



Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Soziale Arbeit

***Grenzen und Möglichkeiten der traumapädagogischen
Arbeit im Kontext einer stationären Inobhutnahme-
Einrichtung***

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 23.06.2020

Vorgelegt von: Kühn, Louisa

Matrikel Nr.:

Adresse:

Betreuender Prüfer: Herr Prof. Dr. Gunter Groen

Zweite Prüferin: Frau Prof. Dr. Irena Medjedovic

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1. Grundlagen einer stationären Jugendhilfemaßnahme im Kontext der Inobhutnahme.....	4
1.1 Rechtliche Ausgangslage einer Inobhutnahme.....	4
1.2 Ausgestaltung einer stationären Inobhutnahme- Einrichtung.....	8
1.2.1 Modelle der Krisenunterbringung.....	8
1.2.2 Auftrag und Ziele der Hilfemaßnahme.....	10
1.3 Umsetzung der Krisenunterbringung von Kleinkindern in Hamburg.....	11
2. Fachliche Grundlagen der psychischen Traumatisierung im Kindesalter.....	12
2.1 Begriffsdefinition von Trauma.....	13
2.2 Traumtypen I und II.....	13
2.3 Traumaformen.....	14
2.4 Risiko- und Schutzfaktoren.....	19
2.5 Mechanismen zur Verarbeitung traumatischer Ereignisse.....	21
2.6 Traumafolgestörungen und ihre Symptome.....	22
3. Bedeutung und Auswirkungen von Traumafolgestörungen bei Kleinkindern in Inobhutnahme- Einrichtungen.....	28
3.1 Derzeitige Situation von Kleinkindern in stationärer Inobhutnahme.....	29
3.2 Darstellung der unterschiedlichen Herausforderungen in der Arbeit.....	30
3.2.1 Auf der Ebene der Institution.....	30
3.2.2 Auf der Ebene der pädagogischen Arbeit	31
3.3 Bedarfe der traumatisierten Kleinkinder.....	34
4. Leitlinien und Methoden der traumapädagogischen Arbeitsweise	34
4.1 Relevanz des Traumawissen.....	35
4.2 Was versteht man unter Traumapädagogik.....	36
4.3 Traumapädagogische Grundhaltung.....	37
4.4 Methoden der Traumapädagogik.....	38

5.	Möglichkeiten und Grenzen der Umsetzung traumapädagogischer Arbeit im Kleinkinderbereich von Inobhutnahme- Einrichtungen.....	39
5.1.	Anhand von traumapädagogischen Methoden.....	39
5.1.1.	Bindungspädagogik.....	39
5.1.2	Selbstbemächtigung und Selbstwirksamkeit.....	46
5.1.3	Gruppenpädagogik.....	50
5.2	Anhand von Bedarfen für die Umsetzung.....	53
5.2.1	Überarbeitung und Reflexion bestehender Konzepte.....	53
5.2.2	Unterstützung, Qualifizierung und Stärkung der Fachkräfte.....	54
5.2.3	Interprofessionelle Vernetzung von Hilfesystemen.....	56
5.2.4	Transparente Klärung der Perspektive und des Hilfeverlaufs.....	58
6.	Zusammenfassung und Ausblick.....	60
	Literaturliste und Quellenverzeichnis.....	65
	Eidesstaatliche Erklärung.....	72

Abkürzungsverzeichnis

SGB VIII	Sozialgesetzbuch (SGB) Achtes Buch (VIII)- Kinder und Jugendhilfe-
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
GG	Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland
ASD	Allgemeiner Sozialer Dienst
LEB	Landesbetrieb für Erziehung und Beratung
ICD 10	International Statistical Classification of Diseases an Delated Health Problems beziehungsweise Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
KJND	Kinder- und Jugendnotdienst
KJP	Kinder und Jugendlichenpsychotherapeut*In
BAG- TP	Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik
KSH	Kinderschutzhaus
KSG	Kinderschutzgruppe
WHO	Weltgesundheitsorganisation
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
DSM- IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
BAG- TP	Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik

Einleitung

„Kinder und Jugendliche haben das Recht auf eine individuelle, personale und soziale Entwicklung. Sie haben das Recht zu wachsen, zu lernen und zu gedeihen, ihre Persönlichkeit zu entfalten und sich damit zu emotional stabilen, einfühlsamen, eigenständigen und sozial verantwortlichen Persönlichkeiten zu entwickeln“ (Lewis et al. 2013, S.7).

Der Kinder- und Jugendhilfe obliegt somit ein komplexes Aufgabenfeld. Jene Aufgaben befinden sich in einem Spannungsfeld zwischen der Förderung und Unterstützung von minderjährigen und ihren Familien, sowie der Verantwortung zur Kontrolle und ggf. Intervention in die Familienstrukturen. Die Kinder und Jugendhilfe soll die minderjährigen und deren Familien in ihrem eigenverantwortlichen Handeln fördern und bietet diesbezüglich verschiedene unterstützende Möglichkeiten und Hilfen an. Dennoch hat der Staat ein Wächteramt im Hinblick auf das Kindeswohl und muss jederzeit eingreifen, sofern Minderjährigen eine Gefahr droht (vgl. Pothmann 2013, S. 103). In diesem Zuge kommt eine Inobhutnahme nach §42 SGB VIII als ein Instrument der Kinder- und Jugendhilfe zum Einsatz, welches es möglich macht, innerhalb dieses Spannungsfeldes, einen sofortigen Schutz des Kindes zu gewährleisten und schnell effektiv handeln zu können (ebd.). Die Fallzahlen von in Obhut genommenen Kleinkindern im Alter von 0 bis 6 Jahren sind in den letzten Jahren um das doppelte angestiegen. Auch in Hamburg ist eine Zunahme der Krisenunterbringung von Kleinkindern innerhalb sogenannter „Kinderschutzhäuser“ festzustellen (vgl. Boeddinghaus et. al. 2019, S.1). Die ansteigenden Fallzahlen von in Obhut genommenen Kleinkindern sind darauf zurückzuführen, dass die gesellschaftliche und ebenso staatliche Aufgabe, Kindern den Schutz vor Vernachlässigung und Misshandlung zu sichern, innerhalb der letzten Jahre, in der Öffentlichkeit zunehmend an Bedeutung gewann. Einen maßgeblichen Einfluss hatten unter anderem die Einführung des Kinderschutzgesetzes durch den §8a SGB VIII, welches 2005 durchgesetzt wurde und das im Januar 2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz, sowie eine zunehmende mediale Berichterstattung über grausame Schicksale von Kleinkindern, die durch Vernachlässigung oder Misshandlung verstorben sind (vgl. Pothmann 2013; S.114f.).

Die Inobhutnahme dient an erster Stelle dem akuten Schutz von Kindern, des Weiteren soll im Laufe der Inobhutnahme die Krisensituationen eingeschätzt und geklärt werden (vgl. Ziegenhain et. al 2014, S. 248). Die Kinder sollen dort Ruhe finden, um sich von den bisher seelischen und körperlich belastenden Erfahrungen zu erholen. Ein langfristiger neuer Beziehungsaufbau des Kindes, ist durch die Rahmenbedingungen einer Inobhutnahme-Einrichtung, sowie durch ihre Ausgangslage der vorübergehenden Krisenunterbringung nicht angedacht. Gleichwohl zeigt sich, dass der Aufenthalt der Kinder in der Regel die vorgeschriebene Höchstdauer von

drei Monaten überschreitet. So bleiben sie mittlerweile bis zu einem Jahr in den Inobhutnahme-Einrichtungen untergebracht und sind somit einer langen und für ihr Alter, quälenden Wartezeit der Ungewissheit ausgesetzt (vgl. Ziegenhain et. al 2014, S. 248). Die Inobhutnahme-Einrichtung ist aktuell für die Kinder somit nicht mehr nur ein „Übergangszuhause“ (Boeddinghaus et.al. 2019, S.1). Die Inobhutnahme- Einrichtung stellt für die Kinder vielmehr einen Ort dar, der sie innerhalb ihrer Krisensituation auffängt und der, aufgrund ihres langwierigen Aufenthaltes, eine große Verantwortung für ihre weitere Entwicklung und ihre emotionale und körperliche Stabilität trägt. Untersuchungen im Bereich der stationären Kinder- und Jugendhilfe bestätigen, dass mehr als die Hälfte der Kinder, die in stationären Einrichtungen untergebracht sind, einem hohen Maß an psychischen Belastungen und traumatischen Erfahrungen ausgesetzt waren (vgl. Schirmer 2013, S.241). Dabei stellen die frühen traumatischen Erfahrungen eine besondere Beeinträchtigung für die weitere Entwicklung des Kindes dar. Sie haben einen gravierenden Einfluss auf den Umgang und die Bewältigung von noch anstehenden Entwicklungsaufgaben und Belastungen, zudem können sie zu unspezifischen Störungen führen (vgl. Garbe 2016, S.30). Für die pädagogischen Fachkräfte einer Jugendhilfeeinrichtung bzw. Inobhutnahme-Einrichtung, kann dies eine starke psychische Belastung bedeuten und hinsichtlich der Ansammlung an Problemlagen vermehrt zu Herausforderungen im pädagogischen Arbeitsalltag führen (vgl. Schirmer 2013, S.242).

Im Fachbereich der Traumatherapie wurden in den vergangenen Jahren zunehmend pädagogische Konzepte entwickelt, die die Qualität und Fachlichkeit von Jugendhilfemaßnahmen verbessern sollten. Ausgangspunkt für die Veränderungsprozesse war ein zunehmender Bedarf an spezialisierten Hilfe- und Betreuungsprozessen für traumatisierte Kinder und Jugendliche, da sie sich innerhalb der regulären pädagogischen Versorgung als ungenügend herausstellten (vgl. Bausum et al 2013, S.8). Die Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik (BAG-TP) definierte Standards für eine traumapädagogische Arbeit in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe. Ihr Ziel war es ein Wissen über die Psychotraumatologie zu vermitteln, eine Diskussion über traumaspezifische Pädagogik anzuregen und traumaspezifische Fortbildungen in den verschiedenen pädagogischen Disziplinen zu ermöglichen. Dazu veröffentlichte dieser Fachverband im Jahre 2011 ein Positionspapier, welches als wichtige Vorlage, für die Ausgestaltung traumabezogener Pädagogik in stationären Einrichtungen dienen soll (vgl. BAG-TP, 2013, S. 84).

Unter der Berücksichtigung dieser Aspekte, erscheint es als unumgänglich, dass Inobhutnahme-Einrichtungen, sich auf inhaltlicher und struktureller Ebene mit traumapädagogischen Konzepten auseinandersetzen. „Im Interesse einer optimalen Hilfe für die betroffenen Kinder mit

traumatisierten Erfahrungen sind die Jugendhilfeeinrichtungen in der Verantwortung, ihre eigenen Möglichkeiten und Grenzen professionell einzuschätzen“ (Schirmer 2013, S.242).

Diese Arbeit konzentriert sich auf stationäre Inobhutnahme-Einrichtungen für Kleinkinder im Alter von 1-6 Jahren und bezieht sich dabei auf das Umsetzungsmodell eines Kinderschutzhauses in Hamburg. Sie wird sich zum einen mit der Frage beschäftigen, wie die Umsetzung einer traumapädagogischen Arbeitsweise für Fachkräfte der Sozialen Arbeit, im Rahmen einer stationären Inobhutnahme- Einrichtung für Kleinkinder gelingen kann, um dem besonderen Versorgungsbedarf der Kinder adäquat nachkommen zu können. Zum anderen wird sie beleuchten, welche Grenzen in der Umsetzung auftreten können und welche Forderungen bzw. Bedarfe daraus entstehen. Diese Arbeit legt ihren Schwerpunkt auf Kleinkinder und wird sich daher nur auf diese beziehen, dennoch ist festzuhalten, dass die angesprochenen Themen bezüglich eines Traumas oder der Traumapädagogik, Menschen jeglichen Alters miteinschließen, insbesondere minderjährige. Ebenso gelten die rechtlichen Fakten einer Inobhutnahme im Allgemeinen für minderjährige.

Das erste Kapitel dieser Arbeit wird sich mit den Grundlagen einer Inobhutnahme- Einrichtung beschäftigen. Zu Beginn wird die rechtliche Ausgangslage einer Inobhutnahme näher erläutert. Anschließend werden die Rahmenbedingungen einer Inobhutnahme-Einrichtung beschrieben. Diesbezüglich werden die unterschiedlichen Modelle bzw. Formen der Krisenunterbringung vorgestellt und deren Aufgaben und Ziele verdeutlicht. Da sich diese Arbeit auf eine Inobhutnahme- Einrichtung im Kleinkinderbereich beziehen wird, folgt eine Darstellung für eine Umsetzung einer Krisenunterbringung von Kleinkindern in Hamburg, mit einem besonderen Schwerpunkt auf dem Modell eines Kinderschutzhauses. Die behandelten Themen dieser Arbeit werden sich somit an den Rahmenbedingungen eines Kinderschutzhauses orientieren.

Im zweiten Kapitel werden die Grundkenntnisse einer psychischen Traumatisierung im Kindesalter dargestellt. Beginnend wird dieser Abschnitt mit einer Begriffsbestimmung eines Traumas. Daraufhin werden zwei bedeutende Traumtypen vorgestellt und ihr Unterschied verdeutlicht. Hiernach folgt die Vorstellung der unterschiedlichen Formen eines Traumas und der Einfluss nehmenden Faktoren für die Verarbeitung eines Traumas. Um den Einfluss eines Traumas auf die Gehirnfunktion nachvollziehen zu können, werden die Mechanismen zur Verarbeitung eines Traumas beschrieben. Anschließend sollen die Auswirkungen von traumatischen Erlebnissen im Hinblick auf die kindliche Entwicklung, sowie ihre Einordnung von psychischen Störungen näher erörtert werden. Das dritte Kapitel wird die Auswirkungen und die Bedeutung von Traumata im Kleinkinderalter für die Arbeit in einer Inobhutnahme-Einrichtungen

beleuchten. Diesbezüglich wird erst einmal ein Einblick über die derzeitige Situation von in Obhut genommenen Kleinkindern gegeben. Im Zuge dessen werden dann, die unterschiedlichen Herausforderungen und Anforderungen beschrieben, die aufgrund der Traumafolgestörungen der Kleinkinder in der Arbeit, auf institutioneller und auf pädagogischer Ebene entstehen. Im letzten Abschnitt dieses Kapitels wird dann auf die spezifischen Bedarfe der traumatisierten Kinder eingegangen. Das vierte Kapitel behandelt den Begriff der Traumapädagogik. Diesbezüglich wird, zuerst ihre Relevanz und ihr Grundverständnis näher betrachtet. Anschließend folgt eine Darlegung ihrer Grundhaltung, sowie ein Einblick in ihre Methoden.

Das fünfte Kapitel nimmt Bezug auf die Umsetzung einer traumapädagogischen Arbeitsweise in einer Inobhutnahme- Einrichtung. Anhand von Methoden der Traumapädagogik werden konkrete und praxisorientierte Handlungsmöglichkeiten zur Umsetzung traumapädagogischer Arbeit aufgezeigt, gleichzeitig werden hier auch die Grenzen in der Umsetzung beschrieben. Weiter werden im letzten Abschnitt des Kapitels Bedarfe für eine erfolgreiche Umsetzung einer traumapädagogischen Arbeitsweise formuliert. Anhand dieser, sollen dann die Möglichkeiten und Grenzen der Realisierung innerhalb der Inobhutnahme-Einrichtung ermittelt werden. Im Fazit werden sowohl die theoretischen als auch die praktischen Erkenntnisse bezüglich der Fragestellung dieser Arbeit zusammengeführt und abschließend betrachtet.

1.Grundlagen einer stationären Jugendhilfemaßnahme im Kontext der Inobhutnahme

Zu Beginn werden im Folgendem Kapitel die Grundlagen und Rahmenbedingungen einer stationären Jugendhilfemaßnahme im Kontext einer Inobhutnahme angeführt, um so einen ersten Eindruck über die Grundvoraussetzungen, dieser Arbeit und ihrer Fragestellung, zu schaffen. In diesem Kapitel ist anzumerken, dass mit den Personensorgeberechtigten gleichwohl die Personensorge- und Erziehungsberechtigten gemeint sind.

1.1 Rechtliche Ausgangslage einer Inobhutnahme

Die rechtlichen Vorschriften einer Inobhutnahme in Deutschland finden sich im Wesentlichen in dem achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII) für die Kinder- und Jugendhilfe. Die sozialpädagogische Schutzgewährung von Kindern, sowie die Krisenintervention, werden in Form der Inobhutnahme durch die (öffentliche) Jugendhilfe, anhand der Vorschrift des §42, in Verbindung mit dem §8a Abs. 3 Satz 2 SGB VIII bundesweit einheitlich geregelt. Der §42 SGB VIII i.V.m. §8a Abs. 3 Satz 2 SGB VIII geben die einzuhaltenden Voraussetzungen und den Inhalt einer Inobhutnahme vor. Sie gelten als verbindliche Vorschriften und festgesetzte fachliche

Standards für die Durchführung der Aufgaben und müssen eingehalten werden (vgl. Trenzcek 2013, S.15).

Tatbestandsvoraussetzungen

Die Tatbestandsvoraussetzungen für eine Inobhutnahme und deren inhaltlichen Ablauf finden sich im §42 Abs. 1. Satz. 1 Nr. 1 bis 3 SGB VIII. Demnach gibt es nur drei Fälle, in denen eine Inobhutnahme nach §42 Abs.1 SGB VIII durchgeführt werden darf. Zum einen, wenn das Kind selbst darum bittet (Nr. 1), im Falle einer dringenden Gefahr für das Wohl des Kindes (Nr.2) und im Falle eines Minderjährigen, welcher unbegleitet nach Deutschland kommt (Nr.3). §42 Abs.1 Satz 2 SGB VIII regelt die Befugnisse des Jugendamtes für eine Herausnahme eines Kindes und deren Unterbringung bei einer geeigneten Person oder in einer geeigneten Einrichtung (vgl. Trenzcek 2013, S. 15).

Im Folgenden wird die Tatbestandsvoraussetzung einer Kindeswohlgefährdung näher erläutert, da diese Arbeit den Fokus auf Kinder im Alter von 1-6 Jahren legen wird, welche unter dieser Voraussetzung in Obhut genommen wurden.

Kindeswohlgefährdung

Im Fall der Tatbestandsvoraussetzung nach §42 Abs. 1 Nr. 2 SGB VIII darf das Jugendamt das Kind nur im Falle einer „Kindeswohlgefährdung“ in Obhut nehmen (vgl. Trenzcek 2013, S.16f.). Das Jugendamt hat mit dem §8a Abs.1 SGB VIII einen Schutzauftrag, durch diesen sind sie dazu verpflichtet, bei „gewichtigen Anhaltspunkten“ (Trenzcek 2013, S.17), die auf eine Gefährdung für das Wohl des Kindes hinweisen, aktiv zu handeln. Wenn dem Wohle des Kindes eine Gefahr droht und der Schutz dessen, durch die Personensorgeberechtigten gefährdet ist, weil jene nicht auffindbar bzw. erreichbar sind oder ihm seitens dieser Misshandlungen drohen, muss das Jugendamt dieses in Obhut nehmen. Vorab muss jedoch geprüft werden, ob es Alternativen für eine Abwendung der Gefahr im familiären Umfeld gäbe. Das Jugendamt ist dann in der Pflicht nach §8a Abs. 1 Satz 1 SGB VIII, die Informationen und das Gefährdungsrisiko in Zusammenarbeit mit mehreren Fachkräften sorgfältig einzuschätzen und abzuwägen, ob eine akute Gefahr vorliegt, die eine dringende Inobhutnahme rechtfertigen kann. Die derzeitigen Umstände des Einzelfalls sollten genaue Betrachtung finden, sodass die Inobhutnahme erst als letzte Möglichkeit der Intervention einer Hilfe zum Einsatz kommt. Das Gefährdungsrisiko für das Kind muss so akut sein, dass selbst eine Eilentscheidung eines Familiengerichts zu viel Zeit in Anspruch nehmen würde (vgl. Trenzcek 2013, S. 16f.).

Eine akute Gefahr ist nur bei einer „Kindeswohlgefährdung“ gemäß dem Maßstab des § 1666 Abs.1 BGB gegeben. Dieser begründet eine Kindeswohlgefährdung folgendermaßen: „Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen gefährdet und sind die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage, die Gefahr abzuwenden, so hat das Familiengericht die Maßnahmen zu treffen, die zur Abwendung der Gefahr erforderlich sind“¹. Ein Gefährdungsrisiko nach §1666 BGB besteht also erst, wenn sich die (Krisen-) Situation, in der sich das Kind befindet, ohne das Intervenieren des Jugendamtes, mit großer Wahrscheinlichkeit gegenwärtig und zukünftig erheblich negativ auf das körperliche, geistige und seelische Wohl des Kindes auswirken wird und dessen weitere Entwicklung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit beeinträchtigt und gefährdet. Von erheblicher Bedeutung für die Intervention in Form einer Inobhutnahme bzw. dem Eingriff in das Sorgerecht ist ein uneinsichtiges und unfähiges Verhalten seitens der Personensorgeberechtigten, das Wohl des Kindes durch die Abwendung der Gefahr zu schützen (vgl. Trenczek 2013, S. 20f.). Wenn also keine positive oder zum Ziel führende Zusammenarbeit zwischen dem Jugendamt und den Personensorgeberechtigten zu Stande kommt und das Wohl des Kindes weiterhin gefährdet bleibt, kann die Inobhutnahme zunächst gegen den Willen der Personensorgeberechtigten und des Kindes durchgesetzt werden. Der Schutz des Kindes im Falle einer Selbst- und Fremdgefährdung steht an erster Stelle (vgl. Petermann et al. 2014, S.126). Im Falle einer akuten Kindeswohlgefährdung und einer zwingenden Inobhutnahme des Kindes, werden den Personensorgeberechtigten ihre Elternrechte gemäß Art. 6 Abs.2 GG nicht entzogen, jedoch können sie diese bis zu einer diesbezüglichen Entscheidung des Gerichtes vorerst nicht durchsetzen (vgl. Trenczek 2013, S. 29f.).

In der Regel steht den Personensorgeberechtigten, im Rahmen vorgegebener Besuchszeiten, ein Besuchsrecht zu. Die einzige Ausnahme, die ein Kontaktverbot zu den Personensorgeberechtigten bzw. eine anonyme Unterbringung erlaubt, ist zulässig, sofern das Wohl des Kindes mit der Durchführung eines Besuches der Personensorgeberechtigten oder anderer Bezugspersonen maßgeblich (weiterhin) gefährdet wird und der Schutz dessen durch die alleinige Unterbringung nicht vollständig gewährleistet wäre (vgl. Trenczek 2013, S. 29f.).

Im §42 Abs. 2 Satz 1-5 SGB VIII wird die sozialpädagogische Aufgabe, während einer Durchführung einer Inobhutnahme beschrieben. So habe das zuständige Jugendamt, während einer Inobhutnahme gemäß des §42 Abs.2 Satz 3- 4 SGB VIII für das Wohl des Kindes zu sorgen und muss vorübergehend Teilbereiche der Personensorge (Beaufsichtigung und

¹ Zitiert nach §1666 Abs. 1 BGB

Aufenthaltsbestimmung) übernehmen. Gemäß des §42 Abs. 2 Satz 4 SGB VIII können, je nach Krisensituation und der Gefährdungseinschätzung für das Wohl des Kindes, die Befugnisse des Jugendamtes erweitert und mit den Verantwortlichkeiten der Personensorgeberechtigten gleichgesetzt werden. Es handelt sich hierbei jedoch lediglich um eine temporäre öffentlich-rechtliche, das Elternrecht ersetzende Notkompetenz des Jugendamts, sofern die Personensorgeberechtigten nicht in der Lage sind, ihrer Verantwortung nachzukommen oder sie mit ihren Entscheidungen das Wohl des Kindes weiterhin gefährden würden. Der „mutmaßliche Wille“ der Personensorgeberechtigten sollte gemäß des §42 Abs. 2 Satz 4, 2 Halbs. SGB VIII, vom Jugendamt weiterhin beachtet und ernst genommen werden (vgl. Trenczek 2013, S.30).

Beendigung der Inobhutnahme

Das Gesetz gibt keine konkrete zeitliche Grenze für die Dauer der Inobhutnahme vor. Die Dauer der Krisenintervention bezieht sich auf den konkreten Einzelfall und dessen Konflikt und Notlage, sie muss beendet werden, sofern die auslösenden Faktoren der Krisensituation dem Wohle des Kindes nicht mehr schaden (können) oder bestehen. Die Schutzmaßnahmen können nicht mit einer langfristigen Hilfe gleichgesetzt werden. Die Beendigungstatbestände der Inobhutnahme finden sich im §42 Abs.4 SGB VIII. Demnach endet diese durch die Übergabe des Kindes an den Personensorgeberechtigten gemäß §42 Abs.4 Nr. 1 SGB VIII. Den Personensorgeberechtigten wird die Verantwortung für das Kind zu sorgen (wieder) übertragen. Die Übergabe des Kindes muss persönlich stattfinden. Das Jugendamt hat bis zu dem Zeitpunkt der Übergabe die Aufsichtspflicht der Kinder einzuhalten. Anfallende Kosten für Aufwendungen der „Begleitung und Rückführung“ werden von dem zuständigen Jugendamt gezahlt (vgl. Trenczek 2013, S.32f.). Eine Übergabe gemäß des §42 Abs.4 Nr.1 SGB VIII ist auch rechtmäßig, wenn das Kind, mit Einverständnis der Personensorgeberechtigten nicht mehr nach Hause, sondern zu Verwandten oder ähnliches zieht. Auch weitere Hilfemaßnahmen, welche in vorangegangenen Hilfeplänen beschlossen wurden, wie z.B. die Anbindung an weitere Anschlusshilfen (Heimeinrichtungen oder ortsnähere Inobhutnahme-Einrichtung), sowie eine Pflegestelle zählen dazu. Laut des §42 Abs. 4 Nr.2 kann die weitere Unterbringung einerseits als erneute Inobhutnahme oder aber auch als eine gewährte Hilfe des Sozialgesetzbuches behandelt werden (vgl. Trenczek 2013, S. 32f.). Nach Beendigung der Maßnahme muss dem statistischen Landesämtern mitgeteilt werden, wie die jeweilige Schutzmaßnahme beendet wurde bzw. ob weitere Anschlusshilfen oder Maßnahmen erfolgen (vgl. Pothmann 2013, S.118).

1.2 Ausgestaltung einer stationären Inobhutnahme-Einrichtung

Wie kann man sich, im Kontext dieser rechtlichen Ausgangslage nun eine Inobhutnahme-Einrichtung vorstellen? Welche Modelle der Umsetzung gibt es in Deutschland und was sind ihre Ziele und Aufgaben? Diese Fragen sollen im Folgenden behandelt werden.

1.2.1 Modelle der Krisenunterbringung

Die Organisationsform einer Inobhutnahme wird auf kommunaler Ebene unterschiedlich umgesetzt (vgl. Petermann et al. 2014, S.126). Es gilt jedoch die einheitliche Verpflichtung der kommunalen Jugendhilfeträger, einen Bereitschaftsdienst des Jugendamtes zur Verfügung zu stellen. Durch den Bereitschaftsdienst des Jugendamtes muss gewährleistet sein, dass gemäß §42 SGB VIII eine Inobhutnahme eines Kindes rund um die Uhr ermöglicht werden kann (vgl. Neumann-Witt 2013, S.63). Die Gestaltung und Organisation der Modelle zur Krisenunterbringung sind dabei von dem Bedarf und den unterschiedlichen sozioökonomischen (Status-) Faktoren der Region abhängig und werden anhand von beispielsweise der „[...] Bevölkerungsstruktur, Größe des Einzugsgebietes, finanzielle Möglichkeiten des kommunalen Trägers, vorhandene Jugendhilfestrukturen [...]“ (Neumann-Witt 2013, S.63) und ähnliches bestimmt.

