mögliches nicht verarbeitetes Trauma birgt für die MitarbeiterInnen die Gefahr eines Flashbacks oder einer Re-Traumatisierung. MitarbeiterInnen stehen vor der Herausforderung, während des Gruppenabends, der Bezugsbetreuerarbeit und im Alltag die sogenannte „Traumabrille“ aufzusetzen. „Mit Traumabrille ist gemeint, die jeweils aktuellen Verhaltensweisen als Ausdruck früherer Beziehungserfahrung zu sehen“ (Baierl [u.a.] 2016, 61f.). Ohne die „Traumabrille“ könnte ein Verhalten eines Kindes oder Jugendlichen beispielsweise als gegen sich selbst als Person gerichtet angesehen werden. Die Skizze kann sowohl für die MitarbeiterInnen, als auch für die Kinder und Jugendlichen, einen alltäglichen Umgang mit verschiedenen Verhaltensweisen und Folgen einer Traumatisierung erleichtern. Sie hat keinesfalls den Anspruch eine Traumatherapie zu ersetzen, wie bereits in Kapitel 2.3.4 beschrieben. Hierbei wird die Herausforderung einer Abgrenzung zwischen der traumapädagogischen Skizze und einer Traumatherapie mit ihren Aufträgen der Aufarbeitung, Konfrontation und Integration des Traumas, deutlich. Innerhalb der einzelnen Gruppenabende ist auf das Befinden der Kinder und Jugendlichen besonders sensibel zu achten. Zeigen sich mögliche Flashbacks oder Dissoziationen kann das Kind oder der Jugendliche jederzeit aus der Situation gehen, wobei die diensthabende Person eine Begleitung anbietet. Unter Umständen ist der Gruppenabend zu unterbrechen oder zu beenden und an einem anderen Abend zu wiederholen. Um die Konzentrationsfähigkeit der Kinder und Jugendlichen nicht zu überreizen, können beispielsweise bei den Gruppenabenden c) der Computer im Kopf und seine Programme oder auch

g) Der runde Tisch mit den verschiedenen Personen und Wesen auf zwei Gruppenabende verteilt werden. Die Themen umfassen unterschiedlich komplexe Inhalte, welche nicht nur gehört, sondern vor allem verstanden werden sollen. Nach einem Gruppenabend ist weiterhin eine Doppelbesetzung, wie sie in Kapitel 2.3.3 b) Die zweite Säule der Traumapädagogik: Die Führung festgelegt ist, zu gewährleisten, um den Kindern und Jugendlichen Stabilität bieten zu können.

Zudem zeigt die Literatur in Bezug auf potenzielle Herausforderungen in der Implementierung und der dauerhaften Umsetzung der Traumapädagogik weitere zu beachtende Aspekte auf. Besonders die Leitungsebene erfährt hierbei eine entscheidende Rolle, da die Rahmenbedingungen, wie personelle und zeitliche Ressourcen, im Wesentlichen von ihr mitbestimmt werden. MitarbeiterInnen geraten beispielsweise an ihre Grenzen, wenn sie durch ihre Leitung in den traumapädagogischen Aspekten, wie der Haltung und der Umsetzung ihres Wissens, keinen Rückhalt erfahren. Wenn nur die MitarbeiterInnen eine traumpädagogische Qualifizierung erhalten und die Leitung selbst nicht, dann können Konflikte durch unterschiedliche Ansichten und Vorgehensweisen auftreten. Durch eine aktive Beteiligung der Leitung ist jedoch die Möglichkeit gegeben, dass die Implementierung und Umsetzung auf ein verständnisvolles und unterstützendes Miteinander aufbauen kann (vgl. Möser 2017, 83f.). MitarbeiterInnen können eine Entlastung erfahren, wenn ihnen bewusst wird, dass es sich im Besonderen um eine Form der eigenen Haltung handelt und „[...] sie mit ihren pädagogischen Mitteln des Alltags zur ‚Gesundung‘ Ihrer Klient*innen beitragen können“ (ebd., 86). Durch fehlendes Fachwissen können Interventionen nicht bedarfsgerecht an traumatisierte Kinder und Jugendliche angepasst werden. Das Fehlen greifender Interventionen führt sowohl bei den Kindern und Jugendlichen, als auch bei den MitarbeiterInnen zu einem Gefühl der Ohnmacht. Wenn MitarbeiterInnen die Befriedung der unscheinbarsten Grundbedürfnisse schaffen, erlangen Kinder und Jugendliche Vertrauen und können ihren Lebensort in der stationären KJH als sicheren Ort annehmen (vgl. ebd., 88f.). Für den Teilaspekt der Psychoedukation in der Traumapädagogik bedeutet dies, dass eine intensive Beziehungsarbeit notwendig ist, um über die Thematik eines Traumas sowie daraus möglicherweise resultierende Folgen sprechen zu können. Voraussetzungen hierfür sind unter anderem die in den drei Säulen der Traumapädagogik in Kapitel 2.3.4 ausgeführten Inhalte wie der sichere Ort und die Annahme des guten Grundes.

Durch das Aufzeigen verschiedener potentieller Herausforderungen sowohl in Bezug auf die Skizze, als auch auf die Traumapädagogik, können diese von vornherein bedacht und bestenfalls vermieden werden. Im gesamten zeigt die vorliegende Skizze neben theoretischen Rahmenbedingungen vor allem eine Variante auf, wie eine praktische Umsetzung der Psychoedukation, als Unterstützung für Kinder und Jugendliche auf dem Weg zum Selbstverständnis, aussehen kann.

4. Schlussbetrachtung

Die vorliegende Arbeit hat sich zum Ziel gesetzt, eine Skizze zur Psychoedukation in der Traumapädagogik herauszuarbeiten, welche den Besonderheiten einer Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kinder und Jugendlichen in der stationären KJH in angemessener Weise Rechnung trägt und damit künftigen Auseinandersetzungen in diesem Bereich dient. Offensichtlich wurde, dass die Traumapädagogik als grundlegende Voraussetzung für eine professionelle Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen ist und somit eine Bereicherung darstellt. Die in der Einleitung aufgegriffene Stigmatisierung, dass Kinder und Jugendliche faul und respektlos seien, wenn sie nicht zur Schule gehen oder sich grenzverletzend verhalten, ist vor dem Hintergrund einer notwendigen höchst individuell vorgehenden Haltung nicht haltbar. Jedes Verhalten hat zwar seine Ursache, doch durch eine entwickelte Haltung im Sinne der Traumapädagogik kann – wenn es gut läuft – nicht mehr voreilig geschlussfolgert werden. Diese Vorannahme hat sich im Verlauf der Arbeit bestätigt.

