



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Diplomarbeit

Traumatisierte Kinder und Jugendliche in der stationären Jugendhilfe

Traumafolgen als Herausforderungen für den pädagogischen Alltag

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät für Soziale Arbeit und Pflege
Fachbereich Sozialpädagogik

Autor:	Annika Frijia
█	█
Erstprüfer:	Prof. Dr. Georg Schürgers
Zweitprüfer:	Prof. Dr. Gerhard J. Suess
Abgabedatum:	23. Juli 2009

Fremddiplom

█

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
1. Einleitung	1
2. Begriffsdefinitionen	4
2.1. Allgemeine Definition von „Trauma“	4
2.2. Kinderspezifische Definition	6
2.3. Stationäre Jugendhilfe	9
3. Psychische Traumatisierung bei Kindern	12
3.1. Mögliche Traumata	12
3.1.1. Die Vernachlässigung	13
3.1.2. Die seelische Misshandlung	14
3.1.3. Die körperliche Misshandlung	14
3.1.4. Die häusliche Gewalt	15
3.1.5. Die traumatische Sexualisierung	16
3.2. Risiko- und Schutzfaktoren	18
3.3. Trauma und Entwicklung	20
3.4. Traumatische Reaktionen	24
3.4.1. Wie reagiert der Körper?	24
3.4.2. Was passiert im Gehirn?	25
3.5. Traumaverarbeitungsprozess	26
3.6. Das Psychotraumatische Belastungssyndrom	28
3.6.1. Die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung	30
3.6.2. Mögliche Folgestörungen	32
4. Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung	35
5. Folgen und Auswirkungen komplexer Traumatisierungen	40
5.1. Neurobiologische und neurophysiologische Veränderungen	40
5.2. Die Bedeutung von PTSD Symptomen	44
5.3. Die Bedeutung der Emotionsregulation	48
5.4. Exkurs: Frühe Bindungserfahrungen	50
5.5. Die Bedeutung der Bindungsfähigkeit	53
5.6. Die Bedeutung der Dissoziationsneigung	54

5.7.	Die Bedeutung des Selbstbildes	57
5.8.	Die Bedeutung der sozialen Kompetenz	59
5.9.	Die Bedeutung der Körperwahrnehmung	60
5.10.	Die Bedeutung der Übertragung und Gegenübertragung	62
5.11.	Zusammenfassung und Ableitung eines pädagogischen Bedarfs	66
6.	Möglichkeiten des pädagogischen Umgangs	68
6.1.	Einleitende Worte zu Interventionen bei Traumata	68
6.2.	Unterstützung bei der kognitiven Neuordnung	70
6.3.	Eine Halt gebende Beziehung	72
6.4.	Umgang mit getriggerten Verhaltensweisen	75
6.5.	Sicherheit und Schutz gewährleisten	77
6.5.1.	Sicherheit und Struktur	77
6.5.2.	Elternarbeit	80
6.6.	Spezifische Förderung	80
6.6.1.	Psychoedukation	81
6.6.2.	Positive Verstärkung	82
6.6.3.	Problemlösetraining	83
6.6.4.	Stärkung der Gefühle und der emotionalen Kompetenz	85
6.6.5.	Förderung der Selbststeuerungsfähigkeit	87
6.6.6.	Soziales Kompetenztraining	88
6.6.7.	Genusstraining	89
6.6.8.	Entspannung	90
7.	Schlussbetrachtung	93
	Glossar	V
	Quellenverzeichnis	XII
	Literaturquellen	XII
	Onlinequellen	XXII
	Anhang	XXIII
	Anhang A: Bindungsstile	XXIII
	Anhang B: Flashbacks	XXIV
	Anhang C: Dissoziation erkennen und unterbrechen	XXVI
	Anhang D: Stufen der Validierung	XXVIII
	Eidesstattliche Versicherung	XXIX

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Entwicklungspsychopathologischer Referenzrahmen	21
Abbildung 2:	Der frontale und orbitofrontale Kortex	41
Abbildung 3:	Störungsmodell (Schematheorie).....	53

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Traumatogene Faktoren sexueller Traumatisierung.....	17
Tabelle 2:	Entwicklung und Diagnostik-Bereiche: PTBS-Symptome.....	34
Tabelle 3:	Anzahl der traumatisierten Kinder und Jugendlichen	36
Tabelle 4:	Anzahl der traumatischen Erlebnisse nach Bereichen	37
Tabelle 5:	Formen alltäglicher und pathologischer Dissoziation	56
Tabelle 6:	Lösungsanalyse.....	84
Tabelle 7:	Bindungsstile	XXIII
Tabelle 8:	Sechs Stufen der Validierung.....	XXVIII

Abkürzungsverzeichnis

AACAP	American Association for Child and Adolescent Psychiatry
bPTBS	basales Psychotraumatisches Belastungssyndrom
DESNOS	Disorder of Extrem Stress Not Otherwise Specified
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
Hrsg.	Herausgeber
ICD 10	International Classification of Diseases 10th Edition
ISA	Institut für Soziale Arbeit
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
MCDD	Multiple Complex Developmental Disorder
PTBS	Posttraumatisches Belastungssyndrom
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder
SGB VIII	Achtes Sozialgesetzbuch
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1. Einleitung

*Ihr sagt: Der Umgang mit Kindern ermüdet uns.
Ihr habt Recht.
Ihr sagt: denn wir müssen zu ihrer
Begriffswelt hinuntersteigen.
Hinuntersteigen, herabbeugen,
beugen, kleiner machen.
Ihr irrt Euch.
Nicht das ermüdet uns.
Sondern, dass wir zu ihren Gefühlen
emporklimmen müssen.
Emporklimmen, uns ausstrecken,
auf Zehenspitzen stellen, hinlangen.
Um nicht zu verletzen.
(Janusz Korczak)*

Diese Arbeit beschäftigt sich mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe. Dabei gibt es, abgesehen von einigen psychiatrischen Settings, kaum einen öffentlichen Bereich, in dem eine vergleichbar große Anzahl an traumatisierten Kindern betreut wird wie in den stationären Erziehungshilfen. Die Aufnahme von Kindern in die Heimerziehung ist fast immer mit extrem ungünstigen Erziehungsbedingungen und dem zeitweiligen Zusammenbruch eines Familiensystems verbunden. In der Regel gelangen heutzutage nur noch solche Kinder in stationäre Jugendhilfemaßnahmen, die derart belastet sind, dass bereits kostengünstigere und ambulante Hilfemaßnahmen nicht mehr wirksam sind. Die Entwicklung der letzten Jahre bestätigt, dass immer mehr Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen in den Wohngruppen der stationären Jugendhilfe betreut werden (vgl. Schmid und Fegert 2008, S. 257). Über 60 % der Kinder in stationären Erziehungshilfen weisen psychische Störungen auf (vgl. Schmid 2007). Jeden Tag werden in der Bundesrepublik 70 gefährdete Kinder und Jugendliche von den Jugendämtern in Obhut genommen (Statistisches Bundesamt 2006). Die meisten von ihnen haben lange und prägende Zeiten ihres Lebens unter traumatischen Lebensumständen verbracht, bevor sie in den Wohngruppen der stationären Jugendhilfen ankommen. Dort zeigen sie Verhaltensweisen, die für Pädagogen schwer verständ-

lich und oft noch schwerer auszuhalten sind. Die stationäre Jugendhilfe ist auf diese Kinder nicht vorbereitet, es fehlt an Wissen über Traumafolgen und deren Auswirkungen (vgl. Jaritz et al. 2008, S. 272f; Weiß 1999; Schmid 2007). Die Folgen sind verzweifelte pädagogische Fachkräfte sowie Kinder und Jugendliche, die ihren Bedürfnissen entsprechend nicht wahrgenommen werden. Nicht selten endet eine solche Dynamik mit dem Abbruch einer Hilfemaßnahme.

Ziel dieser Arbeit ist es, Leserinnen und Leser für die Folgen von traumatischen Lebenserfahrungen von Kindern und Jugendlichen in den stationären Jugendhilfen zu sensibilisieren. Dabei werden Erkenntnisse aus der Traumatheorie auf das pädagogische Feld bezogen. Im Mittelpunkt der Betrachtung steht die Frage danach, vor welche Herausforderungen die Symptome von schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen die pädagogischen Fachkräfte in den stationären Wohngruppen stellen - und wie diesen pädagogisch begegnet werden kann.

Um diese Frage beantworten zu können, werden zunächst alle relevanten Begrifflichkeiten näher bestimmt. Kapitel drei beginnt mit einer kurzen Einführung in diejenigen Traumatisierungen, die insbesondere bei Kindern und Jugendlichen in den stationären Jugendhilfen vermehrt vorzufinden sind. Der pädagogische Umgang mit traumatisierten Kindern erfordert darüber hinaus ein Grundlagewissen aus der Psychotraumatologie. Dementsprechend werden Erkenntnisse über die Entstehung, den Verlauf und mögliche Symptomatiken kindlicher Traumatisierungen wiedergegeben. Da sich diese Arbeit auf komplexe Traumatisierungen in Folge von Kindesmisshandlungen spezialisiert hat, wird neben der Posttraumatischen Belastungsstörung außerdem das Konzept der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung nach Judith L. Herman u.a. vorgestellt. Kapitel vier greift Ergebnisse einer Studie von Caroline Jaritz auf, die Art und Häufigkeit traumatischer Lebenserfahrungen von Kindern und Jugendlichen in stationärer Jugendhilfe aufzeigen und damit die Relevanz des Themas für die Jugendhilfe hervorheben.

Der Schwerpunkt dieser Arbeit ist in Kapitel fünf und sechs verortet. Im fünften Kapitel wird das Augenmerk auf mögliche entwicklungspsychopathologische Folgen von komplexen Traumatisierungen gerichtet. Dabei werden insbesondere diejenigen Traumafolgen beschrieben, die entweder direkte Auswirkungen auf den pädagogischen Alltag besitzen oder aber bestimmte Förderbereiche traumatisierter Kinder und Jugendlicher in Heimerziehung betonen. Ein entwicklungspsychopathologischer Blick hilft dabei, traumabedingte Verhaltensweisen dieser Kinder besser zu

verstehen. Da diese Arbeit hauptsächlich für ein pädagogisches Fachpublikum geschrieben wurde, werden viele Begrifflichkeiten und Symptome aus dem psychologischen Fachgebiet anhand von Beispielen aus dem Heimalltag erklärt. Am Ende des fünften Kapitels wird ein spezifischer pädagogischer Bedarf ermittelt, den es in der Arbeit mit komplex traumatisierten Kindern zu berücksichtigen gilt. Unter Berücksichtigung dieses Bedarfs werden in Kapitel sechs pädagogische Herangehensweisen und konkrete Interventionen beschrieben. Sie zielen darauf ab ein sicheres Umfeld, konstante und vertrauensvolle Beziehungen sowie eine spezifische Förderung im Alltag zu erreichen.

Während der Bearbeitung konnte festgestellt werden, dass die Fachliteratur zwar über ein mannigfaltiges Angebot an therapeutischen Ansätzen zur Förderung psychisch kranker Kinder und Jugendliche verfügt, für die pädagogische Arbeit jedoch eine echte Mangelsituation auszumachen ist. Dies liegt sicherlich in der Tatsache begründet, dass der professionelle Umgang mit traumatisierten Kindern bislang vorwiegend Psychologen oder Psychiater vorbehalten war (vgl. Baierl 2008, S. 11). Diese Arbeit versucht hier einen „Brückenschlag“ vorzunehmen und Pädagogen alltagspraktische Möglichkeiten zum Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen aufzuzeigen. Es wird darauf verzichtet, therapeutische Verfahren zur Traumabearbeitung vorzustellen, da es primär um die Möglichkeiten der alltagspädagogischen Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen geht.

Diese Arbeit richtet sich in erster Linie an Pädagogen, die in ihrer täglichen Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen umgehen. Der Begriff „Pädagoge“ bezieht sich aus praktischen Gründen auf das weibliche und männliche Geschlecht. Er steht für alle die Menschen, die in der Jugendhilfe mit professionellen Erziehungsaufgaben betraut sind – unabhängig von deren Arbeitsauftrag und Ausbildung. Sicherlich können auch Pädagogen in anderen Berufsfeldern, wie in der offenen Jugendarbeit oder Schule, und besonders auch Pflegeeltern von diesen Überlegungen profitieren.

Dieses Zeichen „→“ verweist auf eine Begriffserklärung im Glossar.

2. Begriffsdefinitionen

2.1. Allgemeine Definition von „Trauma“

Das Wort „Trauma“ stammt aus dem Griechischen und bedeutet „Verletzung“ oder „Wunde“. In dieser ursprünglichen Bedeutung ist noch nicht festgeschrieben, was hier verletzt wird: der Körper oder die Seele eines Menschen. Der Begriff „Trauma“ findet sich daher sowohl in der Medizin als auch in der Psychologie wieder. Im medizinischen Bereich bezieht sich die „Verletzung“ auf eine körperliche, die im Zusammenhang mit äußerlicher Gewalteinwirkung steht. Im Rahmen dieser Arbeit wird die psychologische Definition von Trauma untersucht, welche sich auf die seelisch-psychische Integrität eines Menschen bezieht¹ (vgl. Darms 2008, S. 20). Wenn in dieser Arbeit von Trauma gesprochen wird, ist demzufolge stets die durch eine traumatische Situation ausgelöste Verletzung der Psyche gemeint. Die körperlichen Empfindungen lassen sich dabei jedoch nicht ausklammern. Vielfach sind es auch körperliche Schädigungen, die ein psychisches Trauma auslösen können. Dass man im Zusammenhang mit dem Begriff „Trauma“ Psyche und Körper nicht voneinander trennen kann, zeigen die weiteren Ausführungen dieser Arbeit (vgl. ebd.).

Traumatische Ereignisse überschreiten in ihrem Ausmaß bei weitem die Art von Erlebnissen, die im Alltag oftmals als traumatisch betitelt werden. Eine treffende Unterscheidung zwischen allgemein belastenden Lebensereignissen und einem traumatischen Ereignis ist allerdings nicht immer ganz einfach. Das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM IV), herausgegeben von der American Psychiatric Association, definiert traumatische Ereignisse wie folgt:

„Das traumatische Ereignis beinhaltet das direkte persönliche Erleben einer Situation, die mit dem Tod oder der Androhung des Todes, einer schweren Verletzung oder einer anderen Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit zu tun hat, oder die Beobachtung eines Ereignisses, dass mit dem Tod, der Verletzung oder der Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit einer anderen Person zu tun hat, oder das Miterleben eines unerwarteten oder gewaltvollen Todes, schweren Leids oder Androhung des Todes oder einer Verletzung eines Familienmitgliedes oder einer nahe stehenden Person [...]“ (DSM IV 1998, S. 487).

¹ Psychotrauma

Nach einem solchen Ereignis erleben die meisten Menschen ein Trauma. Dieser Definition zufolge können nicht nur direkt Betroffene, sondern ebenfalls Familienangehörige, beteiligte Helferinnen und Helfer wie Ärzte, Pädagogen oder Psychologen, sowie außen stehende Zuschauer traumatisiert werden (vgl. Schubbe 2004, S. 44; Öttl 2008, S. 10). Zumeist handelt es sich dabei um Ereignisse, auf die sich Menschen nicht einstellen oder vorbereiten können, also Erfahrungen die außerhalb des normalen Erwartungsbereichs liegen und so für nahezu jeden Menschen eine schwere Belastung darstellen (vgl. Herman 2006, S. 53). Allerdings gibt es auch traumatische Situationen, die sich über einen längeren Zeitraum erstrecken oder sich wiederholen und somit – zumindest zeitlich – nicht mehr unerwartet eintreffen (vgl. Lackner 2004, S. 3). Zu diesen Arten von Traumata gehören die unter Punkt 3.1 dargestellten Formen von Kindesmisshandlungen, die Schwerpunktthema dieser Arbeit sein werden.