Kinder, aber auch Personen (z.B. Nachbarn, Lehrer*Innen etc.) die sich um das Wohle eines Kindes sorgen, können sich beim jeweiligen Jugendamt bzw. Bereitschaftsdienst Unterstützung und Hilfe suchen oder sich mit einer Kinderschutzmeldung an diese wenden, um auf eine Gefährdung aufmerksam zu machen. Um den gesetzlichen Anspruch der Inobhutnahme auch außerhalb der regulären Arbeitszeiten (abends/ nachts, an Wochenenden oder Feiertagen) gewährleisten zu können, sind hier die entsprechenden Bereitschaftsdienste des Jugendamtes zuständig. Dem Kontakt zu den Jugendämtern, ihren Bereitschaftsdiensten oder ggfs. auch konkreten Inobhutnahme-Einrichtungen, kann sowohl direkt (z.B. durch veröffentlichte Notfall Telefonnummern und Adressen), als auch indirekt (z.B. über die Feuerwehr, Polizei oder ähnliche öffentliche Einrichtungen) von den Hilfesuchenden nachgegangen werden. Die Hilfen zur Krisenintervention sollten möglichst niedrigschwellig, schnell, transparent und unbürokratisch für die Hilfesuchenden zu erreichen sein (vgl. Neumann-Witt 2013, S.63f.). Neben einiger „Mischformen“ die sich durch die Praxiserfahrung der Jugendhilfeeinrichtungen und Jugendämter entwickelt haben, sind in Deutschland vier grundlegende Modelle für eine Krisenunterbringung im Rahmen einer Inobhutnahme festzuhalten (vgl. Neumann-Witt 2013, S.65). Dazu zählen zum einen die *Notdienste der öffentlichen Jugendhilfe*, welche als die Bereitschaftsdienste des Jugendamtes zu verstehen sind. Im Zuge dessen tragen sie im Auftrag des Kinderschutzes die Verantwortung für alle Aufgaben und Funktionen des örtlichen Jugendamtes, sofern dieses

nicht mehr erreichbar ist. Dies beinhaltet auch die Befugnis, in Krisen- oder Notsituationen eine selbstständige Entscheidung über eine Inobhutnahme zu treffen (vgl. Neumann- Witt 2013, S.66f). Auch eine begrenzte Anzahl von *Inobhutnahme Plätzen in Gruppen stationärer Jugendhilfe* bieten eine Möglichkeit zur Krisenunterbringung. Ein Vorteil ist dabei, dass die Kinder hier in eine bestehende und stabile Gruppe integriert werden und die Ansammlung an Problemlagen der Kinder nicht so intensiv ausfällt (vgl. Neumann-Witt 2013, S.68). Viele Bundesländer verfolgen im Zuge ihrer Ausführungsgesetze die Ansicht, dass für eine adäquate Unterstützung und Hilfeleistung Kleinkinder bis zu einem Alter von sechs Jahren im Zuge der Inobhutnahme in *Bereitschaftspflegestellen oder Pflegefamilien* untergebracht werden sollten. Positiv sei hier hervorzuheben, dass die Kinder so keinen ständigen Wechsel ihrer Bezugspersonen erleben müssen, welcher im Schichtdienst stationärer Einrichtungen unvermeidlich ist. Ein Modell, dass Bereitschaftspflegestellen oder die Anbindung an langfristige Pflegefamilien als Haupt-Unterbringungsform der Inobhutnahme nutzt, scheint jedoch eher in ländlichen Gebieten mit hohem Eigenheimanteil umsetzbar zu sein. Großstädte wie Hamburg und Berlin weisen einen massiven und schwerwiegenden Mangel an Bereitschafts- und Kurzzeitpflegestellen auf. Jener Mangel sei besonders in Innenstadtbezirken festzustellen, was sich durch mögliche Faktoren wie hohe Mietkosten und/ oder begrenzter Wohnraum erklären könnte (vgl. Neumann-Witt 2013, S.68 f.).

Als drittes Modell, auf welches sich auch die Inhalte dieser Arbeit beziehen werden, sind spezielle *Inobhutnahme- Einrichtungen* zu benennen. Eine Inobhutnahme- Einrichtung ist lediglich für Kinder zuständig, welche sich in akuten Not- und Krisensituationen befinden und einen erhöhten körperlichen wie auch emotionalen Stabilisierungsbedarf haben. Die Einrichtung konzentriert sich nur auf den Fall der Inobhutnahme, sodass sie rund um die Uhr bereit sind, Kinder unterzubringen, die vom Jugendamt in Obhut genommen wurden. Die Inobhutnahme- Einrichtung ähnelt einer Wohngruppe. Es gibt begrenzte Platzanzahlen, wobei diese je nach Krisen- bzw. Notlage der jeweiligen Stadt, auch schnell überbelegt werden können. Die Inobhutnahme- Einrichtung ist zur Aufnahme eines jeden Kindes verpflichtet und kann daher nicht über die Gruppenkonstellation entscheiden. Eine Inobhutnahme- Einrichtung dient der akuten Krisenintervention, ist deshalb keine langfristige Hilfemaßnahme. Die Kinder sind dort vorübergehend untergebracht, bis sie wieder zurück zur Familie oder in eine weiterführende Einrichtung oder Pflegestelle vermittelt werden können. Dadurch besteht eine hohe Fluktuation der Kinder, welche einen erheblichen Einfluss auf die Gruppendynamik haben kann (vgl. Neumann-Witt 2013, S.65f). Im Abschnitt 1.3 wird die Umsetzung einer solchen Einrichtung für Kleinkinder in Hamburg näher erläutert.

1.2.2 Auftrag und Ziele der Hilfemaßnahme

Bereits die Durchführung einer Inobhutnahme erfordert ein qualifiziertes fachliches Handeln, doch auch die daraufhin folgende weitere Versorgung in den Inobhutnahme-Einrichtungen stellt eine hoch professionelle sozialpädagogische Aufgabe dar. Die sozialpädagogische Intervention findet über eine begrenzte und doch ungewisse Zeitspanne statt, in der eine akute Krisensituation besteht. Das zuvörderst über allem stehende Ziel einer Jugendhelfemaßnahme durch die Inobhutnahme ist, die akute Bewältigung einer Krisensituation (vgl. Trenczek 2013, S.32). Die Inobhutnahme dient der vorübergehenden sozialpädagogisch betreuten Schutzgewährung für Kinder, welche in Form einer außerfamiliären Unterbringung umgesetzt wird (vgl. Trenczek 2013, S.15). Die Aufgabe der Inobhutnahme- Einrichtung besteht darin, eine vorübergehende Stabilisierung des Kindes zu ermöglichen, während die weitere Perspektive geklärt wird (vgl. Neumann-Witt 2013, S.71). Die sozialpädagogische Schutzgewährung wird durch die bedarfsgerechte Versorgung, Verpflegung, Gesundheitsfürsorge, sowie einer fachlich professionellen Begleitung und Betreuung der Lebenssituation und Perspektivklärung gewährleistet. Das bisherige Versorgungssystem wird unterbrochen, sodass für die pädagogischen Fachkräfte die Pflicht entsteht, vorübergehend alle Aufgaben und Funktionen zu übernehmen, die die alltäglichen Dinge eines notwendigen Lebensunterhalts des Kindes sicherstellen. Das Kind ist mit großer Wahrscheinlichkeit aufgrund der aktuellen Situation psychisch, wie auch physisch stark belastet und benötigt die akute Unterstützung und einen durch Struktur gegebenen Halt (Anlaufpunkt) von den pädagogischen Fachkräften. Dabei sollte die Struktur eine dem Alter entsprechende Aufsichtspflicht sicherstellen und gleichzeitig familienähnlich gestaltet sein. Die Fachkräfte müssen jederzeit bereit sein, auf die Bedürfnisse und das Verhalten des Kindes einzugehen und persönliche bzw. professionelle Hilfe anzubieten (vgl. Brötz 2013, S.132 f.). Des Weiteren müssen sich alle Beteiligten für eine schnelle, jedoch genau analysierte und geplante Perspektivklärung einsetzen. Dies sollte anhand eines Hilfeplanverfahrens geschehen, welches nach Möglichkeit alle Beteiligten miteinbezieht (vgl. Brötz 2013, S. 134). Gemeinsam sollte frühzeitig, spätestens aber im Zuge der Inobhutnahme, dass derzeitige Gefährdungsrisiko eingeschätzt und Wege aus der Krise angestrebt werden. Die vereinbarten Ziele oder ggf. weiteren langfristigen Hilfemaßnahmen sollten die zuvörderst erstrebenden Handlungsmaximen sein, denn „die Inobhutnahme ist nur zulässig, soweit und solange sie geeignet, erforderlich und angemessen ist“ (Trenczek 2013, S.32).

1.3 Umsetzung der Krisenunterbringung von Kleinkindern in Hamburg

Die Lebenssituationen vieler Kleinkinder in Hamburg weisen sehr individuelle und komplexe Krisensituationen auf, teilweise sind diese so akut, dass eine Inobhutnahme sofort geschehen muss. Die Anzahl der zur Verfügung stehenden Bereitschaftspflegeplätze in Hamburg, ist wie bereits im Abschnitt 1.2.1. angeführt wurde, sehr gering. Dieser Mangel führt dazu, dass eine Bereitschaftspflegestelle in akuten Krisensituationen nicht sofort zur Verfügung steht und die Kinder vermehrt in sogenannte „Kinderschutzhäuser“ vermittelt werden. Des Weiteren ist zu erwähnen, dass die Perspektive der Kinder im Hinblick auf die Zurückführung in das Elternhaus meist aufgrund von noch ausstehenden Gerichtsverhandlungen und Gutachten ungewiss ist (vgl. Eusterhus 2012, o.S.). In Hamburg existiert daher ein organisiertes Netzwerk- bzw. Hilfesystem für die Krisenintervention im Falle der Inobhutnahme. Das Netzwerksystem zur Krisenintervention wird durch den Landesbetrieb für Erziehung und Beratung (LEB) verwaltet und durchgeführt. Der LEB gehört, zusammen mit den Jugendämtern der Bezirke, mit jeweiligen Spezialdiensten und dem Familieninterventionsteam, zu den öffentlichen Jugendhilfeträgern in Hamburg. Die festgelegten Aufgaben des Betriebes umfassen in erster Linie jene Angelegenheiten, die eine besondere fachpolitische Bedeutung für die Freie und Hansestadt Hamburg (FHH) haben. Dementsprechend sorgt der LEB für die FHH, als örtlich zuständiger öffentlicher Jugendhilfeträger dafür, dass die Durchführung von Leistungen garantiert wird. Jene stehen, in einem engen Zusammenhang mit den Maßnahmen der Krisenintervention des öffentlichen Jugendhilfeträgers und rechtfertigen dadurch eine besondere Nähe des durchführenden Trägers zu den staatlichen Entscheidungsträgern. Zu benennen sind hier die folgenden im gesamten Stadtgebiet verteilten und agierenden Krisendienste der Jugendhilfe, und zwar zum einen der Kinder- und Jugendnotdienst (KJND) als Basiskrisendienst der FHH. Weiter zu benennen sind die Kinderschutzeinrichtungen, als Tag und Nacht bereite Inobhutnahme- und Betreuungseinrichtungen für Säuglinge, Kleinkinder und ältere Kinder. Abschließend ist die Inobhutnahme von unbegleiteten Minderjährigen Flüchtlingen, in Form einer Erstaufnahmestelle als Krisendienst zu benennen. Die Angebote des LEB ergänzen also einerseits die Krisenintervention, in dem für spezielle und akute Hilfebedarfe eine vielfältige Auswahl an Einrichtungen, auch zur Aufnahme in Notsituationen, für Minderjährige außerhalb ihrer Familie bereit ist. Andererseits wird aber auch die sozialräumliche Orientierung des Betriebes durch die Angebotsvielfalt unterstützt, sodass vor Ort immer eine passgenaue Hilfe, mit leichten, trägerinternen Übergängen arrangiert werden kann (vgl. Landesbetrieb für Erziehung und Beratung, 2018, S.7).

Kinderschutzhäuser (KSH) und Kinderschutzgruppen (KSG) stellen insgesamt 106 Plätze zur Verfügung und verteilen sich auf die verschiedenen Stadtbezirke Hamburgs. Die regionale Orientierung des KSH und KSG soll nach Möglichkeit eine Nähe zum bisherigen Lebensort ermöglichen, sodass ein positiver Elternkontakt erhalten bleibt. Die Inobhutnahme- Einrichtungen sind altersspezifisch organisiert, sodass jedes der hilfebedürftigen Kinder die nötige Unterstützung bekommt, die es benötigt. Für Säuglinge und Kleinkinder im Alter von null bis sechs Jahren gibt es spezielle Kinderschutzhäuser. Die Kinderschutzgruppen bieten einen Unterbringungsschutz für Kinder im Alter von sechs bis zwölf Jahren (vgl. Boeddinghaus und Yildiz 2019, S.2). Aufgrund des unterschiedlichen und hohen Bedarfs der Säuglinge und Kleinkinder wurden die Kinderschutzhäuser ebenfalls altersspezifisch voneinander getrennt. In den letzten zwei Jahren wurden spezielle Babygruppen für Säuglinge von null bis ca. sechs, maximal zwölf Monaten gegründet (vgl. LEB 2017, S.4). Die Babygruppen, Kinderschutzhäuser und Kinderschutzgruppen sind reguläre Inobhutnahme- Einrichtungen. Die Kinder sind dort nach § 42 SGB VIII untergebracht. In besonderen Einzelfällen werden sie auch im Rahmen von Hilfen zur Erziehung nach § 34 SGB VIII weiterführend betreut. Der Aufenthaltszeitraum wird durch die Perspektivplanung in Zusammenarbeit mit den Jugendämtern, den Personensorgeberechtigten und anderen Trägern bestimmt. Je nach Krisensituation, ist eine Aufenthaltsdauer von maximal drei Monaten angedacht. Statistisch lässt sich jedoch festhalten, dass es viele Langzeitfälle unter den Kindern gibt (vgl. Boeddinghaus und Yildiz 2019, S.4 und Boeddinghaus et.al. 2019, S.1). Der fachliche Schwerpunkt liegt darin, sowohl die körperliche als auch die emotionale Verfassung der Kinder zu stabilisieren. In Zusammenarbeit mit Kinder- und anderen Fachärzten wird die Gesundheit der Kinder sichergestellt und gegebenenfalls werden Fördermaßnahmen wie Logopädie, Ergotherapie oder Physiotherapie beantragt. Im Anschluss der Inobhutnahme kann eine Rückführung in das Elternhaus oder eine Anschlusshilfe nach dem SGB VIII in Form von Bereitschaftspflege, sozialpädagogische Lebens- und Wohngemeinschaften, sowie einer Adoption folgen (vgl. Eusterhus 2012). Es gibt eine bestimmte Anzahl an Plätzen (7 Plätze) pro Gruppe, welche aber auch bei Bedarf um einen weiteren Platz (max. 8 Plätze) überbelegt werden können. Eine Überbelegung der Kinderschutzhäuser war in den letzten Jahren keine Seltenheit (ebd.).

2. Fachliche Grundlagen der psychischen Traumatisierung im Kindesalter

Im folgenden Kapitel soll die Komplexität eines Traumas erläutert werden. Diesbezüglich werden die Grundlagen eines psychischen Traumas im Kindesalter dargelegt und deren spezifische Folgen für die kindliche Entwicklung näher betrachtet.

2.1 Begriffsdefinition von Trauma

Der Begriff „Trauma“ hat seinen Ursprung im Altgriechischen und meint die „Verletzung“ oder „Wunde“. Er wird in verschiedenen Kontexten, wie zum Beispiel der Medizin, Biologie, Psychologie oder rechtlichen Bezügen unterschiedlich verwendet und definiert (vgl. Weiß 2016, S.25). Diese Arbeit wird sich mit der Definition eines seelischen bzw. psychischen Traumas auseinandersetzen. Laut der Weltgesundheitsorganisation wird ein Trauma im ICD- 10 (Internationale Klassifikation von Krankheiten) definiert als, „ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (WHO 2000, S.169; zit. n. Scherwath 2016, S.20). Anhand dieser Definition wird das Trauma an sich mit dem traumatischen Ereignis gleichgesetzt, was jedoch der Bedeutung des Begriffes nicht gerecht wird, da die seelische Verletzung aus dem Ereignis resultiert. Hantke und Görges hingegen, nehmen eine klare Trennung der beiden Begriffe vor. Nach ihnen ist eine Traumatisierung „nicht aus dem Ereignis selbst abzuleiten“ (Hantke und Görges 2012, S.53), auch muss ein Ereignis, welches Notfallreaktionen im Körper auslöst nicht unbedingt zu einem Trauma führen, es ist vielmehr davon abhängig, ob selbst nach „längerer Zeit keine Möglichkeit besteht, die Erfahrungen zu verarbeiten, die während des Ereignisses nicht integriert werden konnten“ (Hantke und Görges 2012, S.53). Außerdem habe auch die Wechselwirkung, zwischen den unerwarteten oder langanhaltenden bedrohlichen objektiven Faktoren und den subjektiven Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Handlungsaspekten einen großen Einfluss auf die Auswirkungen eines Traumas (vgl. Scherwath 2016, S.21).

Demnach entwickelt sich ein Trauma aus einer Situation, welche vom Kind als außergewöhnlich starke Bedrohung wahrgenommen wird und mit Emotionen wie Furcht, Ohnmacht und Hilflosigkeit einhergeht und darüber hinaus die bisherigen Anpassungs- und Bewältigungsstrategien überfordert, sodass Ressourcen fehlen, um jene Situation zu verarbeiten (vgl. Scherwath 2016, S.21). „Wenn Handeln keinen Sinn hat, weder Widerstand noch Flucht möglich sind, ist das Selbstverteidigungssystem des Menschen überfordert, die Folge sind traumatische Reaktionen“ (Herman 1994, S.54ff., zitiert nach Weiß 2016 S.25).

2.2 Traumtypen I und II

Die Definitionen verdeutlichen, dass Ereignisse, die zu einer Entstehung eines Traumas führen, starke Gefühle wie Ohnmacht, Angst und Hilflosigkeit beim Kind auslösen. Darüber hinaus sind traumatische Ereignisse dadurch gekennzeichnet, dass sie als eine extreme, existenzielle Bedrohung erlebt werden, wobei das Kind „sich selbst sowie seine körperliche und seelische

Einheit“ (Krüger 2019, S. 19) oder die eines anderen Menschen als bedroht sieht. Ein traumatisches Ereignis muss somit nicht unbedingt aktiv durchlebt werden, sondern kann auch passiv erfahren werden (vgl. Krüger 2019, S. 19). Die Hintergründe einer Traumatisierung können ganz unterschiedlich sein und werden deshalb in zwei verschiedenen Traumatypen unterteilt. Nach J. Hermann (1993) werden Erfahrungen der Traumatisierung in zwei Formen eines Traumas unterschieden. Der Traumatyp I. beschreibt Monotraumatisierungen, also jene traumatischen Ereignisse, welche einmalig und nur für begrenzte Zeit, in einem nahezu regulären Lebensverlauf vorkommen. Monotraumatisierungen schließen demnach z.B. Naturkatastrophen, technische Unfälle, Überfälle und einmalige Misshandlungen oder Vergewaltigungen mit ein.

Der Traumatyp II umfasst Komplextraumatisierungen, also eine Ansammlung multipler traumatischer Erfahrungen, die dem Kind im Laufe seines Lebens wiederfahren. Dies können einzelne oder auch unterschiedliche Erfahrungen sein, die immer wiederkehren und weder ein Anfang noch ein Ende beinhalten. Als Komplextraumatisierungen können somit körperliche und seelische Misshandlungen, Flucht und Vertreibung, Vernachlässigung, sexueller Missbrauch, das Zusammenleben mit psychisch kranken Elternteilen und häusliche Gewalt (Gewalt gegenüber den Bezugspersonen) eingeordnet werden (vgl. Garbe 2016, S.29ff.).

Es ist also davon auszugehen, dass ein Ereignis, welches wiederholt oder langfristig die bedrohliche Situation hervorruft, ein höheres Risiko für eine Traumatisierung darstellt.

2.3.Traumaformen

Um einen Überblick über mögliche tendenziell traumatisierende Ereignisse zu bekommen, kann eine Einteilung in drei unterschiedliche Arten vorgenommen werden. Tendenziell bedrohliche Ereignisse sind demnach Naturkatastrophen, technische Unfälle und menschliche Gewalt. Traumata, welche auf menschlicher Gewalt beruhen, wie z.B. Verletzungen, Verrat und Missbrauch durch andere Menschen, besonders jene durch Bezugspersonen entstandene, stellen hierbei, die am schwierigsten zu verarbeitenden Traumata für Kinder dar (vgl. Krüger 2019, S. 56f.). Im Folgenden werden die häufigsten potenziellen Traumaformen beschrieben, welche auf menschlicher Gewalt beruhen und zu den sogenannten Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen gehören. Die verschiedenen Formen von Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen haben ihre spezifische Problematik, dennoch treten sie meist in komplexen Kombinationen miteinander auf und ereignen sich gehäuft und in massiver Form, sodass das Wohl und die Entwicklung des Kindes stark gefährdet werden (vgl. Garbe 2016, S.41).

Seelische Misshandlung

Die seelische oder emotionale Misshandlung findet meist unterschwellig in Kombination mit anderen Misshandlungsformen statt, kann aber auch allein auftreten. Bei miteinander kombinierten Misshandlungsformen ist davon auszugehen, dass die emotionale Misshandlung und die Vernachlässigung den größten Raum einnehmen und den schwerwiegendsten Schaden anrichten können (vgl. Herrmann 2006, S.89). Die emotionale Misshandlung wird bspw. durch Erniedrigung, Entwürdigung, feindseliger Zurückweisung, psychischem terrorisieren, entziehen von Anerkennung, fehlender Zuwendung und einer Bedürfnisbefriedigung von Erwachsenen verursacht (vgl. Weiß 2016, S.30). Die Eltern-Kind-Beziehung ist bei einer emotionalen Misshandlung durch eine aktiv feindselige, einschüchternde, entwürdigende und verbal schadenzufügende Interaktion gekennzeichnet. Die Eltern-Kind-Beziehung bei einer seelischen Misshandlung charakterisiert sich dagegen eher durch Interaktionen und Formen einer nicht angemessenen Behandlung des Kindes. Die Traumatisierung eines Kindes wird demnach nicht durch eine aktive Tat, sondern durch ein Ungleichgewicht zwischen einer guten und einer schädlichen, nicht akzeptablen, Interaktion verursacht. Die misshandelnden Interaktionsaspekte bekommen mehr Gewichtung und bestimmen dadurch auf schädliche Weise die Eltern-Kind-Beziehung (vgl. Weiß 2016, S.30f.).

Vernachlässigung

Die Vernachlässigung wird von Jugendämtern als häufigste Form der Kindesmisshandlung benannt. Ihre Folgen werden als besonders schwerwiegend eingeschätzt. Vernachlässigung tritt dann ein, wenn „[...] über längere Zeit bestimmte Versorgungsleistungen materieller, emotionaler und kognitiver Art ausbleiben [...]“ (Schone u.a. 1997, S.19; zit. n. Weiß 2016, S.28). Dies kann durch die Personensorgeberechtigten aktiv, aber auch unbewusst verursacht werden, sofern diese psychisch, kognitiv oder materiell nicht in der Lage sind oder nicht die Einsicht haben, die Vernachlässigung zu verhindern. Im Gegensatz zu Misshandlungsformen wie der körperlichen oder sexuellen Gewalt, werden die Kinder bei der Vernachlässigung kaum bis gar nicht wahrgenommen und erhalten keinerlei entwicklungsfördernde Anregungen. Der körperliche Zustand der Kinder wird durch eine nicht adäquate bzw. nicht ausreichende Pflege, Kleidung, Ernährung, gesundheitliche Vor- und Fürsorge vernachlässigt. Der Schutz der Kinder vor Gefahren und Risiken wird durch die Personensorgeberechtigten nicht gesichert. Auf emotionaler Ebene erfahren Kinder Vernachlässigung vor allem durch eine unzureichende Beachtung und Zuwendung, häufige Beziehungswechsel, unzureichende Entwicklungsimpulse, eine mangelnde Förderung im schulischen Bereich, sowie in wesentlichen Fähigkeiten (z.B. motorisch,

geistig, emotional und sozial). Die Eltern-Kind- Beziehung zeichnet sich durch eine fehl interpretierte Wahrnehmung und unangemessene Reaktion, seitens der Eltern, auf die kindlichen Signale und Bedürfnisse aus. Elementare Bedürfnisse des Kindes werden durch die fehlenden Interaktionen, Beziehungsangebote und Stimulationen ignoriert und zurückgewiesen, sodass die weitere Entwicklung des Kindes negativ beeinträchtigt wird und kognitive, motorische, sprachliche und sozialemotionale Fähigkeiten kaum, bis gar nicht ausgebildet werden können (vgl. Weiß 2016, S.28ff.).

Körperliche Misshandlung

Körperliche Misshandlung kann als eine der deutlich erkennbarsten Misshandlungsformen bezeichnet werden. Die Eltern-Kind-Beziehung ist durch eine Überstimulation und ein körperlich verletzendes Verhalten charakterisiert. Auslösende Faktoren einer körperlichen Misshandlung sind häufig „[...] wichtige körperliche und seelische Willens- und Bedürfnisäußerungen von Säuglingen und Kleinkindern“ (Weiß 2016, S.32). Sie können zu gravierenden Störungen in der kognitiven und sprachlichen Entwicklung führen, sowie die Fähigkeit zur Ausdauer und Belastbarkeit bei Leistungsanforderungen beeinflussen. Kinder, die körperliche Misshandlung erfahren, neigen zu einem sehr ambivalenten Verhalten, welches sich in einem Spannungsverhältnis zwischen einem anpassungsfähigem und beobachtenden, sowie einem hyperaktiven und stark explosiven aggressiven Verhalten äußert. Jene Anpassungsfähigkeit sei jedoch primär durch eine starke Angst ausgelöst. Das beobachtende Verhalten diene der Vermeidung von möglichen neuen Gefahren. Ihr explosives Verhalten wird von gleichaltrigen oder Lehrkräften bzw. pädagogischen Fachkräften oft als negativ oder störend wahrgenommen, dadurch erleben sie vermehrt ein negatives Feedback, welches sie auf das ohnehin schon gekränkte Selbstwert übertragen. Die schwerwiegenden Folgen der körperlichen Misshandlungen sind komplex und langwierig (vgl. Weiß 2016, S.32f.).

Häusliche Gewalt

Als häusliche Gewalt werden gewaltübergreifende Taten zwischen den erwachsenen Bezugspersonen des Kindes bezeichnet. Findet gewaltübergreifendes Verhalten zwischen den erwachsenen Bezugspersonen statt, so ist davon auszugehen, dass das Kind diese im direkten Kontakt miterlebt oder zumindest im Nebenraum davon etwas mitbekommt. Häufig wird, die bisher zwischen den Bezugspersonen ausgeführte Gewalt, auch auf die Kinder übertragen. Es ist davon auszugehen, dass „[...] ein Drittel der Kinder [...] ebenfalls körperlich oder sexuell durch den Partner der Mutter [...]“ (Hanmer 1989; zit. n. Kavemann 2000, S.109) oder des Vaters misshandelt werden. Kinder, die Gewalt erleben, verstecken oft ihre Gefühle vor den

Bezugspersonen, denen Gewalt widerfährt, um diese nicht weiter zu belasten. Außerdem neigen sie dazu, sich für das Geschehene schuldig zu fühlen und Verantwortung für jene Bezugsperson zu übernehmen. Das Kind wird begleitet von einer ständigen Angst um die Bezugsperson, sich selbst und die zukünftige Situation. Dies kann vor allem dann zu traumatischen Folgestörungen führen, wenn die Gewalt gegenüber der Bezugsperson über einen längeren Zeitraum ausgeübt wird und das Kind diese miterleben muss oder ihm diese sogar selbst widerfährt. Gewalterfahrungen in der Kindheit, sowie das erlebte unzurechnungsfähige und unkontrollierte Verhalten der Eltern und die wiederholt negativ erfahrene Handlungsunfähigkeit gegenüber den Reaktionen der Eltern, haben einen hohen Einfluss auf den eigenen zukünftigen Umgang mit Gewalt (vgl. Weiß 2016, S.33ff.).