In Kapitel 2 wurden die theoretischen Grundlagen für das zweite große Kapitel der Arbeit, die Ausformulierung einer praktischen Umsetzung der Psychoedukation in Form einer Skizze in Kapitel 3, aufgezeigt. In Kapitel 2.1 wurde hierfür zunächst auf den Kontext „Trauma“ eingegangen. Dabei erfolgte eine Klärung der Begriffe Trauma, Traumafolgestörung sowie der sich daraus möglicherweise entwickelnden PTBS nach dem ICD-10. Zu beachten ist hierbei die von der Literatur vorgenommene Beschränkung des Begriffs Trauma. Bei einem Trauma muss, wie Landolt (2012) passend formuliert, Leib und Leben tatsächlich bedroht oder zumindest so erlebt werden. Seit dem Aufschwung der Traumapädagogik erfährt auch die PTBS mehr Beachtung in der Forschungsliteratur. Die MitarbeiterInnen in der stationären KJH schieben oft die Erarbeitung des Umgangs mit Symptomen den MitarbeiterInnen in

der stationären KJH zu, anstatt einen alltäglichen Umgang im pädagogischen Kontext zu erarbeiten, wo die Kinder und Jugendlichen leben. Weiterhin wurde der besondere psychosoziale Faktor erläutert, welcher zugleich Risikofaktor, als auch Schutzfaktor, ist. Es konnte gezeigt werden, dass das innerfamiliäre Zusammenleben und die dort zu verordnenden Erfahrungen eine entscheidende Rolle im Leben eines jungen Menschen spielen. Eine innerfamiliäre Traumatisierung bedeutet, dass das Vertrauen in die Erwachsenen immer ein Stück weit zerstört wird und somit die Beziehungsfähigkeit eingeschränkt wird. Ebenso wurde deutlich, dass sich in der Folge einer Traumatisierung ein herausforderndes Verhalten zeigt, welches von aggressiven Gefühlsausbrüchen bis hin zu selbstverletzendem Verhalten oder darüber hinaus reichen kann. In der stationären KJH leben mehrfach traumatisch belastete Kinder und Jugendliche, wie durch die Forschungsergebnisse von Schmid (2007) aufgezeigt werden konnte. Hervorgehoben werden sollte der dadurch entstehende besondere Bedarf, um sie entsprechend ihrer psychischen Störungsbilder zu versorgen. In der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen zeigten die Studien, dass etablierte Konzepte dem besonderen Bedarf nicht genügen. Dadurch begründet sich die Spezialisierung der Traumapädagogik. Ein Bestandteil der Traumapädagogik ist die Psychoedukation und das darin enthaltende Wissen über die Traumabiologie. Erst das Verstehen der Veränderungen im Gehirn, vorrangig im limbischen System, so sollte gezeigt werden, ermöglicht den MitarbeiterInnen eine wertschätzende Haltung den Kindern und Jugendlichen gegenüber. Für die Kinder und Jugendlichen, so die Schlussfolgerung, ist die Psychoedukation unerlässlich, um sich und ihr Verhalten verstehen und verändern zu können. Durch dieses Wissen und die Annahme des guten Grundes kann das eigene Verhalten erst als normale Reaktion auf ein unnormales Erlebnis verstanden werden. In Kapitel 2.2 wurde der theoretische Rahmen der „Bindung“ in Bezug auf die Bindungstheorie nach Bowlby sowie die Bindungsqualitäten nach Ainsworth dargestellt. Es konnte hervorgehoben werden, dass sich Bindung durch die Feinfühligkeit der Eltern als primäre Bezugspersonen entwickelt, indem sie die Bedürfnisse des Kindes erkennen, richtig interpretieren und prompt darauf reagieren. Dadurch kann sich das affektive Band der Bindung entwickeln und Raum und Zeit überdauern. Für den Kontext der Arbeit war es hilfreich, die Entstehungen der verschiedenen Bindungsqualitäten zu erläutern. Die in diesem Zusammenhang stehenden Bindungsstörungen entstehen beispielsweise durch eine Über-

tragung eigener unverarbeiteter traumatischer Erfahrungen der Eltern auf ihre Kinder. Weitere Ursachen wie Vernachlässigung, Gewalt oder sexuelle Misshandlung können Bindungsstörungen hervorrufen und ebenso als Ursache für eine Traumatisierung angesehen werden. Gezeigt werden konnte weiterhin, dass die transgenerationale Übertragung von Traumata in diesem Zusammenhang in den letzten Jahren mehr Aufmerksamkeit erfährt. In Kapitel 2.3 wurden der Rahmen der „Traumapädagogik“ sowie die Schnittstellenarbeit der stationären KJH und der KJP aufgezeigt. Nachdem die Fachdisziplinen erläutert wurden, konnte auf die Schnittstellenarbeit dieser eingegangen werden. Aus den Studien ging hervor, dass beide Fachdisziplinen mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen arbeiten, welchen eine bestmögliche Unterstützung geboten werden sollte. Eine gelingende Schnittstellenarbeit zeigt sich unter anderem durch einen regelmäßigen Austausch und gemeinsam vereinbarten Abläufen in einem akuten Fall. In der Praxis hat diese jedoch noch längst nicht überall Einzug gehalten. Im Rahmen der „Traumapädagogik“ zeigte sich, dass diese eine Traumatherapie unterstützen oder den Weg dorthin ebnen kann. In diesem Zusammenhang betont werden sollte, dass die drei Säulen der Traumapädagogik eine gute Möglichkeit bieten, um eine transparente und nachvollziehbare Struktur aufzuzeigen. Zudem bietet die BAG TP durch die Festlegung von traumapädagogischen Standards für die stationäre KJH eine grundlegende Orientierung. Im Wesentlichen zeichnet sich die Traumapädagogik – auch dies sei noch einmal hervorgehoben – durch die Haltung der MitarbeiterInnen aus. Besonders die Annahme des guten Grundes, die Ermöglichung korrigierender Beziehungserfahrung und die Vermittlung von Sicherheit sind hierfür wesentliche Voraussetzungen. In der traumapädagogischen Arbeit sollte der Fokus auf der Psychoedukation und der damit verbundenen Selbstermächtigung liegen. Dieser Fokus konnte auch durch die in Kapitel 3 ausformulierte Skizze bestätigt werden. Für eine gelingende Traumapädagogik ist neben dem qualifizierten Personal eine entsprechende Umsetzung der Rahmenbedingungen wie die Bereitstellung von großen Räumen, Einzelzimmer für die Kinder, eine personelle Doppelbesetzung, ausreichend Reflexionshilfen sowie eine gute Schnittstellenarbeit notwendig. Die herausfordernde traumapädagogische Arbeit der MitarbeiterInnen sollte von der Leitungsebene durch eine vertrauensvolle und fehlerfreundliche Atmosphäre anerkannt werden.