Wie bereits festgestellt, basiert jede Traumatisierung auf eine traumatische Situation. In einer solchen Situation wird der Mensch mit einer Fülle von Reizen überflutet, die in ihm starke Gefühle, insbesondere Angst, hervorrufen. Der Betroffene befindet sich in einem Dilemma, da er nicht seinen Instinkten folgen, weder kämpfen noch fliehen kann. Er erlebt wortwörtlich eine „Ohn-macht“, also eine Situation in der er ohne Macht und Einfluss dasteht. Diese Situation überfordert die gewöhnlichen Anpassungs- und Bewältigungsstrategien und damit die menschliche Fähigkeit, mit diesen Reizen umzugehen. Ein traumatisches Erlebnis kann als so einschneidend erlebt werden, dass Betroffene in ihrem Selbst- und Weltverständnis stark verletzt werden und nachhaltig leiden (vgl. Öttl 2008, S. 10 f.; Lackner 2004, S. 3). Eine sehr treffende und geeignete Definition findet sich bei Fischer und Riedesser (2003). Relativ kurz vereint sie die bereits angesprochenen Aspekte. Ein psychisches Trauma wird hier definiert als ein:

„vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“ (Fischer und Riedesser 2003, S. 82)

In diesem Sinne kann der Begriff „Trauma“ sowohl das Geschehnis selbst, als auch die Auswirkungen des traumatischen Ereignisses umfassen. Es gilt in dieser Arbeit

zwischen dem Auslöser, also der traumatischen Erfahrung (Situation/Erlebnis/ Ereignis)² und dem Erleben dieser Erfahrungen als Trauma (der Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses) zu unterscheiden.

2.2. Kinderspezifische Definition

Viele Kinder und Jugendliche in stationärer Jugendhilfe waren in ihren Ursprungsfamilien in großem Maße der Willkür erwachsener Bezugspersonen ausgesetzt. Zielgruppe dieser Arbeit sind Kinder, die Opfer psychischer, physischer und sexueller Gewalt, sowie emotionaler und physischer Verwahrlosung wurden. Die Fachliteratur spricht in diesem Zusammenhang auch von *Kindesmisshandlungen*³ als einer speziellen Art von Traumata (Fischer und Riedesser 1998, S. 230ff.; S. 248ff.).

Nach Scheuer-Englisch (2002) sind folgende Merkmale zur Bestimmung einer traumatischen Erfahrung bei Kindern wesentlich:

- *„Es handelt sich um eine einmalige oder fortdauernde Erfahrung,*
- *die zu einer psychischen Verletzung führt,*
- *die für das Kind überwältigend und mit seinen physischen und psychischen Möglichkeiten nicht kontrollierbar ist,*
- *die Todesangst und Angst vor Vernichtung des physischen oder psychischen Selbst auslöst*
- *und bei der das Kind in der Situation auf niemanden zurückgreifen kann, bei dem es Schutz oder Hilfe erfährt“ (ebd., S. 67).*

Beim Kindheitstraumata⁴ sollte zwischen verschiedenen Formen von Traumatisierungen unterschieden werden.

Lenore Terr (1995) kategorisiert Traumata nach **Typ I** und **Typ II Traumatisierungen**. Ein Kind, welches ein Trauma gemäß der Typ I Kategorisierung erlebt, wird

² In der Fachliteratur werden die Begriffe „traumatische Erfahrung“, „traumatische Situation“, „traumatisches Ereignis“ oder „traumatisches Erlebnis“ synonym verwendet.

³ Da es keine einheitliche Definition des Begriffes „Kindesmisshandlung“ gibt, sondern stattdessen die einzelnen Misshandlungsformen näher definiert werden können, werden diese unter 3.1 genauer vorgestellt. Zudem soll hervorgehoben werden, dass eine Subsumierung der verschiedenen Misshandlungsformen unter den Oberbegriff „Kindesmisshandlungen“ (wie es eine zeitlang in der Kinderschutzliteratur üblich war), die unterschiedlichen Entstehungsbedingungen und Auswirkungen nicht ausreichend berücksichtigt (vgl. Weiß 2008, S. 20f).

⁴ Diese hier getroffenen Kategorisierungen werden nicht nur bei Kindern, sondern ebenfalls bei Erwachsenen angewandt

mit einem einmaligen schockartigen Ereignis konfrontiert, während es sich bei der Typ II Traumatisierung um eine Serie miteinander verknüpfter traumatischer Erfahrungen oder ein komplexes, länger andauerndes und sich wiederholendes traumatisches Geschehen handelt. Typ I Traumata können, abgesehen von Wahrnehmungsverzerrungen⁵, von Kindern meist detaillierter erinnert werden, Typ II Trauma eher nicht. Hier passt sich das Kind deutlich stärker an die andauernde traumatische Situation an. Bei Typ II Traumatisierungen spricht die Fachwelt auch von **chronischen** oder **komplexen Traumatisierungen**. Sie können die Entwicklung eines Kindes stagnieren lassen, da das betroffene Kind häufig all seine Entwicklungskräfte benötigt, um sich dem traumatischen Geschehen anzupassen und sowohl körperlich als auch psychisch, zu überleben. Chronische Traumatisierungen führen im Erwachsenenalter zu vielseitigen und komorbiden Störungsbildern, die sich nur unzureichend mit der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung abdecken lassen (vgl. Fischer und Riedesser 1999, S. 250f.; Bidinger 2004, S. 22f.).

Traumatisierungen des Typs II sind in den meisten Fällen „**Beziehungstraumata**“ (Fischer und Riedesser 1999, S. 125), die von nahe stehenden Bezugspersonen verübt werden. Diese Traumatisierungen bedeuten eine besonders starke Verletzung des Vertrauens in zwischenmenschliche Beziehungen. Hier spricht man auch von „**man-made**“ **Traumata**, also von Menschen gemachte oder ausgelöste Traumata. Von nahe stehenden Personen zugefügte Traumatisierungen werden dabei als die Arten von Traumata beschrieben, welche am schwersten wirken und am schwierigsten zu „lösen“ sind (vgl. Reddemann und Dehner-Rau 2004, S. 1). An dieser Stelle wird außerdem zwischen **inner-** und **außerfamiliären Traumatisierungen** unterschieden. Innerfamiliäre Traumatisierungen werden dabei als psychische Verletzungen verstanden, die von den engsten Bezugspersonen aus dem Familienkreis ausgelöst werden. Fischer und Riedesser fassen diese Differenzierung unter dem Begriff des „Beziehungstraumata“ (vgl. Fischer und Riedesser 1999, S. 125).

Diese hier aufgeführten Klassifikationen haben großen Einfluss darauf, wie nachhaltig das traumatische Erleben auf das Selbst- und Fremdbild eines Kindes wirkt (vgl. Bidinger 2004, S. 23). Außerfamiliäre Traumatisierungen erschüttern das kindliche Verständnis von der Sicherheit in der Welt dabei nicht unbedingt grundlegend. Ausschlaggebend sind schützende Familienstrukturen, in denen das Kind sich si-

⁵ die durch eine akute Traumareaktion bedingt sind.

cher und geborgen fühlt. Auch wenn bei außerfamiliären Traumata diese Schutzfunktion vorübergehend fehlte, bleibt die Sicherheit eines schützenden Familiensystems bei vertrauensvollen Bindungen doch erhalten. Im Falle einer innerfamiliären Traumatisierung können die (familiären) Schutzpersonen selbst als traumatischer Aggressor benannt werden (vgl. Fischer und Riedesser 1999, S. 255f.). Kinder verlieren in Folge dessen ein fundamentales Gefühl von Geborgenheit, Sicherheit und vom Bewusstsein des eigenen Wertes (vgl. ebd., S. 125).

Die Fachliteratur hat im Laufe der Jahre eine Vielzahl möglicher Klassifikationen für die verschiedenen Arten von Traumata herausgebracht. Der Vollständigkeit halber möchte ich eine letzte bekannte Klassifizierung anführen. Hier wird in **Mono-** und **Polytraumatisierung** (von griechischen polys = vielfach und monos = einmalig) unterschieden. Die von Leonore Terr vorgeschlagene Klassifikation nach Typ I und Typ II Traumatisierung deckt sich näherungsweise mit dieser. Bei der Polytraumatisierung wirken unterschiedliche traumatische Ereignisse entweder simultan oder sukzessiv zusammen und kumulieren somit im Erleben des betroffenen Subjektes. In der Literatur werden für den Vorgang einer zeitlich sukzessiven Polytraumatisierung zwei unterschiedliche Begriffe vorgeschlagen: Kumulative und sequentielle Traumatisierung (vgl. Fischer und Riedesser 1998, S. 124).

Der Begriff der **kumulativen Traumatisierung** nach Masud Khan (1963) umfasst: *„eine Abfolge von traumatischen Ereignissen oder Umständen, die jedes für sich subliminal (unterschwellig) bleiben können, in ihrer zeitlichen Abfolge und Häufung jedoch die resultierenden Kräfte des Ich so sehr schwächen, dass insgesamt eine oft sogar schwer traumatische Verlaufsgestalt entsteht“* (Fischer und Riedesser 1998, S. 124). Viele Beziehungstraumata, die misshandelte Kinder und Jugendliche erlebt haben, sind diesen Typus der Trauma Entstehung zuzuordnen.

Die **sequentielle Traumatisierung** nach Keilson (1979) bezeichnet *„über eine zeitlich verteilte Polytraumatisierung hinaus eine in sich kohärente Verlaufsgestalt der traumatischen Erfahrung“* (Fischer und Riedesser 1998, S. 124). Dieses wird vor dem Hintergrund verständlich, dass mehrfach traumatisierte Kinder über bereits gemachte traumatische Erfahrungen verfügen. Alte Wunden werden durch neue traumatische Erlebnisse aufgerissen. Somit entsteht eine zeitlich zwar verteilte, subjektiv jedoch kohärente Verletzungssituation (vgl. ebd., S. 124).

Im Rahmen meiner Arbeit möchte ich mich auf Typ II Traumatisierungen beziehen,

da diese größtenteils den traumatischen Erfahrungen von Kindern und Jugendlichen in Heimerziehung entsprechen (vgl. Kapitel 4). Es handelt sich in diesen Fällen meist um innerfamiliäre Traumatisierungen bzw. Beziehungstraumata. Außerdem werde ich die Begriffe der chronischen, komplexen und sequentiellen Traumatisierung benutzen.

2.3. Stationäre Jugendhilfe

Im Titel dieser Arbeit wird der Begriff der „stationären Jugendhilfe“ gebraucht.

Ebenso hätte auch der Begriff der „Heimerziehung“ Anwendung finden können, da:

1. *„dieser nach § 34 SGB VIII auch die gesetzliche Verankerung des hier behandelten Arbeitsfeldes namentlich darstellt und*
2. *die entsprechenden Einrichtungen (z.B. Jugendwohngruppen) einschließt“* (Pohnke 2003, S. 13).

Da der Begriff der „Heimerziehung“ im Kontext der Ausdifferenzierung von Betreuungsformen seit Einführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) jedoch nicht präziser erscheint als „stationären Jugendhilfe“, wurde davon abgesehen. In der Öffentlichkeit besteht zudem immer noch eine starke negative Konnotation zu dieser Begrifflichkeit, die unter anderem eine sanktionierende bzw. stigmatisierende Wirkung einschließt. Der Einfachheit halber werden beide Begriffe im Folgenden synonym verwendet. Nach dem SGB VIII beinhalten beide Hilfen zur Erziehung über Tag und Nacht außerhalb der Herkunftsfamilie (vgl. ebd., S. 13; SGB VIII, 2003).

Aufgrund der breiten Palette an Möglichkeiten der Ausgestaltung von Fremdunterbringung und Betreuungskonzepten, ist es sehr schwierig von einem einheitlichen Konzept der stationären Erziehungshilfen zu sprechen. Heimerziehung schließt alle möglichen und in der Praxis vorfindbaren Betreuungskonzepte wie Außenwohngruppen, Kleinstheime, Jugendwohngruppen und pädagogisch-therapeutische Wohngruppen ein (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, S. 200). Die stationäre Jugendhilfe stellt im Verbund der unterschiedlichen Erziehungshilfen ein eigenständiges Hilfsangebot dar, das im Sinne des SGB VIII - und vor allem aus der Praxis heraus betrachtet - *„ein letztes Glied einer Kette von Hilfen ist [...], das ihre Funktion der ultima ratio bis heute nicht ganz verloren hat“* (Otto und Thiersch 2001, S. 453) und insbesondere dann gewährt wird, wenn

vorherige, weniger eingreifende Hilfen (z.B. ambulante) gescheitert sind (vgl. Pohnke 2003, S. 14).

Gemäß des § 34 im SGB VIII ist die Heimerziehung in den Hilfen zur Erziehung⁶ verankert, welche in den §§ 28-35 formuliert sind. Auf sie besteht ein gesetzlich einklagbarer Rechtsanspruch, welcher den leistungsrechtlichen Charakter des KJHG betont (vgl. SGB VIII 2003, S. 259-262). Der § 27 SGB VIII formuliert bestimmte Voraussetzung für eine Hilfestellung. Danach *„hat ein Personensorgeberechtigter bei der Erziehung eines Kindes oder eines Jugendlichen Anspruch auf Hilfen zur Erziehung, wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfen für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist“* (ebd., S. 259). In der Praxis zeigt sich immer wieder, dass gerade in Familien, in denen Kindesmisshandlungen und Vernachlässigungen stattfinden, oft keine Hilfen eingefordert werden. Nach § 42 SGB VIII ist das Jugendamt daher verpflichtet, bei dringender Gefahr für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen, eine Inobhutnahme einzuleiten und das Kind zumindest vorläufig in benannten Angebotsformen unterzubringen (vgl. ebd., S. 264f).

Die jeweiligen Erziehungshilfen haben sich an einem spezifischen erzieherischen Bedarf im Einzelfall zu orientieren. Heimerziehung stellt dabei ein auf Zeit oder dauerhaft angelegtes familienergänzendes bzw. -ersetzendes Angebot in Situationen dar, in denen zum aktuellen Zeitpunkt ein weiterer Verbleib in der Herkunftsfamilie nicht möglich ist. Das Erstellen eines individuellen →Hilfeplans nach § 36 SGB VIII bildet dabei im Bereich aller Erziehungshilfen die Grundlage der Arbeit. Dem Bedarf des Kindes oder Jugendlichen entsprechend, sollte die Hilfeleistung über das Alltagsleben hinaus mit therapeutischen und pädagogischen Angeboten verknüpft, sowie mit Ausbildungs- oder Beschäftigungsmöglichkeiten verbunden werden. Letztendlich ist es Ziel der Heimerziehung, die Rückkehr in die Herkunftsfamilie zu erreichen, die Erziehung in einer anderen Familie vorzubereiten, oder aber auf ein eigenverantwortliches und selbstständiges Leben vorzubereiten (vgl. ebd., S. 259-262).

Im Hinblick auf den Gegenstand dieser Arbeit sei angemerkt, dass § 35a SGB VIII berücksichtigt, dass insbesondere Kinder und Jugendliche, die aufgrund von andauernder und komplexer Traumatisierung an gravierenden psychopathologischen

⁶ § 27 SGB VIII

Folgeerkrankungen leiden, Anspruch auf Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche haben (vgl. ebd., S. 261).