Sexueller Missbrauch

Ein sexueller Missbrauch wird durch eine emotional oder körperlich missbrauchende sexualisierte Handlung eines sexuell reifen Menschen gegenüber eines ihm unterlegenen Kindes verursacht. Jene Handlungen werden durch einen direkten Körperkontakt, aber auch durch indirekte Arten (z.B. sexualisierte sprachliche Äußerungen, Nötigung des Zuschauens bei sexuellen Handlungen etc.) durchgeführt. Hauptmerkmal eines sexuellen Missbrauchs sei, dass der/die Täter*In die bestehende Abhängigkeitsbeziehung zwischen ihm/ihr und dem Kind, für die Befriedigung der eigenen sexuellen (Macht-)Bedürfnisse missbraucht (vgl. Garbe 2016, S.43). Ein sexueller Missbrauch entsteht häufig anhand von unterschwelligem und schleichendem Prozess, innerhalb der (Abhängigkeits-)Beziehung zwischen dem Kind und dem Erwachsenen, welche sich über einen längeren Zeitraum hinziehen können. Die mangelnde Fähigkeit des Kindes, eine fürsorgliche und zärtliche Zuwendung von einer sexuellen Ausnutzung zu unterscheiden, wird missachtet und von dem Erwachsenen für eigene Zwecke genutzt. Ein sexueller Missbrauch ist oft mit Verleugnung und dem Gebot der Geheimhaltung gekoppelt. Gegenüber der Außenwelt verhalten sich die Täter*Innen oft unauffällig und auch dem Kind gegenüber vermitteln sie den Missbrauch als etwas „normales“, was man jedoch geheim halten muss. Durch die Ahnungslosigkeit und die Verwirrung, die das Kind dadurch erfährt, macht es die Erfahrung in einer scheinbar ausweglosen Situation gefangen zu sein. Wilma Weiß spricht in diesem Zusammenhang von einer „Dynamik zweier Welten“ (Weiß 2016, S.35f.), indem auch die Kinder den Missbrauch verleugnen. Die erfahrenen Gefühle von Verletzung, Demütigung und Wut werden von dem Kind ausgeblendet und die Täter*Innen, besonders, wenn es die eigenen Eltern sind, werden idealisiert wahrgenommen. „[...] Die verletzten, verzweifelten, gedemütigten, traurigen und wütenden Teile des ‚Ich‘ werden durch das Gedächtnis (zeitweise) ‚abgespalten‘

und im Inneren der Seele verborgen, um den Kontakt zu den Versorgern irgendwie auszuhalten“ (Krüger 2019; S.66). Im Zuge dessen versetzen sich Kinder häufig in dissoziative Zustände. Das Kind entwickle nach außen eine „scheinbar normale Persönlichkeit“ (ebd.). Die eigenständige kindliche sexuelle Entwicklung, sowie die Entwicklung der eigenen Körperwahrnehmung und psychischen Identität werden durch einen sexuellen Missbrauch verstört. Das Kind lernt, dass Bindungsqualitäten und Bedrohung einher gehen mit den Gefühlen einer sexuellen Lust eines/r körperlich- sexuell ausgereiften Täter*In. So schwankt es im Erleben von Gefühlen der Scham und Schuld in Verbindung mit einer Bedürftigkeit nach Bindung und Zuwendung (vgl. Garbe 2016 S. 44f.).

Traumatische Trennung

Die Umstände einer durchlebten Trennung zwischen dem Kind und seiner Bezugsperson, beeinflussen die Verarbeitung dieser und das Risiko Trauma bedingter Folgen. Festzuhalten sei, dass eine Trennung, je früher sie erlebt wird, stärkere bzw. schwerere Auswirkungen auf das Kind haben wird, insbesondere, wenn es eine Trennung von einer engen Bezugsperson und der damit verbundenen Gefühlsbindung betrifft. Viele Kinder werden nach einer Trennung von dem Gefühl begleitet, selbst daran schuld zu sein. Das Bindungsverhalten des Kindes wird am stärksten durch die Trennung beeinflusst (vgl. Weiß 2016, S.40f.).

Kinder psychisch kranker Eltern

Lebt ein Kind mit psychisch kranken Eltern zusammen, so ist es häufig sehr belastenden Situationen ausgesetzt, welche auch die Psyche des Kindes stark beeinflussen. Kinder, die mit psychisch kranken Eltern aufwachsen, unterliegen einem hohem Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln. Nicht selten haben Kinder, die in stationären Einrichtungen wohnen und zuvor mit psychisch kranken Eltern zusammengelebt haben, zusätzlich noch Misshandlung und materielle, sowie emotionale Vernachlässigung erfahren. Die Eltern können dem Kind keine Sicherheit vermitteln, da die psychische Krankheit des einen oder beiden Elternteile den Alltag bestimmt. Dadurch ist das Kind einem andauernden Angstgefühl ausgesetzt, welches sich aus einer starken Unsicherheit und einem Kontrollverlust zusammensetzt. Ebenso können Faktoren wie Überforderung, (soziale) Isolation, Verschwiegenheit, finanzielle Probleme, Schuld- und Schamgefühle, sowie Loyalitätskonflikte einen erheblichen Einfluss auf die Lebenssituation der Kinder nehmen. Des Weiteren übernehmen die Kinder psychisch kranker Eltern häufig, gezwungenermaßen die Elternrolle und müssen als Ansprechpartner und Vermittler nach außen agieren. In vielen Fällen werden sie aufgrund ihrer zugewiesenen Rolle und möglicher Realitätsverschiebungen seitens der kranken Elternteile, für den Zustand der

Familiensituation, sowie den Haushalt verantwortlich gemacht, dadurch sind sie extremen Schuldzuweisungen ausgesetzt (vgl. Weiß 2016, S.41ff.).

Flucht und Vertreibung

In den letzten Jahren rückten auch die psychischen Auswirkungen einer Flucht oder Vertreibung in den Vordergrund der Öffentlichkeit. Die Flucht aus der Heimat betrifft auch Kleinkinder. Viele dieser Kinder haben in ihrer Heimat und/ oder auf der Flucht körperliche oder auch seelische Misshandlungen, sowie sexuellen Missbrauch erfahren. Teilweise haben sie miterleben müssen, wie eine enge Bezugsperson misshandelt oder auch getötet wurde. Um jene Erfahrungen zu überstehen, mussten sie sich den traumatisierenden Lebensbedingungen anpassen, was einen großen Einfluss auf die Psyche hinterlässt (vgl. Garbe 2016, S.48ff.).

Es lässt sich festhalten, dass jedes Ereignis im Hinblick auf das Kind und dem jeweiligen Kontext betrachtet werden muss. Es sollten keine Verallgemeinerungen bezüglich eines traumatisierenden oder nicht traumatisierenden Ereignisses stattfinden (vgl. Weiß 2016, S.47).

2.4. Risiko- und Schutzfaktoren

Kinder sind in besonderer Weise, speziell in frühkindlichen Entwicklungsstufen, auf die emotionale Versorgung, physische Unterstützung und den sozialen Schutz ihrer Bezugsperson/en angewiesen. Es ist festzustellen, dass besonders früh erlebte positive, wie auch negative Erfahrungen, die innerhalb des ersten und zweiten Lebensjahres gemacht werden, einen starken Einfluss auf die neurobiologische Entwicklung und die Resilienzentwicklung des Kindes nehmen (vgl. Garbe 2016, S.52f.). Jedoch ist nicht jedes belastende Ereignis für ein jedes Kind gleichermaßen traumatisierend. Eine Traumatisierung muss als individueller Prozess betrachtet werden, bei dem die Korrelation zwischen den traumaspezifischen Ereignisfaktoren und den lebensgeschichtlich erfahrenen Risiko- und Schutzfaktoren bzw. Mittlerfaktoren und protektiven Faktoren einen Einfluss darauf hat, ob ein Kind nach einem belastenden Ereignis eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln wird oder das Erlebnis positiv verarbeitet werden kann (vgl. Weiß 2016, S.44f). Unter Ereignisfaktoren werden dabei Faktoren verstanden, die die Schwere und die Ausprägung des traumatischen Ereignisses beurteilen (vgl. Zito 2010, S. 126). Neben den Faktoren der Schwere und Ausprägung zählen auch die Aspekte Erwartbarkeit und Kontrollierbarkeit zu den Ereignisfaktoren.

Als Risikofaktoren bzw. Mittlerfaktoren werden jene Aspekte bezeichnet, die das Kind neben dem traumatischen Ereignis an sich, zusätzlich schwächen können. So seien lebensgeschichtliche oder psychosoziale Umstände oder Bedingungen (wie z.B. ein niedriger sozial-

ökonomischer Lebensstandard, Trennungs-/ Verlusterlebnisse, ein geringes soziales Netzwerk, psychische Erkrankungen oder Sucht in der Familie) Risikofaktoren bzw. Mittelfaktoren, welche eine Destabilisierung und Traumafolgestörungen bei dem Kind begünstigen können. Diesbezüglich seien außerdem Vulnerabilitätsfaktoren zu benennen, welche sich aus biologischen und psychologischen Veranlagungen bzw. den individuellen Merkmalen und Voraussetzungen des Kindes begründen. Unter Vulnerabilitätsfaktoren werden z.B. die individuelle Reife des Kindes, das Alter, das Sinnverstehen, die Sprachentwicklung, die Handlungskompetenz, die Entwicklungsverzögerungen oder die kognitiven Einschränkungen, die Stabilität der Ich-Funktion, sowie Ereignisse, welche die frühkindliche Entwicklung beeinflusst haben (z.B. Extremstresserfahrungen in der Schwangerschaft, Geburtstraumata) benannt. Zudem habe eine unsichere Bindungsstruktur einen besonders negativen Einfluss, denn aufgrund der bisherigen Bindungserfahrungen konnte kein „stabiler Boden“ entwickelt werden. Dadurch ist die Widerstandsfähigkeit des Kindes bei Belastungen oder stressauslösenden Situationen stark beeinträchtigt und eingeschränkt. Das Urvertrauen des Kindes konnte nicht ausreichend entwickelt werden, sodass das Kind in einer Situation der Hilflosigkeit oder bei der Regulation von Stress, Bindung gar nicht oder nicht ausreichend als unterstützenden Grundbaustein und sicheren Halt erleben bzw. für sich nutzen kann (vgl. Scherwath 2016, S.54ff.). Zudem habe auch die Beziehung zu dem/zu der Täter*In einen ausschlaggebenden Einfluss auf weitere Reaktionen des Kindes.

Als Protektive und schützende Faktoren sind positive, das Selbstwert stabilisierende Einflüsse gemeint, welche bereits vor dem Erlebnis erfahren werden konnten und dem Kind Schutz oder Sicherheit bieten. Diese können z.B. eine langfristige, gute Beziehung zu einer wichtigen Bezugsperson, ein widerstandsfähiges, willensstarkes, lebendiges und aufgeschlossenes Temperament, ein sicheres Bindungsverhalten, eine überdurchschnittliche Intelligenz, Kreativität oder die Möglichkeit von sozialer Förderung durch Schule oder anderen Institutionen sein (vgl. Garbe 2016, S.53ff.). Protektive Faktoren begünstigen eine realistische Interpretation der traumatisierenden Umstände und ermöglichen dadurch eine bessere Verarbeitung dieser (vgl. Weiß 2016, S.44). Die Resilienzentwicklung eines Kindes wird also entscheidend davon beeinflusst, inwiefern biologische und erlernte Faktoren in Wechselwirkung aufeinander einwirken (vgl. Garbe 2016, S.53f.). Je mehr positive Bindungs- und Bewältigungserfahrungen das Kind bereits vor dem traumatischen Erlebnis, erleben und verfestigen konnte, desto mehr werden sie ihm im späteren Verlauf bei der Verarbeitung einer traumatischen Erfahrung helfen und zur Stabilisierung beitragen (ebd.).

2.5 Mechanismen zur Verarbeitung traumatischer Ereignisse

Erlebt ein Kind ein traumatisches Ereignis, übersteigt dies seine eigentlichen Mechanismen zur Verarbeitung eines Erlebnisses. Seine individuellen Bewältigungsstrategien stehen dann in einem Ungleichgewicht zu den Anforderungen der jeweiligen Situation (vgl. Weeber und Gögercin 2014, S. 33f.). Befindet sich ein Kind in einer solchen Situation, mobilisiert der Körper all seine Kräfte, um ein Überleben zu sichern. Diese Funktion wird als Notfallprogramm bezeichnet, sofern dieses aktiviert wurde, wird jegliche Energie des Körpers für die relevanten Körperregionen aufgebracht. Konkret bedeutet dies, dass die komplexeren Hirnregionen, wie bspw. die Großhirnrinde, weniger durchblutet werden und damit in ihrer Funktion eingeschränkt werden, wo hingegen die ältesten Regionen des Gehirns, wie z.B. der Hirnstamm oder das limbische System, vermehrt versorgt werden. Diese Reaktion des Körpers hat zur Folge, dass all jene Funktionen, die in diesem Moment nicht überlebensnotwendig erscheinen, wie z.B. die Verdauung, das Denken oder die Feinmotorik, erstarren und die dadurch eingesparte Energie direkt in die Muskeln von Armen und Beinen geleitet wird. Der Körper versucht durch diesen Mechanismus das eigene Überleben zu sichern und stellt sich mit der entstandenen Energie auf zwei mögliche Situationen ein: Fight oder Flight bzw. Kampf oder Flucht (vgl. Hantke und Görge 2012, S.57ff.). Im normalen Zustand ist der Hippocampus für das Sammeln und die Verarbeitung von Informationen, sowie für die Entstehung des Gedächtnisses zuständig. Während des Notfallprogramms wird diese Funktion jedoch nicht weiter aufrechterhalten, zudem besteht keine Verbindung zur Großhirnrinde, wo die Informationen normalerweise verarbeitet werden, dadurch sammeln sich die Informationen unsortiert und unverarbeitet an (vgl. Hantke und Görge 2012, S. 60 und Huber 2009a, S. 49). Sofern der Körper während des Ereignisses realisiert, dass weder durch Fight, noch durch Flight ein Erfolg zu erzielen ist, kommt als letzte Möglichkeit, um das Überleben zu sichern, die sogenannte Freeze-Funktion zum Einsatz. Die Freeze-Funktion dient als Überlebensstrategie, indem der Körper soweit alle Funktionen abschaltet, um den Organismus davor zu bewahren, aufgrund der vorher aufgebauten Spannung zu überlasten. Des Weiteren wird durch diese Strategie die Möglichkeit eröffnet, sich selbst zu sichern, da ein Körper, der reglos ist, zum einen meist nicht so schwer verletzt wird, während er überwältigt wird und er zum anderen oft dafür sorgt, dass der/die Täter*In von ihm ablässt (vgl. Hantke und Görge 2012, S. 61). Diese Reaktion des Erstarrens ist vergleichbar mit dem Todstellen von Tieren, wenn sie keine Chance mehr haben gegen ihren Angreifer zu kämpfen oder zu fliehen. Der Unterschied zwischen diesen beiden Reaktionen besteht jedoch darin, dass der Mensch sich dieser Situation durch Dissoziation entziehen kann. Dies bedeutet, dass das Kind

„Teilbereiche der Sinneswahrnehmung bzw. des Realitätserlebens“ (Weeber und Gögercin 2014, S. 34) abspaltet.

2.6 Traumafolgestörungen und ihre Symptome

Erkenntnisse der neuen Hirnforschung bestätigen, dass ein biografisch erlebtes Trauma langfristige Folgen mit sich trägt. Denn unser Gehirn strukturiert sich neuroplastisch anhand der Bedingungen und Erfahrungen, die gegeben sind oder uns wiederfahren (vgl. Scherwath 2016, S. 24). Somit seien plötzliche, sich wiederholend negativ und bedrohlich erfahrene Traumatisierungen in der frühen Kindheit, besonders gefährdend für die weitere Entwicklung des Kindes, da sich hier die neuronalen Vernetzungen im Gehirn erst entwickeln und verknüpfen, um dann zukünftige Verhaltensmuster dauerhaft zu beeinflussen und zu prägen (vgl. Weiß 2016, S.44). Das bedeutet, dass sich das Gehirn eines Kindes, im Falle einer andauernden Traumatisierung „traumatoplastisch“ (Besser 2011 zit. n. Scherwath 2016, S.34) entwickelt und verknüpft. Der Hirnstamm entwickelt somit Verschaltungs- und Reaktionsmuster (z.B. Übererregung, Bindungssuche, Kampf-, Flucht, Erstarrungsreaktionen etc.), welche eigentlich nur dem Überleben nutzen sollten. Nun bilden diese jedoch die Grundlage für weitere Strukturierungsprozesse und beeinflussen damit grundlegend die weitere Gehirn- und Persönlichkeitsentwicklung des Kindes (vgl. Besser 2013, S.48f.). So werden besonders die Entwicklungsbereiche in ihrer Entfaltung gestört und eingeschränkt, die bisher noch keine Stabilität erlangt haben und sich noch in der Wachstumsphase befinden. Das Kind ist demnach permanent damit beschäftigt, die traumatischen Erfahrungen zu verarbeiten, versäumte Entwicklungsschritte nachzuholen und wiederum neue auszubauen. Innerhalb dieses Spannungsfeldes werden jedoch viele Bereiche der kognitiven, emotionalen, motorischen und sozialen Entwicklung nur teilweise und unvollkommen weiterentwickelt. Die Folgen jener funktionellen und strukturellen Veränderungen im Gehirn, können massive psychische und kognitive Auffälligkeiten, sowie Entwicklungsdefizite und Störungen sein (vgl. Scherwath 2016, S.36).

Da die Erfahrungen eines Traumas für Kinder psychisch noch nicht greifbar sind, werden sie physisch in Form von innerer Anspannung und Unausgeglichenheit ausgedrückt (vgl. Weiß 2016, S.44). Traumafolgestörungen zeigen sich im frühkindlichen Alter vermehrt durch Regulationsstörungen, in der Regel gehen diese dann mit der Zeit in Bindungsstörungen über und sind im Vorschulalter als diese bereits sehr präsent (vgl. Schmid, 2013, S. 38 f.).

Nachweislich konnte festgestellt werden, dass Kleinkinder die Vernachlässigung oder Misshandlung erlebt haben, vermehrt Entwicklungs- und Verhaltensprobleme, besonders im zwischenmenschlichen Bereich, entwickelten. Sie zeigten ein verstärkt aggressives und/oder

zurückgezogenes Verhalten im Umgang mit Gleichaltrigen, Störungen in der eigenen Regulation, besonders jedoch im Hinblick auf eine flexible Affektregulation, sowie wenig einfühlsames, emphatisches und aufgeschlossenes Verhalten. Im Hinblick auf ihre Bindungsbeziehungen schienen sie wenig belastbar zu sein (vgl. Ziegenhain 2013, S.30).

Auswirkungen auf das Selbstbild

Erlebt ein Kind ein chronisches Trauma, so verändert dies langfristig dessen Wahrnehmung und Gefühle für das eigene Selbst. Die traumatischen Erfahrungen haben einen maßgeblichen Einfluss auf die weitere Entwicklung des Selbstkonzeptes und der Ausdifferenzierung von Umgangsformen mit sich selbst, anderen Menschen und der eigenen Umwelt (vgl. Weiß 2016, S.49). Das Kind hat immer wieder erlebt, dass seine Eltern bzw. Bezugspersonen ein widersprüchliches und gleichgültiges Verhalten ihm gegenüber zeigten, durch diesen ambivalenten Wechsel an Liebe und Zuneigung bei gleichzeitiger Zurückweisung und Bestrafung entwickelt das Kind ein verzerrtes Selbstbild. Es kann sich selbst nicht als kompetente und liebenswerte Person wahrnehmen. Der Glaube an die eigenen Stärken ist kaum existent, dadurch ist die Selbstregulation und Frustrationstoleranz sehr gering und das Kind findet sich immer wieder in Situationen wieder, in denen es sich als dumm oder böse wahrnimmt (vgl. Weiß 2016, S.50). Die Ich-Funktion bzw. das Bewusstsein eines Kindes, ist bis dato noch in der Entwicklungsphase, dadurch sind sie noch nicht in der Lage, das Geschehene zu verdrängen, abzuspalten oder von anderen Erfahrungen abzugrenzen. Sie neigen dazu, den Fehler bei sich selbst zu suchen und Schuldgefühle zu entwickeln. „Das böse Ereignis wird dann Teil eines bösen Selbst [...]“ (Scherwath 2016, S. 24), sodass ein negatives und gleichzeitig widersprüchliches Selbstbild entfaltet wird, dies kann wiederum zu einer Spaltung des Bewusstseins führen (vgl. Weiß 2016, S.52). Die Schuldgefühle sichern dadurch in gewisser Weise das psychische Überleben des Kindes. Denn besteht eine große Abhängigkeit zu jener Person, von der die Gefahr ausgeht, kann eine Projizierung der Bedrohung auf das eigene Selbst, eine Möglichkeit sein, um jene Person „als schützende Bindungsperson“ beizubehalten (Fischer/ Riedesser 2009, S.167). Schuldgefühle belasten die Seele der Kinder, jedoch wirkt die traumatische Erfahrung von Ohnmacht wesentlich belastender. Dadurch können Schuldgefühle für Kinder auch eine Art Bewältigungsstrategie gegen die vermeintliche Hilflosigkeit sein, denn sie enthalten die Möglichkeit, dass ein verändertes eigenes Handeln zukünftige Geschehnisse positiv beeinflussen könnte (vgl. Krüger 2019, S.69). „Schuld- und Schamgefühle als Identifikation mit dem eigenen Versagen gehören bei traumatisierten Menschen zu den mit am leichtesten triggerbaren emotionalen Fragmenten“ (Scherwath 2016, S. 44).

Auswirkungen auf das Bindungsverhalten

Ein wesentliches Grundbedürfnis des Menschen ist das Streben nach Bindung. Sofern das Bedürfnis nach Bindung ausreichend gesichert ist, ist der Mensch in der Lage, eine gute Basis für eine umfassende psychische Entwicklung zu bilden, um sich basierend auf dieser, neuen Entwicklungsaufgaben zu stellen. Ist diese Voraussetzung nicht oder nur ungenügend gegeben, nimmt der Mensch sich als „existenziell bedroht“ wahr (Scherwath 2016, S.39f.). Die Fähigkeit, Bindung herzustellen, ist biologisch durch unser Streben nach Überleben gesichert. Der Mensch besitzt ein angeborenes Motivationssystem, welches ihm ermöglicht, in gefährlichen, unsicheren oder angst behafteten Situationen die Nähe zu einer bestimmten Person herzustellen, die ihm Sicherheit bietet. Säuglinge und Kleinkinder sind im besonderen Maße abhängig von einer schützenden und sicheren Versorgung durch Erwachsene. Die Suche nach Bindung ist demnach eine wesentliche Entwicklungsaufgabe des ersten Lebensjahres, da hier die Grundlagen für die Entwicklung des Bindungsverhaltens entwickelt werden (ebd.). Die Grundzüge der Bindungstheorie gehen im Wesentlichen auf John Bowlby zurück, der unter Berücksichtigung der Ethologie und Psychoanalyse eine neue Sichtweise auf die Mutter-Kind-Beziehung und deren Veränderung und Verstörung im Falle einer Trennung oder eines Verlustes begründete (vgl. Nowacki 2007, S.5). Sofern die Bedingungen für den Aufbau einer sicheren Bindung gegeben sind, entwickelt ein Kind ca. ab dem sechsten Monat Präferenzen hinsichtlich einer bestimmten Person, welche verfügbar ist und verlässlichen Schutz bieten kann. Bei Überforderung, Verunsicherung, Stress oder dem Kind unbekanntem bedrohlichen Situationen, wird das Bindungsverhaltenssystem des Kindes aktiviert und es sucht Schutz und Nähe (z.B. durch Weinen, Nachlaufen, Klammern) bei einer nahestehenden Bezugsperson. Jene unbekanntem oder bedrohlichen Situationen lösen in dem Kind einen extremen Stress aus, was zu einer Übererregung und dem aktivieren des Notfallprogramms führt. Dem Kind ist es nicht möglich, sich selbst aus der Situation zu befreien. Es benötigt in dieser Situation von seiner Bezugsperson eine positive, adäquate und prompte Resonanz bzw. Interpretation seiner Bindungsbedürfnisse, damit sein Bindungssystem und sein innerer Stress sich wieder regulieren können (vgl. Scherwath 2016, S.39f.). Mary Ainsworth, geb. Salter, erweiterte die Bindungstheorie nach Bowlby und beschreibt jene positive Resonanz als elterliche Feinfühligkeit gegenüber den kindlichen Bedürfnissen. Anhand der Qualität des elterlichen Pflege- und Antwortverhaltens bzw. der elterlichen Feinfühligkeit, entwickelt das Kind Bindungsqualitäten bzw. Bindungsmuster. Diesbezüglich lassen sich drei Bindungsmuster festhalten, die da wären, das sichere Bindungsverhalten, das unsicher- vermeidende Bindungsverhalten und das unsicher-ambivalente Bindungsverhalten (vgl. Bowlby 2018, S.8). Ein viertes Muster kann in Verbindung mit einer der zuvor genannten

Bindungsqualitäten auftreten. Es handelt sich um das desorganisierte/ desorientierte Bindungsverhalten, welches meist in Verbindung mit einem unverarbeiteten Trauma steht (vgl. Brisch 2015, S. 53). Erfolgt kein angemessenes Bindungsangebot oder erlebt es sogar abwertende, feindselige Reaktionen, bleibt der innerliche Stress des Kindes bestehen und das Kind „erlebt sich als vollständig ausgeliefert und wird von `fundamentalen Verlassenheits- und Vernichtungsängsten‘ überwältigt (Scherwath 2016, S.40). Es gelingt ihm dann nicht, die Bezugspersonen als „sicheren Hafen“ wahrzunehmen, sodass Gefühle der Angst und Erregung in ihrer Anwesenheit nicht reguliert werden können. Gerade traumatische Erlebnisse oder Bedrohungen, welche durch die Bezugsperson ausgelöst wurden, haben besonders gravierende Folgen für die gesamte Entwicklung, insbesondere die Bindungsentwicklung des Kindes (vgl. Scherwath 2016, S.41). Negative Erfahrungen wie diese, in denen Schutz und Sicherheit für das Kind nicht gegeben waren, beeinflussen und blockieren das Bindungsverhaltenssystem massiv, sodass Bindungsstörungen bzw. „organisierte Verhaltensstörungen in bindungsrelevanten Situationen“ (Brisch 2013 zit. nach Scherwath 2016 S. 41) die Folge sind. Aber auch die Trennung oder der Verlust der Bindungsperson können zu dauerhaften Störungen führen (vgl. Nowacki 2007, S.11). Im ICD 10 werden zwei Arten von Bindungsstörungen festgehalten. Zum einen wird hier die Reaktive Bindungsstörung (F94,1) beschrieben, welche sich durch ein diskrepantes Verhalten eines Kindes in unterschiedlichen sozialen Situationen äußert, sowie der Bindungsstörung mit Enthemmung (F 94,1). Letztere Bindungsstörung lässt sich durch ein wahlloses und/oder mangelndes festes Bindungsverhalten klassifizieren (vgl. Nowacki 2007, S.34).