Im Anschluss an den theoretischen Rahmen erfolgte im 3. Kapitel die Darstellung der Skizze mit dem Fokus auf die Psychoedukation in einer intensiv-betreuten Wohngruppe der stationären KJH. Die Skizze sah insgesamt zehn Gruppenabende vor, welche thematisch aufeinander aufbauen sollten. In dieser zeigte sich wiederum, dass bei den Gruppenabenden die Inhalte allgemeingültig vermittelt und in der Bezugsbetreuerarbeit individuell nachbearbeitet werden sollten. Dadurch wird die Handlungsfähigkeit der Kinder und Jugendlichen bedarfsgerecht erweitert. Das in der Skizze aufgegriffene Wissen soll vorrangig zu einem neuen Verständnis der Kinder und Jugendlichen in Bezug auf ihre eigenen Verhaltensweisen führen. Die herausfordernden Verhaltensweisen werden dabei als normale Reaktion nach einem Trauma anerkannt. Dadurch kann die angestrebte Selbstermächtigung begünstigt werden. Jedoch zeigen sich in der Skizze auch Herausforderungen. Besonders auf die individuelle Stimmung sollte genau geachtet werden und, sofern sich Auffälligkeiten zeigen, sollte eine Pause gemacht oder die Situation für das Kind oder den Jugendlichen beendet werden. Zudem sind mögliche Flashbacks und Dissoziationen durch einen angemessenen Rahmen zu vermeiden. Darüber hinaus können sich, so soll abschließend bedacht werden, besondere Herausforderungen nicht nur in Bezug auf die Skizze, sondern auch in Bezug auf die Traumapädagogik und einer Implementierung dieser zeigen. Dieses umfasst insbesondere Aspekte der Umsetzung der Standards der BAG TP, die Bereitschaft zu Veränderungen sowie die Auseinandersetzung der MitarbeiterInnen mit ihrer eigenen möglicherweise traumatischen Lebensgeschichte. Was in Zukunft unter anderem notwendig sein müsste und möglicherweise eine Herausforderung für eine flächendeckende Umsetzung der Traumapädagogik darstellen könnte, soll hier nur noch kurz angerissen werden. Für eine umfangreiche Implementierung der Traumapädagogik wird es notwendig sein, dass sich die Träger vor Augen führen, wo ihre Verantwortung liegt. Sich lediglich Traumapädagogik „auf die Fahne zu schreiben“ würde sicherlich nicht ausreichen und das Ziel eines bedarfsgerechten Hilfeangebots verfehlen. Der Träger müsste allen MitarbeiterInnen auf allen Ebenen eine Qualifizierung ermöglichen, bestenfalls trägerintern, um ein gemeinsames Verständnis zu ermöglichen. Auch nach Abschluss der Implementierung wären weiterhin regelmäßige Fach- oder Konzeptionstage einzurichten, um die Entwicklung zu evaluieren und weiterzuentwickeln. Die Rahmenbedingungen sollten umfänglich den Standards der BAG TP entsprechen. Insbesondere sollte die Hei-

merziehung eine Optimierung in der personellen Doppelbesetzung in jeder Schicht erfahren. Dem Träger sollte zudem daran gelegen sein, dass die MitarbeiterInnen kontinuierlich tätig sind und die Fluktuationsrate vermindern. Durch Entlastung der MitarbeiterInnen und eine rückenstärkende Führungsebene könnte dieses erreicht werden. Ein weiteres Augenmerk sollte auf die Gruppenzusammensetzung und Gruppengröße gelegt werden. In der stationären KJH ist eine Gruppengröße von acht Kindern und Jugendlichen oft überschritten. Jedoch kann nur durch eine Begrenzung eine adäquate traumapädagogische Arbeit auch im Alltag gewährleistet werden. Auch wenn die Traumapädagogik hauptsächlich eine Handlungsfrage ist, sollten praktische Handlungsstrategien erarbeitet und dokumentiert werden, um in besonderen Situationen darauf zugreifen zu können. Ein weiteres Augenmerk sollte auf die Netzwerkarbeit gelegt werden. Diese sollte einen regelmäßigen Austausch mit der Schule und anderen Institutionen, mit welchen die der Kinder und Jugendlichen in Kontakt stehen, umfassen. Zudem ist in besonderem Maße die Kooperation mit ambulanten Kinder- und JugendtherapeutInnen und der stationären KJP zu legen. Nur so können sich Traumatherapie und Traumapädagogik ergänzen und das Wohl des Kindes oder Jugendlichen im Blick haben. Da die Traumapädagogik vermutlich eine noch recht junge Spezialisierung ist, sind bisher leider zu wenige Forschungen in diesem Bereich vorhanden. Um hier eine Veränderung zu erreichen und als fundierte Fachrichtung der Pädagogik anerkannt zu werden, zeigt sich ein Bedarf an weiterer Forschung. Eine große Studie, in welcher die Effektivität nachgewiesen wird, gibt es bisher ebenfalls noch nicht. Jedoch zeigen kleinere Evaluationen, wie die der St. Mauritius KJH, positive Effekte auf. Diese zeigen sich – wie eingangs bereits formuliert – sowohl auf der Seite der MitarbeiterInnen als auch auf der Seite der Kinder und Jugendlichen.

Abschließend ist festzuhalten, dass von einem anhaltenden Aufschwung der Traumapädagogik MitarbeiterInnen, Kinder und Jugendliche zugleich profitieren würden. Die MitarbeiterInnen würden Sicherheit in ihrer alltäglichen Arbeit erfahren und könnten durch ihre Haltung den Umgang mit den Kindern und Jugendlichen grundlegend verständnisvoller gestalten. Die traumatisierten Kinder und Jugendlichen würden ein Selbstverständnis entwickeln können und somit eine Selbstermächtigung erfahren. Dadurch könnte eine Stabilisierung ermöglicht werden. Zudem könnten langfristige Folgen verringert oder sogar verhindert werden.