Diese Arbeit beschäftigt sich mit Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe. Hiermit ist vorwiegend die Altersgruppe der 13-/14 bis 18- Jährigen gemeint. Dies ergibt sich aus den praktischen Erfahrungen der Autorin und wird zudem im § 7 des SGB VIII determiniert (vgl. ebd., S. 252). Außerdem wird des Öfteren von „Wohngruppen“ der stationären Jugendhilfe die Rede sein. Dieser Begriff wurde gewählt, da er in der Praxis für viele unterschiedliche Betreuungsformen über „Tag und Nacht“ Anwendung findet.

3. Psychische Traumatisierung bei Kindern

Dieses Kapitel soll eine Einführung in die grundlegenden Erkenntnisse der →Psychotraumatologie geben. Vorweg werden mögliche Kindheitstraumata aufgezeigt, die insbesondere bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe vermehrt vorzufinden sind. Nachfolgend wird Wissen über die Entstehung, den Verlauf und mögliche Symptomatiken kindlicher Traumatisierungen vermittelt. Da es sich bei Kindesmisshandlungen um spezielle und zumeist besonders schwerwiegende Formen seelischer Verletzungen handelt wird neben der typischen Traumafolgestörung des Posttraumatischen Belastungssyndroms auch das Konzept der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung vorgestellt.

3.1. Mögliche Traumata

An dieser Stelle wird dargestellt, welche Erfahrungen nach den genannten Definitionsmerkmalen (siehe 2.1. und 2.2) für Kinder und Jugendliche traumatische Wirkungen haben können. Nach Scheuerer-Englisch (2002) sind dies:

- Kindesmisshandlung durch verbale und/oder physische Attacken;
- Sexueller Kindesmissbrauch;
- Emotionale Vernachlässigung ;
- Der Verlust von Bindungspersonen bzw. traumatische Trennungserfahrungen;
- Traumatische Konflikte der Eltern;
- Überwältigende Einzelerfahrungen, die das Kind selbst oder eine nahe stehende Person erlebt hat;
- Narzisstische Ausbeutung des Kindes in extremer Form;
- Psychische Erkrankung wichtiger Bezugsperson, in dessen Folge die wesentlichen Elternfunktionen (Schutz und Unterstützung) nicht gelingen kann (vgl. ebd., S. 68).

Im Folgenden werden einige⁷ der genannten traumatischen Erfahrungen beschrieben, die insbesondere Kinder und Jugendliche in Pflegefamilien oder stationärerer Jugendhilfe häufig erleben. Eine Untersuchung von Münder, Mutke und Schone im

⁷ Alle möglichen Traumata im Einzelnen darzustellen würde den Rahmen der Arbeit sprengen, nachzulesen sind sie unter anderem in dem Buch „Philipp sucht sein Ich“ von Wilma Weiß.

Jahre 2000 über Gefährdungslagen von Kindern und Jugendlichen⁸ bestätigt die hier getroffenen Zusammenstellung (vgl. Weiß 2008, S. 22).

3.1.1. Die Vernachlässigung

Von Vernachlässigung wird gesprochen, wenn: „[...] über längere Zeit bestimmte Versorgungsleistungen materieller, emotionaler und kognitiver Art ausbleiben [...]“ (Schone et al. 1997, S. 19). „Diese Unterlassung kann aktiv oder passiv (unbewusst) aufgrund unzureichender Einsicht oder unzureichendem Wissen erfolgen“ (ISA zit.n. Weiß 2008, S. 22), so die Definition des Instituts für Soziale Arbeit e.V. (ISA) in Münster.

Betroffene Kinder werden körperlich durch unzureichende Kleidung und Pflege, mangelnde Ernährung und gesundheitliche Fürsorge, unzureichendem Schutz vor Gefahren und Risiken sowie Unterlassen ärztlicher Behandlungen vernachlässigt. Im emotionalen Bereich fehlt es häufig an Aufmerksamkeit und emotionaler Zuwendung, einer stabilen Bezugsperson, Beziehungsangeboten und Förderung motorischer, geistiger, emotionaler und sozialer Fähigkeiten. Außerdem mangelt es in diesen Familien oft an Entwicklungsimpulsen und schulischer Förderung. Viele der Eltern nehmen selten körperlichen Kontakt mit ihrem Kind auf, so dass die Signale des Kindes unbeachtet bleiben. In einem typischen Vernachlässigungsszenario spielt sich die Interaktion zwischen Eltern und Kind z.B. so ab, dass Bedürfnisse des Kindes falsch wahrgenommen werden und es in Folge dessen zu einer inadäquaten Reaktion des Elternteils kommt. Auf hungriges Weinen kann z.B. mit Schimpfen und Einsperren reagiert werden. Durch die Tatsache, dass die elementarsten Bedürfnisse des Kindes missachtet werden, kommt es vielfach zu Beeinträchtigung in der körperlichen, kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung eines Kindes (vgl. Weiß 2008, S. 23). Dem Psychoanalytiker René Spitz fiel auf, dass →deprivierte Kinder und Jugendliche vermehrt Mattigkeit, leere Gesichtsausdrücke sowie eine verlangsamte und verzögerte motorische Reaktion und Entwicklung aufwiesen. Er kam zu dem Ergebnis, dass „[...] ein krasser Mangel an Objektbeziehungen die Entwicklung in allen Bereichen zum Stillstand bringt“ (Spitz 1967, S. 296).

⁸ Münder, Johanness; Mutke, Barbara; Schone Reinhold (2000): Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln im Kinderschutzverfahren. Münster.

3.1.2. Die seelische Misshandlung

Kategorien emotionaler Kindesmisshandlungen können Erniedrigung, Entwürdigung, emotionale Unerreichbarkeit, Zurückweisung, Gebrauch des Kindes für die Bedürfnisse des Erwachsenen und Terrorisierung sein. Seelische und emotionale Misshandlung von Kindern kann sowohl als integrale Komponente aller Misshandlungsformen als auch alleine auftreten. Die seelische Misshandlung ist im Gegensatz zu anderen Misshandlungsformen durch die Beziehung – und nicht durch die Tat definiert (vgl. Weiß 2008, S. 28). Hermann charakterisiert die seelische Misshandlung folgendermaßen: „*Bei emotionaler Misshandlung ist eine aktiv feindselige, entwürdigende, einschüchternde und verbal schädigende Interaktion ein durchgehendes Muster der Eltern-Kind-Beziehung*“ (Hermann 2006, S. 88).

Nach den britischen Kinderpsychiater- und Kinderschützerinnen Glaser und Prior ist eine Traumatisierung von Kindern und Jugendlichen dann erreicht, wenn das Gleichgewicht zwischen einer guten und inakzeptablen Kinder-Eltern Interaktion so weit verschoben ist, dass die schädigenden und misshandelnden Interaktionsaspekte für die Gesamtbeziehung kennzeichnend werden. Sie weisen darauf hin, dass seelische Misshandlung mit Ausnahme der aktuellen Lebensbedrohung ebenso schwerwiegende Folgen für die Entwicklung eines Kindes haben können, wie andere Formen der Misshandlung oder Vernachlässigung. Glaser und Prior stellen als Folgen langfristiger seelischer Misshandlungen Minderleistungen in der Entwicklung, Minderwuchs, körperliche Vernachlässigung, Isolation und Aggressivität, dissoziales Verhalten, geringes Selbstwertgefühl, Angst und Schreckhaftigkeit fest (vgl. Glaser und Prior 1998, S. 39; Weiß 2008, S. 24f).

3.1.3. Die körperliche Misshandlung

Die körperliche Misshandlung ist im Gegensatz zur Vernachlässigung durch eine überstimulierte und verletzende Beziehung gekennzeichnet. Sie ist die offensichtlichste aller kindlichen Misshandlungsformen. Wichtige körperliche und seelische Willens- und Bedürfnisäußerungen von Säuglingen und Kleinkindern sind häufig Anlass für elterliche Gewaltanwendung. Körperliche Misshandlung führt zu Störungen in der kognitiven, insbesondere der sprachlichen Entwicklung, zu geringen Kompetenzen, zu geringer Belastungsfähigkeit und Ausdauer in Leistung abfordernden Situationen. Außerdem tendieren misshandelte Kinder verstärkt zu negativem und hyperaktivem Verhalten, welches primär Aufmerksamkeit auf sich zieht. Dadurch ergeben sich oftmals Probleme in der Beziehung zu Gleichaltrigen (vgl.

Weiß 2008, S. 26). Misshandelte Kinder haben gelernt genau zu beobachten, um eine eventuelle Gefährdung schnellstmöglich zu lokalisieren, und dieser ausweichen zu können. Ein überängstliches bemühtes Verhalten, keine Fehler zu begehen zeichnet diese Kinder aus. Sie sind einerseits anpassungsfähig (sog. Chamäleonverhalten) und in anderen Situationen wiederum aggressiv und agieren sich aus. Sie halten sich oftmals für nicht liebenswert. Eine verzögerte Sprachentwicklung und Ablehnung aufgrund ihres aggressiven Verhaltens in der Schule oder im Kindergarten bestätigen dann oft dies negative Selbstbild (vgl. ebd., S.26f).

Martin und Rodeheffer (1980, zit. n. Weiß 2008, S. 26f) benennen in ihrer Untersuchung des National Center for Prevention of Child Abuse and Neglect weitere Symptome als Folgen der körperlichen Misshandlung bei Kindern:

- *„Mangel an Objektpermanenz oder Objekt Konstanz (verzerrte Wahrnehmung normaler Objektbeziehungen)*
- *Neigungen, sich um das seelische und körperliche Wohl der Eltern zu kümmern*
- *Gelernte Hilflosigkeit (sich an einer Aufgabe nicht zu versuchen, ist ungefährlicher als es zu versuchen und zu scheitern)*
- *Frustration aufgrund der Unfähigkeit, den Erwartungen der anderen zu entsprechen*
- *Unfähigkeit, die eigene Umwelt so wahrzunehmen und so auf sie einzuwirken, dass ihre Beherrschung“ angestrebt wird.“*

Misshandelte Kinder erleben außerdem überproportional häufig auch häusliche Gewalt. Es besteht ein erhöhtes Risiko, dass auch sie aktive Gewalthandlungen zeigen und später straffällig werden (vgl. Enzmann 2000, S. 48; Weiß 2008, S. 26f).

3.1.4. Die häusliche Gewalt

Häusliche Gewalt beschreibt die Gewalt zwischen erwachsenen Bezugspersonen. In fast allen Fällen sind es Männer, die gegenüber Frauen gewalttätig werden. Werden Mütter zu Opfern häuslicher Gewalt, so sind die Kinder in bis zu 90 Prozent der Fälle während der Gewalttat anwesend oder halten sich in Nebenräumen auf (vgl. Kavemann 2000, S. 109; Weiß 2008, S. 27).

Das Miterleben häuslicher Gewalt hinterlässt Spuren in der Seele dieser Kinder. So verzichten Kinder, die gewaltsame Erfahrungen mit ansehen müssen oftmals dar-

auf, ihre Gefühle auszudrücken, um die Mutter keinen weiteren Belastungen auszusetzen. Sie fühlen sich schuldig und übernehmen die Verantwortung, da sie in die Vorfälle als Verbündete, Schlichter, Geschlagene oder Schiedsrichter in die Vorfälle hineingezogen werden. In den Fällen, in denen Kinder über einen längeren Zeitraum die chronische Gewalt des Vaters gegen die Mutter miterleben mussten, ist mit einer traumatischen Schädigung der Kinder zu rechnen (vgl. Weiß 2008, S.27f).

Studien über die Folgen häuslicher Gewalt belegen darüber hinaus geschlechtsspezifische Auswirkungen: So sind Mädchen, die sich in der traumatischen Situation mit der Mutter identifizieren, eher gefährdet, in einer späteren Beziehung ebenfalls Gewalt zu erdulden. Söhne, die sich hingegen mit dem Vater identifizieren, sind eher gefährdet eigene Gewalt in späteren Partnerschaften anzuwenden. Obwohl es keine Belege für einen automatischen Gewaltkreislauf gibt, weist die Forschung doch auf einen starken Zusammenhang zwischen den Kindheitserfahrungen und dem eigenem Gewalthandeln hin (vgl. Weiß 2008, S. 28, Heynen 2000). Neben eigenen Gewalterfahrungen spielen außerdem Erfahrungen von →Inkonsistenz, Nichtvorhersagbarkeit und Nichtbeeinflussbarkeit der elterlichen Reaktion als Erfahrungen von Willkür und Kontrollverlust eine Rolle für die Entstehung von Gewaltbereitschaft (vgl. Weiß 2008, S. 28; Enzmann 2000).

3.1.5. Die traumatische Sexualisierung

Mittlerweile gibt es zahlreiche Forschungsergebnisse und Veröffentlichungen über Hintergründe, Ausmaß und Folgen sexueller Gewalt⁹. Anna Freud stellte bereits 1936 fest, dass sexueller Missbrauch von Eltern gegen ihre Kinder pathologischer und schädlicher wirkt als früheste Deprivation, Vernachlässigung und Misshandlung. Die eigenständige sexuelle Entwicklung der Kinder und Jugendlichen wird in Folge dieser traumatischen Schädigung gestört. Die sexuelle Traumatisierung formt die Sexualität des Kindes auf unangemessene Weise (vgl. Weiß 2008, S. 29ff). Oftmals ist die Tat an ein Geheimhaltungsgebot des Täters/der Täter gekoppelt. Täter verhalten sich gegenüber der Außenwelt und während des Geschehens so, als gäbe es keinen sexuellen Missbrauch. Aus dieser Spezifik der Verleugnung ergibt sich eine „*Dynamik von zwei Welten*“ (ebd., S. 30). Ebenfalls die Opfer wollen den Missbrauch verleugnen und dadurch vor sich selbst geheim halten. Tagträume

⁹ Einen Überblick über bisherige Studien bieten zum Beispiel Bange/Körner 2002; Roth 1997; Ammann/Wipplinger 1997.

oder andere dissoziative Zustände sind die Folge dieser Dynamik. Die amerikanische Psychiaterin und Professorin Judith Lewis Herman spricht von einem Doppeldenken (1994, S. 142). Kinder müssen demnach „[...] ein Sinnsystem konstruieren, das die Tat rechtfertigt“.

Das Modell der **vier traumatogenen Faktoren** von den amerikanischen Forschern David Finkelhor und Angela Brown (1985, S. 530-541) verdeutlicht die grundsätzlichen Folgen traumatischer Sexualisierung im Kindesalter:

Tabelle 1: Traumatogene Faktoren sexueller Traumatisierung

Verrat:	Das Kind macht die Erfahrung, dass eine Person, von der es emotional abhängig ist, und der es vertraut, ihr etwas Unrechtes antut und Schaden zufügt. Das (Ur-) Vertrauen des Kindes wird zutiefst erschüttert.
Ohnmacht/Hilflosigkeit:	Das Kind wird mit Gefühlen wie Ohnmacht und Hilflosigkeit konfrontiert. Als Folge der grundlegenden Missachtung seines Willens, seiner Bedürfnisse und Wünsche sowie der (fortgesetzten) Verletzung seiner körperlichen Integrität.
Stigmatisierung:	Das Kind wird mit den negativen Implikationen und Bedeutungen von Opfersein und sexuellen Missbrauch konfrontiert.
Traumatische Sexualität:	Die Sexualität des Kindes (sexuelle Empfindungen und Einstellungen) wird in einer Weise geprägt, die zwischenmenschlich dysfunktional ist und nicht dem Entwicklungsstand des Kindes entspricht (vgl. Weiß 2008, S. 30ff)

Entnommen aus: Weiß 2008, S. 30

Jeder dieser vier traumatogenen Faktoren hat eigene Dynamiken, Auswirkungen und Verhaltensmanifestationen zur Folge. Aufgrund der traumatischen Sexualisierung kann es zum Beispiel zur Verwirrung der sexuellen Normen, der sexuellen Identität und infolge dessen zur Verwechslung von Sexualität mit Liebe sowie zwanghaften sexuellen Verhaltensweisen kommen (vgl. Weiß 2008, S.30ff)

3.2. Risiko- und Schutzfaktoren

Ein psychisches Trauma stellt grundsätzlich immer einen Risikofaktor im Leben eines jeden Kindes dar. Allerdings entwickelt nicht jedes Kind nach einem traumatischen Erleben eine länger andauernde psychische Störung. Ob und wie ein Kind ein psychisches Trauma verarbeiten kann ist von vielen Faktoren in der Person und ihrer Umwelt abhängig. Im Folgenden werden mögliche Risiko- und Schutzfaktoren, die im Leben der betroffenen Kinder vorkommen können, dargestellt (vgl. Bidinger 2004, S. 27).