Dissoziation

Im Zuge einer Traumatisierung, entwickelt das Kind Abwehrmechanismen, auch Copingmechanismen genannt, um sich vor zu vielen Emotionen und Körperwahrnehmungen zu schützen (vgl. Endres/ Moisl, 2002, S. 23). Eine der wichtigsten Copingmechanismen ist die Fähigkeit des Menschen, in einen dissoziativen Zustand zu verfallen. Der Zustand der Dissoziation kann während des traumatischen Geschehens, unmittelbar danach, aber auch in Vorbereitung auf zukünftige bzw. wiederkehrende Traumatisierungen eintreten (ebd.). Ein dissoziativer Zustand ist ein Mechanismus, bei dem das Kind die Kontrolle über sein eigenes Denken, Fühlen und Handeln verliert. Es ist ihm nicht möglich, auf seine bisherigen Strategien der Selbstkontrolle zurückzugreifen (vgl. Scherwath 2016, S.45). Ausgelöst wird ein solcher Zustand als eine Reaktion auf überwältigende, aber auch alltägliche Stresssituationen, lebensbedrohliche Zustände oder durch bestimmte Trigger Reize. Mit sogenannten Trigger Reizen sind hier Schlüsselreize bzw. Sinneseindrücke gemeint, die an das traumatische Erlebnis erinnern können und dadurch

ein Wiedererleben der damaligen Gefühle hervorbringen. Der Zustand der Dissoziation wird dabei als gesunder Schutzmechanismus genutzt, um die Psyche vor weiteren Traumatisierungen oder überwältigenden Stresseinflüssen zu bewahren (vgl. Kamala Friedrich 2014, S.13). Im Zuge der Dissoziation werden verschiedene Selbstanteile aufgespalten, sodass das Kind sich eine innere Wirklichkeit erschafft, die es möglich macht, auch bei wiederkehrenden Traumatisierungen das emotionale Überleben zu sichern (vgl. Weiß 2016, S.49). Während der Dissoziation sind die wichtigsten integrierenden Bewusstseinsfunktionen, wie das Gedächtnis, die Identität und die Wahrnehmung nicht miteinander verbunden und können somit nicht miteinander assoziiert werden. Dadurch wird das Erleben in einer psychisch konstanten Einheit mit sich selbst und seiner Umwelt zu sein, behindert. Gegenwärtige Wahrnehmungen und Emotionen werden während der Dissoziation von anderen psychischen Prozessen abgespalten (vgl. Kamala Friedrich 2014, S.15f.). Verfestigt sich die dissoziative Reaktion zu einer kontinuierlichen Bewältigungsstrategie, die immer wieder durch stressige oder traumatische Situationen ausgelöst werden muss, kommt es zu einer Zersplitterung des Selbst, sodass das Kind über „kein zusammenhängendes kohärentes Selbsterleben“ (Weiß 2016, S.50) verfügt, bzw. sich selbst nicht als Ganzes wahrnehmen kann. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn es sich um ein besonders komplexes und schwer überwältigendes Trauma handelt (ebd.). Des Weiteren besteht dadurch auch eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass die Dissoziation auch in weniger stressigen oder alltäglichen Situationen als Bewältigungsstrategie aktiviert wird (vgl. Kamala Friedrich 2014, S.30). Das Kind wirkt während einer Dissoziation wie erstarrt, als würde es vor sich hinträumen, nicht zuhören und/oder mit den Gedanken davon driften, es scheint nicht ansprechbar und nur körperlich anwesend zu sein. Andererseits können auch Verhaltensweisen wie Konzentrationsschwierigkeiten, Vergesslichkeit oder Impulsausbrüche ein Hinweis auf einen dissoziativen Vorgang sein (vgl. Scherwath 2016, S.44f.). Im Zuge einer traumasensiblen Arbeit ist es daher wichtig, jene Verhaltensweisen zu beobachten und gegebenenfalls aus der Sicht eines dissoziativen Vorganges umzudeuten.

Klassifikation von Traumafolgestörungen

Im ICD- 10 lassen sich unter den *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen* (F43,- ICD- 10) als direkte Folgen die akute Belastungsreaktion (F43.0), die Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1), sowie die Anpassungsstörung (F43.2) festhalten. Dabei gilt es sicherzustellen, dass die Störung ohne jenes belastende Ereignis bzw. den andauernden schädigenden Umständen nicht entstanden wäre. Insofern werden jene Störungen „[...] als Anpassungsstörungen bei schwerer oder kontinuierlicher Belastung angesehen [...] als sie

erfolgreiche Bewältigungsstrategien behindern und aus diesem Grunde zu Problemen der sozialen Funktionsfähigkeit führen².

Im Folgenden werden die akute Belastungsreaktion und die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) näher beschrieben.

Akute Belastungsreaktion F43.0, ICD- 10

In der Diagnostik wird eine akute Belastungsreaktion von einer PTBS unterschieden. Eine akute Belastungsreaktion tritt während des traumatischen Ereignisses auf und bleibt im Gegensatz zur PTBS nur wenige Stunden oder Tage akut. Sie ist nur von kurzer Dauer und kann durch den Selbstheilungsprozess des menschlichen Organismus verarbeitet werden, sofern ihm ausreichende Schutzfaktoren zur Verfügung stehen. Belastungsreaktionen äußern sich durch Symptome der Verstörung, einem Gefühl des betäubt seins, einer inneren Unruhe, Schlafstörungen oder einer für kurze Zeit andauernden Amnesie (vgl. Scherwarth 2016, S.26).

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) F43.1, ICD- 10

Wenn ein Kind nicht über ausreichende Schutzfaktoren verfügt und stattdessen die Risikofaktoren überwiegen und zu dem die Ereignisfaktoren relativ groß sind, kann es sein, dass der Körper mit der Verarbeitung des traumatischen Ereignisses überfordert ist. Kommt es zu einer solchen Überforderung, kann sich eine PTBS entwickeln (vgl. Zito 2010, S.128). Unter einer PTBS versteht man nach dem ICD- 10 „eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis“ (Dilling et al. 2014, S. 207). Die Symptome einer PTBS können in drei unterschiedliche Gruppen eingeteilt werden: Symptome des Wiedererlebens, der Vermeidung und der Übererregung (vgl. Garbe 2016, S.24f.). Die Symptome einer PTBS halten dabei mindestens einen Monat an und treten im Zeitraum von bis zu sechs Monaten nach dem traumatischen Ereignis auf (vgl. Dilling et al. 2014, S. 207). Das bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit besteht, dass Symptome einer vorherigen Belastungsreaktion vorerst zurück gehen, die traumatischen Erfahrungen jedoch nicht vollständig verarbeitet werden konnten bzw. verdrängt oder abgespalten wurden und durch bestimmte Reize oder Belastungen eine verzögerte PTBS auslösen können (vgl. Fischer /Riedesser 2009 und Scherwarth 2016, S.27).

Die Klassifizierungen von Traumafolgestörungen sind mittlerweile sowohl im ICD-10, als auch im DSM- IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) zu finden. Die Symptombeschreibungen können als hilfreiche Diagnosekriterien dienen und eine Orientierung bieten.

² Zitiert nach F43,- ICD- 10

Dennoch ist das Spektrum der Symptome und Phänomene, welche durch eine Traumatisierung ausgelöst werden, so vielseitig und komplex, dass jene Klassifizierungen bzw. Symptombilder diesen nicht vollständig gerecht werden können (vgl. Scherwarth 2016, S.25). Die Forderung eines nachweisbaren traumatisierenden Ereignisses, eines begrenzten Zeitfensters in dem die Symptome auftreten können, sowie einer sehr begrenzten Auflistung von Symptomatiken, kann der individuellen psychischen Realität von Kindern, welche frühe Traumatisierungen erlebt haben, nicht nachkommen (vgl. Garbe 2016, S.27). Dies stellt besonders für die Helfersysteme (Jugendhilfe, Ärzte, Therapeuten, Lehrer etc.) ein Problem dar, denn sie benötigen jene Beschreibungen, Begründungen und Anhaltspunkte im Umgang mit den oft widersprüchlichen und herausfordernden Verhaltensweisen des Kindes. Auch für die Rechtfertigung und Bewilligung weiterer Unterstützungsbedarfe und Anschlusshilfen, wären präzisere und zu treffendere Kriterien und Bedingungen einer Diagnose sinnvoll (vgl. Strauß 2012, S. 222).

Entwicklungstraumastörung

Um dem typischen Traumatisierungsmilieu, den Entwicklungsfolgen und unterschiedlichen Reaktionsmustern von Kindern nachkommen zu können, wird über eine Einführung einer „Entwicklungstraumastörung“ als Diagnose im ICD- 10 diskutiert (vgl. Garbe 2016, S.27f.). Jene Diagnose soll entwicklungspsychologische, aber auch neurobiologische Grundlagen und Zusammenhänge miteinschließen (vgl. Strauß 2012; S. 222 f.). Schellong fordere in diesem Sinne eine Klassifizierung der Diagnosen, welche die komplexen Folgen traumatischer Erfahrungen wiedergeben können. Nach ihm seien Entwicklungstraumastörungen als eine Unterkategorie von komplexen Traumafolgestörungen zu verstehen. Nur so könne man die diversen Folgeerscheinungen kindlicher Entwicklungstraumatisierungen erfassen (vgl. Schellong 2013 nach Garbe 2016, S.28):

3. Bedeutung und Auswirkungen von Traumafolgestörungen bei Kleinkindern in Inobhutnahme- Einrichtungen

Im Hinblick auf die Ausgangslage einer Inobhutnahme bzw. der Herausnahme aufgrund einer „Kindeswohlgefährdung“, ist davon auszugehen, dass die aufgenommenen Kinder größtenteils ein oder mehrere traumatische Erfahrungen erlebt haben. Inwieweit die Kinder nach ihrer Aufnahme tatsächlich belastet sind und was für Herausforderungen ihre Symptomatiken für den stationären Inobhutnahme-Alltag bedeuten, wird im Folgenden näher erläutert.

3.1 Derzeitige Situation von Kleinkindern in stationärer Inobhutnahme

Dem statistischen Bundesamt ist im Rahmen der Schutzmaßnahmen aus dem Jahre 2018 zu entnehmen, dass in Deutschland 5380 Inobhutnahmen von Kindern unter 3 Jahren und 3086 Inobhutnahmen von Kindern im Alter von 3-6 Jahren durchgeführt wurden. Davon sind 237 bzw. 15,7 % der Fälle von Kindern im Alter von 0- 6 Jahren Hamburg zu zuordnen (vgl. Statistisches Bundesamt 2019, S. 30 und S. 42). Anhand von Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe konnte außerdem festgestellt werden, dass die Unterbringungsform einer regulären Inobhutnahme- Einrichtung zunehmend auch für Kleinkinder in Betracht gezogen wird. So sei die Anzahl der Unterbringungen von Kleinkindern im Alter von 0-6 Jahren in eine Inobhutnahme- Einrichtung auffallend gestiegen. Hinsichtlich der Aufenthaltsdauer der Kleinkinder in Inobhutnahme- Einrichtungen, ließe sich feststellen, dass diese im Vergleich zu, der von älteren Kindern- und Jugendlichen, die meiste Zeit bzw. Dauer in Anspruch nehmen würde. So befänden sich Kleinkinder mittlerweile bis zu 30 Tage, mindestens jedoch bis zu 15 Tage in stationären Inobhutnahme- Einrichtungen. Mitunter könne sich jene Aufenthaltsdauer, aufgrund von noch zu klärenden bzw. ausstehenden Prozessen und Entscheidungen, bspw. durch gerichtliche Beschlüsse oder Familienpsychologische Gutachten, auf bis zu einem halben Jahr und länger hinziehen (vgl. Ziegenhain et al. 2014, S.251). Ergebnisse des Statistischen Bundesamtes bestätigten für das Jahr 2018, dass die Unterbringung im Zuge einer Inobhutnahme von Kleinkindern (unter 3 Jahre bis 6 Jahre) bei einem Großteil der Fälle eine Aufenthaltsdauer von 90 Tagen und mehr betrug (vgl. Statistisches Bundesamt 2019, S.13).

Aufgrund der belastenden Vorerfahrungen sind sie einem erhöhten Risiko ausgesetzt, Verhaltensstörungen oder psychische Symptome und Störungen zu entwickeln. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die in Obhut genommenen Kinder stark belastet bzw. traumatisiert sind und ein gestörtes Bindungs- und Beziehungsverhalten verinnerlicht haben (vgl. Ziegenhain et. al 2014, S. 248). So konnten Untersuchungen aus Deutschland und der Schweiz belegen, dass 75 Prozent der Kinder in stationären Einrichtungen traumatisiert sind (vgl. Weiß, 2016, S. 86). In den meisten Fällen handele es sich um beziehungsabhängige Traumata im Kontext einer Komplextraumatisierung (Trauma-Typ-II) (vgl. Ziegenhain, 2013, S. 31).

Des Weiteren konnte nachgewiesen werden, dass die Auftretenshäufigkeit einer desorganisierten/ desorientierten Bindung bei misshandelten Kindern um das Zwei- bis Dreifache höher ist als bei der Allgemeinbevölkerung. Auch in den kinderpsychiatrischen Praxen seien Bindungsstörungen hauptsächlich bei stark vernachlässigten und/ oder früh misshandelten Kindern diagnostiziert worden (vgl. Ziegenhain et al. 2014, S.252 f.)

3.2 Darstellung der unterschiedlichen Herausforderungen in der Arbeit

Im folgenden Abschnitt werden nun die unterschiedlichen Herausforderungen in der Arbeit einer Inobhutnahme-Einrichtung beschrieben, die durch die Traumafolgestörungen der Kleinkinder aufkommen können. Die Herausforderungen werden auf institutioneller, als auch auf pädagogischer Ebene näher erläutert.

3.2.1. Auf der Ebene der Institution

Die in 3.1 erwähnten Fakten zur Inobhutnahme von Kleinkindern verdeutlichen, dass sich die Verläufe der vorübergehenden Schutzmaßnahmen zwischen Kleinkindern und Jugendlichen stark unterscheiden. Allein die „Risikoabschätzung“ und Klärung der Krisensituation gestalten sich in einer Familie mit einem Kleinkind schwieriger, da im Interesse des Kleinkindes entschieden werden muss (vgl. Pothmann 2013, S.117). Im Hinblick auf die Finanzierung einer Inobhutnahme sei zudem eine überstürzte Weitervermittlung des Kindes und dessen Familie in eine nicht adäquate oder unzureichende Anschlusshilfe / Erziehungshilfe kostspieliger als ein verlängerter Aufenthalt in der Inobhutnahme- Einrichtung, um z.B. die weitere Hilfeplanung präziser und passender zu planen und nach den Bedürfnissen des Kindes auszurichten (vgl. Trenczek 2013, S. 28f.). Wie wir den im Punkt 3.1 aufgeführten Statistiken entnehmen können, nehmen die Schutzmaßnahmen und Hilfeplanprozesse aus diesem Grunde jedoch so einen langen Zeitraum in Anspruch, dass die Kinder teilweise einen erheblichen und prägenden Teil ihrer Lebens- und Entwicklungszeit, in einer Inobhutnahme- Einrichtung verbringen müssen (vgl. Petermann et al. 2014, S.129). Dies ist besonders für jüngere Kinder eine sehr belastende Situation. Der Leitgedanke der Einrichtung, dass traumatisierte Kinder in der Einrichtung zur Ruhe kommen, sowie Schutz und Geborgenheit erleben sollen, steht häufig in starker Diskrepanz zu den Bedingungen, die durch eine Krisenintervention und den Aufgaben einer Inobhutnahme-Einrichtung gegeben sind. So seien Bedingungen wie der stetige Wechsel an Kindern, bzw. die fehlende Beständigkeit einer Gruppenkonstellation, das unterschiedliche Alter der Kinder, in Verbindung mit deren individuellen teils selbst- und fremdgefährdenden Verhaltensweisen, sowie die wechselnden Bezugspersonen, aufgrund von einem in einem Schichtdienst arbeitenden Fachpersonal, eine große Herausforderung für die in Obhut genommenen Kinder (vgl. Petermann et al. 2014, S.129).

Durch eine Studie von Prof. Zitelmann, an der zwischen den Jahren 2005- 2007 218 Heime teilnahmen, um über die Praxis der Inobhutnahme- Einrichtungen aus allen Bundesländern zu berichten, konnte festgestellt werden, dass es in jeder zweiten Inobhutnahme- Einrichtung einzeln oder sogar dauerhaft zu Überbelegungen kam. Der Zustand der Überbelegung habe bei

den meisten Einrichtungen mehr als zehn Tage im Jahr bestand und rund jede zehnte Einrichtung teilte mit, dass die Kinder bis zu zwei Monate pro Jahr innerhalb dieser Überbelegung betreut werden. Vier dieser Einrichtungen waren ganzjährig überbelegt. Die Folgen einer überbelegten Gruppe äußerten sich durch fehlende Räumlichkeiten, aber auch einem Mangel an Personal (z.B. durch Überlastung und Krankheitsausfällen, fehlende Stellenbesetzungen etc.). Dies wirke sich auf die professionelle und individuelle pädagogische Betreuung der Kinder, sowie der angemessenen Klärung ihrer Hilfeverläufe aus (vgl. Zitelmann 2013, S.78).

Bei der Besetzung der Platzzahlen geht es der Institution hauptsächlich um den wirtschaftlichen Aspekt, dabei wird die Inobhutnahme pauschal oder als Tagessatz finanziert (vgl. Neumann-Witt 2013, S. 73). Die Inobhutnahme-Einrichtung steht dabei in der Pflicht, jederzeit aufnahmebereit zu sein. Die Einrichtung kann aus diesem Grunde auch keinen Einfluss auf die Gruppenkonstellation nehmen (vgl. Neumann-Witt 2013, S.65f). Daher setzt sich diese häufig aus Kindern zusammen, die einen besonders hohen Betreuungs- und Stabilisierungsbedarf haben, da sie sich in einer Krisen- und Notsituation befinden, welche sie selbst noch nicht nachvollziehen können. Viele der Kinder zeigen erst nach einigen Stunden oder Tagen ein auffälliges oder verstörtes Verhalten hinsichtlich ihrer erlebten Traumatisierungen. Die Qualifikationen der pädagogischen Fachkräfte dieser Einrichtungen sind laut Zitelmans Studie unterschiedlich und teilweise nicht ausreichend, um die geforderten Kenntnisse und Kompetenzen im Bereich der Krisenintervention vollständig aufzufangen. Laut der Studie seien sogar 15% der Befragten nicht akademisch ausgebildet. Zudem konnte anhand der Studie festgestellt werden, dass trotz der offensichtlich akuten Belastungssituation und den Traumatisierungen der Kinder, die Fachkräfte kaum Unterstützung durch Supervision oder Kinder- und Jugendpsychotherapeut/innen (KJP) erhalten. Die Zusammenarbeit mit einem/einer KJP sei eine Seltenheit. Dennoch sei festzustellen, dass jede zweite Fachkraft mitunter länger als fünf Jahre in der Einrichtung arbeitet und dadurch über ein breit gefächertes Erfahrungswissen verfügt. Allerdings macht Zitelmann deutlich, dass diese Bedingungen dem fachlichen Mindeststandard einer Notunterkunft für schwer traumatisierte Kinder, dessen Ziel die Krisenintervention beinhaltet, nicht gerecht werden können (vgl. Zitelmann 2013, S.79).

3.2.2. Auf der Ebene der pädagogischen Arbeit

Die Situation einer Inobhutnahme stellt somit eine besondere Herausforderung für die pädagogische Arbeit dar, da sie als eine Art Zwischenlösung dient und sich die Kinder „[...] in einem sehr verunsichernden Zustand der Vorläufigkeit [...]“ (Zitelmann, 2013, S.75) befinden. Die Fluktuation der Kinder hat einen großen Einfluss auf die Gruppenkonstellation und deren

Dynamik. Die pädagogischen Fachkräfte sind somit ständig damit konfrontiert, die Bedürfnisse der neu dazu gekommenen Kinder zu erkennen und zu berücksichtigen, gleichzeitig müssen sie jedoch, die sich ständig mit verändernde Gruppendynamik im Blick behalten und ggfs. lenken und auffangen (vgl. Neumann-Witt 2013, S. 71). Dies kann einen hohen Arbeitsaufwand in Anspruch nehmen, da die Fachkräfte in der pädagogischen Arbeit gezwungen sind, mit der Gruppe und den jeweiligen Kindern immer wieder neu anzufangen. Die pädagogische Arbeit erfordert daher viel Flexibilität, Empathie und Belastbarkeit seitens der pädagogischen Fachkräfte (vgl. Neumann-Witt 2013, S.65f.).

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Inobhutnahme an sich, für die Kinder eine hoch belastende Situation darstellt. Die Trennung von den Eltern beinhaltet einen schmerz erfüllten Bindungsabbruch, denn trotz einer gefährdenden und mangelnden Versorgung waren die Eltern dennoch die primären Bezugspersonen der Kinder. Hinzu kommt der erneute Stress und die Angst, der neuen Situation ausgeliefert zu sein, da sie nicht einschätzen können, was sie erwartet und wer in Zukunft jene Bindungsbedürfnisse erfüllen wird (vgl. Schleiffer 2015, S.11). Die Kinder benötigen eine alternative Bindungsperson, um ihren inneren Stress regulieren zu können. Die Gegebenheiten des Schichtdienstes in einer solchen Einrichtung, in der das Personal ständig wechselt, machen es für ein Kind jedoch besonders schwer, verlässliche Beziehungs- und Bindungserfahrungen zu erleben. Die Wahrscheinlichkeit liegt daher nahe, dass ein langfristiger Aufenthalt in einer Inobhutnahme- Einrichtung bei jüngeren Kindern eine (Re-)Traumatisierung auslösen könnte (vgl. Petermann et al. 2014, S.129).

Traumafolgestörungen haben bei den Kindern häufig gravierende Auswirkungen auf die Selbstregulation und Verhaltenssteuerung, was im Alltag einer stationären Einrichtung bzw. einer Inobhutnahme- Einrichtung zu Problemen führen kann (vgl. Schmid 2013, S.58). Besonders in der impliziten und expliziten Emotionsregulation weisen traumatisierte Kinder extreme Schwierigkeiten auf. „Durch die Konditionierung von traumatischen Ereignissen mit Umgebungsbedingungen und durch die aufgrund der im Rahmen der dissoziativen Reaktion beeinträchtigten kognitiven Verarbeitung und mangelnden biografischen Einordnung der traumatischen Ereignisse lösen viele neutrale Reize, die mit dem traumatischen Ereignis assoziiert werden, heftige Emotionen aus“ (Schmid 2013, S.60). Ihre Frustrationstoleranz ist sehr gering, infolgedessen werden bereits bei kleinen Anforderungen und Misserfolgen, die durch die Traumatisierung häufig genutzten Notfallreaktionsmuster von Kampf, Flucht und Dissoziation aktiviert. Die Kinder stehen dadurch unter einer dauerhaften Anspannung und einem inneren Stress. Gleichzeitig ist das Bindungssystem aktiviert und äußert sich anhand eines „widersprüchlichen und dysfunktionalen Beziehungsverhalten“ (Besser 2013, S.49f.). Die

Regulationsschwierigkeiten beeinflussen somit auch das Bindungs- und Beziehungsverhalten der Kinder maßgeblich. Viele der Kleinkinder in Inobhutnahme- Einrichtungen zeigen ein hochunsicher- desorganisiertes Bindungsverhalten und starke Bindungsstörungen (vgl. Ziegenhain 2014, S.252). Dadurch ist es für die pädagogischen Fachkräfte schwer, die Bindungsbedürfnisse der Kinder zu erkennen und einen positiven Kontakt herzustellen (vgl. Schmid 2013, S.59). Das Verhältnis von Nähe und Distanz bei jenen Kleinkindern zeigt sich in einem ständig wechselnden und widersprüchlichen Verhalten zwischen einem „distanzgemindertem und abweisendem, bzw. auffällig angepasstem und oppositionellen Verhalten“ (Besser 2013, S.49f.).

Im Alltag zeigen die Kinder deutlich, wie sehr sich das Gehirn bereits anhand der bisher traumatischen Erlebnisse und Erfahrungen verknüpft und strukturiert hat. Obwohl es sich noch in der Entwicklungsphase befindet, ist auch die Persönlichkeitsentwicklung bereits durch das Streben nach Überleben und der damit einhergehenden notgedrungenen Anpassung an Gewalt geprägt. Diese bereits fest verankerten Gehirnstrukturen beeinflussen „die Wahrnehmung, das Denken, Gefühle, Körperreaktionen, Lern-, Leistungs- und Beziehungsverhalten“ (Besser 2013, S.49). Die Kinder erleben sich häufig als hilflos und ausgeliefert. Sie geraten in Zustände, in denen sie sich nicht rühren, wehren oder reagieren können (dissoziative Zustände) und haben ein verzerrtes bzw. verändertes Schmerz- und Körperempfinden. Des Weiteren neigen sie zu spontanen und aggressiven Impulsausbrüchen. Jene Gefühle und Verhaltensweisen treten häufig sehr plötzlich und ohne direkt erkennbare Gründe auf. Dies beeinträchtigt die Kinder deutlich im Alltag, da sie sich ihr Verhalten und ihre Gefühle meist selbst nicht erklären und benennen können, bzw. die Gründe dafür nicht zuordnen können (vgl. Besser 2013, S.49f.). Sie haben kaum Zugang zu diesen Gefühlen, da sie gelernt haben ihre Gefühle zu unterdrücken und auszublenden. Hinzu kommt, dass die gehäufte Konfrontation mit den Emotionen eine Abgestumpftheit und emotionale Leere in den Kindern verursacht (vgl. Schmid 2013, S.60). Für die pädagogischen Fachkräfte ergibt sich daraus die Herausforderung, jene Verhaltensweisen zu analysieren und die jeweiligen Bedürfnisse zu ergründen, um auf diese angemessen reagieren zu können. Häufig kommt es jedoch, aufgrund von Personalmangel dazu, dass die pädagogischen Fachkräfte diesen Anforderungen im Einzeldienst nachkommen müssen. Diese Tatsache verursacht bei den pädagogischen Fachkräften häufig eine Grundbelastung und ein Gefühl, aufgrund des zunehmenden Zeitdrucks den Kindern in ihrer Individualität und ihren unterschiedlichen Bedürfnissen nicht mehr gerecht werden zu können (vgl. Lang, 2013, S.127 ff.).

3.3 Bedarfe der traumatisierten Kleinkinder

Die Bedingungen einer Inobhutnahme, welche von konstanter Unruhe und Unsicherheit geprägt sind, seien für Kinder, die eigentlich eine Beständigkeit im Alltag sowie sichere pädagogische Rahmenbedingungen brauchen, fatal (vgl. Neumann-Witt 2013, S.65f.). Dennoch verlieren die Kinder nicht ihren Drang sich weiterzuentwickeln. Sie passen sich den Situationen an und entwickeln sich anhand des Umfeldes, was ihnen zur Verfügung steht (vgl. Brötz 2013, S.130). Daher ist die Ermittlung ihrer Bedarfe ein wesentlicher Bestandteil für die pädagogische Arbeit. Unter Berücksichtigung der Psychotraumatologie wurden gezielt Bedarfe formuliert und Möglichkeiten erarbeitet, um Kinder im Rahmen der Traumapädagogik im Alltag, aber auch in Einzelkontakten zu unterstützen:

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

In der Arbeit mit traumatisierten Kindern geht es also hauptsächlich „um die Bewältigung von Trauer und Depression, Wut und Aggression und die Überwindung von Verzerrungen der Selbst- und Fremdwahrnehmung [...]“ (Wagner 2013, S. 94). Daher sollte der Schwerpunkt in der Begleitung von traumatisierten Kindern darin liegen, ihnen Handlungsalternativen und Möglichkeiten der Kontrollerfahrung und Selbstregulation anzubieten. Des Weiteren sollte ihnen die Möglichkeit gegeben werden, verlässliche Beziehungen innerhalb einer sicheren Umgebung erfahren zu können. „Dadurch entsteht Stabilität, die immer daran messbar ist, ob das Auslösen einer Notfallreaktion verhindert oder reguliert werden kann“ (Handke 2012, S. 201)

4. Leitlinien und Methoden der traumapädagogischen Arbeitsweise

In diesem Kapitel werden nun die Grundlagen einer traumapädagogischen Arbeitsweise benannt. Des erfolgt ein Einblick in die Methoden der Traumapädagogik, um daraufhin im Kapitel 5 einen praktischen Bezug zu diesen herzustellen.