Literaturverzeichnis

Ainsworth, M. D. S. (1964/2015): Muster von Bindungsverhalten, die vom Kind in der Interaktion mit seiner Mutter gezeigt werden. Übersetzt von: Tschernich, S.. In: Grossmann, K. E./Grossmann, K. (Hg.): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. 4. Auflage. Pößneck: Klett-Cotta, 102-111. (Orig. [1964]: Pattern of attachment behavior shown by the infant in interaction with his mother. Merrill-Palmer Quarterly, Vol. 10, 51-58.).

Ainsworth, M. D. S./Bell, S. M. (1970/2015): Bindung, Exploration und Trennung am Beispiel des Verhaltens einjähriger Kinder in einer Fremden Situation. Übersetzt von: Tschernich, S.. In: Grossmann, K. E./Grossmann, K. (Hg.): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. 4. Auflage. Pößneck: Klett-Cotta, 146-165. (Orig. [1970]: Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. Child Development, Vol. 41, 49-67.).

Ainsworth, M. D. S./Bell, S. M./Stayton, D. J. (1971/2015): Bindung, Exploration und Trennung am Beispiel des Verhaltens einjähriger Kinder in einer Fremden Situation. Übersetzt von: Tschernich, S.. In: Grossmann, K. E./Grossmann, K. (Hg.): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. 4. Auflage. Pößneck: Klett-Cotta, 169-208. (Orig. [1971]: Attachment, exploration and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. Child Development, Vol. 41, 49-67.).

Ainsworth, M. D. S./Wittig, B. A. (1969/2015): Bindungs- und Explorationsverhalten einjähriger Kinder in einer Fremden Situation: Übersetzt von: Tschernich, S.. In: Grossmann, K. E./Grossmann, K. (Hg.): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. 4. Auflage. Pößneck: Klett-Cotta, 112-145. (Orig. [1969]: Attachment and the exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. In: Foss, B. M. (Hg.) (1969): Determinants of Infant Behavior. Bd. 4. London: Methuen, 113-136.).

BAG (2011): Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Online unter: <http://www.bag-traumapaedagogik.de/index.php/standards.html> (Zugriff: 27.10.2017).

BAG TP (2011/2013): Das Positionspapier der BAG Traumapädagogik. In: Lang, B. [u.a.]: Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Hemsbach: Beltz Juventa, 84-103.

Baierl, M. [u.a.] (2016): Traumaspezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In: Gahleitner, S. B. [u.a.]: Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. 2. unveränderte Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 59-71.

Bibliographisches Institut GmbH (2018): Duden. Restitutio ad Integrum. Online unter: https://www.duden.de/rechtschreibung/Restitutio_ad_Integrum (Zugriff: 15.02.2018).

Bliemetsrieder, S. T. (2007): Kinderarmut und krisenhafter Grundschulalltag: sozioanalytische Fallrekonstruktionen als Orientierungshilfe für die Grundschulpädagogik und soziale Arbeit/Sozialpädagogik. o.O.: Herbert Utz.

Blülle, S./Gahleitner, S. B. (2016): Traumasensibilität in der Kinder- und Jugendhilfe. In: Gahleitner, S. B. [u.a.]: Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. 2. unveränderte Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 103-117.

BMFSFJ (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. 2. Auflage. Online unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/93144/f5f2144cfc504efbc6574af8a1f30455/13-kinder-jugendbericht-data.pdf> (Zugriff: 22.11.2017).

Brewin, C. R./Andrews, B./Valentine, J. D. (2000): Meta-Analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.86, 748-766.

Brisch, K. H. (2009a): Bindungsstörungen. Von der Theorie zur Therapie. 9. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch, K. H (2009b): Bindungsstörungen und Trauma. In: ders./Hellbrügge, T. (Hg.): Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. 3. Auflage. Freiburg im Breisgau: Klett-Cotta, 105-135.

Brisch, K. H. (2011): SAFE. Sichere Ausbildung für Eltern. 3. Auflage. Leck: Klett-Cotta.

Britze, H. (2015): Beratung und Aufsicht. Das Tätigkeitsprofil der Heimaufsicht in stationären Einrichtungen der Erziehungshilfe vor dem Hintergrund einer nachhaltigen Wirkung. Kempten: Julius Klinkhardt.

Bowlby, J. (1980/2015): Mit der Ethologie heraus aus der Psychoanalyse: Ein Kreuzungsexperiment. Übersetzt von: Sontag, C.. In: Grossmann, K. E./Grossmann, K. (Hg.): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. 4. Auflage. Pößneck: Klett-Cotta, 38-54. (Orig. [1980]: By etholgy out of psychoanalysis: An experiment in interbreeding. Animal Behavior. Vol. 28. 649-656.).

Bowlby, J. (1987/2015): Bindung: Übersetzt von: Grossmann, K. E.. In: Grossmann, K. E./Grossmann, K. (Hg.): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. 4. Auflage. Pößneck: Klett-Cotta, 22-26. (Orig. [1987]: Attachment. In: Gregory, R. L. (Hg.): The Oxford Companion to the Mind. Oxford: Oxford University Press, 57f..).

Bowlby, J. (2008): Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendungen der Bindungstheorie. Übersetzt von: Hillig, A./Hanf, H.. München: Ernst-Reinhardt.

Dabbert, L. (2017): Methodenbereiche und Haltungen in traumapädagogischen Handlungsfeldern. In: Zimmermann, D./Rosenbrock, H./ders. (Hg.): Praxis Traumapädagogik. Perspektiven einer Fachdisziplin und ihrer Herausforderungen in verschiedenen Praxisfeldern. Bad Langensalza: Beltz Juventa, 136-152.

De Bellis, M. D [u.a.] (2009): Neuropsychological findings in childhood neglect and their relationships to pedriatic PTSD. Journal of the International Neuropsychological Society, Vol.15, 868-878.

DGBS (o. J.): Komorbidität. Online unter: <https://dgbs.de/bipolare-stoerung/komorbiditaet/> (Zugriff: 15.02.2018).

Dilling, H./Freyberger, H. J. (Hg.) (2012): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen nach dem Pocket Guide von J. E. Cooper. 6. überarbeitete Auflage. Bern: Hans Huber.

DIMDI/BMG (2017): ICD-11 - 11. Revision der ICD der WHO. Online unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-11/index.htm> (Zugriff: 06.11.2017).