Nach Fischer und Riedesser lassen sich *Risikofaktoren* als belastende Lebensumstände verstehen, die einzeln oder zusammen wirken und eine psychische Störung oder Erkrankung begünstigen (vgl. Fischer und Riedesser 1998, S.134f).

Egle, Hoffmann und Joraschky (Hrsg) haben eine Liste mit Risikofaktoren erstellt, unter denen sie allgemeine Risikofaktoren wie auch potenzielle traumatische Faktoren fassen:

- *„Niedriger sozialökonomischer Status*
- *Schlechte Schulbildung*
- *Arbeitslosigkeit*
- *Große Familien und sehr wenig Wohnraum*
- *Kontakte mit Einrichtungen der „sozialen Kontrolle“ (z.B. Jugendamt)*
- *Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils*
- *Chronische Disharmonie*
- *Mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr*
- *Unsicheres Bindungsverhalten nach 12./18. Lebensmonat*
- *Psychische Störung der Mutter/des Vaters*
- *Schwere körperliche Erkrankung der Mutter/des Vaters*
- *Chronisch kranke Geschwister*
- *Alleinerziehende Mutter*
- *Autoritäres väterliches Verhalten*
- *Verlust der Mutter*
- *Scheidung, Trennung der Eltern*
- *Häufig wechselnde, frühe Beziehungen*
- *Sexueller und/oder aggressiver Missbrauch*
- *Schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen*
- *Altersabstand zum nächsten Geschwister < 18 Monate*

- *Längere Trennung von den Eltern in den ersten 7 Lebensjahren*
- *Hohe Risikogesamtbelastung*
- *Jungen vulnerabler als Mädchen“ (ebd., S 20).*

Andere Risikofaktoren können sich aus einer physiologischen Disposition eines Kindes ergeben, erworben oder auch genetisch übermittelt sein. Sie sollten in der Befunderhebung unbedingt Berücksichtigung finden (zum Beispiel Temperament, Behinderung) (vgl. Bidinger 2004, S. 28). Die Wechselwirkung¹⁰ und kumulative Wirkung verschiedener Stressoren hat nach Ulich einen entscheidenden Einfluss auf die Ausbildung traumaspezifischer Störungsbilder (vgl. Ulich 1988, S. 150; Bidinger 2004, S. 28). Übersetzt bedeutet dieses: Während die Wirkung bei einem Risikofaktor eher gering ist, „erhöht sich bei zwei Faktoren die Wahrscheinlichkeit, dass Entwicklungsstörungen auftreten um das Vierfache“ (Fischer und Riedesser 1998, S. 136).

Während die Entstehung einer Traumatisierung bei entsprechendem Erlebnis durch vorhandene Risikofaktoren eher begünstigt wird, gibt es auf der anderen Seite auch schützende Faktoren. Unter diese *Schutzfaktoren* versteht man jene Einflussfaktoren, welche die Auswirkung von Risikofaktoren im Sinne einer Reduzierung des Risikos einer körperlichen, psychischen oder psychosomatischen Erkrankung modifizieren können. Sie stärken die psychische Widerstandskraft einer Person, die so genannte *Resilienz*. Resilienz beinhaltet nicht nur die Fähigkeit, sich unter schwierigen Lebensumständen gesund und kompetent zu entwickeln, sondern ebenfalls die relativ eigenständige Erholung von einem Störungszustand. Innerhalb einer bestimmten Bandbreite ist die Resilienz Schwankungen ausgesetzt. So ist sie zum Beispiel vom körperlichen Wohlbefinden, von bestehender Müdigkeit oder Alltagsbelastungen abhängig (vgl. Egle, Hoffmann und Joraschky 2000, S. 3; Lackner 2004, S. 29). *Protektive Faktoren* entsprechen nach Fischer und Riedesser einer bereits vorhandenen Disposition, also einem „mitgebrachten Schutzfaktor“. Sie bestehen bereits vor dem Trauma und haben Einfluss auf die Bewältigungsmöglichkeiten einer Person. Von *korrektiven Faktoren* spricht man, wenn die schützenden Faktoren dem Individuum während oder unmittelbar nach dem traumatischen Geschehen unterstützend zur Verfügung stehen. So kann zum Beispiel eine schüt-

¹⁰ Um eine reale, biografische Gefährdung bestimmen zu können, sollten die protektiven Faktoren zu den Risikofaktoren in Beziehung gesetzt werden, da Schutzfaktoren Risikofaktoren teilweise oder vollständig kompensieren können. Dabei gilt, dass die protektiven Faktoren: a) qualitativ und quantitativ annähernd dem Risiko entsprechen und b) in einer potenziellen traumatischen Situation dem Individuum auch zur Verfügung stehen (vgl. Lehmann 2008, S. 3).

zende soziale Beziehung, die während des Traumaverarbeitungsprozesses wirkt, eine bedeutende korrektive Funktion übernehmen (vgl. Fischer und Riedesser 1998, S. 132f).

Als biographische Schutzfaktoren stellen Egle, Hoffmann und Joraschky (Hrsg.) folgende Faktoren zusammengefasst dar:

- *„Dauerhafte gute Beziehungen zu mindestens einer primären Bezugsperson*
- *Großfamilie, kompensatorische Elternbeziehungen, Entlastung der Mutter*
- *Gutes Ersatzmilieu nach frühem Mutterverlust*
- *Überdurchschnittliche Intelligenz*
- *Robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament*
- *Internale Kontrollüberzeugung, „self-efficacy“¹¹*
- *Sicheres Bindungsverhalten*
- *Soziale Förderung (z.B. Jugendgruppe, Schule, Kirche)*
- *Verlässliche unterstützende Bezugsperson(en) im Erwachsenenalter*
- *Lebenszeitlich späteres Eingehen „schwer auflösbare Bindungen“ (späte Heirat)*
- *Geringe Risiko-Gesamtbelastung¹²*
- *Jungen vulnerabler als Mädchen“ (ebd., S. 21).*

Von Bedeutung sind vor allem sichere Bindungen zu stabilen Bezugspersonen sowie die Erfahrung eines Kindes, dass sein Handeln etwas bewirken kann. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass je nach vorhandenen Risiko- oder Schutzfaktoren erlebte Erfahrungen bedrohlich oder weniger bedrohlich auf Kinder wirken können und damit den Verarbeitungsprozess und die Entstehung von Folgesymptomen wesentlich beeinflussen (vgl. Öttl 2008, S.25).

3.3. Trauma und Entwicklung

Neben den dargestellten Risiko- und Schutzfaktoren beeinflusst außerdem die jeweilige Kindesentwicklung den Verlauf und die Auswirkungen einer Traumatisierung. Die kindliche Persönlichkeit wird in der →Entwicklungspsychologie als eine „bio-psycho-soziale“ Einheit betrachtet. Die kindliche Entwicklung findet dementsprechend nicht als ein linearer Vorgang statt, sondern sollte vielmehr als eine Verflechtung und ein Ineinanderwirken verschiedener Entwicklungslinien verstanden

¹¹ Das Gefühl haben, Einfluss auf die Umwelt nehmen zu können, d. Verfasser.

¹² Weniger Risikofaktoren und viele schützende Faktoren, d. Verfasser.

werden (vgl. Endres und Moisl 2002, S.17; Bidinger 2004, S. 30). Anna Freud prägte in diesem Zusammenhang 1963 erstmals den Begriff der Entwicklungslinien („Development lines“). Hiernach hat das Kind in bestimmten Entwicklungsabschnitten verschiedene Entwicklungsaufgaben¹³ bzw. -themen zu bewältigen (vgl. Fischer und Riedesser 1998, S.248ff).

Auf der Grundlage der entwicklungspsychologischen Arbeiten von Erik H. Erikson, Anna Freud und Jean Piaget haben Fischer und Riedesser eine „*entwicklungspsychologische Matrix*“ (Riedesser 2006, S. 162) entwickelt, welche sich als ein klinisch und wissenschaftlich nützliches Modell zum besseren Verständnis der Entstehung einer traumatischen Situation erwiesen hat. Dabei versuchen die beiden Autoren zahlreiche bewusste und unbewusste psychische Wirkmechanismen, welche die traumatische Situation individuell kennzeichnen, einzubeziehen. In diesem entwicklungspsychopathologischen Referenzrahmen (siehe Abb. 1) lassen sich je nach Entwicklungsalter die für die Auswirkungen eines Traumatums entscheidenden Faktoren nebeneinander aufführen.

Abbildung 1: Entwicklungspsychopathologischer Referenzrahmen

	Entwicklungs- aufgaben	Entwicklungs- schwierigkeiten	Traumatische Situationen	Bewältigungs- versuche	Symptomatik	Intervention
Säugling						
Kleinkind						
Vorschulkind						
Schulkind						
Jugendliche/r						
junge/r Erwachsene/r						

Entnommen aus: Riedesser 2006, S. 163

¹³ Der Begriff „Entwicklungsaufgaben“ ist in diesem Falle nicht im Zusammenhang des v. Havighurst entwickelten, gleichnamigen Konstruktes, sondern im allgemeinen Sinne zu verstehen.

„Ein Kind in einem bestimmten Alter – mit altersspezifischen Entwicklungsaufgaben, möglicherweise mit Entwicklungsproblemen, und einem daraus resultierenden Reservoir an Bewältigungsfähigkeiten - ist einer potenziellen traumatischen Situation ausgesetzt und entwickelt danach Symptome. Die Übersichtlichkeit des Schemas erleichtert die Analyse der traumatischen Situation, die entwicklungspsychologische Einordnung altersspezifischer Alarmreaktionen und Bewältigungsanstrengungen, die Identifizierung von Symptomen (...), und die Planung therapeutischer und präventiver Maßnahmen.“
(Riedesser, 2006.163)

In der ersten Spalte dieses entwicklungspsychopathologischen Referenzrahmens werden die, je nach Alterstufe, zutreffenden Entwicklungsaufgaben und -themen eingetragen. Die primäre Aufgabe eines Säuglings und Kleinkindes besteht zum Beispiel im Aufbau einer sicheren Bindung mit konstanten Bezugspersonen und einer Entwicklung der Fähigkeiten zur Differenzierung der Regulierung von Affekten, Körperfunktionen, motorischer und kognitiver Kompetenz sowie dem Aufbau einer guten Besetzung der Selbstrepräsentanz. In der Spätadoleszenz sind die Hauptthemen unter anderen die Ablösung von der Familie und die Entwicklung sozialer und körperlicher Generativität (vgl. Riedesser 2006, S. 164) Alle Entwicklungsaufgaben an dieser Stelle im Einzelnen darzustellen würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Nachzulesen sind sie u.a. bei Krüger und Reddemann¹⁴.

In der zweiten Spalte wird dargestellt, welche Entwicklungsschwierigkeiten bei betroffenen Kindern und Jugendlichen zu beobachten sind. Hier können, wie Anna Freud es nannte, „Reibegeräusche“ einer normalen Entwicklung auftreten, aber auch gröbere Probleme infolge pathologischer Bewältigungsstrategien (vgl. Riedesser 2006, S.164ff).

Die dritte Spalte beabsichtigt die traumatische Situation aufzuzeigen. Es sei noch einmal betont, dass die Frage, ob ein Ereignis traumatisierend wirkt oder nicht, entscheidend von der emotionalen, kognitiven und sozialen Entwicklungsstufe eines Kindes zum Zeitpunkt des traumatischen Erlebnisses abhängig ist. Dabei nimmt die Entwicklungsphase ebenfalls Einfluss darauf, „welche Art von Erlebnissen“ als traumatisch empfunden werden. Während es für ein Kleinkind wegen seiner existenziellen Abhängigkeit von seiner primären Bezugsperson traumatisierend sein

¹⁴ Buchtitel: Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie für Kinder und Jugendliche (siehe Literaturverzeichnis)

kann, von dieser länger und abrupt getrennt zu werden, stellt eine solche Situation für einen Jugendlichen häufig kein besonders belastendes Ereignis dar. Hingegen kann es für ein Schulkind sehr viel „traumatogener“ sein, Zeuge häuslicher Gewalt zu werden als für einen Säugling, welcher die Bedeutung der Geschehnisse noch nicht erfassen kann (vgl. Riedesser 2006, S. 164ff). Das hat damit zu tun, dass die jeweilige Entwicklungsstufe das kindliche Verständnis seiner Erfahrungen beeinflusst. So ist in der Fachliteratur zum Beispiel bekannt, dass das magische Denken das Erleben von Vorschulkindern und somit auch die Auffassung von schlimmen Ereignissen prägt. Viele Kinder in jenem Alter glauben, durch böse Gedanken oder durch Gefühle wie Zorn traumatische Ereignisse verursacht zu haben (vgl. Lackner 2004, S. 25; Riedesser 2006; Greenwald 2001). Zudem sind Schuld- und Schamgefühle, insbesondere bei Beziehungstraumata innerhalb der Familie, ohnehin zentraler Bestandteil der Reaktion auf traumatische Lebensereignisse (siehe dazu 5.6). Im Vorschulalter könnten diese Schuldgefühle durch ganz eigene (magische) Deutung der Situation zusätzlich verstärkt werden. Grundsätzlich gilt: *„Je jünger ein Kind ist und je weniger Möglichkeiten es hat, mit einer traumatischen Situation umzugehen, umso eher wird sein Körper in dem aktivierten Zustand verbleiben und um so eher wird es Folgesymptome entwickeln“* (Lackner 2004, S. 25).

In die nächste Spalte der *„entwicklungspsychologischen Matrix“* werden Bewältigungsversuche betroffener Kinder und Jugendlicher eingetragen. Riedesser weist daraufhin, dass bereits Säuglingen → Copingstrategien zur Verfügung stehen. Für die Diagnose und Therapie, für die weitere wissenschaftliche Forschung und insbesondere auch für das Verständnis sozialpädagogischen Handelns sollten *„ [...] die Symptome als Coping- Bemühungen, also als im Grunde sinnvolle und aus der Situation heraus verständliche Maßnahmen des traumatisierten Kindes zur Überwindung der traumatischen Erfahrung und zur Verhinderung von deren Wiederholung [...]“* (Riedesser 2006, S. 169) betrachtet werden.