4.1 Relevanz des Traumawissen

Wie in Kapitel 3.1 und 3.2 angeführt, weisen Kinder in stationären Einrichtungen zahlreiche Problemlagen, sowie Symptome von Traumafolgestörungen auf. Zurückzuführen ist die Mehrheit dieser langfristigen Traumafolgestörungen auf Misshandlungs-, Vernachlässigungs- und /oder Missbrauchserfahrungen innerhalb der Familie oder der häuslichen Umgebung. In den vorangegangenen Punkten 3.2.1 und 3.2.2 stellten sich die verschiedenen, aus den Problemlagen und psychischen Belastungen der Kinder resultierenden Herausforderungen für die Mitarbeitenden der Einrichtung, besonders jedoch für die pädagogischen Fachkräfte heraus. Die pädagogischen Fachkräfte einer solchen Einrichtung werden täglich mit herausfordernden fachlichen Anforderungen im Bereich der Traumarbeit konfrontiert, auf die sie jedoch im Zuge der Ausbildung nicht oder nur ungenügend vorbereitet wurden (vgl. Weiß 2016, S.86). Dabei sei die Notwendigkeit einer traumasensiblen Konzeption in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mittlerweile eindeutig und als diese auch in der Öffentlichkeit durch Forschungen und Praxiserfahrungen anerkannt (vgl. Gahleitner 2013, S.47). Die Arbeit mit traumatisierten Kindern unterscheidet sich stark von der mit nicht traumatisierten Kindern. Zweifellos sei eine psychotherapeutisch orientierte Pädagogik unverzichtbar, um den psychisch hoch belasteten Kindern gerecht werden zu können. Der fachliche Anspruch an die pädagogischen Fachkräfte bewegt sich dabei immer in einem Spannungsverhältnis zwischen der pädagogischen und einer therapeutischen Arbeit, wobei hier klare Grenzen gezogen werden müssen. So liegt es in dem Aufgabenschwerpunkt der pädagogischen Fachkräfte, eine Vermittlung zwischen der Außenwelt und der Innenwelt des Kindes zu begünstigen, sowie das emotionale Erleben des Kindes wahrzunehmen und im eigenen pädagogischen Handeln zu berücksichtigen (vgl. Wagner 2013, S.94f.). Eine Therapie durch psychiatrische und ärztliche Unterstützung kann jedoch nicht durch die Traumapädagogik ersetzt werden. Es sind unterschiedliche Fachdisziplinen, die einander ergänzen und die Traumabearbeitung und deren Bewältigung gemeinsam unterstützen sollen. Für die Begleitung von traumatisierten Kindern ist es daher wichtig, dass alle Lebensbereiche und das ganze Umfeld mit einbezogen werden. So benötigen Kinder für die Traumabearbeitung „einen Raum stabiler Beziehungen, soziale Teilhabe und eine Gesellschaft und Politik, die bereit sind sich mit den Ursachen und den Auswirkungen von Gewalt auseinanderzusetzen“ (Weiß 2013, S.14). Denn die Traumatisierung von Kindern ist auch als soziales Phänomen zu betrachten und beinhaltet eine politische Relevanz. Es kann davon ausgegangen werden, dass Kinder die in sozial schwächeren und/oder verwundbareren Gruppen aufwachsen, aufgrund dessen und im besonderen Maße einem Risiko ausgesetzt sind, eine traumatische Erfahrung zu erleben (vgl. Dörr 2013, S.14f.).

Das Fallverstehen wäre ohne einen traumapädagogischen Ansatz bzw. dem Wissen darüber, sehr begrenzt. Dadurch kann ein Gefühl der Hilflosigkeit bei den Mitarbeitenden auftreten, dies wiederum hat einen negativen Einfluss auf die adäquate Betreuung der Kinder. Die Hilflosigkeit bezüglich des Fallverstehens behindert zudem die Zusammenarbeit mit dem Kind, den Eltern, dem Jugendamt und ggfs. den KJP. Eine angemessene Hilfeplanung kann durch falsche Empfehlungen behindert werden und das Kind wird dem Risiko von scheiternden Folgemaßnahmen in der Jugendhilfe, mit weiteren Bindungsabbrüchen und dem Gefühl der Unsicherheit und Enttäuschung ausgesetzt. Hinzu kommt die Gefahr der Delegation von Verantwortung und Zuständigkeiten zwischen den involvierten Fachprofessionen (vgl. Bohnstengel 2013, S. 155f.).

Traumatisierte Kinder brauchen Alltagsstrukturen, die ihnen, aber auch den Fachkräften eine gewisse Verhaltenssicherheit bieten können (vgl. Wagner 2013, S.94f.). Sie brauchen ein gesundes Umfeld und eine stabile Gruppe, um die schmerzlichen Erfahrungen zu verarbeiten (vgl. Weiß 2013, S.15).

4.2 Was versteht man unter Traumapädagogik

Unter dem Begriff Traumapädagogik wird ein pädagogisches Konzept verstanden, welches sich vor allem in der Praxis der stationären Kinder- und Jugendhilfe entwickelt hat (vgl. Denner 2013, S.5). Ziel der Traumapädagogik ist es, mithilfe von bewährten pädagogischen Konzepten sowie aktuellen Erkenntnissen aus den Bereichen der Psychotraumatologie und Entwicklungspsychologie, Kindern, welche Vernachlässigungs-, Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen erlebt haben, eine Möglichkeit zur sozialen Teilhabe zu ermöglichen (vgl. Denner 2013, S.5). Ein weiterer Schwerpunkt der Traumapädagogik liegt in der Förderung der Selbstkontrolle und der Erfahrung von Selbstwirksamkeit, sowie der Sicherstellung eines „sicheren“ und gewaltfreien Ortes (vgl. Handke 2012, S. 199). Um dies zu erreichen, werden durchgängig Aspekte der Psychotraumatologie bei der Begleitung der traumatisierten Kinder angewendet. Unter dem Begriff der Psychotraumatologie versteht man die Lehre über die Auswirkungen von psychischen Traumata auf die Entwicklung und den Verlauf von Verhaltensauffälligkeiten sowie psychischen und psychosomatischen Störungen und Krankheiten (vgl. Fischer und Riedesser 2009, S.17). Der Grundsatz des Konzeptes besteht darin, dass ein vertieftes Wissen über Trauma und Traumafolgestörungen die Mitarbeitenden beim Verstehen der Verhaltensweisen der Kinder unterstützen soll, um daraufhin ein besseres Verständnis für die jeweiligen Bedürfnisse zu gewinnen. Grundlegend für die Traumapädagogik ist, dass sowohl das Erleben der Fachkräfte, sowie die Stärkung derer Selbstwirksamkeit und die Strukturen der Einrichtung in das Konzept mit einbezogen werden. Außerdem ist es für das Konzept von Bedeutung, dass die

Bedürfnisse der Kinder aus der vorherigen, traumatisierenden Umwelt abgeleitet werden können. Dies bedeutet, dass den schwierigen, eventuell traumatisierenden Erfahrungen aus der Vergangenheit neue, förderliche Erfahrungen gegenübergestellt werden. Aus der Unberechenbarkeit von Situation, denen sie zuvor ausgesetzt waren, wird so bspw. Transparenz und Berechenbarkeit, aus der Geringschätzung hingegen Wertschätzung und aus der Ohnmacht, wenn andere über einen bestimmt haben, Partizipation (vgl. Schmid 2013, S. 56f.). Die Ergebnisse aus dieser Gegenüberstellung von Aspekten aus einem traumatisierenden Umfeld und einem förderlichen, traumapädagogischen Umfeld, lassen sich in den von der Bundesarbeitsgemeinschaft (= BAG) Traumapädagogik erarbeiteten Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe wiederfinden.

4.3 Traumapädagogische Grundhaltung

Unter Einbezug der Erkenntnisse aus der Psychotraumatologie und dem nicht außer Acht lassen von Ressourcen, der Resilienz und der entwickelten Bewältigungsstrategien der Kinder, ergeben sich fünf Handlungsansätze für die Grundhaltung des Personals im Umgang mit traumatisierten Kindern. Der erste Handlungsansatz ist dabei die Annahme des guten Grundes. Dies bedeutet, dass jegliche Verhaltensweisen, die von den Kindern an den Tag gelegt werden, im Kontext ihrer Biografien einen Sinn ergeben und als Überlebensstrategien betrachtet werden müssen. Dementsprechend sollten die Fachkräfte diesen Verhaltensweisen wertschätzend entgegenreten und den Kindern die Möglichkeit geben, ihr Verhalten im Zusammenhang mit der eigenen individuellen Notwendigkeit und dem darin sich spiegelnden Bedürfnis zu reflektieren und sie dabei unterstützen alternative Verhaltensweisen zu entwickeln (vgl. BAG- TP 2013, S.86f.). Als zweiter Handlungsansatz gilt die Wertschätzung. Generell leiden traumatisierte Kinder aufgrund des wiederholten Durchlebens von Situationen, die von Ohnmachtsgefühlen und Hilflosigkeit geprägt sind, unter einem mangelnden Selbstwertgefühl und einer mangelnden Selbstwirksamkeit. Dementsprechend sollte den Kindern vermehrt die Chance gegeben werden, positive Erfahrungen in Bezug auf das eigene Selbst, seine Stärken und Fähigkeiten, sowie dem eigenen Handeln zu ermöglichen, um sich selbst schätzen zu lernen. Um diesen Prozess zu unterstützen, sollte auch das Personal den Kindern wertschätzend gegenüberreten (vgl. BAG-TP 2013, S. 87f.). Darauf aufbauend folgen der dritte und der vierte Handlungsansatz: Die Partizipation und die Transparenz. Um dem, in der Vergangenheit erfahrenen Kontrollverlust entgegenzuwirken, ist es von Bedeutung, dass die Kinder im Sinne der Partizipation sowohl Autonomie, als auch die eigene Kompetenz und Zugehörigkeit erfahren, um so unter Berücksichtigung ihres Entwicklungsstandes aktiv an der Gestaltung des eigenen Lebens

teilnehmen und einen transparenten Umgang mit Strukturen und Macht erleben zu können. Damit diese Transparenz innerhalb des sicheren Ortes geschaffen werden kann, wird in dem Konzept der Traumapädagogik darauf geachtet, dass eine Berechenbarkeit sichergestellt wird und darüber hinaus die Kinder die permanente Möglichkeit haben, Nachfragen zu stellen und Antworten darauf bekommen, wann etwas, wo passiert und vor allem warum und wie. Durch diese Transparenz wird den Kindern ein Erklärungsansatz angeboten, um ihr eigenes Verhalten besser nachvollziehen zu können (vgl. BAG- TP 2013, S. 88f.). Als letzter Handlungsansatz in Bezug auf die Grundhaltung gilt der Aspekt Spaß und Freude. Dieser besagt, dass viele positive Erfahrungen viele belastende Erfahrungen tragen. In der Praxis mit traumatisierten Kindern bedeutet dies, dass versucht wird, durch das Erfahren von Freude und Spaß eine Möglichkeit zu finden, ein Gegengewicht zu den bereits belastenden Erlebnissen zu formen und somit die Resilienz zu stärken (vgl. BAG-TP 2013, S. 89).

Zu den benannten Handlungsansätzen ist außerdem die Schaffung eines sicheren Ortes für die Arbeit mit traumatisierten Kindern unabdingbar. Jener Ort muss gewährleisten, dass die Kinder sich sicher und geborgen fühlen, damit sie in der Lage sind, ihre Schutzmechanismen zu lösen (vgl. Schmid 2013, S.57). „Hierzu gehören der Schutz vor weiteren Traumata und Retraumatisierungen – also auch Formen der Gewaltprävention, ferner die Schaffung eines unterstützenden Milieus durch die Bezugspersonen und Institutionen“ (Strauß 2012, S. 223). Es sei daher grundlegend, dass die traumapädagogischen Standards mit der dazugehörigen Grundhaltung in der kompletten Einrichtung, also in allen Bereichen und gegenüber jeder darin beteiligten Person angewendet werden (vgl. Lang et al. 2013, S. 14). Denn „ohne einen äußeren Sicherer Ort kann kein innerer Sicherer Ort entstehen“ (Uttendörfer 2009, zit. nach Scherwath 2016, S.74).

4.4 Methoden der Traumapädagogik

Für traumatisierte Kinder, die in stationären Inobhutnahme- Einrichtungen aufgenommen werden, dienen die verinnerlichteten Traumafolgestörungen und Verhaltensweisen als eine Art Überlebensstrategie in ihren bisherigen Lebenslagen. Sie bleiben so lange als unbewusste Überlebensstrategien vorhanden und werden wiederholt beansprucht, bis das Kind nicht mehr das Gefühl hat einer bedrohenden Situation ausgesetzt zu sein. Sofern das Kind sich selbst als „dauerhaft sicher“ erlebt, ist es ihm möglich, sich von bisherigen Verhaltensweisen zu lösen. Es braucht jedoch viel Zeit, bis das Kind dieses Vertrauen in seine neue Umgebung und den darin agierenden Menschen entwickeln kann. Um diesen Prozess möglichst zielführend zu begleiten, orientieren sich die Methoden und Konzepte der Traumapädagogik an dem individuellen Erleben dieser Kinder. Ihre eigenen Realitäten und Verhaltensweisen werden ernst genommen und

„[...] als Ausdruck lebensrettender Kompetenzen“ (Baierl 2014, S.80) gewürdigt. Traumapädagogische Methoden sollen den Kindern zu einer psychischen und sozialen Stabilisierung verhelfen, ihnen einen Zugang zur sozialen Teilhabe ermöglichen und ihnen Möglichkeiten der Selbstfindung schaffen, in denen sie ihr eigenes Verhalten reflektieren und Lösungsstrategien entwickeln und erproben können. Traumapädagogische Methoden verfolgen einen „stabilisierenden Umgang mit traumatischen Erinnerungsebenen, wie z.B. Rückblenden und traumatischen Übertragungen [...]“ (Weiß 2016, S.87).

5. Möglichkeiten und Grenzen der Umsetzung traumapädagogischer Arbeit im Kleinkinderbereich von Inobhutnahme- Einrichtungen

Nach Darlegung der gesetzlichen Rahmenbedingungen einer stationären Inobhutnahme, der Vorstellung verschiedener Modelle zur Krisenunterbringung, sowie der Erläuterung von fachlichen Grundlagen der psychischen Traumatisierung im Kindesalter, der Bedeutung und Auswirkungen von Traumafolgestörungen bei Kleinkindern in Inobhutnahme Einrichtungen und der Leitlinien und Methoden der traumapädagogischen Arbeitsweise sollen nun die Möglichkeiten und Grenzen in der Umsetzung traumapädagogischer Arbeit im Kleinkindbereich von Inobhutnahme-Einrichtungen abgewogen werden.

5.1 Anhand von traumapädagogischen Methoden

Im Folgenden werden drei Methoden der Traumapädagogik vorgestellt, um anhand dieser die Möglichkeiten und Grenzen der Umsetzung einer traumapädagogischen Arbeitsweise in einer Inobhutnahme-Einrichtung näher zu betrachten.

5.1.1 Bindungspädagogik

Wie im Kapitel 2.6 im Hinblick auf Bindungsstörungen erläutert wurde, nimmt das Bedürfnis nach Bindung einen Schwerpunkt in der gesunden Entwicklung eines Menschen ein. Kinder, die in einer stationären Inobhutnahme- Einrichtung aufgenommen werden, haben größtenteils Bindungstraumatisierungen erlebt. In ihrem bisherigen Leben haben sie für einen langen ungewissen Zeitraum wiederholt die Erfahrung gemacht, dass ihre Bindungsbedürfnisse von ihren Bezugspersonen nicht feinfühlig, teilweise sogar gewalttätig oder zerstörend beantwortet wurden. Sie leiden unter einer starken Angst, während ihr Bindungssystem verstärkt aktiviert ist. Jene Angst begleitet die Kinder in jeglichen bindungsrelevanten Situationen. Wenn ein Kind jedoch ein verunsichertes Gefühl oder eine Angst gegenüber der Bezugsperson empfindet, ist es für Lernprozesse emotional und kognitiv eingeschränkt, sodass die weitere Entwicklung davon beeinträchtigt wird. Im Hinblick auf Bindungsbeziehungen ist die primäre Aufgabe der

Pädagogik demnach, das Angstempfinden des Kindes abzubauen und ein Sicherheitsgefühl durch die verlässliche Präsenz einer Bezugsperson aufzubauen (vgl. Brisch 2013, 150 f.). Die Bindungspädagogik beschreibt demnach eine positive Beziehungsgestaltung zwischen den pädagogischen Fachkräften und Kindern unter Berücksichtigung ihrer bisherigen Bindungserfahrungen (vgl. Lang 2013, 187).

Traumatische Übertragung:

Für die Beziehungsgestaltung ist zu beachten, dass die Bindungserwartungen, die die Kinder an ihre neuen Interaktionspartner stellen, sowie deren Beziehungsgestaltung maßgeblich durch das innere Arbeitsmodell, welches die Kinder anhand ihrer bisherigen Bindungserfahrungen verinnerlicht haben, beeinflusst werden. Beziehungsabhängige traumatische Erfahrungen, die die Kinder durch emotionale oder physische Misshandlung, sexuelle Gewalt oder Vernachlässigung erlebt haben, werden durch das Kind auf die pädagogische Fachkraft und die anderen Kinder aus der Gruppe übertragen (vgl. Lang 2013, S.192f.). Jene Erfahrungen sind häufig durch hoch-unsichere oder/und desorganisierte Bindungsmuster gekennzeichnet. Die räumlich veränderte Lebenssituation bietet den Kindern nun zwar Schutz und Sicherheit, dennoch bleibt die Beziehung zu der pädagogischen Fachkraft immer von der „Präsenz der Täter und der Präsenz des traumatischen Geschehens“ (Lang 2013, S.193) beeinflusst. Die Kinder befinden sich damit in einem inneren Konflikt, zwischen den negativen Bindungserfahrungen aus ihrer Vergangenheit, welche tief verinnerlicht sind und andererseits dem Angebot einer fürsorglichen, stabilen und haltgebenden Bindung, jedoch mit der Angst vor einer erneuten Verletzung. Dieser Konflikt der Kinder sei laut Lang das zentrale Thema für die Gestaltung von Beziehungen (vgl. Lang 2013, S.194).

Gegenübertragung:

Die traumatische Übertragung der Kinder (z.B. durch problematische Verhaltensweisen des Kindes in bindungsrelevanten Situationen) löst wiederum bei der pädagogischen Fachkraft eine traumatische Gegenübertragung oder Gegenreaktion aus. In der pädagogischen Fachkraft lösen diese Übertragungsbeziehungen häufig eine Reihe von unbewussten überwältigenden Gefühlen aus. Als Gegenübertragung bzw. Gegenreaktion werden demnach zum einen die Reaktionen der pädagogischen Fachkräfte gefasst, welche im Zuge der Übertragung durch die Kinder hervorgerufen werden, zum anderen gehören jedoch auch die von den pädagogischen Fachkräften entwickelten Anpassungsstrategien für den Umgang mit bzw. als Reaktion auf den/die problematischen Verhaltensweisen der Kinder zu einer Gegenreaktion dazu (vgl. Lang 2013, S.194f.). Laut Lang sei es außerdem von Bedeutung zu wissen, dass positive und liebevolle

Intentionen und Beziehungsangebote der pädagogischen Fachkräfte die Kinder oft verunsichern, sie daraufhin fehlinterpretiert werden und ihnen eine feindselige Absicht unterstellt wird. Diese Unterstellungen rufen wiederum bei den pädagogischen Fachkräften ungewöhnliche Reaktionen hervor, was daraufhin bei den Kindern eine Wiederholung der vorherigen Beziehungsmuster der Täter-Opfer-Beziehung auslösen kann. „Ärger, Wut, Verzweiflung sowie Hilflosigkeit und Ohnmacht werden dadurch verstärkt, dass durch die hoch-unsicheren Bindungen der Mädchen und Jungen – durch ihre „Nichtbindungen“ - die PädagogInnen sehr wenig Anerkennung, Wertschätzung oder Wohlwollen zurückbekommen“ (Lang 2013, S. 195). Dieses Spannungsverhältnis verdeutlicht, dass auch die pädagogischen Fachkräfte ihre Bindungserfahrungen auf die Interaktion mit den Kindern übertragen und ihre Reaktionsmuster bei Stress- und Belastungssituationen ein Ausdruck individuell erfahrener Anpassungsstrategien sind (vgl. Lang 2013, S. 196).

Bindungsorientierte Kommunikation und Intervention zwischen Kind und pädagogischer Fachkraft

Kinder, die unter anderem in einer Inobhutnahme- Einrichtung aufgenommen werden, sind geprägt von ihren negativen Erfahrungen in Bindungsbeziehungen. Eigene Interpretationen über die Intentionen des Handelns von pädagogischen Fachkräften, wie bspw., dass diese ihnen etwas Böses wollen und sie nicht versorgen, behüten, beschützen und wertschätzen werden, sind dem Kind vertraut und geben ihm zusammen mit den individuellen Anpassungsstrategien vorerst Sicherheit (vgl. Lang 2013, S. 198). Um eine „Entängstigung“ durch die Beziehungsarbeit ermöglichen zu können, ist es wichtig, sich über die Steuerungssysteme in unserem Gehirn und unseren Nervensystemen bewusst zu werden, siehe hierzu Punkt 2.5. Der Mensch achtet bei Gefahr oder Unsicherheit ganz besonders auf die Körperhaltung, den Gesichtsausdruck und die Stimmlage seines Gegenübers oder seiner Bezugsperson. Dies hilft uns die Situation, gegebenenfalls die Gefahr, besser einzuschätzen. Kinder die Bindungstraumatisierungen erlebt haben, reagieren besonders sensibel auf nonverbale Interventionen. „Es gehört zu ihren Überlebensstrategien, gut zu beobachten und Signale drohender Gefahr oder Abwertung früh zu erkennen“ (Lang 2013, S. 200). Daher bietet eine nonverbale Interaktion (wie zum Beispiel, ein freundlicher Blickkontakt oder unterstützendes Kopfnicken) die Möglichkeit, auf subtile Art und Weise den Kindern Halt und Sicherheit zu vermitteln. Im Hinblick auf ihre zuvor erlernte Hilflosigkeit und ihrem negativ erfahrenen und verinnerlichten Selbstbild (siehe dazu 3.2. und 3.2.2.), kann eine nonverbale Interaktion eine positiv prägende Beziehungserfahrung darstellen.

Anhand eines organisatorisch und konzeptionell verankerten Bezugsbetreuer*Innensystems, kann dem Kind das Gefühl von Verlässlichkeit und Vertrauen nähergebracht werden. Dies bedeutet, dass dem Kind eine Bezugsperson zur Verfügung steht, welche für seine Anliegen zwecks weiterer Hilfeplanung, Fragen und Klärungen der zukünftigen Perspektive zuständig ist. Das Kind erlebt hierdurch ein Gefühl von Sicherheit, Klarheit und Transparenz, da es weiß, dass es sich mit jeder Frage an diese Person wenden kann. Wünschenswert seien laut Lang regelmäßige Einzelkontakte zwischen der Bezugsbetreuung und dem Kind, um dessen Bindungsbedürfnisse nachkommen zu können, sowie seine Individualität, insbesondere sein Selbstbewusstsein, seine Ressourcen und Fähigkeiten zu stärken. Auch die anderen pädagogischen Fachkräfte können dem Kind, durch individuelle Rituale im Alltag und dadurch entstehende Einzelkontakte, die Erfahrung von verlässlichen Bezugspersonen ermöglichen (vgl. Lang 2013, S.201). In einer Inobhutnahme- Einrichtung für Kleinkinder können jene Einzelkontakte bspw. durch kleine Ausflüge (z.B. dem Einkaufen gehen) oder auch durch das gemeinsame Basteln, sowie dem zu Bett bringen (z.B. bei einer Buchbetrachtung oder Gespräche über den Tag) stattfinden. „Die Kinder brauchen stets die Erfahrung, dass die gemeinsame Zeit nicht der Befriedigung der Bedürfnisse der Erwachsenen gilt, die Zeit, das Lachen, das gemeinsame Tun, das Nachfragen, das eigene Erzählen geschieht um ihrer selbst willen“ (Lang 2013, S.201). Eine Voraussetzung ist hierbei jedoch eine erhöhte und konstante Personaldichte.

Da die Kinder unterschiedliche Bindungserfahrungen mitbringen und individuelle Anpassungsstrategien für sich entwickelt haben, können diese durch die traumatische Übertragung im Gruppengeschehen bzw. im sozialen Miteinander auch zu Konflikten führen. Die Fähigkeit, sich in andere hineinzusetzen und Gefühle der anderen nachzuempfinden oder auch wahrzunehmen, wurde ihnen nicht vorgelebt. Es ist daher wichtig, den Kindern nicht nur neue Bindungserfahrungen zu ermöglichen, sondern sie auch in ihren sozialen Fähigkeiten, insbesondere ihrer Fähigkeit zur Empathie zu stärken. Kinder, die ein gestörtes Bindungsverhalten entwickelt haben, brauchen zudem klare und nachvollziehbare Regeln und Strukturen, an denen sie sich orientieren können. Diese können schriftlich oder visuell festgehalten werden, sie müssen jedoch für die Kinder transparent gemacht werden und im Alltag wiederholt benannt werden (vgl. Lang 2013, S.201f.). Wenn möglich, können diese mit ihnen zusammen entwickelt werden, um die Nachvollziehbarkeit besser gewährleisten zu können. Die Gruppenregeln sollen ein Gegengewicht zu den bisherigen Beziehungserfahrungen darstellen und die Werte jedes einzelnen achten und vermitteln. Das Kind erlebt, dass sein eigener Wert geschätzt und akzeptiert wird. Besonders in Inobhutnahme- Einrichtungen sind klare Regeln und Strukturen von Bedeutung. Die Fluktuation an ein- und ausziehenden Kindern führt zu einer ständig wechselnden

Gruppenkonstellation. Es ist daher von einer beständigen Unruhe auszugehen. Die Kinder haben somit ein besonders ausgeprägtes Bedürfnis nach Sicherheit (vgl. Bohnstengel 2013, S.167).

Bindungsrelevante Situationen wie bspw. Abschiede, Trennungen, Arztbesuche, Veränderungen in der Gruppe oder bei den pädagogischen Fachkräften, aktivieren das Bindungsverhalten der Kinder (vgl. Lang 2013, S.202). Es lässt sich nicht vermeiden, dass die Kinder in einer Inobhutnahme- Einrichtung, auf die Fluktuation in der Gruppe anhand ihrer Anpassungsstrategien reagieren und immer wieder und erneut ihren Platz in der Gruppe suchen werden (vgl. Bohnstengel 2013, S.167). Es sollte jedoch möglichst feinfühlig auf ihre Bedürfnisse und Gefühle eingegangen werden. Der Gruppenalltag sollte es ermöglichen, dass die Kinder die Möglichkeit bekommen, je nach Alter und Entwicklungsstand, jene Herausforderungen und Veränderungen bewusst mitgestalten zu können. Insbesondere Ein- und Auszüge der Kinder sollten transparent gemacht und besprochen werden und Nachfragen der Kinder sollten altersentsprechend beantwortet werden (vgl. Lang 2013, S.203f.).