Flatten, G. [u.a.] (2011): S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. In: Trauma & Gewalt. Forschung und Praxisfelder. Heft 3, 202-210.

Gahleitner, S. B. (2011): Das Therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen. Bonn: Psychiatrie.

Gahleitner, S. B. (2017): Das pädagogisch-therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen. 2. erweiterte und überarbeitete Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag.

Groen, G./Jörns-Presentati, A. (2014): An der Schnittstelle von stationärer Kinder- und Jugendhilfe und psychiatrisch-psychotherapeutischer Gesundheitsversorgung. Ergebnisse einer Interviewstudie. Kindheit und Entwicklung, Vol. 23(3), 151-160.

Grossmann, K. E./Grossmann, K. (Hg.) (2015): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. 4. Auflage. Pößneck: Klett-Cotta.

Günder, R. (2015): Praxis und Methoden der Heimerziehung. Entwicklungen, Veränderungen und Perspektiven der stationären Erziehungshilfe. 5. überarbeitete und ergänzte Auflage. Ettenheim: Lambertus.

Heim, C./Nemeroff, C. B. (2009): Neurobiology of posttraumatic stress disorder. CNS Spectrums, Vol. 14(1), 13-24.

Hösl, M./Gahleitner S. B. (2017): Traumapädagogisches diagnostisches Fallverstehen. In: Zimmermann, D./Rosenbrock, H./Dabbert, L. (Hg.): Praxis Traumapädago-

gik. Perspektiven einer Fachdisziplin und ihrer Herausforderungen in verschiedenen Praxisfeldern. Bad Langensalza: Beltz Juventa, 108-121.

Huber, M./van der Hart, O. (2007): Die Phobie vor dem Trauma überwinden. Ein Gespräch mit Onno van der Hart. In: Trauma & Gewalt. Forschung und Praxisfelder. Heft 1, 58-61.

Jaritz, C./Wiesinger, D./Schmid, M. (2008): Traumatische Lebensereignisse bei Kinder und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe. Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung. In: Trauma & Gewalt. Forschung und Praxisfelder. Heft 4, 266-277.

Jegodtka, R./Luitjens, P. (2016): Systemische Traumapädagogik. Traumasensible Begleitung und Beratung in psychosozialen Handlungsfeldern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Krautkrämer-Oberhoff, M./Klein, J./MacSenaere, M. (2014): Schulungsprojekt Traumapädagogik als Antwort auf Traumafolgestörungen bei untergebrachten Jungen und Mädchen: Die St. Mauritz KJH Münster macht sich auf den Weg. In: Unsere Jugend. 66. Jhg., 19-32.

Krüger, A. (2012): Powerbook. Erste Hilfe für die Seele. Trauma-Selbsthilfe für junge Menschen. Hamburg: Elbe & Krueger.

Krüger, A. (2016): Powerbook Special. Hilfe für die Seele. Band 2. Mehr Trauma-Selbsthilfe für junge Menschen. Hamburg: Elbe & Krueger.

Krüger, A./Reddemann, L. (2009): Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie für Kinder und Jugendliche. PITT-KID – Das Manual. 2. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Kühn, M. (2008): Wieso brauchen wir eine Traumapädagogik? Annäherung an einen neuen Fachbegriff. In: Trauma & Gewalt. Forschung und Praxisfelder. Heft 4, 318-327.

Kuschke, G. (2014): Hilf mir, wenn ich traurig bin: Trauerarbeit mit Kindern und Jugendlichen. o.O.: Diplomica Verlag.

Landolt, M. A. (2012): Psychotraumatologie des Kindesalters. Grundlagen, Diagnostik und Intervention. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Möser, H. (2017): Eine Frage hätte ich noch... Eine Einladung an Kolleg*innen zum traumapädagogischen Diskurs aus supervisorischer Sicht. In: Zimmermann, D./Rosenbrock, H./Dabbert, L. (Hg.): Praxis Traumapädagogik. Perspektiven einer Fachdisziplin und ihrer Herausforderungen in verschiedenen Praxisfeldern. Bad Langensalza: Beltz Juventa, 82-92.

Opitz-Gerz, A. (2008): Die Bedeutung der Körperdimension für die Traumarbeit. In: Trauma & Gewalt. Forschung und Praxisfelder. Heft 4, 278-287.

Reddemann, L./Wöller, W. (2017): Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen: Hogrefe.

Regio Kliniken GmbH (2018): Wie wir arbeiten. Online unter: https://www.regiokliniken.de/fileadmin/default/Regio/downloads/01_medizinpflege/elmshorn/kinderpsychiatrie/KJPP_Wie_wir_arbeiten_03.pdf (Zugriff: 27.01.2018).

Rosenbrock, H. (2017): Traumapädagogik in Einrichtungen der Jugendhilfe. Konzeptionelle Überlegungen aus der Leitungsebene. In: Zimmermann, D./ders./Dabbert, L. (Hg.): Praxis Traumapädagogik. Perspektiven einer Fachdisziplin und ihrer Herausforderungen in verschiedenen Praxisfeldern. Bad Langensalza: Beltz Juventa, 57-68.

Schirmer, C. (2017): Wert-volle Organisationskultur in traumapädagogisch ausgerichteten Einrichtungen. In: Zimmermann, D./Rosenbrock, H./Dabbert, L. (Hg.): Praxis Traumapädagogik. Perspektiven einer Fachdisziplin und ihrer Herausforderungen in verschiedenen Praxisfeldern. Bad Langensalza: Beltz Juventa, 69-81.

Schleiffer, R. (2014): Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung. 5. durchgesehene Auflage. Bad Langensalza: Beltz Juventa.

Schmid, M. (2007): Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. Weinheim München: Juventa.

Schmid, M. (2008): Entwicklungspsychopathologische Grundlagen einer Traumapädagogik. In: Trauma & Gewalt. Forschung und Praxisfelder. Heft 4, 288-309.

Schmid, M./Fegert, J.M. (2008): Editorial. In: Trauma & Gewalt. Forschung und Praxisfelder. Heft 4, 257-259.

Schmid, M. (2012a): Forschung an der Schnittstelle von Psychiatrie und Sozialpädagogik aus medizinisch-psychologischer Perspektive. In: ders. [u.a.]: Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 110-127.

Schmid, M. [u.a.] (2012b): Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schmid, M. (2016): Nutzen der traumapädagogischen Haltungen. Konzepte für ethische Fragestellungen im pädagogischen Alltag. In: Weiß, W./Kessler, T./Gahleitner, S. B.: Handbuch Traumapädagogik. Bad Langensalza: Beltz, 80-92.