Aus der Analyse der oben beschriebenen Entwicklungssituation, der traumatischen Situation sowie der erkennbaren Symptomatiken traumatisierter Kinder und Jugendlicher lassen sich nun sinnvolle Interventions- und Präventionsangebote zur Aneignung neuer, hilfreicher und vor allem weniger pathogenerer Bewältigungsmöglichkeiten ableiten. Dieser entwicklungspsychopathologische Referenzrahmen eignet sich insofern auch besonders gut für die Fallarbeit im Team einer stationären Wohngruppe.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die im diagnostischen Schema (siehe 3.6.) aufgeführte Symptomatik des Posttraumatischen Belastungssyndroms die Komplexität der Konfigurationen, welche sich in Folge posttraumatischer Verlaufsprozesse und traumatischen Situationen herausbilden kann, nur unzureichend erfasst. Im Sinne eines entwicklungspsychopathologischen Modells berücksichtigt eine hinreichende Diagnostik traumatisierter Kinder und Jugendlicher:

- *„auf welchem Stand seiner biologischen, psychischen und sozialen Entwicklung das Kind durch das Trauma getroffen wurde,*
- *ob das Trauma durch ein einmaliges Ereignis oder durch lang dauernde Belastungen verursacht wurde („Beziehungstrauma“),*
- *welches die bewussten und unbewussten Aspekte der traumatischen Situation sind,*
- *welche Entwicklungslinien dadurch beschädigt wurden und*
- *welche protektiven Faktoren und Ressourcen im Kind selbst und in seiner Umgebung vorhanden sind und genutzt werden können, um eine Chronifizierung der Traumatisierung zu verhindern und einen Heilungsprozeß in Gang zu setzen“ (Riedesser 2006, S. 170).*

3.4. Traumatische Reaktionen

Der Eintritt eines traumatischen Ereignisses löst im Körper eine Stressreaktion aus. Akuter Stress versetzt Körper und Geist in Alarmbereitschaft und ist damit eine biologisch sinnvolle Anpassung an eine gefährliche Situation. Im Folgenden werde ich kurz aufzeigen, welche Vorgänge während einer traumatischen Situation in unserem Gehirn ablaufen und wie sich diese auf unseren Körper auswirken. Die vier typischen Reaktionen werden in der Fachliteratur mit „Kampf oder Flucht“ sowie „Erstarren und Fragment“ bezeichnet (vgl. Öttl 2008, S. 25ff; Darms 2007, S. 26)

3.4.1. Wie reagiert der Körper?

Kampf oder Flucht

Gerät eine Person in eine Stress auslösende Situation (zum Beispiel einen Überfall auf offener Straße), so wird diese nicht vernünftig und logisch überlegen, wie zu handeln ist. Der Bedrohte entscheidet vielmehr reflexartig, ob er sich auf einen Kampf mit dem Stressor einlässt, oder ob die Flucht ergriffen wird. Geschlechtsspezifisch kann festgestellt werden, dass Mädchen und Frauen eher zur Fluchtreaktion neigen. Jungen und Männer hingegen tendieren eher zur Kampfreaktion.

Eine Traumatisierung kann durch eine instinktiv richtig gewählte Kampf- oder Fluchtreaktion umgangen werden. Diese ist aber nur möglich, wenn die gewählte Reaktion aus der traumatischen Situation befreit (vgl. Huber 2007, S. 41f ; Darms 2007, S. 26).

Erstarren oder Fragment

Wenn der äußeren Bedrohung nichts entgegengesetzt werden kann, also weder Flucht noch Kampf hilft, schaltet das Gehirn um und lässt das Bewusstsein erstarren (freeze = einfrieren). Der Betroffene tritt in dieser Situation geistig weg und kann somit seine Todesangst neutralisieren, also respektiv nicht wirklich wahrnehmen. Der Mensch reagiert nicht so, wie er es eigentlich tun sollte: es findet keine Hilferufe, kein Schreien oder Weinen statt. Diese bekannten Reaktionen folgen meist erst zu einem späteren Zeitpunkt, wenn das Hirn die Information durchgibt, dass sich der Betroffene wieder in Sicherheit befindet. Es kommt auch vor, dass diese Reaktionen nicht direkt im Anschluss an die traumatische Situation zum Vorschein kommt, sondern das Erlebte erst Wochen oder Monate später verarbeitet werden kann. Das liegt daran, dass zusätzlich zum Erstarren der Wahrnehmung noch die Fragmentierung des Erlebten erfolgt. Dabei wird die traumatische Erfahrung zersplittert und ist dem Betroffenen als Ganzes nicht mehr präsent. Dieser Zustand kann beinhalten, dass das Opfer nur noch weiß, dass etwas passiert ist, jedoch nicht mehr sagen kann, was es wirklich war (vgl. Huber 2007, S. 43; Darms 2007, S. 26f).

Es stellt sich die Frage, warum ein Mensch in einer gefährlichen Situation so und nicht anders handelt? Um diese Frage beantworten zu können, ist es notwendig, die körperlichen Reaktionen im Zusammenspiel mit den Gehirnfunktionen, welche sich beim Eintritt einer traumatischen Situation abspielen, näher zu betrachten (vgl. Darms 2007, S. 27).

3.4.2. Was passiert im Gehirn?

Michaela Huber (2007) erklärt, dass die Verarbeitung von traumatischem Stress in dem Teil des Gehirns stattfindet, welcher als limbisches System bezeichnet wird. Dieser Teil umfasst unter anderem den Hippocampus und die Amygdala.

Der **Hippocampus** wird als kaltes Gedächtnis oder explizites Gedächtnis bezeichnet. Es ist seine Aufgabe, die erlebten Daten in biographischer Reihenfolge abzu-

speichern (z.B. wann passiert etwas und welcher Grund steht dahinter etc.). Der Hippocampus ist dafür zuständig, dass Erlebtes in richtigen Zusammenhängen wiedergegeben werden kann. Außerdem stellt er die Verbindung zum Sprachzentrum her, so dass das Erlebte auch in Worte gefasst werden kann. Die Erinnerungen, welche im Hippocampus entstehen, gehören nach Huber „zum Selbst und zum Dort und Damals“ (Huber 2007, S. 47).

Das **Amygdala**-System wird hingegen als das heiße Gedächtnis oder impliziertes Gedächtnis betitelt. Es gilt als Feuerwehr und arbeitet normalerweise parallel zum Hippocampus. Dabei filtert es Erlebnisse, die unter Todesangst und Panik ablaufen. Das Amygdala ist dafür verantwortlich, dass diese stressreichen Erlebnisse vorerst nicht in das biographische Gedächtnis des Hippocampus integriert werden. Dabei blockiert es den Zugang zum Sprachzentrum und trennt körperliche und seelische Reaktionen voneinander. Fragmentierungen und Abspaltungen¹⁵ können aufgrund dieser Vorgänge im Amygdala-System erst entstehen. Tritt eine traumatische Situation ein, löst das Amygdala das Gefühl von Hilflosigkeit und Todesangst aus und blockiert gleichzeitig die Weiterleitung der Information an den Hippocampus. Die festgehaltenen Informationen fließen erst nach einiger Zeit (Sekunden oder auch länger) weiter und die Funktion tritt wieder vollständig in Kraft. Durch diesen Mechanismus kann es passieren, dass Gefühle, welche durch ein traumatisches Ereignis ausgelöst wurden, im Amygdala-System gespeichert sind - die Verknüpfung mit dem dazugehörigen Erlebnis aber fehlt. Huber weist daraufhin, dass eine solche Abspaltung in gewissen Situationen überlebensnotwendig erscheint, nämlich bei solch traumatischem Erleben, welches es nicht möglich macht, das grausam Erlebte in das vorhandene Selbst zu integrieren (vgl. Huber 2007, S. 46f; Darms 2007, S. 26ff).

3.5. Traumaverarbeitungsprozess

Wenn eine traumatische Situation weder durch Erstarren noch durch eine erfolgreiche Flucht abgewendet werden kann und das eigentlich Unfassbare eintritt, folgen immer direkte Auswirkungen auf den Körper und die Psyche eines Menschen. Die Symptome können sehr vielseitig sein und werden unter 3.6 beschrieben. Nach Fischer und Riedesser (2003) können die Symptome einer traumatischen Reaktion in einen chronologischen Verlauf eingeteilt werden. Folgende Phasen gehören gemäß den Autoren in jedem Fall zu einer gesunden Traumaverarbeitung dazu:

¹⁵ Dissoziation siehe auch Punkt 5.6. dieser Arbeit.

1. **Schockphase:** Diese Phase dauert von einer Stunde bis hin zu einer Woche, da oftmals das Ausmaß des traumatischen Geschehens erst dann erfasst werden kann. Bezeichnend ist ein erstes Gefühl von Unbeweglichkeit, dem häufig eine Verleugnung des Geschehens folgt. Verbunden mit dieser Schockphase sind Gefühle der Angst, eine veränderte Wahrnehmung (Tunnelsicht) sowie ein verschobenes Zeiterleben (Zeitraffer oder Zeitlupe).
2. **Einwirkungsphase:** Diese Phase beginnt einige Zeit nach dem erlebten Trauma und kann bis zu zwei Wochen andauern. Kennzeichnend für diesen Zustand ist Ärger, den betroffene Kinder und Jugendliche zum Beispiel in der Schule oder gegenüber Funktionsträgern wie Polizisten oder Pädagogen verspüren. Wobei diese dann oftmals mit Vorwürfen konfrontiert werden („falsche oder zu wenig Hilfestellung“). Außerdem treten u.a. Symptome und Gefühle wie zum Beispiel Hilflosigkeit, Ohnmacht, Selbstzweifel, Depressionen, Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit und →Flashbacks auf.
3. **Erholungsphase:** Die Phase der →Erholung sollte ca. zwei bis vier Wochen nach dem traumatischen Ereignis eintreten. In dieser Phase entscheidet sich, ob ein langfristiges Belastungssyndrom mit dazugehörigen Störungsbildern entsteht, oder ob das Kind Fähigkeiten zur Selbstheilung aktivieren kann. Wichtig ist in dieser Phase, dass betroffene Kinder sich ausruhen und erholen können, dass soziale Beziehungen mobilisiert werden und der auslösende Stressor aus dem Leben des Kindes entfernt wird. Bleiben Symptome wie Angstzustände, Schlafstörungen oder Depressionen nach Ablauf der Einwirkungszeit weiter bestehen und stellt sich von Seiten des Betroffenen kein Interesse am normalen, alltäglichen Leben ein, sollte erwogen werden, sich um fachliche Hilfe zu bemühen (vgl. ebd., S. 156).

An diesem Verlaufsmodell von Fischer und Riedesser wird deutlich, dass ein Trauma nicht endet, wenn die akute Bedrohung vorüber ist. Damit betroffene Kinder und Jugendliche ein Trauma überwinden können, muss in erster Linie eine qualitativ veränderte Situation entstehen. Menschen, die immer wieder mit extremen Ereignissen konfrontiert werden, geraten von einer traumatischen Situation in die nächs-

te und sind nur mit dem „Überleben“ beschäftigt. Schutzfaktoren wie ein „Sicherer Ort“, eine verlässliche Beziehung oder Wiedergutmachung und Schuldanerkennung können in erheblichem Maße zur Verarbeitung eines Traumas beitragen (vgl. Darms 2007, S. 29; Lehmann 2008, S. 5). Die Symptome (siehe 3.6) sollten zunächst als ein natürlicher Ausdruck eines anstrengenden und schwierigen →Verarbeitungsphase betrachtet werden. Sie gehören in den ersten Wochen und Monaten nach dem erlebten Trauma zu einer gesunden Traumaverarbeitung dazu. Sind die Symptome nach einer angemessenen Verarbeitungszeit nicht abgeklungen oder verstärken sich sogar mit der Zeit, kann man davon ausgehen, dass das traumatische Geschehen nicht verarbeitet werden konnte und es zu einer →Chronifizierung¹⁶ der Symptome gekommen ist (vgl. Lehmann 2008, S. 5f). Eine gewisse Vorsicht ist bei Kindern geboten, die nachweislich schweren traumatischen Lebensbedingungen ausgesetzt waren und keinen typischen Traumaverarbeitungsprozess durchlaufen haben, das heißt völlig symptomfrei wirken: *„Dies kann auf eine vollständige Abspaltung des traumatischen Geschehens hinweisen, die nicht mit einer gesunden Traumaverarbeitung verwechselt werden darf, sondern ggf. langfristig zu besonders gravierenden Folgeschäden führen kann“* (Lehmann 2008, S. 6).

3.6. Das Psychotraumatische Belastungssyndrom

In der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen ist nicht das Trauma das Augenscheinliche, sondern vielmehr die →Symptome, die das Leben der betroffenen Kinder bestimmen. Am bekanntesten ist das so genannte „posttraumatische Stresssyndrom“, welches im DSM IV näher bestimmt wird. Es handelt sich hier im wörtlichen Sinne um Belastungsstörungen, die im Anschluss an das traumatische Erleben auftreten. Fischer und Riedesser schlagen vor den Begriff in der deutschen Abkürzung ähnlich zu belassen und erweitern ihn um die Vorsilbe „basal“: also „basales psychotraumatisches Belastungssyndrom“ (bPTBS). Sie beabsichtigen damit die Begriffe „Trauma“ und „Stress“ klarer voneinander abzugrenzen. Des Weiteren kritisieren sie, dass man durch die Vorsilbe „post“ geneigt ist zu glauben, dass das Trauma mit der traumatischen Erfahrung gleichzusetzen sei. Dabei wird schnell übersehen, dass ein Trauma nicht mit Beendigung der traumatischen Situation vorüber ist, sondern die Verarbeitung traumatischer Erlebnisse meist über Wochen, wenn nicht sogar Jahre, andauern kann. Der Zusatz „basal“ weist darauf hin, dass

¹⁶ Die Chronifizierung ist keine natürliche Phase der Traumaverarbeitung. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass der natürliche Heilungsprozess nicht ungestört durchlaufen wurde.

es bei möglichen Trauma Symptomen nicht die typischen Folgeerscheinungen von Traumata gibt, sondern vielmehr eine große Anzahl vielschichtiger →Syndrome. In dieser Arbeit wird die allgemeine Abkürzung PTBS oder PTSD¹⁷ verwendet, da sich diese in der Fachliteratur durchgesetzt haben. Ich möchte mich dennoch auf das Begriffsverständnis von Fischer und Riedesser beziehen (vgl. Öttl 2008, S. 12; Fischer und Riedesser 1998, S. 43f). Im Manual der Weltgesundheitsorganisation (WHO) „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“¹⁸ (ICD 10) werden folgende diagnostische Kriterien für eine PTBS benannt:

- (A) *„Die Betroffenen sind einem kurz oder lang anhaltendem Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.*
- (B) *Anhaltende Erinnerungen oder Widererleben der Belastungen durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flashbacks), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen.*
- (C) *Umstände, die der Belastung ähneln, oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Erlebnis.*
- (D) *Entweder 1) oder 2)*
1. *Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.*
 2. *Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale:*
 - a. *Ein- oder Durchschlafstörungen*
 - b. *Reizbarkeit oder Wutausbrüche*
 - c. *Konzentrationsschwierigkeiten*
 - d. *Hypervigilanz¹⁹*

¹⁷ Im DSM IV unter dem englischen Begriff „Post-traumatic stress Disorder“ (PTSD) beschrieben

¹⁸ Auf englisch: International Statisticical Classification of Deseases and Related Health Problems

¹⁹ Übermäßige Wachsamkeit, Anm. d. Verf.

e. Erhöhte Schreckhaftigkeit

(E) Die Kriterien (B), (C) und (D) treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach dem Ende einer Belastungsperiode auf (Remschmidt, Schmidt, Poustka 2001, S.198).