Der Wechsel der pädagogischen Fachkräfte, stellt für die Kinder ebenfalls eine bindungsrelevante Situation und verunsichernde Herausforderung dar. Daher sollten für die Kinder bindungssensible Rituale geschaffen werden, welche unabhängig von ihrem gezeigten Verhalten umgesetzt werden. Den Kindern sollte möglichst offen, am besten anhand von Bildern der pädagogischen Fachkräfte, dargestellt werden, wer wann im Dienst ist und für sie Sorgen wird. Längere Abwesenheiten, aufgrund von Urlaub oder Krankheit, sowie Abschiede sollten gemeinsam mit den Kindern besprochen und gestaltet werden. Auch hier können Rituale für Abschiede oder beim Schichtwechsel, eine Orientierung und emotionale Unterstützung für die Kinder darstellen (vgl. Lang 2013, S.204).

Des Weiteren ist ein wesentlicher Bestandteil einer bindungsorientierten Kommunikation und Intervention, die Kinder darin zu unterstützen, ihre Gefühle und Bedürfnisse zu deuten und ihnen für diese Erklärungsansätze anzubieten, damit sie lernen können, „[...] ihr Beziehungsverhalten als sinnvolle Anpassungsstrategie an die früheren Bedingungen zu verstehen“ (Lang 2013, S.202).

Bindungsorientierte Kommunikation und Intervention zwischen Institution und pädagogischer Fachkraft

Die hohe Arbeitsbelastung aktiviert das Bindungssystem der pädagogischen Fachkräfte und ihr Verhalten wird von Unsicherheiten und Ängsten beeinflusst. Um eine gelingende

bindungsorientierte Kommunikation und Intervention zwischen den pädagogischen Fachkräften und der Institution (z.B. Leitung, strukturelle Bedingungen, Kolleg*Innen) gewährleisten zu können, muss auch das Recht der pädagogischen Fachkräfte auf Sicherheit und Versorgung gewährleistet sein (vgl. Lang 2013, S. 207). Die Verunsicherung und das daraus entstehende Bedürfnis nach Sicherheit seitens der pädagogischen Fachkräfte sollte daher als biologischer Prozess betrachtet werden, nicht jedoch als Zeichen einer fehlenden Professionalität. Um den belastenden Gefühlen und Emotionen der pädagogischen Fachkräfte einen Raum zu geben, sollte in der Fallarbeit eine Reflexion über die Dynamiken der Übertragung und Gegenübertragung stattfinden. Ein regelmäßiger Austausch in Form der Fallarbeit ist für die Sicherheit und emotionale Versorgung der pädagogischen Fachkraft daher unverzichtbar und sollte als zentraler Bestandteil in der Arbeit mit den schwer traumatisierten Kindern sichergestellt werden (vgl. Lang 2013, S.208).

Innerhalb des Teams sei zu beachten, dass die Beziehungsdynamiken zwischen einem Kind und einer pädagogischen Fachkraft sehr unterschiedlich erlebt werden können. Die unvorhersehbaren Verhaltensweisen und Gefühle der Kinder rufen je nach bisheriger Lebens-, Beziehungs- und Bindungserfahrungen der pädagogischen Fachkräfte in ihnen individuelle emotionale Reaktionen hervor (vgl. Lang 2013, S.209).

Bindungsorientierte Kommunikation und Intervention zwischen Institution und Kind

Auch den Kindern sollte durch die Institution ein Gefühl von Klarheit und Sicherheit vermittelt werden. Es sollte sichergestellt sein, dass die Kinder einen festen Platz in der Gruppe haben und ihnen Raum und Zeit zur Verfügung gestellt werden, um neue Bindungserfahrungen machen zu können. Das bedeutet gleichermaßen, dass ihre Bindungsbedürfnisse beachtet und berücksichtigt werden, sowie eine nachvollziehbare Versorgung gefördert wird (vgl. Lang 2013, S.209).

Inobhutnahme- Einrichtungen stellen diesbezüglich sicherlich eine besondere Herausforderung für die Kleinkinder da, da sie hier ungefragt und unvorbereitet, mit einer unsicheren und unbekanntem Situation konfrontiert werden. Plötzlich sind sie abhängig von der Pflege, Versorgung und Fürsorge einer fremden Person. Im Hinblick auf die Umsetzung einer Bindungspädagogik ist es daher sinnvoll, den Kindern Zeit zu geben, sich an die neue Situation zu gewöhnen. Möglicherweise wünschen sich die Kinder aufgrund ihres biologisch angelegten Bedürfnisses nach Bindung, Körperkontakt und Nähe, haben jedoch auch große Angst davor und reagieren daher mit Zurückweisung oder mit einem undifferenzierten Bindungsverhalten. Dem Kind sollte daher der Körperkontakt beim Trösten etc. angeboten, aber nicht aufgezwungen werden.

Grenzsetzungen des Kindes, beispielsweise in Form der Ablehnung, sollten akzeptiert werden (vgl. Brisch 2013, S.153f.).

Auch wenn die Kinder in einer Inobhutnahme- Einrichtung nur vorübergehend untergebracht sind und ein erneuter Beziehungsabbruch unvermeidbar ist, zählt jede neue positive Interaktions- und Beziehungserfahrung zwischen dem Kind und der pädagogischen Fachkraft, sowie jede kleinste Veränderung im Hinblick auf die Bindungssicherheit als wertvoll für die Entwicklung und Beziehungsfähigkeit des Kindes. Jede neue Bindungserfahrung kann neuronal als Muster hinzugefügt bzw. verankert werden (vgl. Brisch 2013, S.163). Für Kleinkinder sei es dabei aufgrund ihres Alters und ihres Entwicklungsstandes besonders wichtig, dass sie schon früh positive und stabilisierende Beziehungserfahrungen innerhalb der stationären Kinder- und Jugendhilfe erleben können (vgl. Schmid 2013, S.39). „Sind diese neuen Erfahrungen kontinuierlich und wiederholbar, gekennzeichnet von Feinfühligkeit, dialogischer Sprache, prompter Wahrnehmung und korrekter Interpretation der Beziehungssignale, werden Affekte vom Betreuer in Worte gefasst, geben feinfühlig, respektvolle Berührungen sowie Körperkontakt den gesuchten Schutz und Halt, ändert sich langsam das bindungsgestörte Verhalten und es entsteht auch auf der neurobiologischen Ebene ein neues inneres Arbeitsmodell von Bindung“ (Brisch 2013, S.163). Unter diesen Voraussetzungen werde auf lange Sicht eine Entwicklung einer Bindungsstörung in ein desorganisiertes Bindungsverhalten unterstützt und bestenfalls eine weitere Entwicklung in ein unsicheres- bis hin zu einem sicheren Bindungsverhalten gefördert (ebd.).

Um eine bindungsorientierte Pädagogik in der Arbeit mit traumatisierten Kindern zu ermöglichen, ist es zum einen wichtig, einen veränderten Blick in der pädagogischen Begegnung zwischen dem Kind und dem Erwachsenen zu entwickeln. Andererseits haben auch die institutionellen Strukturen und die individuellen pädagogischen Persönlichkeiten eine bedeutende Rolle und müssen stets reflektiert werden (vgl. Lang 2013, S.197f.).

Selbstregulation, Selbstanbindung und Selbstreflexion

Der Arbeitsalltag mit Kindern, die ein hoch- unsicheres Bindungsverhalten verinnerlicht haben, stellt die pädagogischen Fachkräfte täglich vor neue Herausforderungen. Das Nervensystem der Kinder ist durch deren Unsicherheiten und Ängste, sowie ihrer geringen Fähigkeit zur Selbstregulation hoch aktiviert, dadurch kommt es zu einer Übertragung jener Anspannung auf das Nervensystem der pädagogischen Fachkräfte. Die Fähigkeit zur Selbstregulation, Selbstanbindung und Selbstreflexion stellt für die pädagogischen Fachkräfte eine Möglichkeit dar, ihr eigenes Selbst zu stärken und vertrauter mit den eigenen Körperempfindungen zu werden. Um die Kinder als sichere Basis unterstützen zu können, muss sich unser Nervensystem in einem

gesunden Gleichgewicht zwischen Anspannung (Sympathikus) und Entspannung (Parasympathikus) bewegen. Ist ein Ungleichgewicht, aufgrund einer Überaktivierung gegeben, kann die Folge eine Schwächung oder sogar ein Abbruch einer Bindung sein (vgl. Lang 2013, S.210).

Um das Verhalten und die versteckten Gefühle der Kinder zu verstehen und eine bindungsorientierte Arbeit ermöglichen zu können, gilt die Auseinandersetzung mit eigenen Körperempfindungen, als wichtigste Handlungskompetenz für die pädagogischen Fachkräfte. Es gilt zu beobachten, welche Reaktionen und Empfindungen das Verhalten der Kinder in einem selbst, bzw. im Körper der pädagogischen Fachkräfte auslösen. Dies kann angenehme, aber auch unangenehme Empfindungen hervorrufen. Es gilt diese wahrzunehmen, sie anzunehmen und auszuhalten, um dadurch ein gesundes Gleichgewicht von Anspannung und Entspannung im eigenen Nervensystem zu entwickeln. Durch die Auseinandersetzung mit den eigenen Körperempfindungen und Gefühlen gewinnen die pädagogischen Fachkräfte mehr Handlungsfähigkeit und entwickeln, bzw. erweitern ihre Fähigkeiten zur Selbstregulation, dies stärkt und unterstützt sie im Umgang mit unangenehmen und überwältigenden Empfindungen (vgl. Lang 2013, S.212).

Als Voraussetzung für die Reduktion von Belastungen gilt die Fähigkeit zur Selbstreflexion. Denn die eigenen Bindungserfahrungen der PädagogInnen prägen deren Erwartungen an sich selbst, an die Kinder, sowie an deren Kolleg*Innen. Für die bindungsorientierte Arbeit bedeutet dies, dass neben den Gefühlen der Gegenübertragung und der Gegenreaktion, ebenfalls die eigene Kindheitsgeschichte und dadurch verinnerlichte Bindungsmuster von den pädagogischen Fachkräften reflektiert werden müssen (vgl. Lang 2013, S.213).

5.1.2 Selbstbemächtigung und Selbstwirksamkeit

In stationären Inobhutnahme- Einrichtungen sind hauptsächlich Kinder untergebracht, die über einen langen Zeitraum hinweg traumatische Erlebnisse erfahren mussten, welche einher gingen mit starken Abhängigkeits- und Ohnmachtsgefühlen. Die Kinder wurden als Objekt für die Bedürfnisse der Erwachsenen missbraucht. Dies hat zur Folge, dass sie das Gefühl für ihr eigenes Selbst verloren haben oder gar nicht erst entwickeln konnten. Den Kindern fällt es daher schwer, ihre traumaspezifischen Verhaltensweisen und Gefühle zu verstehen (vgl. Weiß 2013, S. 167). Sie haben ein negatives Selbstkonzept entwickelt, dadurch sind ihnen ihre Ressourcen und Stärken nicht bewusst, stattdessen nehmen sie sich selbst als ungenügend und nicht liebenswert wahr (vgl. Weiß 2013, S.173). Die Unterstützung zur Selbstbemächtigung und Selbstwirksamkeit ist somit ein grundlegender Bestandteil der Traumapädagogik. Sie gilt als Voraussetzung für ein körperlich- seelisches Wohlbefinden des Kindes. Durch eine Förderung der Selbstbemächtigung erhalten die Kinder die Möglichkeit, sich nach und nach wieder als Subjekt

ihres eigenen Lebens wahrzunehmen. Sie beginnen die Verbindung zu ihrem eigenen Körper, ihren Empfindungen und Gefühlen zurückzuerlangen bzw. zu erleben und lernen diese zu regulieren (vgl. Weiß 2013, S.167). Folgende Aspekte sind laut Weiß (2013) für eine Unterstützung der Selbstbemächtigung grundlegend und bedingen sich gegenseitig:

Die Förderung des Selbstverstehens

Das Selbstverstehen bildet die Grundlage zur Selbstbemächtigung. Um das eigene Verhalten besser zu verstehen, hilft es den Kindern zu wissen, wie ihr Kopf/ Geist und ihr Körper, bei überwältigendem Stress aufeinander reagieren und welche Abläufe dort stattfinden. Des Weiteren hilft es ihnen, wenn ihnen verdeutlicht wird, welchen Sinn die Dissoziation für sie hatte und was eine traumatische Übertragung, sowie eine gefährliche Situation in einer Familie ist und welche Auswirkungen diese mit sich bringen (vgl. Weiß 2013, S.169). Wichtig dabei sei, dass den Kindern vermittelt wird, dass ihre Erfahrungen nicht normal bzw. alltäglich sind und ihr Verhalten und ihre Gefühle im Hinblick auf die überwältigende Stresserfahrung nachvollziehbar und aus einem guten Grunde entstanden sind (vgl. Weiß 2013, S.171). Die Vermittlung der Zusammenhänge und Abläufe zwischen Geist und Körper können kreativ durch Lieder, Geschichten oder Bilder dargestellt werden. Die Aufgabe des Gehirns, sowie dessen Reaktion auf Stress, sollte verständlich und als natürliche Reaktion vermittelt werden (vgl. Weiß 2013, S.150). Das Wissen über die Gründe für das eigene Verhalten, entlastet die Kinder, weil sie lernen zu verstehen, dass es eine normale Reaktion auf überwältigenden Stress ist, dadurch werden auch Gefühle von Schuld, Scham, Isoliertheit, Hilflosigkeit, Angst und Verwirrtheit (Dissoziation) in ihrer Präsenz gelindert (vgl. Weiß 2013, S.172).

Die Unterstützung der Selbstakzeptanz

„Die Akzeptanz von eigenen Schwierigkeiten, Wunden und Beeinträchtigungen ist Bestandteil der Traumaheilung, die Unterstützung dieser Akzeptanz Bestandteil der traumapädagogischen Haltung“ (Weiß 2013, S.150). Das emotionale akzeptieren der eigenen Verhaltensweisen ist somit ebenso wichtig, wie das kognitive Verstehen dieser (vgl. Weiß 2013, S.172). Durch die Frage ´Du tust das, weil?´ (Weiß 2013, S.173), können die pädagogischen Fachkräfte das Kind darin unterstützen gemeinsam nach dem individuellen Grund seines Verhaltens zu forschen. Die Frage beinhaltet die Annahme eines guten Grundes, dadurch wird dem Kind Wertschätzung und ein respektvolles und liebevolles Interesse vermittelt. Das Kind erlebt durch die Unterstützung der pädagogischen Fachkräfte eine Akzeptanz seiner „Coping-Strategien“, dies ermöglicht es ihm, sich selbst wieder als handlungsfähig wahrzunehmen (vgl. Weiß 2013, S.173). Es erhält die Möglichkeit, sein „[...] belastendes Verhalten im Kontext seiner Notwendigkeit zu

reflektieren und möglicherweise alternative Verhaltensweisen zu entwickeln“ (BAG TP 2011; zit. n. Weiß 2013, S.151).

Die Sensibilisierung für Körperempfindungen und Gefühle

Bei diesem Aspekt geht es vor allem darum, die Kinder für die Empfindungen in ihrem Körper zu sensibilisieren, damit sie sich wieder mit diesem verbunden fühlen können. Es wird dabei zwischen Gefühlen und Empfindungen unterschieden. Denn Empfindungen seien „[...] körpergewordene Gefühle und das Frühwarnsystem unseres Körpers“ (Weiß 2013, S.151). Levine und Kline empfehlen daher für die Praxis einen Austausch mit den Kindern, über wahrgenommene Empfindungen im Körper und wie sich diese anfühlen. Anhand der Symptome können, je nach Alter der Kinder, gemeinsam Begriffe gesucht werden, die die Empfindungen beschreiben (z.B. nervös, wütend, wackelig, schwitzig, zittrig, heiß etc.) (vgl. Weiß 2013, S.174f.). Es kann zudem hilfreich sein, gemeinsam herauszufinden, wo die Kinder diese Empfindungen in ihrem Körper spüren. Wenn Kinder noch nicht sprechen können, kann es für sie eine Unterstützung sein, wenn man sie darum bittet, selbst die Schmerzen an der betroffenen Körperstelle aufzuzeigen oder sie durch körperliche Berührungen, welche zuvor vereinbart werden müssen, begleitet bzw. unterstützt jene Körperstellen zu finden (vgl. Weiß 2013, S.175).

Die Förderung der Selbstregulation

Wenn traumatisierte Kinder für sich selbst die Erfahrung machen, dass sie Einfluss auf ihre Gefühlslage und ihre Empfindungen nehmen können, steigt ihr Bewusstsein zur Selbstwirksamkeit und es entsteht für sie ein „sicherer Ort“ (vgl. Weiß 2013, S. 176). Die Selbstregulation ist, auch im Hinblick auf die soziale Teilhabe, im ersten Sinne die Fähigkeit zur besseren Regulation von Stress. Sie hilft dem Kind, sich selbst besser beruhigen zu können, um bspw. aus einem Zustand der Dissoziation selbstständig wieder herauszufinden. Des Weiteren ermöglicht sie eine verbesserte Kontrolle von Rückblenden und Teilrückblenden (ebd.). Für eine Förderung der Selbstregulation ist daher das Verstehen von inneren Prozessen der Übererregung, Erstarrung und Dissoziation, sowie die zuvor beschriebene Sensibilisierung der eigenen Körperwahrnehmung grundlegend. Um die Kinder in ihrer Selbstregulation unterstützen zu können, sei es einerseits wichtig, die angesammelte überschüssige Energie der Kinder zu entlasten und zu lösen. Dies kann beispielsweise durch ein körperliches Ausagieren geschehen (z.B. Toben, Fahrrad oder Laufrad fahren). Auch (Achtsamkeits-) Übungen, die die Aktivierung und Deaktivierung des Nervensystems schulen, bspw. das Nachspüren von Stressempfindungen im Körper und der Suche nach alternativen Handlungsmöglichkeiten um den Körper wieder entspannt und entlastet wahrzunehmen, können die Selbstregulation des Kindes fördern (vgl. Weiß

2013, S.178). Andererseits sei auch die „Identifizierung der Stimuli“ (Weiß 2013, S.175), also das Erkennen von Triggerreizen, die eine Übererregung (z.B. Ausrasten) bei dem Kind auslösen, für die Förderung der Selbstregulation von Bedeutung. Mit Fragen wie „Wann steigt dein Stresspegel? [...] Wo in deinem Körper spürst du das?“ (Weiß 2013, S.176) oder „Wann spürst du die Angst? Wann schlägt dein Herz schneller?“, können die pädagogischen Fachkräfte die Kinder bei der Suche nach den auslösenden Trigger Faktoren unterstützen. Als hilfreiche Praxisbeispiele hat es sich bewährt, eine Art Triggerlandkarte oder Triggeruhr mit den Kindern zu gestalten (vgl. Weiß 2013, S.153). Die Kinder lernen unterschiedliche innere Zustände zu erkennen und zu beschreiben (z.B. Denker, Schläger, Angsthase). Dies ermöglicht ihnen, sich als handlungsfähig wahrzunehmen, da sie lernen ihre Selbstanteile als „hilfreich“ oder „schwierig“ zu unterscheiden (vgl. Weiß 2013, S.177). Die zunehmende Handlungsfähigkeit ermöglicht den Kindern, sich ihren eigenen Notfallstrategien bewusst zu werden und diese ggfs. durch weitere, alternative, für sie als hilfreich erlebte, Handlungsstrategien zu ergänzen (vgl. Weiß 2013, S.153).

Die Förderung der Körperwahrnehmung

Aufgrund der traumatischen Erfahrung haben die Kinder das Gefühl für ihren eigenen Körper verloren. Durch den Schutzmechanismus der Dissoziation wurden im Zuge der Traumatisierung die Selbstanteile (z.B. Emotionen, Körperwahrnehmung) abgespalten. Der Körper wird daher nicht als Teil des eigenen Selbst wahrgenommen (vgl. Weiß 2013, S.146f.). Damit traumatisierte Kinder ihren eigenen Körper wieder spüren und wahrnehmen, sowie seine Signale deuten können, benötigen sie Erfahrungen, welche die Körper- und Sinneswahrnehmung schulen bzw. fördern (z.B. Achtsamkeitsübungen, musizieren oder malen). „Die Wahrnehmung des eigenen Körpers, sich im eigenen Körper wohl zu fühlen, minimiert die Neigung, zu dissoziieren“ (Weiß 2013, S.151). Häufig sind den Kindern ihre Gefühle anhand ihres Körpers und dessen Bewegungen anzusehen. Es hilft ihnen, wenn die pädagogischen Fachkräfte diese für sie verbalisieren, wie zum Beispiel „Du liegst auf dem Stuhl, wahrscheinlich bist du müde und möchtest dich lieber ausruhen?“ (Weiß 2013, S.179). Körperliche und sportliche Aktivitäten, sowie Naturerfahrungen / Erlebnispädagogische Erfahrungen, in denen die Kinder erleben, wie sie ihre Energie rauslassen, sich auspowern und gleichermaßen Entspannung wahrnehmen können, helfen ihnen dabei, sich ihrem Körper wieder bewusst zu werden und Körper und Geist wieder in Einklang zu bringen. Gleichzeitig lernen sie, die Reaktionen ihres Körpers wieder wahrzunehmen und regulieren zu können (vgl. Weiß 2013, S.151). Durch die positiven

Körpererfahrungen gewinnen sie an Sicherheit und die Bemächtigung des eigenen selbst wird gestärkt (vgl. Weiß 2013, S.179).

5.1.3 Gruppenpädagogik

Da die Kinder für eine gewisse Zeit, wenn auch begrenzt, gemeinsam in einer Inobhutnahme-Einrichtung leben bzw. untergebracht sind, findet ihr Alltag in einem Gruppenkontext statt. Dieser ist noch dazu von einer stetigen Fluktuation der Gruppenmitglieder bestimmt. Es ist davon auszugehen, dass es innerhalb der Gruppe, immer wieder zu Störungen der Gruppendynamik kommen wird. Die Kinder treffen mit ihren unterschiedlichen traumatisierenden Vorerfahrungen innerhalb der Einrichtung aufeinander. Die Auswirkungen der Traumatisierung, damit sind die Traumasymptomatiken gemeint, die den Kindern als Bewältigungsstrategien ihrer Erfahrungen dienen, haben somit einen gravierenden Einfluss auf die Gruppe und dessen Dynamik und können Störungen auslösen. Die Störungen können sich zu einer sehr zerstörerischen Gruppendynamik ausweiten. „Die wenige Energie, die ihnen zur Verfügung steht, müssen sie dafür nutzen, in einer Gruppe zu bestehen, in der viele die Schwächen der anderen nutzen, um ihre eigene Angst nicht so stark spüren zu müssen“ (Bausum 2013, S.190). Aus diesem Grunde ist die Traumapädagogik als fester Bestandteil der Gruppenpädagogik nicht mehr wegzudenken (ebd.). Für eine Arbeitsweise, die den Schwerpunkt auf gruppenpädagogische Prozesse legt, gilt es herauszufinden, welche Auswirkungen die individuellen traumatischen Erfahrungen der Kinder und ihre sich daraus entwickelnden Folgestörungen oder Symptome auf die Dynamiken und Prozesse innerhalb der Gruppe, sowie der Gruppenmitglieder haben. Des Weiteren stellt sich die Frage, wie die pädagogischen Fachkräfte die Kinder, anhand der Gruppenpädagogik, bei der Verarbeitung ihrer traumatischen Erfahrungen unterstützen können (vgl. Bausum 2013, S.189).

Übertragung und Gegenübertragung

Die negativen Bindungserfahrungen der Kinder, werden durch diese, nicht nur auf die pädagogischen Fachkräfte, sondern auch auf die anderen Kinder in der Gruppe übertragen. Für Kinder, besonders jedoch für Kleinkinder, ist es eine weitaus größere Herausforderung, jene Prozesse der Übertragung zu verstehen und zu reflektieren. Es kann daher hilfreich sein, mit den Kindern über die individuellen Übertragungsmuster innerhalb der Gruppe zu sprechen und diese aufzuklären. Je nach Alter und Reife der Kinder, kann dies zu mehr Verständnis führen und sie dabei unterstützen und stärken, sich selbst vor traumatischen Gegenreaktionen zu schützen, bzw. belastende Gruppenprozesse besser bewältigen und ggf. positiv auf diese einwirken zu können (vgl. Bausum 2013, S.191).

Trigger und Rückblenden

Um die Kinder für die individuellen Triggerreize der Gruppenmitglieder zu sensibilisieren, ist auch hier eine gewisse Transparenz förderlich. Es hilft den Kindern, zu verstehen, was das Wort Trigger bedeutet, was ein Trigger sein kann und was dieser wiederum in Form von Rückblenden in ihrem Körper auslösen kann. Dieses Wissen unterstützt die Kinder darin, ihre eigenen Trigger besser wahrnehmen zu können. Gemeinsam kann dann besprochen werden, was den Kindern in diesen Situationen hilft und was sie in solchen Situationen gar nicht möchten. Es ermöglicht ihnen, je nach Alter, mehr Empathie für die Gefühle und Ängste der anderen Kinder zu entwickeln. Aber auch eigene Ängste können dadurch entlastet werden (vgl. Bausum 2013, S.192). Im Umgang mit Kleinkindern, die Zusammenhänge wie diese noch nicht nachvollziehen können, sollte die Alltagsstruktur so gestaltet werden, dass sie vor der Gefahr den individuellen Triggerreizen ausgesetzt zu sein, möglichst geschützt werden bzw. im Falle einer Konfrontation mit diesen, besonders begleitet werden, um ihnen ein Gefühl von Sicherheit zu vermitteln. Die Kinder nehmen die Gruppe als sicheren Ort wahr, da ihre Ängste ernstgenommen werden und sie einen Raum bekommen, in dem sie lernen können sich mithilfe der Gruppe, sowie den pädagogischen Fachkräfte mit ihren beeinträchtigenden Triggerreizen auseinanderzusetzen, um einen Umgang mit diesen zu entwickeln (vgl. Bausum 2013, S.192).

Manipulation

Traumatisierte Kinder verhalten sich manipulierend, um die zuvor erlebte Ohnmacht durch ein Gefühl der Macht auszugleichen. Das Kind erlebt das Gefühl, sein Umfeld kontrollieren zu können, es verschafft sich dadurch Sicherheit (vgl. Bausum 2013, S.193). Dadurch entsteht jedoch schnell die Gefahr, dass Kinder, die bereits zuvor Erfahrungen mit einem manipulierenden Verhalten mit dem/der Täter*In gemacht haben und nun innerhalb einer Gruppe erneute Manipulation erfahren, sich auch weiterhin der Ohnmacht ausgesetzt fühlen. Auch in diesem Falle ist Transparenz die Grundlage für die Gruppenarbeit. Manipulationen innerhalb der Gruppe müssen offen angesprochen werden, sodass jedes Gruppenmitglied vor negativen Auswirkungen geschützt wird und die Chance bekommt, sich diesbezüglich zu äußern. Dies unterstützt ihre Selbstwirksamkeit und gibt den Kindern die Sicherheit, dass sie auch ohne ein kontrollierendes oder manipulierendes Verhalten in dieser Gruppe bestehen können (vgl. Bausum 2013, S.193).

Sexualität

Wenn man mit traumatisierten Kindern arbeitet, kommt es häufig vor, dass Kinder sexuelle Verhaltensweisen zeigen. Die Kinder reinszenieren dadurch ihre negativen Erfahrungen (z.B. aufgrund von sexualisierter Gewalt oder häuslicher Gewalt). Allerdings kann dieses Verhalten andere Mitglieder der Gruppe gefährden und eine weitere Traumatisierung oder auch eine Retraumatisierung in diesen auslösen. Sexuelle Symptomatiken bei Kindern sind jedoch meist schwer zu entdecken, da sie stark schambesetzt und tabuisiert sind und daher innerhalb der Gruppe eher versteckt ausgeübt werden. Um dies zu unterbinden, sollte das Team ein gewaltfreies und für Nachfragen offenes Umfeld schaffen, welches zugleich die Diversität von positiven Geschlechterrollen vorlebt (vgl. Bausum 2013, S.194).