Schmidt, C. (2017): Kinder- und Jugendhilferecht: Lehr- und Praxisbuch. Bad Langensalza: Beltz Juventa.

Schmidt, S. (2017): Zum Verstehen von Grenzerfahrungen. Traumapädagogische Diagnostik in den ambulanten Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII. In: Zimmermann, D./Rosenbrock, H./Dabbert, L. (Hg.): Praxis Traumapädagogik. Perspektiven einer Fachdisziplin und ihrer Herausforderungen in verschiedenen Praxisfeldern. Bad Langensalza: Beltz Juventa, 122-135.

Schock, L. (2017): Die Umsetzung des Sicheren Ortes im „Jugendwohnen Al-Beit“. In: Zimmermann, D./Rosenbrock, H./Dabbert, L. (Hg.): Praxis Traumapädagogik. Perspektiven einer Fachdisziplin und ihrer Herausforderungen in verschiedenen Praxisfeldern. Bad Langensalza: Beltz Juventa, 47-56.

Schröder, M./Colla, H. E. (2012): Geteilte Sorge. In: Schmid, M. [u.a.]: Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 21-39.

Selye, H. (1946): The general adaption syndrome and the diseases of adaption. Journal of Clinical Endocrinology, Vol. 6, 117-196.

Statistisches Bundesamt (o. J.): Prävalenz. Online unter: <http://www.gbe-bund.de/glossar/Praevalenz.html> (Zugriff: 15.02.2018).

Terr, L. C. (1991): Childhood traumas: on outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 148, 10-20.

van der Kolk, B. A. (2009): Entwicklungstrauma-Störung: Auf dem Weg zu einer sinnvollen Diagnostik für chronisch traumatisierte Kinder. Online unter: http://psydok.psycharchives.de/jspui/bitstream/20.500.11780/3160/1/58.20098_2_49207.pdf (Zugriff: 15.11.2017).

Watkins, J./Watkins, H. H. (2012): *Ego-States – Theorie und Therapie*. Ein Handbuch. 3. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

Weiß, W. (2005): Was hilft? Pädagogische Möglichkeiten zur Korrektur traumatischer Erfahrungen nutzen. In: *Forum Erziehungshilfen*. Heft 1/05, 42-47.

Weiß, W. (2013): Selbstbemächtigung/Selbstwirksamkeit – ein traumapädagogischer Beitrag zur Traumaheilung. In: Lang, B. [u.a.]: *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik*. Hemsbach: Beltz Juventa, 145-156.

Zimmermann, D./Rosenbrock, H./Dabbert, L. (Hg.) (2017): Einleitung. In: dies. (Hg.): *Praxis Traumapädagogik. Perspektiven einer Fachdisziplin und ihrer Herausforderungen in verschiedenen Praxisfeldern*. Bad Langensalza: Beltz Juventa, 9-17.

Zimmermann, D. (2017a): Können wir uns aushalten? Beziehungstraumatisierung und der Sichere Ort im pädagogischen Setting. In: ders./Rosenbrock, H./Dabbert, L. (Hg.): *Praxis Traumapädagogik. Perspektiven einer Fachdisziplin und ihrer Herausforderungen in verschiedenen Praxisfeldern*. Bad Langensalza: Beltz Juventa, 35-46.

Zimmermann, D. (2017b): Traumabezogene Diagnostik. Überlegungen zu einem umstrittenen Aspekt pädagogischer Professionalität. In: ders./Rosenbrock, H./Dabbert, L. (Hg.): *Praxis Traumapädagogik. Perspektiven einer Fachdisziplin und ihrer Herausforderungen in verschiedenen Praxisfeldern*. Bad Langensalza: Beltz Juventa, 94-107.

Glossar

Adaption Die Anpassung des Menschen an seine Umwelt (vgl. Kuschke 2014, 31).

Dissoziation Ein Abwesenheitszustand und damit möglicherweise verbundene Erinnerungsstörungen (vgl. Krüger 2012, 145).

Deprivation Der Mangel an oder die fehlende Zuwendung und Liebe (vgl. Bliemetsrieder 2007, 41).

Exploration Das Explorationsverhalten eines Kindes, welches die selbstständige Erkundung der Welt umfasst, steht in Wechselbeziehung mit dem Bindungsverhalten (vgl. Schleiffer 2014, 32).

Flashback/Intrusion Eine Verwechslung der Realität mit der traumatischen Situation. Durch einen Trigger wird die Blitzerinnerung daran und das Wiedererleben ausgelöst (vgl. Krüger 2016, 158).

Komorbidität Bei einer vorliegenden Begleiterkrankung oder dem Vorliegen von mindestens zwei parallel verlaufenden (psychischen) Erkrankungen (vgl. DGBS o. J.).

limbisches System In diesem Teil des Gehirns erfolgt die Verarbeitung der Emotionen und das Triebverhalten entsteht dort (vgl. Landolt 2012, 96ff.).

Prävalenz Die Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit zu einem bestimmten Zeitpunkt (vgl. Statistisches Bundesamt, o.J.).

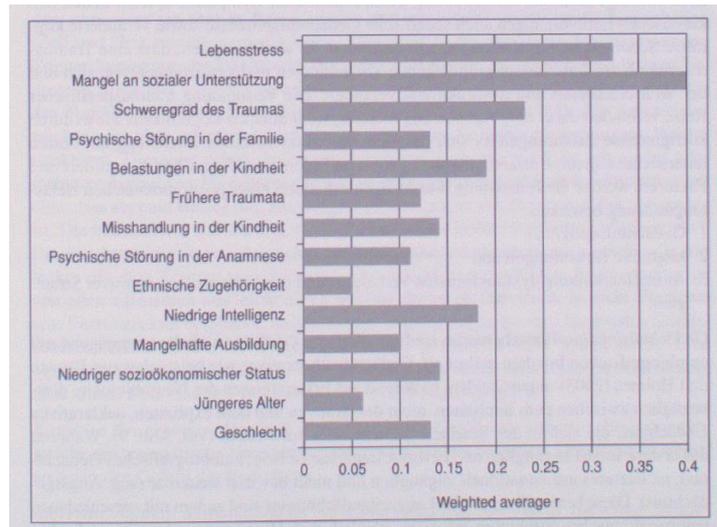
Psychoedukation Das Selbstverstehen, besonders in Bezug auf traumabezogene Veränderungen im physischen und psychischen Bereich (vgl. Flatten 2011, 202ff.).

restitio ad integrum Der medizinische Ausdruck für die Abheilung einer Erkrankung ohne bleibende Schäden (Bibliographisches Institut 2018).