Eine ähnliche Klassifikation findet sich im DSM IV. Sie enthält allerdings noch eine Erweiterung bezüglich des zeitlichen Aspektes: Die hier genannten →Symptome sollten länger als einen Monat anhalten. Außerdem gibt es eine weitere Unterteilung von „akut“ und „chronisch“. Eine akute Traumatisierung beinhaltet, dass der Patient mindestens einen Monat, längsten jedoch drei Monate Symptome zeigt. Die Traumatisierung gilt als chronisch, wenn die Belastungsstörungen länger als drei Monate anhalten. Das DSM IV spricht von einem „verzögerten Beginn“, wenn die traumatischen Symptome erst sechs Monate (oder später) nach dem traumatischen Erlebnis auftreten (vgl. Öttl 2008, S. 13f; DSM IV 1998, S. 491f). Während die Symptome einer basalen PTSD meistens bei einfachen Typ I Traumatisierungen festgestellt werden, gehen die Symptome nach Kindesmisshandlungen oft weit über den vergleichsweise engen Rahmen der basalen posttraumatischen Belastungsstörung hinaus (vgl. Chevalier et al. 2009, S. 43).

3.6.1. Die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

Judith Herman führte 1992 das Konstrukt der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung ein, um ein charakteristisches Störungsbild nach chronischen und interpersonellen²⁰ Traumatisierungen zu benennen. Eine Expertengruppe um Herman, van der Kolk, Roth und Pelcovitz arbeitete im Rahmen der Vorbereitungen des DSM IV das Konzept weiter aus und unterzog es einer ersten empirischen Überprüfung²¹. Die von dieser Experten- Gruppe vorgeschlagene Diagnose der „Disorder of Extrem Stress Not Otherwise Specified“ (DESNOS)²² fand letztendlich nur im Anhang unter den „zugehörigen Merkmalen und Störungen der einfachen PTSD“ Beachtung und wurde nicht (wie beabsichtigt) als eigenständige Kategorie im DSM IV aufgenommen. Somit stellt die komplexe PTSD auch keine eigenständige Diagnose dar, sondern wurde als Erweiterung der Posttraumatischen Belastungsstörung im DSM IV klassifiziert. Die Erweiterung umfasst die langfristigen psychologischen

²⁰ Interpersonell steht synonym für „beziehungsbedingte Traumata“

²¹ an 128 Personen aus der Allgemeinbevölkerung und 400 traumatisierten Patienten

²² Die Begriffe „komplexe PTSD“ und „DESNOS“ werden synonym verwendet

Effekte, die durch biographisch frühe oder besonders schwere und chronische Traumatisierungen auftreten können und durch die Diagnose einer basalen PTSD nicht mehr zu fassen sind (vgl. Chevalier et al. 2009, S. 42f). Das Konzept benennt folgende Symptombereiche:

(1) „Störung der Regulierung des affektiven Erregungsniveaus

- *Chronische Affektdysregulation*
- *Schwierigkeiten, Ärger zu modulieren*
- *Selbstdestruktives und suizidales Verhalten*
- *Schwierigkeiten im Bereich des sexuellen Erlebens, vor allem der Hingabefähigkeit*
- *Impulsive und risikoreiche Verhaltensweisen*

(2) Störung der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins

- *Amnesie*
- *Dissoziation*

(3) Somatisierung

- *Somatoforme Symptome*
- *Hypochondrische Ängste*

(4) Chronische Persönlichkeitsveränderung

- *Änderung in der Selbstwahrnehmung wie chronische Schuldgefühle*
- *Selbstvorwürfe; Gefühle, nichts bewirken zu können; Gefühl, fortgesetzt geschädigt zu werden*
- *Veränderungen in Beziehung zu anderen Menschen wie die Unfähigkeit zu vertrauen und Beziehungen mit anderen aufrecht zu erhalten; Tendenzen, erneut Opfer zu werden bzw. andere zum Opfer zu machen*

(5) Veränderung in Bedeutungssystemen

- *Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit*
- *Verlust der bisherigen Lebensüberzeugungen“ (ebd., S. 42f).*

Bei spezifischen Trauma -Populationen, wie es Opfer von sexuellem und/oder physischem Kindesmissbrauch sind, zeigt sich eine deutliche Häufung dieser komplexen Symptomatiken (vgl. ebd., S. 41ff). Im Kindes- und Jugendalter hat das Kon-

zept der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung Ähnlichkeit mit dem Konzept der komplexen Entwicklungsstörung (MCDD), das bei traumatisierten Kindern ebenfalls häufig diagnostiziert wird. Dieses Konzept der MCDD wird auch als eine Möglichkeit diskutiert, bereits im Kindesalter Aspekte der Symptomatik der Borderlinepersönlichkeitsstörung zu diagnostizieren (vgl. Schmid 2008, S. 289). Komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen bzw. Typ II Traumatisierungen argumentieren über die neurobiologischen Veränderungen, die sich ergeben, wenn Menschen über einen längeren Zeitraum unter traumatischen Lebensbedingungen leben müssen (siehe dazu 5.1).

3.6.2. Mögliche Folgestörungen

Neben den in 3.2. und 3.3. beschriebenen einflussnehmenden Faktoren benennt Michaela Huber Aspekte beim Ereignis selbst, die eine Folgestörung sehr wahrscheinlich machen. Diese Ereignisse:

1. *„dauern sehr lange;*
 2. *wiederholen sich häufig;*
 3. *lassen das Opfer mit schweren körperlichen Verletzungen zurück;*
 4. *sind vom Opfer schwer zu verstehen;*
 5. *beinhalten zwischenmenschliche Gewalt;*
 6. *der Täter ist ein nahestehender Mensch;*
 7. *das Opfer mochte (mag) den Täter;*
 8. *das Opfer fühlt sich mitschuldig;*
 9. *die Persönlichkeit ist noch nicht gefestigt oder gestört;*
 10. *beinhaltet sexuelle Gewalt;*
 11. *beinhaltet sadistische Folter;*
 12. *haben mehrere Täter das Opfer zugerichtet;*
 13. *hatte das Opfer starke Dissoziationen;*
 14. *hat niemand dem Opfer unmittelbar danach beigestanden;*
 15. *hat niemand nach der Tat darüber mit dem Opfer gesprochen.“*
- (Huber 2007, S. 75).

Im Hinblick auf Kindesmisshandlung als Typ II Traumatisierungen sind gleich mehrere Faktoren gegeben: das Kind (der Jugendliche) besitzt noch keine ausgereifte Persönlichkeit, meist kommt die misshandelnde Person aus dem engeren Familienkreis und steht dem Opfer sehr nahe. Oftmals erlebt das Kind Misshandlungen

über einen längeren Zeitraum und meist ist keine Bezugsperson da, die dem Kind unmittelbar nach dem traumatischen Erleben beisteht und mit dem Kind über das Erlebte sprechen kann. Kindesmisshandlung löst also in der Regel besonders schwere Traumata aus, die mit hoher Wahrscheinlichkeit auch Störungsbilder nach sich ziehen.

Die Folgestörung nach dem Trauma ist das PTBS. Bei komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen zeigen sich außerdem häufig Symptombereiche einer komplexen PTSD. Die Diagnose gestaltet sich bei Kindern und Jugendlichen schwierig, da diese meist nicht alle genannten Kriterien erfüllen. Zudem variieren und alternieren die Symptome deutlich schneller als bei Erwachsenen. Das Alter, die Persönlichkeit und der Entwicklungsstand beeinflusst das Auftreten konkreter Symptomatiken; kleinere Kinder schreien meist deutlich mehr und weisen ein erhöhtes Erregungsniveau auf, während ältere Kinder eher dazu neigen, aggressiv ihre Gefühle zu äußern. Die →Intrusionen bei Kindern und Jugendlichen zeigen sich, im Gegensatz zu Erwachsenen, meist sehr viel versteckter und weniger offensichtlich. Aus diesem Grund wurde von der „American Association for Child and Adolescent Psychiatry“ (AACAP) 1998 empfohlen, auch Kinder und Jugendliche, welche nur ein Symptom vorweisen, zu behandeln, wenn deren Alltag durch die Symptomatik eingeschränkt und beeinträchtigt ist (vgl. Öttl 2008, S. 38f).

Mit den Jahren neigen Kinder, ebenso wie Erwachsene, zur →Komorbidität. Das heißt, sie zeigen zwei oder mehr diagnostisch unterschiedliche Krankheiten. Diese können Störungsbilder wie Depressionen, ADHS, aggressive Störungen, Panikstörungen wie Phobien, →Borderline-Störungen, psychosomatische Störungen, Beziehungsstörungen, Bindungsstörungen und oftmals auch komplexe dissoziative Störungen darstellen. Da diese zusätzlichen Krankheitsbilder zunehmend in den Vordergrund treten, wird ein Rückschluss auf das Trauma als eine Ursache im Laufe der Entwicklung immer schwieriger. Ältere Kinder und Jugendliche zeigen außerdem oftmals Sucht- oder Selbstverletzungstendenzen (vgl. Öttl 2008, S. 39; Hoffman und Besser 2003, S. 174; Lackner 2004, S. 44-48).

Einen Überblick über die unterschiedlichen Folgen von Traumata und die möglichen Symptomatiken im Entwicklungsverlauf findet man u.a. bei De Bellis (2001), Van der Kolk et al. (2000), Huber (2007). Tabelle 2 gibt einen Überblick über die möglichen Störungsbilder, die nach einem früh erlebten Trauma in Zusammenhang mit dem Entwicklungsstand eines Menschen entstehen können.

Tabelle 2: Entwicklung und Diagnostik-Bereiche: PTBS-Symptome

Säugling	Bindungsstörung	Internalisierende Störungen	Externalisierende Störungen	Kognitive und Lernstörungen
Frühe und mittlere Kindheit	Bindungsstörung	Trennungsangst Major Depressionen Dysthymia Chronische PTBS	ADHS Verhaltensstörungen (oppositional defiant disorder) Suizidversuche	Symptome überdauernder Entwicklungsstörung Schlechte Schulleistungen
Jugend	Verhaltensstörung, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Persönlichkeitsstörung			
Erwachsene/r	Erhöhtes Risiko, die eigenen Kinder zu misshandeln			

Entnommen aus: Huber 2007, S. 104

4. Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung

Es gibt bisher nur sehr wenige Studien, die auf das Ausmaß und die Bedeutung traumatischer Lebenserfahrungen bei Kindern und Jugendlichen in deutscher stationärer Jugendhilfe hinweisen. Die hier aufgeführte Studie von Caroline Jaritz (2008) stellt eine seltene Ausnahme dar. Sie wurde im Rahmen einer sozialpädagogischen Diplomarbeit angefertigt und in der Fachzeitschrift „Trauma & Gewalt“ veröffentlicht. Die Untersuchung zielt darauf ab, anhand einer repräsentativen Stichprobe bestehend aus elf Wohngruppen unterschiedlicher Jugendhilfeeinrichtungen in Deutschland die Art und Häufigkeit traumatischer Lebenserfahrungen von Kindern und Jugendlichen in Heimerziehung zu ermitteln (vgl. Jaritz et al. 2008, S. 266-277).

Methodik

Grundlage der Untersuchung war ein selbstentwickelter Fragebogen, der gezielt ein breites Spektrum an traumatischen Erlebnissen der Kinder und Jugendlichen erfasst. Die durchgeführte Befragung richtete sich an die zuständigen →Fachdienstmitarbeiter. Aus ethischen Gründen wurde bewusst auf eine Befragung der Kinder und Jugendlichen verzichtet, um eine eventuelle Retraumatisierung und Destabilisierung der Betroffenen auszuschließen (vgl. ebd., S. 269ff). Die befragten Fachdienstmitarbeiter mussten für jede der 26 vorgegebenen belastenden Lebensereignisse angeben, mit welcher Wahrscheinlichkeit das Kind diese Erfahrung gemacht haben könnte. Begründete Verdachtsfälle wurden dabei nicht berücksichtigt. Die einzelnen traumatischen Erfahrungen der Kinder und Jugendlichen in Heimerziehung wurden in folgende Bereiche aufgeteilt: Vernachlässigung, sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung, Zeugen körperlicher oder sexueller Gewalt, emotionale Gewalt etc. (siehe auch Tabelle 3).

Der Eindruck der Fachdienstmitarbeiter konnte aus mehreren Quellen abgeleitet werden. In den meisten Fällen bezogen sich die Angaben aus den eigenen Eindrücken (35%) der Fachmitarbeiter sowie aus den Gesprächen mit dem Team der Wohngruppenbetreuer (38%). Weitere Quellen waren die Angaben der Jugendlichen selbst (28%) und ihrer Eltern (24%), welche im Verlauf der Hilfeplanung erfragt bzw. geäußert wurden. Bei 30% der Einschätzungen spielte ebenfalls der Austausch mit den Jugendamtsmitarbeitern auf Grundlage der Jugendamtsakte eine Rolle. In 10% der Fälle basierten die Angaben ebenfalls auf dem mündlichen und schriftlichen Austausch mit anderen professionellen Helfern wie Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapeuten oder Familienberatern. Bei fünf der erfassten

Kinder und Jugendlichen lagen Gutachten vor, die sowohl zum Sorgerecht wie auch zum Scheidungsverfahren herangezogen worden waren. In nur zwei Fällen kam es aufgrund von körperlicher Misshandlung und sexuellem Missbrauch zu Gerichtsverfahren mit strafrechtlicher Verfolgung (vgl. ebd., S. 272).

Stichprobenbeschreibung²³

Für insgesamt 80 Kinder und Jugendliche aus Heimerziehung sind Fragebögen durch die jeweiligen Fachdienstmitarbeiter ausgefüllt worden. Das männliche Geschlecht ist dabei mit 67% (54 Jungen) im Gegensatz zu 33% (26) bewerteten Mädchen, wie in der Heimerziehung üblich, überpräsentiert. Die Kinder und Jugendlichen hatten ein durchschnittliches Alter von 13,3 Jahren. 14 Kinder waren jedoch jünger als 10 Jahre. Der Großteil der Heranwachsenden befand sich im Alter zwischen 13 und 17 Jahren (vgl. ebd., 272f).

Tabelle 3: Anzahl der traumatisierten Kinder und Jugendlichen

Art der Traumatisierung	Häufigkeit (%)	Häufigkeit (n)
Keine Traumatisierung in einem dieser Bereiche	25%	20
Schwere Unfälle	5%	4
Vernachlässigung	72%	58
Vernachlässigung Basics	31%	25
Zeugen von körperlicher oder sexueller Gewalt	50%	40
Emotionale Misshandlung	31%	25
Körperliche Misshandlung	35%	28
Sexueller Missbrauch	15%	12
Irgendein psychosoziales Trauma ohne Unfälle	15%	60

Entnommen aus: Jaritz et al. 2008, S.271

Die direkte Vorgeschichte der Kinder und Jugendlichen

Bei der Erhebung kam heraus, dass mindestens 61% der Kinder und Jugendlichen unmittelbar vor der Aufnahme traumatische Erlebnisse erlitten haben. Bei nur 20% der Heranwachsenden ließen sich traumatische Erfahrungen direkt vor der Aufnahme in stationärer Jugendhilfe ausschließen. Es zeigte sich außerdem eine unzulängliche Beziehungskontinuität. So waren 51% der Kinder und Jugendlichen vor der aktuellen stationären Unterbringung bereits schon einmal in einer Pflegefamilie oder in einem Heim fremdplatziert. 24% des Klientels hatte bereits mehr als

²³ In der vorliegenden Stichprobe beträgt die interne Konsistenz für die 26 Items, die in die Auswertung einfließen, Cronbach`s-alpha $r = .91$ (vgl. ebd.).

zwei „Stationen“ durchlaufen, 3 Jugendliche erlebten bereits 4 Wechsel innerhalb des Jugendhilfesystems (vgl. ebd., S. 270).