Erlebt ein Kind sich in einer Gruppe als sicher und angenommen, kann diese die beste Voraussetzung dafür sein, sich selbst wieder in mehr Handlungsfähigkeit zu üben, sowie wieder Vertrauen und Zuversicht zu entwickeln. Es wirkt für die einzelnen Gruppenmitglieder entlastend, zu wissen, dass sie nicht alleine sind und ähnliche Erfahrungen miteinander teilen. Gleichzeitig steigt die Bereitschaft sich mit den eigenen Traumasymptomatiken auseinanderzusetzen (vgl. Bausum 2013, S.194f.). Pädagogische Fachkräfte haben die Aufgabe, den Kindern ein Umfeld zu schaffen, welches ihnen vermittelt, wie die Beziehungsangebote innerhalb der Gruppe gestaltet werden und welche Strukturen, Regeln, Arbeitsweisen und Konsequenzen in der Gruppe bestehen. Jener transparente Umgang sollte jedes Gruppenmitglied miteinbeziehen und dem Entwicklungsstand angemessen vermittelt und immer wieder aufgegriffen werden (vgl. Bausum 2013, S.195). Die Kinder können voneinander und miteinander lernen. Den Kindern fällt es leichter, sich auf die Strukturen und Beziehungsangebote einzulassen, da sie beobachten können, wie die anderen Gruppenmitglieder auf diese reagieren. In einer Inobhutnahme-Einrichtung, in der eine hohe Fluktuation der Gruppenteilnehmer stattfindet, ist es wichtig, dass es klar ist, dass die Kinder zuvor nicht die Erfahrung eines strukturierten Alltags und transparenter, haltgebender Beziehungen machen konnten und somit ihre Zeit brauchen, um sich darauf einzulassen. Die neu gewonnene Sicherheit wird von den Kindern regelmäßig überprüft und getestet. Innerhalb der Inobhutnahme-Einrichtung ist jedoch „Zeit“, aufgrund der Übergangssituation kaum gegeben. Aufgrund dieser institutionellen Voraussetzungen erscheint es daher umso wichtiger, dass sowohl die pädagogischen Fachkräfte als auch die Gruppe besonders starke Reaktionen des Kindes (z.B. Abwertung oder Rückzug), als eine „Frage nach Sicherheit und Halt“ (Bausum 2013, S.196) verstehen. Die pädagogischen Fachkräfte müssen die Gruppenprozesse wahrnehmen, sich auf diese einlassen und sie in der Arbeit mit der Gruppe

thematisieren. Ziel der pädagogischen Arbeit soll es sein, unter Berücksichtigung der Individualität jedes Gruppenmitglieds, ein „Wir-Gefühl“, sowie eine „Gruppenkultur“ (Bausum 2013, S.197) zu ermöglichen, damit die Kinder erleben sich auf konstruktive Weise mit der Gruppe identifizieren zu können. Als Praxisbeispiel für einen transparenten Umgang mit Gruppenprozessen, nennt Bausum regelmäßige Reflexionsrunden (vgl. Bausum 2013, S.195). In einer Inobhutnahme-Einrichtung, in der hauptsächlich kleine Kinder untergebracht sind, bieten ruhige Situationen, in denen alle gemeinsam zusammensitzen (z.B. Essenssituationen oder Morgen-/Abendkreise), eine Möglichkeit, um über die beobachteten Gruppenprozesse zu sprechen.

5.2. Anhand von Bedarfen für die Umsetzung

Im Folgenden werden anhand der Bedarfe für eine Umsetzung einer traumapädagogischen Arbeitsweise, die jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen innerhalb der Inobhutnahme-Einrichtung beschrieben.

5.2.1 Überarbeitung und Reflexion bestehender Konzepte

„Die Entwicklung und Weiterentwicklung eines traumapädagogischen Konzeptes ist als institutioneller, kontinuierlicher Prozess zu verstehen, für den alle Beteiligten an ihrem Platz Verantwortung tragen“ (BAG-TP 2013, S.87). Aufgrund der ständig neuen Herausforderungen, die der Gruppenalltag Inobhutnahme-Einrichtung mit sich bringt, sollten traumapädagogische Konzepte möglichst nachhaltig entwickelt werden, sodass sie Veränderungen zur Weiterentwicklung zulassen. Bezüglich der institutionellen Standards ist daher festzuhalten, dass es grundlegend ist, dass die traumapädagogischen Standards mit der dazugehörigen Grundhaltung in der kompletten Einrichtung, also in allen Bereichen und gegenüber jeder Person angewendet werden (vgl. BAG-TP 2013, S. 86f.). Unter Anwendung von lösungs- und ressourcenorientierten Ansätzen, sowie der Sicherstellung eines geschützten institutionellen Rahmens, sollen traumapädagogische Konzepte, eine emotionale Stabilisierung des Kindes begünstigen (vgl. Schirmer 2013, S.242). Darüber hinaus ist für den Bereich des Qualitätsmanagements unter anderem wichtig, dass eine gewisse Fehlerfreundlichkeit herrscht und transparent und wertschätzend untereinander kommuniziert wird. Des Weiteren sollte ein regelmäßiger interner, als auch interdisziplinärer Austausch stattfinden. Bei der Dienstplanung sollten die Bedürfnisse der Mitarbeitenden berücksichtigt werden. Zudem sollte darauf geachtet werden, dass es eine Struktur für die Bewältigung von Krisen gibt und es sowohl Transparenz wie auch Diskussion bezüglich Macht, Hierarchie und Entscheidungsfällung gibt. In Bezug auf die Personalentwicklung und -förderung wäre festzuhalten, dass es aufgrund der zusätzlichen Belastung von besonderer Bedeutung ist, die Arbeitsfähigkeit der Fachkräfte aufrechtzuerhalten. Um diese zu

gewährleisten sollten bspw. regelmäßige Supervisionen sowie Fortbildungen angeboten und Team-Tage veranstaltet werden. Die Ausstattung der Einrichtung bildet ferner den Rahmen für jegliches traumapädagogisches Handeln und soll dafür sorgen, dass die Kinder sich sicher, wohl und gut versorgt fühlen. Die Gruppengrößen sollten dabei aufgrund der Übertragungsdynamiken relativ klein gehalten und die Fachkräfte sollten mindestens in Doppeldiensten eingeteilt werden, des Weiteren sollten den Kindern Rückzugsmöglichkeiten zur Verfügung stehen (vgl. BAG Traumapädagogik 2013, S. 98ff.). Die Institution trägt somit die Verantwortung dafür, dass den Kindern und den Fachkräften, trotz der herausfordernden Situationen, die eine Instabilität verursachen (z.B. Ein- und Auszug von Kindern, Veränderung der Gruppendynamik), ein geschützter und sicherer Handlungsrahmen zur Verfügung steht (vgl. Schirmer 2013, S.243). Ein „sicherer Ort“ kann nur entstehen, wenn die Kinder, die Fachkräfte und die Institution gleichermaßen Stabilität und Sicherheit erfahren. Sie bedingen sich gegenseitig und sind somit auch von der äußeren und inneren Stabilität des anderen abhängig (vgl. Lang 2013, S. 136f.).

5.2.2 Unterstützung, Qualifizierung und Stärkung der Fachkräfte

Wir halten fest: Ein sicherer Ort für ein Kind entsteht nur dann, wenn auch die pädagogischen Fachkräfte sich (in ihrer Rolle) sicher fühlen. Das bedeutet im Gegenzug, dass die Institution auch für ihre Fachkräfte einen sicheren Ort zur Verfügung stellen muss (vgl. Lang 2013, S.141). Es sei daher wichtig, die pädagogischen Fachkräfte als zentralen Bestandteil der Pädagogik zu betrachten. Die pädagogischen Anforderungen und spezifischen Fachkenntnisse, vor allem im stationären Betreuungsbereich mit kleineren Kindern, sind vielseitig und reichen von dem Wissen über die verschiedenen Lebensphasen der frühen Kindheit, deren Entwicklungsziele im psychischen und physischen Bereich, bis hin zu Kenntnissen über die Entwicklungspsychologie und der Bindungsforschung. Des Weiteren sollten sie die Gesamtentwicklung des Kindes beurteilen können. Dies bedeutet auch, dass sie über diverse Fehlentwicklungen, psychische Erkrankungen, insbesondere Traumafolgestörungen und dessen Auswirkungen, sowie den unterschiedlichen Verhaltensstrategien und Verhaltensauffälligkeiten Bescheid wissen müssen. Da Kleinkinder sich noch nicht differenziert artikulieren können, ist es die Aufgabe der pädagogischen Fachkräfte, ihre nonverbalen Signale wahrzunehmen, diese zu interpretieren und angemessen auf diese zu reagieren. Dementsprechend ist es für die Praxis bedeutend, die pädagogischen Fachkräfte in diesem weiten Spektrum an fachlichen Wissen, durch Weiterbildungen oder Fortbildungen zu unterstützen, sie für die Bedarfe der Kinder zu sensibilisieren und ihnen auch Möglichkeiten der fachlichen Beratung an die Hand zu geben bzw. fachliche

Vernetzungen zu fördern (vgl. AGJ 2011, S.7). Ein besonderer Schwerpunkt sollte dabei auf die Grundkenntnisse der Psychotraumatologie und dessen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung liegen, da dies bisher nur in sozialpädagogisch orientierten Studiengängen vermittelt werde. In Fachschulen für Erzieher*Innen wird dieses gravierend wichtige Fachwissen bis dato noch ausgelassen, obwohl viele Erzieher*Innen in der Praxis später mit jenem Thema in Berührung kommen werden (vgl. Lang, 2013, S.132f.).

Zudem sollte die Arbeitsbelastung, die aus den unterschiedlichen Anforderungen und Bedarfen der Kinder, sowie der emotionalen Belastung der pädagogischen Fachkräfte entspringt, ernst genommen werden. Es sollte ein regelmäßiger Austausch über bestehende Belastungen und Konflikte ermöglicht werden. Auch bei der Planung von Dienstplänen sollten alle miteinbezogen und der Bedarf der Kinder, aber auch der Bedarf nach ausgleichender Freizeit der pädagogischen Fachkräfte respektiert werden (vgl. Lang 2013, S.134).

Ebenso sollte die Rolle der pädagogischen Fachkraft in der pädagogischen Beziehung, z.B. durch Dynamiken der Übertragung und Gegenübertragung aufgrund von Beziehungs- oder Rollenerfahrungen (Täter-Opfer) der Kinder, beachtet werden. Die emotionale und psychische Versorgung des Kindes, sowie dessen Chance auf neue korrigierende Beziehungserfahrungen hängen von einer gelingenden Beziehungsgestaltung und Interaktion mit den pädagogischen Fachkräften ab. Gefühle der Gegenübertragung müssen von den pädagogischen Fachkräften wahrgenommen und benannt werden. Die Institution hingegen sollte Möglichkeiten schaffen, die pädagogischen Fachkräfte in der Bewältigung dieser belastenden Beziehungserfahrungen und emotionalen Betroffenheit zu unterstützen und zu stabilisieren (vgl. Lang 2013, S.138ff.). Es gilt, die pädagogischen Fachkräfte fachlich und professionell, darin zu unterstützen, sich mit dem eigenen Selbst, dem eigenem Menschenbild und Wertesystem, sowie der eigenen pädagogischen Rolle intensiv auseinanderzusetzen, um dadurch mehr Sicherheit zu gewinnen. Den pädagogischen Fachkräften ist eine regelmäßige und ausreichende Zeit für jene Reflexion einzuräumen, dies kann durch Supervisionen, Teambesprechungen, Teamtagen und Fallbesprechungen umgesetzt werden. In Fallbesprechungen sollten die emotionale Versorgung und Reflexion der pädagogischen Fachkräfte, im Hinblick auf die Dynamiken der Beziehungsgestaltung mit den Kindern als Teil der Pädagogik angesehen und behandelt bzw. besprochen werden. Bestenfalls sollten jene Besprechungen durch eine externe fachliche Beratung mit psychotraumatologischen Kenntnissen begleitet werden (vgl. Lang 2013, S.140). Um die pädagogischen Fachkräfte bereits präventiv vor emotionaler Überlastung zu schützen und sie im Erleben von Selbstwirksamkeit zu stärken, kann die Institution dafür sorgen, dass den pädagogischen

Fachkräften Räume und Strukturen, sowie genügend Ressourcen zur Verfügung stehen, in denen sie ihre individuellen fachlichen Fähigkeiten mit Motivation und Freude umsetzen und entfalten können (vgl. Lang 2013, S.134). Anhand von Teamsitzungen oder Mitarbeiter*Innengesprächen, können den pädagogischen Fachkräften durch die Leitung eine Wertschätzung ihrer persönlichen Leistungen und Erfolge gespiegelt werden, dies fördert die Erkenntnis und Akzeptanz der eigenen Kompetenzen (vgl. Schirmer 2013, S.249).

Unter der Voraussetzung, dass die Rahmenbedingungen für die pädagogischen Fachkräfte geschaffen sind, liegt es gleichermaßen auch an der persönlichen Einstellung und Motivation des/der jeweiligen Fachkraft, die gegebenen Ressourcen zu nutzen, um Stabilität und Sicherheit für sich selbst zu schaffen (vgl. Lang 2013, S.136). Im Hinblick auf den Veränderungsprozess, den alle Beteiligten gemeinsam durchlaufen, ist es von Bedeutung, dass die pädagogischen Fachkräfte die Veränderung verstehen und als Notwendigkeit akzeptieren (vgl. Schirmer 2013, S.244).

5.2.3 Interprofessionelle Vernetzung von Hilfesystemen

Um die Kinder, unter Berücksichtigung ihrer individuellen Bedarfe, bei der Bewältigung ihrer Traumaerfahrungen unterstützen zu können, gilt die Vernetzung zwischen den unterschiedlichen Hilfesystemen als eine unverzichtbare Voraussetzung für eine traumapädagogische Arbeitsweise (vgl. Lang et.al. 2013, S.268). Doch nicht nur für das Kind selbst, auch für die involvierten pädagogischen Fachkräfte ist der interdisziplinäre Austausch über das Kind wertvoll, da sie im Hinblick auf die Betreuung und den weiteren Umgang mit dessen Verhaltensweisen mehr Handlungssicherheit erzielen. Eine interdisziplinäre Vernetzung ermöglicht den intensiven Austausch über das Wissen und die Kompetenzen aller Beteiligten innerhalb ihrer unterschiedlichen Fachbereiche. Um die Gleichberechtigung zwischen den unterschiedlichen Disziplinen zu erhalten sei es wichtig, dass alle Beteiligten den gemeinsamen Ansatz teilen, das Verhalten des Kindes verstehen zu wollen (vgl. Hensel 2013, S.274f.).

Durch das umfassende Verständnis über psychisch bedingte Verhaltensweisen des Kindes, z.B. anhand einer durchgeführten psychotherapeutischen Diagnostik, sowie dem Wissen über weitere Fördermöglichkeiten, können die Hilfeprozesse so gestaltet werden, dass sie für das Kind eine angemessene und langfristige Anbindung an Anschlusshilfen begünstigen, sodass sie vor weiteren (Beziehungs-) Abbrüchen geschützt werden (vgl. AGJ 2011, S.8). Auch im Falle einer Rückführung, kann der Familie durch die Vernetzung der Hilfesysteme eine bestmögliche Unterstützung gewährt werden. Es sollten daher nach Möglichkeit alle Hilfesysteme miteinander vernetzt werden, die in irgendeiner Weise in der Hilfe des Kindes involviert sind (z.B. ASD,

Amtsvormünder, ggfs. die Schule oder/ und der/die KJP). Gerade im Hinblick auf eine gute Vernetzung mit dem Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) und der/dem (KJP) ist ein regelmäßiger Austausch unabdingbar, um biografische Informationen über das Kind vervollständigen zu können, sowie die Gefährdung von Besuchskontakten durch die ehemals traumatisierenden Bezugspersonen des Kindes einschätzen zu können. Der Prozess einer ambulanten Psychotherapie ist von diesen Faktoren abhängig und wird maßgeblich durch diese beeinflusst. Dennoch ist die Zusammenarbeit mit den Eltern und den Familienangehörigen des Kindes ebenfalls ein tragender Bestandteil für einen erfolgreichen Hilfeprozess und somit auch wertvoll für die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Sie sollte nicht missachtet werden (vgl. Löble 2013, S.277). Eine gute Vernetzung zwischen der Inobhutnahme- Einrichtung und einem/r approbierten ambulant arbeitenden KJP oder der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist daher wünschenswert, wenn nicht sogar notwendig. Es sei dabei einerseits von großer Bedeutung, Strukturen zu erschaffen, die niedrigschwellige Kinder- und Jugendpsychiatrische Angebote anbieten und andererseits die pädagogischen Fachkräfte an eine Sensibilisierung für psychische Störungen heranführen (vgl. Schmid, 2013, S.58). Innerhalb einer Inobhutnahme- Einrichtung, die für Kleinkinder ausgelegt ist, erscheint aufgrund ihres Alters und der unbeständigen Alltagssituation, eine ambulante traumabezogene Behandlung durch eine/n KJP am sinnvollsten. Die ambulante Behandlung innerhalb einer stationären Einrichtung ist jedoch nur anhand spezieller Therapietechniken zu begründen und somit nicht selbstverständlich umsetzbar. Die Psychotherapie sollte somit innerhalb der Strukturen der Einrichtungen einen festen Stellenwert einnehmen und dabei die Rahmenbedingungen und Bedürfnisse der Therapeut*Innen berücksichtigen (z.B. Verlässlichkeit gewährleisten, Stundenplan erstellen). Um innerhalb der sich ständig wechselnden Alltagssituation, besonders im Hinblick auf eine Inobhutnahme- Einrichtung, den fachlichen Austausch gewährleisten zu können, sollte es eine konstante verlässliche Ansprechperson für den/die Therapeut*In geben. Alle beteiligten professionellen Fachkräfte aus den unterschiedlichen Bereichen, sollten regelmäßig die Möglichkeit bekommen, sich innerhalb gemeinsamer Fallbesprechungen, Fallsupervisionen und Fortbildungen auszutauschen, um traumamedizinisches und traumapädagogisches Fachwissen miteinander zu teilen. Im Hinblick auf eine Zusammenarbeit einer Inobhutnahme- Einrichtung und den Richtlinien für ambulant behandelnde KJP kommt es jedoch zu deutlichen Grenzen in der Umsetzung. So kann ein Kind erst bei der KJP vorgestellt werden, wenn jegliches pädagogisches Handeln keinen Einfluss mehr auf das Kind zu haben scheint. Es wird somit vorausgesetzt, dass die Kinder bereits starke Verhaltensstörungen entwickelt haben müssen, die ihre soziale Teilhabe massiv beeinflussen. Dies ist jedoch kritisch zu betrachten, da ein frühzeitiges Handeln die Bedarfe des Kindes sehr viel

präziser, z.B. durch eine therapeutische Diagnostik, ermitteln könnte. Die Möglichkeit des Kindes, seine traumatischen Erfahrungen frühzeitig zu überwinden, ist dadurch deutlich effektiver (vgl. Hensel 2013, S. 273f.). Die Wahrscheinlichkeit eines psychiatrischen Klinikaufenthaltes im Jugendalter könnte durch die frühzeitige therapeutische Intervention vermindert werden.

Eine weitere Hürde der Umsetzung, innerhalb einer Inobhutnahme- Einrichtung, ergibt sich durch die Gegebenheit der langen Wartezeiten auf Therapieplätze und einer diesbezüglich rechtzeitigen Anmeldung eines Kindes (vgl. Hensel 2013, S.274f.). Die geplante Aufenthaltsdauer eines Kindes innerhalb einer Inobhutnahme- Einrichtung ist häufig ungewiss und kann sich aufgrund von gerichtlichen Beschlüssen sehr kurzfristig ändern. Die Zusammenarbeit zwischen einer stationären Inobhutnahme- Einrichtung und der KJP erfordert somit auch ein gewisses Maß an Flexibilität und Einsatzbereitschaft. Eine weitere Grenze in der Vernetzung der Leistungsträger wird durch die Finanzierungsmöglichkeiten gezogen. Kooperationsleistungen können demnach nicht ausreichend subventioniert oder aus sozialrechtlichen Ursachen nicht genutzt werden. Das eine Zusammenarbeit dennoch von großem Belangen ist, zeigt die Möglichkeit zu korrigierenden Bindungserfahrungen und der Distanzierung von frühen traumatischen Erlebnissen (vgl. Krüger 2019, S.175).

Im Positionspapier der BAG Traumapädagogik wird bei der interdisziplinären Vernetzung von einem „geschützten Dialog“ gesprochen, welcher in der Kooperation zwischen den unterschiedlichen Helfersystemen, die Möglichkeit zur Förderung der individuellen Kompetenzen, sowie einer Wiederherstellung von sozialer und gesellschaftlicher Teilhabe, traumatisierter Kinder sieht. Eine Missachtung der Vernetzung kann Folgen auch innerhalb einer stationärer Inobhutnahme- Einrichtungen mit sich bringen und dadurch eine Retraumatisierung für alle Beteiligten bedeuten (vgl. BAG-TP 2013, S.101). „Jede Barriere von Kooperationszusammenhängen zwischen den unterschiedlichen Zuständigkeitssystemen bedeutet eine Nicht- oder Unterversorgung mit notwendigen Hilfen für die betroffenen Mädchen und Jungen“ (BAG-TP 2013, S.101).

5.2.4 Transparente Klärung der Perspektive und des Hilfeverlaufs

Spricht man über die Umsetzung einer traumapädagogischen Arbeitsweise innerhalb einer Inobhutnahme- Einrichtung, so darf man den Aspekt einer Klärung der Perspektive für das Kind nicht außer Acht lassen. Der offene und transparente Umgang bezüglich des Hilfeverlaufs gegenüber dem Kind, ist ein wichtiger Bestandteil der traumapädagogischen Grundhaltung. In einer Inobhutnahme- Einrichtung, die lediglich einer kurzfristigen Krisenintervention dienen soll und in der die Kinder somit nur für eine kurze Zeit untergebracht sind, bringt die Umsetzung

einer von Transparenz geleiteten Grundhaltung besondere Herausforderung mit sich, wenngleich sie ebenso notwendig ist. Für die Kinder stellt die Inobhutnahme- Einrichtung eine vorläufige, eine „Zwischenhaltestelle“ der Unterbringung dar, bis eine endgültige Entscheidung über eine Rückführung in die Familie oder eine weitere Anschlusshilfe getroffen wird (vgl. Brötz 2013, S.131). Für Kleinkinder, die noch dazu Traumatisierungen erlebt haben, kann diese unbestimmte Zeit, in der sie den Gefühlen von Angst und Unsicherheit ausgesetzt sind, eine erneute Belastungssituation bedeuten. Wird den Kindern nicht eine Grundhaltung entgegengebracht, die ihnen ehrlich und transparent die Situation und die daraus resultierenden Perspektiven darstellt und wird ihnen noch dazu die Fähigkeit des Verstehens abgesprochen, kann es sein, dass die Kinder sich erneut einem retraumatisierendem Gefühl der Ohnmacht ausgesetzt fühlen. Denn „Selbst wenn die Lebensbedingungen in affektiver und materieller Hinsicht akzeptabel sind, macht das Gefühl der Unsicherheit über die Zukunft eine harmonische Entwicklung unmöglich und bleibt eine stete Quelle der Angst, der Verzweiflung und ohnmächtiger Wut“ (Eliacheff 2013, S.160).

Erschwerend kommt hinzu, dass die Kinder zunehmend länger in der Inobhutnahme-Einrichtung untergebracht sind, als ursprünglich angedacht. Familiengerichtliche Verfahren und lang andauernde Entscheidungsprozesse im Rahmen der Hilfeplanung verzögern die Hilfeprozesse teilweise auf mehrere Monate bis hin zu einem Jahr oder sogar länger (siehe dazu 3.1). Aufgrund des Alters der Kinder, ist es häufig kaum möglich die Kleinkinder im Rahmen der Hilfeplanung partizipativ am Entscheidungsprozess teilnehmen zu lassen. Somit bleibt die Entscheidungsmacht bei dem Familiengericht und dem zuständigen ASD. Entscheidungsprozesse werden somit maßgeblich durch eine Gefährdungseinschätzung und Chancenabwägung der Rückführung in die Familie, sowie der Gewichtung und Berücksichtigung des Elternrechtes beeinflusst (vgl. Brötz 2013, S.129). Die Wartezeiten der Kinder, die von dem Gefühl der Unsicherheit und zugleich der Hoffnung, wieder zu den Eltern zurück zu kommen, begleitet werden, haben starke psychische und körperliche Auswirkungen auf die weitere Entwicklung des Kindes (vgl. Eliacheff, 2013, S.158). Geht man davon aus, dass die Kinder bereits zuvor erhebliche Traumafolgestörungen verinnerlicht haben (siehe dazu 2.6. und 3.2.2), wird deutlich das langwierige Entscheidungsprozesse einen negativen Einfluss auf die Bewältigung von traumatischen Erfahrungen nehmen. Um traumatisierte Kinder innerhalb einer Inobhutnahme- Einrichtung unterstützen zu können, sollte es daher für den zuständigen ASD selbstverständlich sein, dessen Aufenthalt innerhalb der Einrichtung möglichst zügig zu beenden. Gleichwohl sollte die Entscheidung über eine Rückführung oder eine weitere Anschlusshilfe gut geplant und koordiniert werden. Da die Kinder noch so klein sind, ist es notwendig, dass die involvierten

Hilfesysteme im Interesse des Kindes und seiner Familie, miteinander kooperieren und gemeinsam an einer konkreten und nachhaltigen Hilfeplanung arbeiten, die eine zügige Entscheidung möglich macht (vgl. AGJ 2011, S.8f.). Zielführend ist dabei die Kooperation auf Augenhöhe, die von einem gegenseitigen Respekt, Ehrlichkeit, Mut und der Wertschätzung der jeweils unterschiedlichen Disziplinen geprägt ist (vgl. Bohnstengel 2013, S.167f.). Hilfreich für den interdisziplinären Austausch und der Planung weiterer Hilfemaßnahmen sind hier zudem eine Offenlegung der anamnestischen Fakten, vereinbarte Prioritäten und Fristen, sowie fachliche Beurteilungen und Diagnostiken der unterschiedlichen Disziplinen, insbesondere Kinder- und Jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Empfehlungen, sowie eine verbesserte Abwicklung der familiengerichtlichen Verfahren (vgl. AGJ 2011, S.8f.). Für die Einleitung geeigneter Hilfen sollten alle vorhandenen Informationen eingeholt und analysiert werden. Eine engmaschige Vernetzung zwischen ambulanten und stationären Hilfen kann Beziehungsabbrüche, Rückführungen und erneute Fremdunterbringungen vermeiden und gleichzeitig eine Beziehungskontinuität gewährleisten (vgl. Schmid, 2013, S.55).