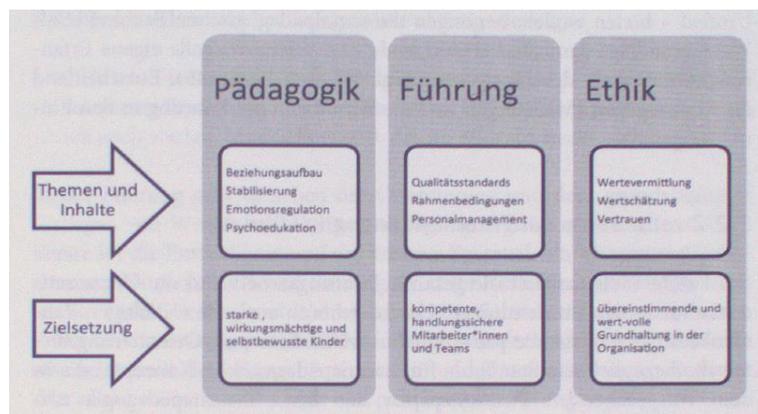
Trigger Ein Hinweisreiz, der unbewusste Erinnerungen hervorruft und einen Flashback/eine Intrusion auslösen kann (vgl. Krüger 2012, 152).

Anhang

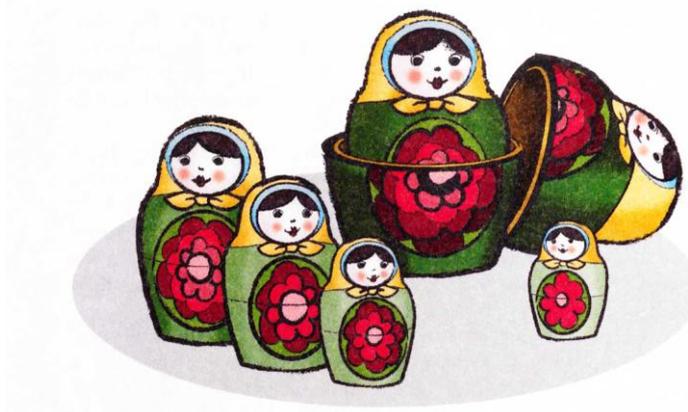
Anhang 1:	Risikofaktoren für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung bei Erwachsenen	71
Anhang 2:	Inhaltliche Schwerpunkte des traumapädagogischen Konzepts	71
Anhang 3:	Matroschka	71
Anhang 4:	Die Hasengeschichte	72
Anhang 5:	Aufbau des Gehirns	72
Anhang 6:	Das Eidechsengehirn	73
Anhang 7:	Das Katzengehirn	73
Anhang 8:	Das Professorgehirn	73
Anhang 9:	Katzengehirn an Professorgehirn	74
Anhang 10:	Professorgehirn an Katzengehirn	74
Anhang 11:	Friedliche Einigung	74
Anhang 12:	Traumatischer Stress und die Alarmanlage	75
Anhang 13:	Das Notfallprogramm springt an	75
Anhang 14:	Das Eidechsengehirn wird der neue Boss im Kopf!	75
Anhang 15:	Überprüfung am Schieberegler: Was könntest du noch aushalten?	76
Anhang 16:	Verletzte innere jüngere Kinder	76
Anhang 17:	Inneres jüngeres Kind reißt König des Tages das Zepter aus der Hand!	76
Anhang 18:	Fragen Experten-Quiz	77



Anhang 1: „Risikofaktoren für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung bei Erwachsenen“ (Landolt 2012, 75).



Anhang 2: „Inhaltliche Schwerpunkte des traumapädagogischen Konzepts“ (Schirmer 2017, 71).

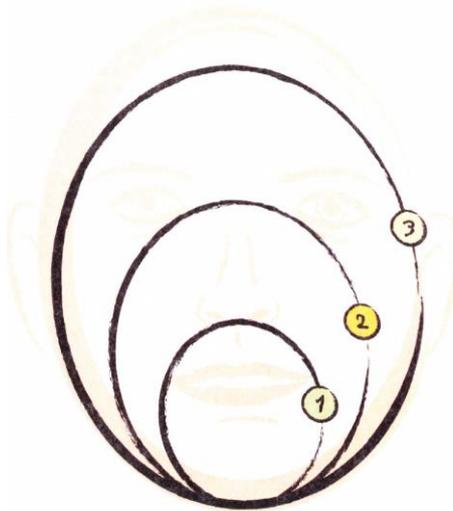


Anhang 3: „Matroschka“ (Krüger 2012, 134).

Die Hasengeschichte

Alles beginnt damit, dass sich ein kleiner Hase am Waldrand aufhält und es Zeit wird nach Hause zu hoppeln. Gut gelaunt macht er sich auf den Weg über die Wiese, anstatt den gelernten Weg am Waldrand zu nehmen. Die Wiese ist nämlich das Revier der Katze. Kaum fällt das dem kleinen Hasen wieder ein, sieht er schon die Katze auf sich zu kommen. Schnell flitzt der kleine Hase in einen winzigen Bau, doch die Katze ist ihm hinterher und versucht nun mit ihren langen Krallen den Hasen aus dem Bau zu holen. Der kleine Hase sitzt fest, kann nicht fliehen oder kämpfen. Er ist der Situation machtlos ausgesetzt. Der große Bruder vom kleinen Hasen wollte ihm auf dem Weg nach Hause entgegen kommen und sieht nun die Situation auf der Wiese.

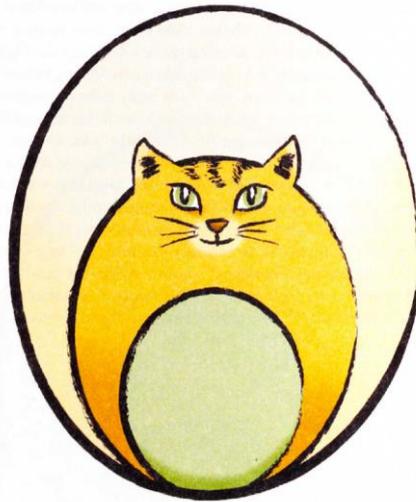
Anhang 4: „Die Hasengeschichte“ (eigene Wiedergabe, nach Krüger 2012, 27).