Tabelle 4: Anzahl der traumatischen Erlebnisse nach Bereichen

Traumatische Erlebnisse in wie vielen Bereichen	Häufigkeit (%)	Häufigkeit (n)
Keinem Bereich	25%	20
Einem Bereich	24%	19
Zwei Bereichen	26%	21
Drei Bereichen	10%	8
Vier Bereichen	13%	10
Fünf oder mehr Bereichen	3%	2

Entnommen aus: ebd., S.272

Ergebnisse, Stärken und Schwächen der Untersuchung

Dieser Untersuchung zufolge haben Kinder und Jugendliche aus Heimerziehung ein breit gefächertes Spektrum an traumatischen Erfahrungen erlebt. Die häufigste Form von traumatischen Lebensereignissen bei Heimkindern nimmt die Vernachlässigung in der breiten Definition²⁴ ein. Die Hälfte der beurteilten Kinder und Jugendlichen wurde aber auch Zeuge von sexueller und körperlicher Gewalt. Über 30% erlebten ebenfalls körperliche Misshandlung, schwere Vernachlässigung²⁵ und emotionale Gewalt. Hinsichtlich der einzelnen Arten und der Summe der Traumatisierungen in den unterschiedlichen Bereichen wurden keine signifikanten Geschlechterunterschiede festgestellt. Bei der sexuellen Traumatisierung zeichnet sich jedoch ein Trend zu ungunsten des weiblichen Geschlechts ab (vgl. ebd., S. 271ff). Zusätzlich wird deutlich, dass diese Kinder und Jugendlichen größtenteils mehrmalige traumatische Situationen/Ereignisse erleben mussten, welche über Monate oder Jahre andauerten. Mindestens in einem der erfassten Bereiche haben

²⁴ Die Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen wurde in der Untersuchung auf zwei verschiedene Arten operationalisiert: In der ersten Definition relativ eng an den absoluten Grundbedürfnissen festgemacht (Nahrungsmangel, als Kleinkind sehr viel alleine gelassen, unzureichende Hygiene, Obdachlosigkeit). In einer zweiten Bestimmung des „Vernachlässigungsszenarios“ wurde die Definition weiter gefasst. Zusätzlich wurden Risikofaktoren wie die psychische Erkrankung eines Elternteils, eine Abhängigkeitserkrankung eines Elternteils, ständig wechselnde Bezugspersonen und das nicht Vorhandensein einer emotionalen Bezugsperson ergänzend hinzugenommen.

²⁵ Erste Definition des Vernachlässigungsbegriffes: relativ nahe an den absoluten Grundbedürfnissen ausgerichtet.

75% der Kinder und Jugendlichen extrem belastende Lebensereignisse erlebt²⁶ (siehe Tabelle 4) (vgl. Jaritz et al. 2008, S.271f).

Die hier herangezogene Untersuchung ermöglicht es, unter Angaben von Quellen, 80 Kinder und Jugendliche aus verschiedenen Jugendhilfeeinrichtungen zu untersuchen. Aufgrund des methodischen Vorgehens, indem zwischen Verdachtsfall und sicherem Fall unterschieden wird, stellt diese Studie eine eher konservative Einschätzung der Häufigkeit traumatischer Lebensereignisse in der stationären Jugendhilfe dar. Dabei weist die Studie zwei methodische Probleme auf: Erstens die weitgehende Trennung zwischen traumatischen Erfahrungen und den Traumafolgen bzw. der psychischen Verarbeitung und der psychischen Symptomatik. Diese Problematik ist jedoch eine fast zwangsläufige Bedingung, die sich aus dem Fremdurteil ergibt. Eine zweite Schwäche stellt die schwierig zu belegende Repräsentativität der Stichprobe dar. Hierzu sei angemerkt, dass man bei einer so kleinen Stichprobe von 80 Kindern und Jugendlichen nur schwer von einer Repräsentativität der Stichprobe sprechen kann. Es wurde jedoch bewusst eine kleine Anzahl an Jugendlichen gewählt, damit eine Fokussierung auf eine Befragung von wenigen, hoch qualifizierten Fachmitarbeitern gewährleistet werden konnte. Für die Repräsentativität spricht, dass die Ergebnisse dieser Stichprobe durch englische und amerikanische Untersuchungen bestätigt werden. Die Befunde von Meltzer et al. (2003) sowie Burns et al. (2004) gehen davon aus, dass zwischen 60% (Meltzer et al.) und 80% (Burns et al.) der heimuntergebrachten Kinder und Jugendlichen traumatische Erfahrungen wie Missbrauch, schwere frühkindliche Vernachlässigung oder Misshandlungen erlebt haben (vgl. ebd., S. 268, S. 273ff).

Fazit

Anhand der Ergebnisse von Jaritz, gestützt durch internationale Studien²⁷, kann durchaus davon ausgegangen werden, dass sehr viele Kinder und Jugendliche in Regelwohngruppen der stationären Jugendhilfe traumatische Lebensereignisse erfahren mussten. Viele dieser Kinder sind sequentiell traumatisiert, so dass die Vermutung nahe liegt, dass zumindest ein Großteil der betroffenen Kinder und Jugendlichen Traumasymptome im Sinne einer PTSD, einer komplexen PTSD oder

²⁶ Zu beachten ist, dass es sich bei diesen Angaben immer um den gesamten Bereich handelt und nicht um ein einmaliges Erlebnis. So würde zum Beispiel auch ein jahrelanger Missbrauch von mehreren Tätern lediglich als Belastung in einem Bereich gezählt werden. Das bedeutet, dass es bei der Darstellung dieser Ergebnisse auch innerhalb eines Bereiches zu sequentiellen Traumatisierungen kommen kann

²⁷ von Meltzer et al. (2003) und Burns et al. (2004).

anderer traumabedingter Folgestörungen entwickelt hat. Die hohe psychopathologische Belastung heimuntergebrachter Kinder wird durch eine repräsentative Studie von Schmid (2007) an 698 Heimkindern in Deutschland bestätigt. So fand diese Studie heraus, dass mindestens 60% der Kinder und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe die Diagnosekriterien für eine psychische Störung nach dem ICD-10 erfüllen. Zusätzlich weist über ein Drittel der Heranwachsenden in Heimen komplexe komorbide Störungsbilder auf²⁸. Schmid führt die großen Symptombelastungen der heimuntergebrachten Kinder insbesondere auch auf die Folgen von sequentiellen Traumatisierungen zurück (vgl. ebd., S. 272ff).

Außerdem wird ersichtlich, dass viele dieser Kinder und Jugendlichen vor ihrer aktuellen Platzierung in anderen Heimen oder in Pflegefamilien untergebracht waren. Über 51% dieser Kinder haben bereits einen „Beziehungsabbruch“ innerhalb des Jugendhilfesystems hinter sich. Nicht zu vernachlässigen ist auch die Tatsache, dass jede fünfte stationäre Jugendhilfemaßnahme innerhalb des ersten Jahres abgebrochen wird (Statistisches Bundesamt 2004). Mehrere Studien belegen zudem, dass die Heimerziehung bei sehr starker psychosozialer Belastung und →Psychopathologie der Kinder und Jugendlichen an ihre Grenzen stößt und es in Folge dessen zu häufigen Betreuungswechseln und Hilfeabbrüchen kommt (vgl. Bauer et al., 1998; Hebborn-Brass, 1991; Ginzler und Schöne, 1990).

In Anbetracht dieser Ergebnisse lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass Pädagogen in den stationären Jugendhilfen über trauma- bzw. störungsspezifisches Wissen verfügen sollten. Vielleicht wäre es dann möglich, die Heimerziehung erfolgreicher und vor allem bedarfsorientierter gestalten zu können (vgl. Jaritz et al. 2008, S.272f.). Das folgende Kapitel beabsichtigt dementsprechend, Wissen über psychopathologische Folgen von komplexen Traumatisierungen zu vermitteln.

²⁸ Kleinere Stichprobenuntersuchungen ergaben teilweise höhere oder niedrigere Prävalenzraten (MC Cann et al. 1996; Blower et al. 2004).

5. Folgen und Auswirkungen komplexer Traumatisierungen

Unter Berücksichtigung des bereits vermittelten Wissens über das Zusammenspiel und die Entstehung traumabedingter Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen soll der Blick nun auf mögliche Folgen dieser kindlichen Traumatisierungen gerichtet werden. Dabei möchte ich mich auf einige ausgewählte Traumafolgen beschränken, die entweder direkte Auswirkungen auf den pädagogischen Alltag haben oder spezielle Förderbereiche traumatisierter Kinder und Jugendlicher betonen. Um dem Aspekt Rechnung zu tragen, dass komplexe Traumatisierungen in der Kindheit in ihren pathologischen Folgeerscheinungen meist weit über die Symptomaten einer einfachen PTSD hinausreichen, wird auf das Konzept der komplexen PTSD von Judith Herman u.a. zurückgegriffen. Ein entwicklungspsychopathologischer Blick bietet hier den Vorteil, dass er auf bestimmte Fertigkeiten aufmerksam macht, die traumatisierte Kinder und Jugendliche im Laufe ihrer Entwicklung nicht erlernen konnten. Aus diesen Fertigkeiten ergibt sich ein spezieller Bedarf, den es in der pädagogischen Arbeit mit komplex traumatisierten Kindern zu berücksichtigen gilt (vgl. Schmid 2008, S. 288).

5.1. Neurobiologische und neurophysiologische Veränderungen

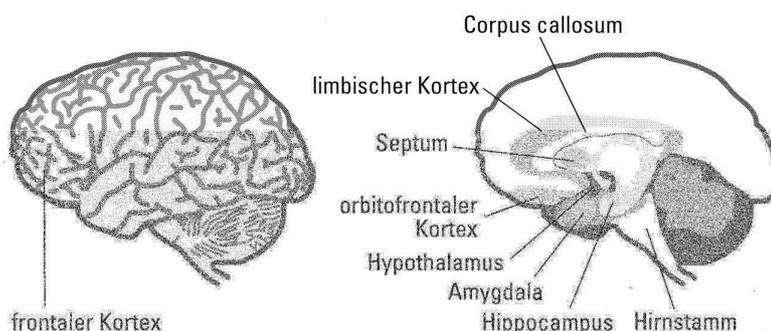
Die neurobiologische und neurophysiologische Forschung, welche sich mit den Auswirkungen traumatischer Erfahrungen auf das Gehirn und das zentrale Nervensystem beschäftigt, kommt zu der Erkenntnis, dass komplexe Traumatisierungen die Gehirnstruktur sowie die Hirnentwicklung beeinflussen. Bei der Darstellung der strukturellen Veränderung im Gehirn, insbesondere der hormonellen Veränderungen, welche sich nach traumatischem Erleben ergeben können, handelt es sich um sehr komplexe Vorgänge, die in ihrer Ausführlichkeit hier nicht abgehandelt werden können. Im Folgenden werden daher nur die für die Pädagogik relevanten neurobiologischen und neurophysiologischen Auswirkungen traumatischer Erfahrungen beschrieben. Ausführliche Darstellungen zu diesem Themenkomplex finden sich u.a. bei Birsch und Hellbrügge (2006), Fischer und Riedesser (2003), Huber (2007) und van der Kolk et al. (2000).

Die akuten Reaktionen (Kampf und Flucht bzw. Erstarren und Fragment), welche Sekunden nach einer extrem stressreichen Situation im Körper bzw. im Gehirn des Betroffenen ablaufen, wurden bereits im Kapitel 3.4. betrachtet. Dabei werden Areale der Hirnrinde (corticale Areale) und das limbische System unspezifisch akti-

viert. Nimmt der Thalamus²⁹ Sinneseindrücke wahr, die als eine existenzielle Bedrohung interpretiert werden, so werden Stresshormonsysteme (u.a. Adrenalin- und Noradrenalinsystem) aktiviert. Der Körper reagiert in Folge dessen mit einer Überregungssituation im ganzen Körper. Erlischt diese Bedrohung, kehrt wieder Ruhe im System ein (vgl. Krüger 2007, S. 52).

Hält eine traumatische Extremsituation jedoch über längere Zeit an, kommt es zu einer Art „Aufschaukeln“ (ebd., S. 52f) verbunden mit einer länger anhaltenden Aktivierung der beteiligten Hormonausschüttung (CRH, ACTH, Cortisol u.a.) und beteiligter Botenstoffsysteme. Es existiert eine Botenstoffachse vom Gehirn zur Nebenhirnrinde, in der ein wichtiger Teil der Stressregulation bei andauerndem Stress stattfindet. Über diese Botenstoffachse wird dann in der Nebennierenrinde Cortisol ausgeschüttet. Neue Erkenntnisse zeigen, dass eben dieser Vorgang zu einer Destabilisierung von bereits aufgebauten Hirnnetzwerken und -verschmelzungen führt. Dabei wird der Energieumsatz im Gehirn vermindert und die Wachstumsprozesse der Hirnnerven gestört. Bei andauernder Belastung können sogar Nervenstrukturen der Hirnrinde sowie Nervenzellen und Nervenfasern der so genannten Hippocampusregion absterben. Ergebnisse der Neurowissenschaften weisen daraufhin, dass der Hippocampus möglicherweise sogar schrumpft. Zusätzlich kann es zu Veränderungen in der so genannten orbitofrontalen Region kommen. Dabei werden die Fähigkeit, sich nach Stresserfahrungen selbst zu beruhigen sowie die Reparaturfunktion des Gehirns beeinträchtigt (vgl. Krüger 2007, S. 52f.).

Abbildung 2: Der frontale und orbitofrontale Kortex



Entnommen aus: Peichl 2007, S. 148

²⁹ der Ort des Gehirns, an dem Wichtiges und Unwichtiges unterschieden wird.

Mit den heutigen Erkenntnissen der Neurowissenschaften lassen sich auch die „Zeitlosigkeit“ der Erinnerungen an ein traumatisches Erlebnis während der Rückblenden und nächtlichen Alpträume erklären. Außerdem ist während der Flashbacksituationen die Funktion des Sprachzentrums unterdrückt, was die Bedeutung von körperlichen Phänomenen sowie die „Sprachlosigkeit“ von Kindern und Jugendlichen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung verständlicher macht: *„Das Alarmzentrum sorgt bei Gefahr dafür, dass das Sprachzentrum (Brocca'sches Zentrum) und Teile des Hippocampus – in dem Erinnerungen gespeichert sind – abgeschaltet werden. In seiner praktischen Konsequenz bedeutet das, dass die sprachlichen und kognitiven Fähigkeiten eines Organismus eingeschränkt sind bis hin zur völligen Sprachlosigkeit, oder allgemein: das sprachgesteuerte Denken wird bei Gefahr abgeschaltet“* (Uttendörfer 2008, S. 53). Der intuitive Mechanismus der diesem Prozess zu Grunde liegt, wird in Schrecksituationen durch den Gebrauch der Redewendung: „Jetzt hat es Dir wohl vor Schreck die Sprache verschlagen“ ausgedrückt (vgl. ebd., S. 53f). Dieser Überlebensmechanismus (des Abschaltens von Sprache und Erinnerungen) führt im Alltag mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu spürbaren Konsequenzen. So können Kinder, die sich nach typischen „Ausrastern“ wieder beruhigt haben, das heißt ihnen stehen in dem Moment wieder alle kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten zur Verfügung, im Gespräch mit Pädagogen z.B. versprechen „nie wieder zuzuschlagen“. Sobald jedoch neuer traumatischer Stress auftritt, wird diese kognitive Vereinbarung durch das Alarmzentrum abgeschaltet und der gleiche Ausraster kann erneut passieren (vgl. ebd., S. 53f).