6. Zusammenfassung und Ausblick

Das Ziel dieser Arbeit war es Möglichkeiten für eine praktische Umsetzung einer traumapädagogischen Arbeitsweise innerhalb einer Inobhutnahme- Einrichtung für Kleinkinder (1-6 Jahre) zu erörtern und ihre Bedeutung für die pädagogische Arbeit mit den traumatisierten Kleinkindern herauszustellen. Gleichwohl sollten in dieser Arbeit auch die Grenzen in der Umsetzung einer traumapädagogischen Arbeitsweise im Rahmen einer Inobhutnahme- Einrichtung ermittelt werden, um daraus wiederum Schlüsse für eine gelingendere Umsetzung ziehen zu können. Zunächst war es von Bedeutung die rechtliche Ausgangssituation einer Inobhutnahme, sowie ihrer Ausgestaltung und Hilfeziele innerhalb einer Inobhutnahme- Einrichtung näher zu beschreiben. Es wurde deutlich, dass eine Inobhutnahme erst als letzte Maßnahme zur Intervention in einer akuten Krisensituation umgesetzt werden darf. Nur, wenn durch die (Krisen-) Situation das körperliche, geistige und seelische Wohl des Kindes gegenwärtig, aber auch zukünftig so maßgeblich gefährdet ist, dass auch seine weitere Entwicklung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit dadurch beeinträchtigt wird und die Personensorgeberechtigten nicht in der Lage oder gewillt sind, die Gefährdung vom Kind abzuwenden, kommt eine Unterbringung in einer Einrichtung zur Inobhutnahme in Frage. Der Auftrag und die Ziele einer Inobhutnahme stellen klare Grenzen im Vergleich zu einer langfristigen Hilfemaßnahme dar. So sei eine Inobhutnahme- Einrichtung, dessen organisatorische Umsetzung in den jeweiligen Kommunen stark variieren kann, lediglich eine kurzfristige und

vorübergehende Unterbringungsmöglichkeit, die nur zulässig bleibt, solange die Klärung einer Krisensituation erforderlich bzw. existent ist und angestrebt wird. Im weiteren Verlauf der Arbeit wird das Modell eines „Kinderschutzhauses“ beschrieben, welches durch einen öffentlichen Jugendhilfeträger in Hamburg, organisiert und finanziert wird. Dieses Modell zur Krisenintervention und Unterbringung zeigt auf, dass die Inobhutnahme von Kleinkindern in Hamburg keine Seltenheit ist und die Kinder aufgrund ihrer individuellen Krisensituationen und der Erfahrung von Traumatisierungen, diverse Bedarfe mitbringen, deren Berücksichtigung nur innerhalb einer altersspezifischen Trennung gewährleistet werden kann. Um die Bedarfe der Kinder ermitteln zu können, war es wichtig, die Komplexität eines Traumas dazustellen. Diesbezüglich konnte festgestellt werden, dass sich traumatische Erlebnisse bei jedem Kind sehr unterschiedlich auswirken können und dies von einer Vielzahl von Faktoren abhängig ist. Jene Faktoren können vor, während, aber auch nach dem Erlebnis auf dessen Auswirkungen einen positiven, wie auch negativen Einfluss nehmen. Eine besondere Relevanz für die pädagogische Arbeit stellten dabei die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen auf die kindliche Entwicklung dar, sowie deren Einfluss auf die individuellen Verhaltensweisen der Kinder. So konnte festgestellt werden, dass jene Verhaltensweisen der Kinder bereits in alltäglichen Situationen des Gruppenalltages zum Ausdruck kommen. Um diesbezüglich einen professionellen Umgang gewährleisten zu können, ist es daher von Bedeutung, die Verhaltensweisen der Kinder nicht als böswillige Absicht oder Provokation zu deuten, sondern vielmehr als Ausdruck ihrer Not und ihrer erlernten Überlebensstrategien zu verstehen. Auch die strukturelle Veränderung des Gehirns durch sequentielle Stresssituationen wurde an dieser Stelle beschrieben.

Die Pädagogik hat diesbezüglich eine tragende Rolle, indem sie den Kindern Alternativen der Selbstregulation und Konfliktlösung anbietet und ihnen den nötigen Raum gibt, diese erleben zu können. Anhand von aktuellen Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe konnte ein gravierender Anstieg von Inobhutnahmen im Kleinkinderbereich, sowie der Unterbringung in Inobhutnahme-Einrichtungen festgestellt werden. Zudem belegen die Statistiken, dass viele der in Obhut genommenen Kleinkinder sogenannte „Langzeitfälle“ darstellen und somit einen beachtlichen und prägenden Teil ihres Lebens und ihrer Entwicklungszeit innerhalb einer Inobhutnahme-Einrichtung verbringen müssen. Des Weiteren bestätigen aktuelle Zahlen und Fakten der Jugendhilfe einen steigenden Bedarf an psychosozialer Betreuung, da mehr als die Hälfte der Kinder traumatisierende Erfahrungen erlebt haben. Dies macht eine Traumaaarbeit insbesondere im pädagogischen Alltag unabdingbar, da sie neben einer therapeutischen Anbindung eine unerlässliche Grundlage darstellt, um traumatisierte Kinder unterstützen und fördern zu können. Ein weiterer wichtiger Bestandteil einer traumapädagogischen Arbeit, ist die Fähigkeit

zur Selbstreflexion der pädagogischen Fachkräfte. Denn die pädagogischen Fachkräfte können den traumatisierten Kindern erst ein Gefühl von Sicherheit vermitteln, wenn sie selbst eine innere Sicherheit, durch ein ständiges reflektieren der eigenen Verhaltensweisen, (Gegen-) Reaktionen und Wahrnehmungen, entwickeln konnten. Dies bildet neben einem umfassenden Wissen über die Psychotraumatologie, sowie der Grundhaltung gegenüber den traumatisierten Kindern die Grundlage für eine gelingende Traumaarbeit. Allerdings reicht das Wissen der pädagogischen Fachkräfte, über die Psychotraumatologie und den Anwendungsmöglichkeiten der Traumapädagogik nicht aus, um den speziellen Bedarfen von traumatisierten Kindern nachkommen zu können. Vielmehr sollten durch die Institution notwendige Rahmenbedingungen geschaffen werden, die eine gelingende Traumaarbeit möglich machen. Diesbezüglich stellt die Inobhutnahme- Einrichtung eine besondere Herausforderung für alle Beteiligten dar. Aufgrund ihrer Verpflichtung zur Aufnahme eines jeden Kindes, besteht eine hohe Fluktuation an ein- und ausziehenden Kindern, zudem ist dadurch auch die Ansammlung an unterschiedlichen Problemlagen besonders hoch. Dies führt dazu, dass die Atmosphäre, sowie die Dynamik in der Gruppe immer wieder neu davon beeinflusst werden. Die Aufenthaltsdauer der Kinder ist begrenzt und gleichzeitig ungewiss, dadurch werden die Kinder von einem ständigen Gefühl der Unsicherheit und Angst begleitet. Traumatisierte Kleinkinder, die in einer Inobhutnahme- Einrichtung leben, brauchen somit feinfühlig und verlässliche Bezugspersonen, die ihnen einen klaren, transparenten und altersentsprechenden Austausch anbieten, der ihre Fragen bezüglich der Trennungsursache und ihrer weiteren Perspektive beantworten und ihnen bestehende Ängste nehmen können.

Im Hinblick auf die Rahmenbedingungen einer Inobhutnahme-Einrichtung ist jedoch festzuhalten, dass es nur eingeschränkt möglich sein wird, eine feste und berechenbare Struktur zu gewährleisten, die im Sinne einer traumapädagogischen Arbeitsweise auch Transparenz herstellen kann. Dennoch ist die Gewährleistung eines „sicheren Ortes“, sowie eine Stabilisierung des Kindes durch Traumaarbeit notwendig und unter günstigen Umständen auch möglich. Dazu muss jedoch die Notwendigkeit der traumapädagogischen Arbeit, besonders im Hinblick auf die Arbeit mit traumatisierten Kleinkindern, auf gesellschaftlicher und politischer Ebene an Bedeutung gewinnen.

Es benötigt zudem die Unterstützung der Jugendhilfeträger, um der Institution und den darin lebenden Kindern und Mitarbeiter*Innen die förderlichen Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine traumapädagogische Arbeit bzw. Konzepte möglich machen. Des Weiteren benötigt es eine interprofessionelle Vernetzung der unterschiedlichen Helfersysteme um im Zuge der

Hilfeplanung, an den Bedürfnissen des Kindes orientierte passende Anschlusshilfen bzw. anschließende Jugendhilfeleistungen zu ermöglichen. Insbesondere die Zusammenarbeit mit Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sollte durch veränderte Richtlinien für die Umsetzung von ambulanter Psychotherapie dahingehend verändert werden, dass sie Therapien innerhalb einer stationären Einrichtung möglich machen. Die Therapieformen sollten flexibel umsetzbar sein und keine finanziellen Verluste für die KJP verursachen. Es sollten klare Absprachen auf individueller (das jeweilige Kind betreffend) und institutioneller Ebene zwischen der Jugendhilfe und den KJP, sowie ggfs. auch der Kinder- und Jugendpsychiatrie getroffen werden, damit Merkmale für stationäre Kriseninterventionen vereinbart werden können.

Von zentraler Bedeutung in der Hilfeplanung sollte die Bindungsfähigkeit des Kindes sein, die Möglichkeit von erneuten Beziehungsabbrüchen, Rückführungen und wiederholte Fremdunterbringungen sollte verhindert werden, um so auch bleibende Störungen bei den Kindern zu vermeiden. Gleichwohl bleibt die Ausgangslage, dass eine Inobhutnahme-Einrichtung nur eine vorübergehende Hilfe darstellt und keine langfristige Hilfemaßnahme für die Kinder ersetzen kann, zudem können sie durch eine zu lange Wartezeit und dem begleiteten Gefühl der ständigen Ungewissheit, Störungen entwickeln, die ihre gesamte Entwicklung und ihre affektiven Beziehungen negativ beeinflussen. Somit sollte eine zügige Klärung der Krisensituation und der jeweiligen Perspektive, sowie der vereinbarten Ziele die zuvörderst erstrebenden Handlungsmaximen aller Beteiligten sein. In Anbetracht der steigenden Zahlen von Aufnahmen in Inobhutnahme-Einrichtungen der Jugendhilfe, müssen diesbezüglich vermehrt finanzielle Mittel für Fort- und Weiterbildungen, einem angemessenen Personalschlüssel, dem Einsatz von Fachdiensten, sowie der Entwicklung und Qualifizierung neuer Konzepte zur Verfügung gestellt werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass durch eine gelingende traumapädagogische Arbeit auf lange Sicht immense Kosten eingespart werden könnten. In Anbetracht der Aufgaben und Anforderungen einer Inobhutnahme-Einrichtungen ist die Professionalisierung von bestehenden Konzepten und die Qualifizierung der pädagogischen Fachkräfte in Bezug auf traumapädagogische Inhalte und Methode, unerlässlich. Durch eine traumapädagogische Arbeitsweise wird den Kindern eine Möglichkeit gegeben, ihre erschütternden Erfahrungen aus ihrer Vergangenheit schrittweise aufzuarbeiten.

Für die pädagogischen Fachkräfte in einer Inobhutnahme-Einrichtung bedeutet das, dass Grenzen in der Umsetzung der traumapädagogischen Arbeit entstehen und auch immer wieder auftauchen werden. Eine Professionalisierung von Konzepten, die sich an der Traumapädagogik orientieren, sollte innerhalb der Einrichtung daher als Prozess verstanden werden und von allen

Fachkräften als notwendig und erstrebenswert wahrgenommen werden. Das wesentliche pädagogische Handlungsziel sollte darin bestehen, ein stetiges Bemühen um Stabilität, sowie die Herstellung von Sicherheit und Vorhersagbarkeit für die Kinder zu gewährleisten. Gleichwohl muss davon ausgegangen werden, dass dies innerhalb einer Inobhutnahme-Einrichtung eine immer wiederkehrende Herausforderung darstellen wird. Es ist dennoch die Mühe wert und liegt in der Verantwortung der Jugendhilfe, der Politik und insbesondere der Fachkräfte der Sozialen Arbeit, den traumatisierten Kindern Voraussetzungen zu schaffen, die ihnen die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und Selbstkontrolle (wieder)ermöglichen, sodass sie bessere Entwicklungs- und Bewältigungschancen gewinnen, um ihre individuelle, selbstbestimmte, selbstbewusste und von Angst befreite Persönlichkeit entwickeln zu können.

Literaturliste und Quellenverzeichnis

BAG Traumapädagogik (2013): Standards der traumapädagogischen Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Das Positionspapier der BAG Traumapädagogik. In: Lang, Birgit/ Schirmer, Claudia/ Lang, Thomas/ Andreae de Hair, Ingeborg/ Wahle, Thomas/ Bausum, Jacob/ Weiß, Wilma/ Schmid, Marc (Hrsg) (2013): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe, Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 84- 103

Baierl, Martin (2014): Traumaspezifische Bedarfe von Kindern und Jugendlichen. In: Gahleitner, Silke Birgitta/ Hensel, Thomas/ Baierl, Martin/ Kühn, Martin / Schmid, Marc (Hrsg): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, S. 72- 87

Bausum, Jacob (2013): Ressourcen der Gruppe zur Selbstbemächtigung: „Ich bin und ich brauche euch“. In: Bausum, Jacob/ Besser, Lutz Ulrich/ Kühn, Martin/ Weiß, Wilma (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. erweiterte Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S.189- 198

Besser, Lutz Ulrich (2013): Wenn die Vergangenheit Gegenwart und Zukunft bestimmt. In: Bausum, Jacob/ Besser, Lutz Ulrich/ Kühn, Martin/ Weiß, Wilma (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. erweiterte Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S.38-53

Bohnstengel, Lutz (2013): Kinder und Jugendliche mit Traumasymptomatik als Herausforderung für die Inobhutnahme. In: Lewis, Graham/ Riehm, Rüdiger/ Neumann-Witt, Andreas/ Bohnstengel, Lutz/ Köstler, Sabine/ Hensen, Gregor (Hrsg.): Inobhutnahme konkret- Pädagogische Aspekte der Arbeit in der Inobhutnahme und im Kinder- und Jugendnotdienst. Band 30, 2. erweiterte Auflage. Frankfurt am Main: IGfH- Eigenverlag, S. 153- 169

Bowlby, John (2018): Bindung als sichere Basis: Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie. 4. erweiterte Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag

Brötz, Manfred (2013): Die Inobhutnahme als hoheitliche Aufgabe des Jugendamtes – ein komplexes Aufgabenspektrum für den ASD. In: Lewis, Graham/ Riehm, Rüdiger/ Neumann-Witt, Andreas/ Bohnstengel, Lutz/ Köstler, Sabine/ Hensen, Gregor (Hrsg.): Inobhutnahme konkret. Pädagogische Aspekte der Arbeit in der Inobhutnahme und im Kinder- und Jugendnotdienst. Band 30, 2. erweiterte Auflage. Frankfurt am Main: IGfH-Eigenverlag, S. 125- 145

Brisch, Karl Heinz (2015): Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. 13. Auflage. Stuttgart: Klett- Cotta.

Brisch, Karl Heinz (2013): Bindung und Trauma. In: Jugendhilfe. Traumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen. Nr. 4, S. 249-255

Denner, Silvia (2013): Vorwort. In: Lang, Birgit/ Schirmer, Claudia/ Lang, Thomas/ Andreae de Hair, Ingeborg/ Wahle, Thomas/ Bausum, Jacob/ Weiß, Wilma/ Schmid, Marc (Hrsg.): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S.5-6

Dilling, Horst/ Mombour, Werner/ Schmidt, Martin H. (Hrsg.) (2014): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinischdiagnostische Leitlinien. 9. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG

Dörr, Margret (2013): Das Ethos des sozialen Ortes ‚Heim‘ und die Haltung von PädagogInnen. Eine notwendige und doch störbare Einheit. In: Lang, Birgit/ Schirmer, Claudia/ Lang, Thomas/ Andreae de Hair, Ingeborg/ Wahle, Thomas/ Bausum, Jacob/ Weiß, Wilma/ Schmid, Marc (Hrsg.): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 14- 31

Eliacheff, Caroline (2013): Das Kind, das eine Katze sein wollte. Psychoanalytische Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern. 11. erweiterte Auflage. München: Deutscher Taschenbuch Verlag

Endres, Manfred/ Moisl, Sibylle (2002): Entwicklung und Trauma. In: Endres, Manfred/ Biermann, Gerd (Hrsg.): Traumatisierung in Kindheit und Jugend. München: Ernst Reinhardt, S. 11-27

Fischer, Gottfried/ Riedesser, Peter (2009): Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4. Aufl. Ernst Reinhardt, München/Basel

Gahleitner, Silke Brigitta (2013): Traumapädagogische Konzepte in der Kinder- und Jugendhilfe: Weshalb? – Wie? – Wozu? In: Lang, Birgit/ Schirmer, Claudia/ Lang, Thomas/ Andreae de Hair, Ingeborg/ Wahle, Thomas/ Bausum, Jacob/ Weiß, Wilma/ Schmid, Marc (Hrsg.): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 45- 55

Garbe, Elke (2016): Das kindliche Entwicklungstrauma. Verstehen und bewältigen. 2. Auflage. Stuttgart: Klett- Cotta.

Handke, Lydia (2012): Traumazentrierte Arbeit im psychosozialen Feld. Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Traumatherapie,- beratung und -pädagogik. In: Seidler, Günter H. (Hrsg.): Trauma und Gewalt. Forschung und Praxisfelder. Nr. 3, 198-205

Hantke, Lydia/ Görge, Hans-J. (2012): Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik. 1. Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag

Hargasser, Brigitte (2016): Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. Sequentielle Traumaprozesse und die Aufgabe der Jugendhilfe. 1.Auflage. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel Verlag GmbH

Hensel, Thomas (2013): Ambulante Psychotherapie. In: Lang, Birgit/ Schirmer, Claudia/ Lang, Thomas/ Andreae de Hair, Ingeborg/ Wahle, Thomas/ Bausum, Jacob/ Weiß, Wilma/ Schmid, Marc (Hrsg): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S.273- 276.

Herrmann, Bernd (2006): Vernachlässigung und emotionale Misshandlung von Kindern und Jugendlichen. In: DGgKV: Kindesmisshandlung und- Vernachlässigung. Jahrgang 9, Heft 1, S. 88-107

Huber, Michaela (2009a): Trauma und die Folgen. 9.Auflage. Paderborn: Jufermann Verlag

Kamala Friedrich, Esther (2014): Dissoziation und Multiplizität. In: Weiß, Wilma/ Kamala Friedrich, Esther/ Picard, Eva/ Ding, Ulrike: „Als wäre ich ein Geist, der auf mich runter schaut“. Dissoziation und Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 13- 59

Kavemann, Barbara (2000): Kinder und häusliche Gewalt- Kinder misshandelter Mütter. In: Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Interdisziplinäre Zeitschrift der DGgKV, 3. Jg., Heft 2, S.109

Krüger, Andreas (2019): Erste Hilfe für traumatisierte Kinder. 8. erweiterte Auflage. Ostfildern: Patmos Verlag der Schwalbenverlag AG

Landesbetrieb für Erziehung und Beratung (2018): Einführung für neue MitarbeiterInnen im LEB. Der LEB als Arbeitsort. Rechtsgrundlagen für das Arbeitsfeld, in Landesbetrieb für Erziehung und Beratung, Ausgabe: Juli 2018. Hamburg, S.4-7

Lang, Birgit/ Schirmer, Claudia/ Lang, Thomas/ Andreae de Hair, Ingeborg/ Wahle, Thomas/ Bausum, Jacob/ Weiß, Wilma/ Schmid, Marc (Hrsg) (2013): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe, Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Lang, Birgit (2013): Die PädagogInnen als Teil der Pädagogik. In: Lang, Birgit/ Schirmer, Claudia/ Lang, Thoams/ Andreae de Hair, Ingeborg/ Wahle, Thomas/ Bausum, Jacob/ Weiß, Wilma/ Schmid, Marc (Hrsg.): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 127- 144

Lang, Thomas (2013): Bindungspädagogik- Haltgebende, verlässliche und einschätzbare Beziehungsangebote für Kinder und Jugendliche. In: Lang, Birgit/ Schirmer, Claudia/ Lang, Thomas/ Andreae de Hair, Ingeborg/ Wahle, Thomas/ Bausum, Jacob/ Weiß, Wilma/ Schmid, Marc (Hrsg.): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Juventa; S. 187- 217.

Lewis, Graham/ Riehm, Rüdiger/ Neumann-Witt, Andreas/ Bohnstengel, Lutz/ Köstler, Sabine/ Hensen, Gregor (Hrsg.) (2013): Inobhutnahme konkret- Pädagogische Aspekte der Arbeit in der Inobhutnahme und im Kinder- und Jugendnotdienst. Band 30, 2. Auflage. Frankfurt am Main: IGfH- Eigenverlag

Löble, Markus (2013): Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJPP). In: Lang, Birgit/ Schirmer, Claudia/ Lang, Thomas/ Andreae de Hair, Ingeborg/ Wahle, Thomas/ Bausum, Jacob/ Weiß, Wilma/ Schmid, Marc (Hrsg.): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 277-278

Neumann- Witt, Andreas (2013): Vielfalt der Organisation von Inobhutnahme. In: Lewis, Graham/ Riehm, Rüdiger/ Neumann-Witt, Andreas/ Bohnstengel, Lutz/ Köstler, Sabine/ Hensen, Gregor (Hrsg.): Inobhutnahme konkret- Pädagogische Aspekte der Arbeit in der Inobhutnahme und im Kinder- und Jugendnotdienst. Band 30, 2. Auflage. Frankfurt am Main: IGfH- Eigenverlag, S. 63- 73

Nowacki, Katja (2007): Aufwachsen in Pflegefamilien oder Heim. Bindungspräsentation, psychische Belastung und Persönlichkeit bei jungen Erwachsenen. Hamburg: Verlag Dr. Kovac‘

Petermann, Franz/ Besier, Tanja/ Büttner, Peter/ Rücker, Stefan/ Schmid, Marc/ Fegert, Jörg M. (2014): Vorläufige Schutzmaßnahmen für gefährdete Kinder und Jugendliche. Inobhutnahmen in Deutschland. In: Kindheit und Entwicklung. 23 (2), S. 124-133

Pothmann, Jens (2013): Zwischen Leistung und Eingriff- die vielen Gesichter der Inobhutnahme. Einsichten auf Basis der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik. In: Lewis, Graham/ Riehm, Rüdiger/ Neumann-Witt, Andreas/ Bohnstengel, Lutz/ Köstler, Sabine/ Hensen, Gregor (Hrsg.): Inobhutnahme konkret- Pädagogische Aspekte der Arbeit in der Inobhutnahme und im Kinder- und Jugendnotdienst. Band 30, 2. Auflage. Frankfurt am Main: IGfH, S.103- 145

Scherwath, Friedrich (2016): Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung. 3. Auflage. München/ Basel: Ernst Reinhardt Verlag

Schirmer, Claudia (2013): Institutionelle Standards- Worauf es bei traumapädagogischen Konzepten in den Institutionen ankommt. In: Lang, Birgit/ Schirmer, Claudia/ Lang, Thomas/ Andreae de Hair, Ingeborg/ Wahle, Thomas/ Bausum, Jacob/ Weiß, Wilma/ Schmid, Marc (Hrsg): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S.241-267

Schleiffer, Roland (2015): Fremdplatzierung und Bindungstheorie. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag

Schmid, Marc (2013): Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe: „Traumasensibilität“ und „Traumapädagogik“. In: Fegert, Jörg M./ Ziegenhain, Ute/ Goldbeck, Lutz (Hrsg.): Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. Weinheim/ Basel: Beltz Juventa, S. 36-60

Strauß, Jochen-Wolf (2012): Viel Regel – wenig Versorgung. Heimpsychologie an der Schnittstelle zwischen Pädagogik und klinischer Versorgung. In: Seidler, Günter H. (Hrsg.): Trauma und Gewalt. Forschung und Praxisfelder. Nr. 3, S. 218- 229

Trenczek, Thomas (2013): Muss ich, darf ich, kann man... Frequently Asked Questions, Fachliche Standards und rechtliche Aspekte der Inobhutnahme. In: Lewis, Graham/ Riehm, Rüdiger/ Neumann-Witt, Andreas/ Bohnstengel, Lutz/ Köstler, Sabine/ Hensen, Gregor

(Hrsg.): Inobhutnahme konkret- Pädagogische Aspekte der Arbeit in der Inobhutnahme und im Kinder- und Jugendnotdienst. Band 30, 2. Auflage. Frankfurt am Main: IGfH, S.15-35

Wagner, Wolf (2013): Psychoanalytische Sozialpädagogik als Traumapädagogik. Familien-analoge Ersatzelternschaft für psychosozial hochbelastete Kinder. In: Bausum, Jacob/ Besser, Lutz Ulrich/ Kühn, Martin/ Weiß, Wilma (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S.91- 103.

Weeber, Vera Maria/ Gögercin, Süleyman (2014): Traumatisierte minderjährige Flüchtlinge in der Jugendhilfe. Ein interkulturell- und ressourcenorientiertes Handlungsmodell. 1. Auflage. Freiburg im Breisgau: Centaurus Verlag

Weiß, Wilma (2013): Selbstbemächtigung- ein Kernstück der Traumapädagogik. In: Bausum, Jacob/ Besser, Lutz Ulrich/ Kühn, Martin/ Weiß, Wilma (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S.167-181

Weiß, Wilma (2016): Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. 8. durchgesehene Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa

Ziegenhain, Ute/ Fegert, Jörg M./ Petermann, Franz/ Schneider- Haßloff, Henriette/ Künster, Anne Katrin (2014): Inobhutnahme und Bindung. In: Kindheit und Entwicklung. 23 (4), S. 248- 259

Ziegenhain, Ute (2013): Traumabezogene Aspekte in Kinder- und Jugendlichengesundheit aus Sicht der Jugendberichtskommission zum 13. Kinder- und Jugendbericht. In: Fegert, Jörg M./ Ziegenhain, Ute/ Goldbeck/ Lutz (Hrsg.): Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. Weinheim/ Basel: Beltz Juventa, S. 27-35

Zitelmann, Maud (2013): Kindeswohlgefährdung und Inobhutnahme. Hinweise und Ergebnisse aus einer bundesweiten Studie. In: Lewis, Graham/ Riehm, Rüdiger/ Neumann-Witt, Andreas/ Bohnstengel, Lutz/ Köstler, Sabine/ Hensen, Gregor (Hrsg.): Inobhutnahme konkret- Pädagogische Aspekte der Arbeit in der Inobhutnahme und im Kinder- und Jugendnotdienst. Band 30, 2. Auflage. Frankfurt am Main: IGfH, S. 75- 102

Zito, Dima (2010): Traumatherapie mit jungen Flüchtlingen, in: Dieckhoff, Petra: Kinderflüchtlinge. Theoretische Grundlagen und berufliches Handeln. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 125-140

Quellenverzeichnis:

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe- AGJ (2011): Kleine Kinder in den stationären Formen der Hilfen zur Erziehung – Anforderungen an die Ausgestaltung. Diskussionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ. Online unter: https://www.agj.de/fileadmin/files/positionen/2011/Kleine_Kinder_HzE.pdf (Zugriff: 10.03.20)

Boeddinghaus, Sabine/Yildiz, Mehmet (2019): Soziale Infrastruktur: Situation der Kinderschutzhäuser und der Bereitschaftspflege. Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg. Online unter: https://www.buergerschaft-hh.de/parldok/dokument/65403/soziale_infrastruktur_situation_der_kinderschutzhaeuser_und_der_bereitschaftspflege.pdf (Zugriff: 10.05.2020)

Boeddinghaus, Sabine/ Celik, Deniz/ Dolzer, Martin, Dr. Ensslen, Carola/ Hackbusch, Norbert/ Jersch, Stephan/ Özdemir, Cansu/ Schneider, Christiane/ Sudmann, Heike/ Yildiz, Mehmet (2019): Ausbau der sozialen Infrastruktur: Hier Kinderschutzhäuser und weitere Alternativen. Online unter: https://www.buergerschaft-hh.de/parldok/dokument/66368/ausbau_der_sozialen_infrastruktur_hier_kinderschutzhaeuser_und_weitere_alternativen.pdf (Zugriff: 10.05.2020)

Eusterhus, Eva (2012): Wie Chantals Tod Hamburgs Jugendhilfe verändert. Online unter: <https://www.welt.de/regionales/hamburg/article108941960/Wie-Chantals-Tod-Hamburgs-Jugendhilfe-veraendert.html> (Zugriff: 01.04. 2020)

Landesbetrieb für Erziehung und Beratung (2017): Jahresbericht 2017. Online unter: <https://www.hamburg.de/content-blob/11083738/f71d62ae452e1d3756bd6f3c0c086b3b/data/jb-2017.pdf> (Zugriff: 01.04.2020)

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Vorläufige Schutzmaßnahmen. Online unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Kinderhilfe-Jugendhilfe/Publicationen/Downloads-Kinder-und-Jugendhilfe/vorlaeufige-schutzmassnahmen-5225203187004.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff: 30.03.2020).

Eidesstattliche Erklärung

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

(Ort/ Datum)

(Unterschrift)