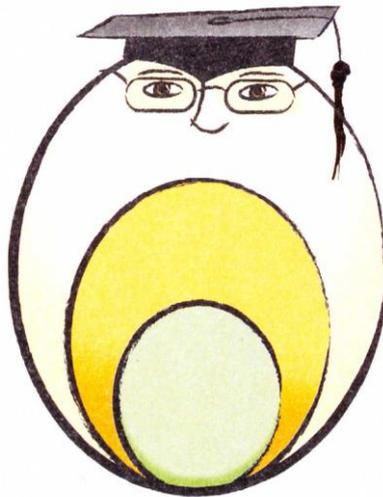
Anhang 5: „Aufbau des Gehirns“ (Krüger 2012, 45).



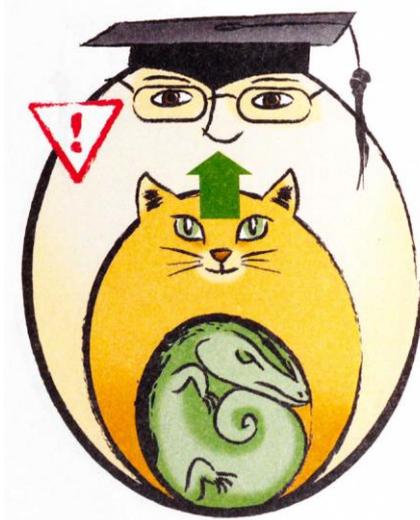
Anhang 6: „Das Eidechsenhirn“ (Krüger 2012, 46).



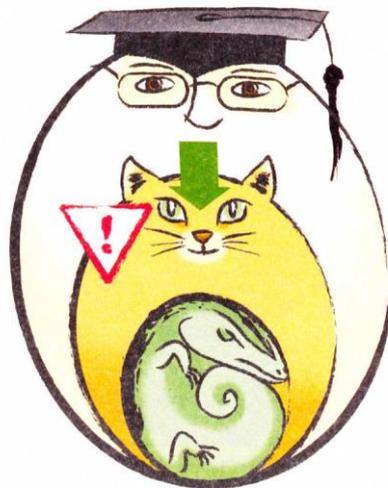
Anhang 7: „Das Katzenhirn“ (Krüger 2012, 48).



Anhang 8: „Das Professorgehirn“ (Krüger 2012, 49).



Anhang 9: „Katzengehirn an Professorgehirn“ (Krüger, 50).



Anhang 10: „Professorgehirn an Katzengehirn“ (Krüger 2012, 51).



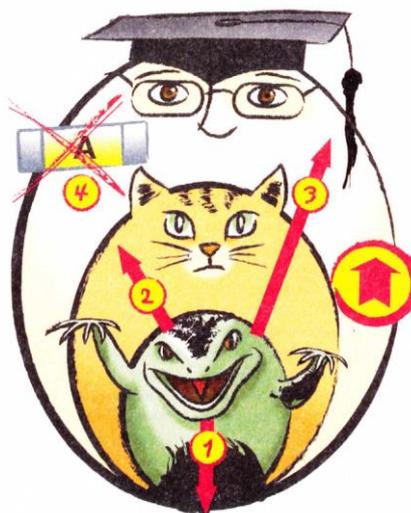
Anhang 11: „Friedliche Einigung“ (Krüger 2012, 52).



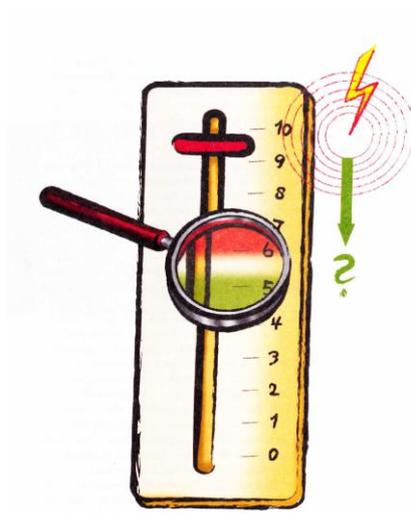
Anhang 12: „Traumatischer Stress und die Alarmanlage“ (Krüger 2012, 53).



Anhang 13: „Das Notfallprogramm springt an“ (Krüger 2012, 54).



Anhang 14: „Das Eidechsenhirn wird der neue Boss im Kopf!“ (Krüger 2012, 55).



Anhang 15: „Überprüfung am Schieberegler: Was könntest du noch aushalten?“
(Krüger 2012, 118).



Anhang 16: „Verletzte innere jüngere Kinder“ (Krüger 2012, 132).



Anhang 17: „Inneres jüngeres Kind reißt König des Tages das Zepter aus der Hand!“
(Krüger 2012, 137).

Fragen Experten-Quiz

- Wo befinden sich die nicht sichtbaren Verletzungen? (Seele)
- Welche vier Merkmale kennzeichnen eine „Nichts-geht-mehr-Situation“? (Lebens-/Seelengefahr, weder Kampf noch Flucht ist möglich, Ohnmacht)
- Welche inneren und zwei äußeren Symptome können nach einer „Nichts-geht-mehr-Situation“ auftreten? Nenne je zwei Symptome. (Innere: Albträume und Flashbacks/Äußere: Konzentrationsschwierigkeiten und motorische Unruhe)
- Welchen Teil des Gehirns symbolisiert die Eidechse und wofür ist sie zuständig? (Stammhirn, Alarmanlage)
- Welches Programm kann nach einer „Nichts-geht-mehr-Situation“ ausgelöst werden? (Notfallprogramm)
- Was ist eine Imagination? (Vorstellung)
- Welche zwei imaginativen Übungen sind bekannt? (Tresor, Bildschirm)
- Wer hält das Zepter in der Hand und hat das Sagen hier und heute? (König des Tages)
- Was ist ein Trigger? (Hinweisreiz)
- Was ist ein Flashback? (Verwechslung von Hier und Jetzt mit Früher und Damals)
- Welche zwei Strategien können bei einem Trigger helfen im Hier und Jetzt zu bleiben? (Dufffläschchen, scharfe Bonbons)
- Wer redet einem ein, dass es nicht gut werden darf? (Quälgeist)
- Welche drei möglichen Strategien können gegen Stress helfen? (Sport machen, schlafen gehen, Musik hören)

Anhang 18: „Fragen Experten-Quiz“ (eigener Entwurf).

Eidesstattliche Erklärung

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

Ort, Datum

Unterschrift