Verhaltensbiologen weisen daraufhin, dass ein hoher Cortisonspiegel im Blut bei anhaltendem traumatischen Stress zur Auslöschung früherer Verhaltensweisen führt, die sich als ungeeignet zur Beendigung des Stressreaktionsprozesses erwiesen haben. So werden von traumatisierten Kindern möglicherweise neue, für die Umwelt unverständliche, Handlungs- und Denkkonzeptionen zur Bewältigung ihrer stressreichen Belastung entwickelt (vgl. Krüger 2007, S. 55). Findet das Kind Strategien, die ihm ermöglichen, die traumatischen Erinnerungen und die damit einhergehende unkontrollierbare Stressreaktion für sich kontrollierbar zu machen, hört der oben beschriebene Destabilisierungsprozess auf. All die neuronalen Verschaltungen, die zur „erfolgreichen“ Bewältigung der durch die traumatische Erinnerung ausgelösten Ängste aktiviert wurden, werden nun gefestigt und gebahnt. Bei manchen Kindern können ablaufende Bahnungsprozesse offenbar so tiefgreifend sein, dass Erinnerungen an traumatische Erlebnisse nicht mehr abrufbar sind. Bei ande-

ren werden bizarr anmutende oder gar selbstgefährdende Bewältigungsstrategien bis hin zur Zwanghaftigkeit gebahnt (vgl. Hüther 2006, S. 102ff)

Die geistig-emotionale, motorische und bisweilen sogar körperliche Entwicklung dieser Kinder vollzieht sich in Folge traumatischer Lebensumstände anders, als es ohne die traumatische Erfahrung der Fall gewesen wäre (vgl. ebd., S. 102ff). Besonders schwerwiegend sind die Auswirkungen auf die Gehirnentwicklung, wenn Kinder bereits vor dem Erwerb einer fortgeschritteneren Sprachfähigkeit (etwa vor dem Alter von drei Jahren) traumatischem Erleben ausgesetzt waren. Hier hat der traumatische Stress grundlegende Wirkung auf alle Entwicklungsaufgaben. So lässt das Gehirn bis zu einem Alter von circa drei Jahren auch nicht zu, dass Menschen sich an Vorkommnisse aus dieser Zeit erinnern. Lediglich das Körpergedächtnis (siehe 5.8) kann z.B. körperliche Verletzungen aus dieser Zeit bewahren (vgl. Krüger 2007, S. 44).

Uttendörfer (2008, S. 52) führt ein Beispiel aus dem Heimalltag an, welches anschaulich verdeutlicht in welchen Verhaltensweisen sich diese neurobiologischen und neurophysiologischen Veränderungen bei Kindern und Jugendlichen niederschlagen können:

„Beispielsweise lernt das Gehirn eines Jungen, der über einen Zeitraum von vier Jahren vom Stiefvater immer wieder verprügelt wurde, durch eine dauerhaft überhöhte Endorphinausschüttung sich vor zu heftigem Schmerz zu schützen. In der Folge wird der Junge schmerzunempfindlich. Später, in der Heimgruppe, fiel der Junge dadurch auf, dass er sich mit freiem Oberkörper wiederholt der winterlichen Kälte aussetzte und hierauf unempfindlich reagierte. Bei der Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen und Jüngeren zeichnete sich der Junge durch Brutalität aus, und auch hier schien er unempfindlich auf Verletzungen zu reagieren. Schmerzempfindungen seiner Kontrahenten vermochten ihn in seiner Auseinandersetzung nicht zu stoppen. Gegenüber ErzieherInnen drückte er seine „Erfahrungen“ hierüber in der Form aus, indem er sich bei Streit schon einmal provozierend vor diese hinstellte und ihnen bedeutete, sie sollten ihn „ruhig schlagen“, das tue „gar nicht weh!““.

Für Pädagogen bedeuten diese neurobiologischen und neurophysiologischen Erkenntnisse insbesondere, dass sie sichtbare Verhaltensauffälligkeiten im Zusam-

menhang mit traumatischen Lebenserfahrungen der Kinder auch als hilflose Lösungsversuche eines durch extreme Angst überforderten Organismus verstehen sollten (vgl. Krüger 2007, S. 55). Wilma Weiß und Gerald Hüther machen darauf aufmerksam, dass strukturelle Veränderungen des Gehirns noch bis ins hohe Lebensalter möglich sind. Eine pädagogische Unterstützung durch Aktivierung der emotionalen Zentren in Form von verlässlichen Beziehungen, Neugierde, Spiel und Erfahrungen von Selbstkompetenz können korrigierende Erfahrungen darstellen (vgl. Weiß 2008, S. 53; Hüther 2006, S. 101ff). Neben den Möglichkeiten der alltagspädagogischen Unterstützung bei der Bewältigung traumatischer Erfahrungen brauchen traumatisierte Kinder in der Regel die Hilfe eines geschulten Therapeuten, der dem Kind bei einer gedanklichen „Umprogrammierung“ der oft sehr verinnerlichten zentralnervösen Veränderungen hilft (vgl. Krüger 2007, S. 55). Das Gehirn muss in diesem Prozess immer wieder aufs Neue von einer sicheren Realität nach dem Trauma überzeugt werden. Gedächtnisforscher sagen: *„Ein Gedanke muss erst 1000 Mal gedacht werden, bevor er in sicheres Bewusstsein übergeht“* (ebd., S. 55).

5.2. Die Bedeutung von PTSD Symptomen

Als typische Antwort auf eine erlebte Traumatisierung werden in der Fachliteratur immer wieder folgende drei Symptomgruppen eines Posttraumatischen Belastungssyndroms genannt:

- 1) Vermeidungsverhalten und veränderte Bewusstseinszustände;
- 2) Zeichen der Übererregung (Hyperarousal);
- 3) wiederkehrende und überwältigende Erinnerungen (Intrusionen) (vgl. Krüger 2007, S. 35).

Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Wohngruppen der stationären Jugendhilfe werden mit sehr großer Wahrscheinlichkeit Situationen meiden, die sie an ihr erlebtes Trauma erinnern. Dieses so genannte Vermeidungsverhalten hält auch in Phasen an, in denen diese Kinder objektiv keiner Gefahr mehr ausgesetzt sind (vgl. Schmid 2008, S. 301). Das Vermeiden von alltäglichen Situationen und Begebenheiten, die für andere Kinder und Pädagogen unverständlich wirken, kann im Sinn eines →Abwehrmechanismus, einer bereits ausgeführten Fluchtreaktion verstanden werden. Es dient der Erholung des Kindes. *„Wenn der ganze Mensch durch einen andauernden Erregungszustand [...] unter permanentem Stress steht, dann sucht das biologische System nach Ruhe“* (Krüger 2007, S. 39). Ein fiktives Beispiel

auf der Verhaltensebene³⁰ verdeutlicht diesen Abwehrmechanismus:

Ein 15 jähriges Mädchen, welches eine Vergewaltigungssituation durch mehrere Männer in einem Waldstück erlebt hat, wehrt sich mit Händen und Füßen dagegen mit Betreuern oder anderen Jugendlichen aus der Wohngruppe einen Waldspaziergang zu machen, da die Sinneseindrücke Hinweisreize für ihr erlebtes Trauma darstellen. Zudem wird dieses Mädchen mit großer Wahrscheinlichkeit Ängste vor Gruppen von Männern in einem bestimmten Alter entwickelt haben und dementsprechend Situation und Ort, die sie an das erlebte Trauma erinnern, meiden.

In mehreren Studien zur PTSD Symptomatik bei Kindern zeigt sich außerdem sehr eindrücklich die bereits angesprochene permanente Übererregung mit innerer Anspannung und den entsprechenden neurobiologischen Korrelaten³¹. Dabei bleibt die gesamte Stressregulation des Körpers chronisch überaktiviert und kann durch wiederkehrende, sich aufdrängende Erinnerungen (Intrusionen) an das Trauma nicht von allein zur Ruhe kommen (vgl. Schmid 2008, S. 301). →Intrusionen sind gekennzeichnet durch plötzlich auftretende Fragmente oder Bilder des traumatisch Erlebten, welche heftige Angstgefühle (bis hin zur Todesangst) auslösen. Solche Nachhall-Erinnerungen werden in der Fachliteratur auch als Flashbacks bezeichnet. Nach Wilma Weiß (2008, S. 56) ist ein Flashback „[...] ein psychischer Zustand, in welchem Gedächtnisinhalte aus einer vergangenen Stresssituation Macht über das Erleben und Verhalten in der Gegenwart bekomme“. Diese Zustände können noch Jahrzehnte nach einem erlebten Trauma auftreten und sind für die betroffenen Kinder extrem belastend, da sie erneut traumatische Wirkung entfalten. Eine Wiederholung der nicht integrierten traumatischen Erfahrung im Flashback wird in der Fachliteratur daher auch als „Re-Traumatisierung“ bezeichnet (vgl. Krüger 2007, S. 36). Scheinbar neutrale Reize wie Gerüche, Farben oder Geräusche (so genannte →Trigger), welche mit der traumatischen Situation in Verbindung stehen, können die Intrusionen auslösen. Dabei können alle Sinne³² von einem Flashback betroffen sein. Intrusionen treten gelegentlich auch als Alpträume mit symbolhaft verschlüsselten Inhalten auf (vgl. ebd., S. 37.).

³⁰ Dissoziation als veränderte Bewusstseinszustände werden ebenfalls dem Symptombereich der Vermeidung zugeordnet und unter Punkt 5.6 vorgestellt.

³¹ Überblick bei McEwen, 2000

³² Gehör, visuelle Wahrnehmung, Geschmackssinn, Tastempfinden und Geruchssinn.

Krüger schreibt diesen Erinnerungen eine Art „Warnhinweis“-Funktion zu. Im Sinne der Arterhaltung sollen sie vor einer Wiederholung der lebensbedrohlichen Situation in Zukunft schützen. Ähnlich wie der körperliche Schmerz eine Signalwirkung besitzt, bewirkt auch der psychische Schmerz, *„dass sich das Individuum der Verletzung zuwendet und nach Heilung sucht“* (ebd., S. 37).

Bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen kommt es oft vor, dass sie ihre traumatischen Erfahrungen im Austausch mit anderen Kindern oder Pädagogen der Wohngruppe unbewusst inszenieren³³, so dass sie *„[...] wie ein Theaterregisseur auf der Bühne ein Drama inszenieren – das Traumatema wieder auf die Bühne des Lebens bringen“* (Krüger 2007, S. 37). Eine fortwährende Provokation der Pädagogen zu aggressiven Verhaltensäußerungen kann zum Beispiel mit dem unbewussten Ziel geführt werden, altbekannte und sicherheitsstiftende Verhaltensweisen zu entlocken, die Kinder bereits aus ihren Ursprungsfamilien kennen. Im Gegensatz zu einem Flashback kann die posttraumatische Re-inszenierung als ein *„durch ein psychisches Trauma erlerntes Rollenverhalten, das eine Bewältigungsstrategie darstellt und dessen Wiederholung zur Verstärkung des Verhaltens führt“* (Weiß 2008, S. 228), verstanden werden. Ein Fallbeispiel von A. Krüger (2007, S. 37) verdeutlicht dieses erlernte Rollenverhalten:

„Die 16-jährige Manuela wurde durch ihren Onkel bis vor vier Jahren wiederholt missbraucht. Die Eltern berichten, dass sich die Jugendliche in den letzten Jahren wiederholt in ungeschützte Situationen begeben und durch ihr Äußeres und ihr Reden provokativ Männer angemacht habe. Sie treffe sich mit deutlich älteren, immer wieder anderen Jugendlichen einer gewaltbereiten Szene. Mehrfach sei sie sexuell belästigt worden, habe sich aber dennoch nicht von der Gruppe entfernt. Sie wandte sich schließlich vertrauensvoll an eine Lehrerin, nachdem sie von mehreren Jugendlichen dieser Gruppe sexuell missbraucht worden war.“

Dem Mädchen in diesem Fallbeispiel war ein Zusammenhang zwischen ihrem provokativen Verhalten (der „Suche“ nach gefahrenvollen Situationen) und ihrer erleb-

³³ Kleinkinder bis zum mittleren Grundschulalter oder geistig behinderte, ältere Kinder wiederholen traumatische Situationen oft symbolisch in ihrem Spiel. Dabei ahmen traumatisierte Kinder das traumatische Erlebnis in abstrahierter Form nach. Wirkt dieses Spiel zwanghaft und eventuell fast neurotisch, spricht man in der Fachliteratur von einem „post-traumatischen Spiel“ (vgl. Öttl 2008, S. 36; Krüger 2007, S. 38f).

ten Traumatisierung durch den früheren Missbrauch nicht bewusst. Erst in späteren Therapiestunden konnte sie die Zusammenhänge zwischen erlebtem und re-inszeniertem Verhalten herstellen. Bei einer solchen Re-inszenierung ist die Warnfunktion des Flashbacks bereits verloren gegangen und das Mädchen hat sich mit der Opferrolle³⁴ fest identifiziert. Opfer von Missbrauch werden von den Tätern in den allermeisten Fällen zusätzlich bedroht und gedemütigt. Wenn sich derart traumatisierte Jugendliche nun mit der erlebten Ohnmacht und Erniedrigung identifizieren („Ich bin schlecht und habe es nicht anders verdient“ oder „wenn ich nur ein gutes Mädchen wäre, dann hätte ich nicht so eine schlechte Behandlung verdient“), entspricht die hergestellte Inszenierung wiederum einer psychischen Notlösung: die Opferrolle eröffnet ein „*Schlupfloch aus der Ohnmachtsfalle des Traumas*“ (Krüger 2007, S. 38). Bei der Re-inszenierung können betroffene Kinder nicht nur die Rolle des Opfers einnehmen, sondern ebenso die Täterseite re-inszenieren. Mehrere Studien³⁵ belegen den direkten Zusammenhang zwischen der Schwere früherer Kindesmisshandlungen und der späteren Neigung, andere Menschen zu viktimisieren (vgl. van der Kolk et al. 2000, S. 187f).

Flashbacks, → Abwehrmechanismen und Re-inszenierungen verstärken die Belastungen der Kinder und Jugendlichen. „*Sie erleben und handeln dann weiterhin in der emotionalen Umwelt des Traumas*“ (Weiß 2008, S. 59). Oftmals sind es gerade die pathologischen Bewältigungsversuche der Kinder und Jugendlichen, wie zum Beispiel die Selbstmedikation mit Drogen, Alkohol, selbstverletzendes oder selbstgefährdendes Verhalten, um aus den erlebten Intrusionen und Emotionen auszustiegen, die im Alltag einer Wohngruppe auffallen und zu Problemen führen. Starke Ängste sowie Alpträume in der Nacht belasten zudem das Wohngruppenleben (vgl. Schmid 2008, S. 301). Eine adäquate alltagspädagogische Unterstützung bei der Bewältigung traumatischer Erfahrung fordert von den Pädagogen also insbesondere, dass sie schädliche Verhaltensweisen, Abwehrmechanismen und Anzeichen von Flashbacks bei den Kindern erkennen und soweit wie möglich zu minimieren versuchen. Dabei liegt die Bedeutung einer ausgeprägten PTSD Symptomatik³⁶ für den Alltag einer stationären Wohngruppe „*in erster Linie in dem Verständnis für die*

³⁴ Es gibt neben diesen Erklärungen eine Reihe weiterer Aspekte, die solche Handlungswiederholungen erklären zu versuchen, jedoch den Rahmen dieser Arbeit sprengen würden und eher für Fachexperten wichtig sind (vgl. Krüger 2007, S. 38).

³⁵ So fand Lewis et al. 1988 in einer Studie heraus, dass von 14 Jugendlichen, welche in den USA wegen Mordes verurteilt wurden, 12 körperlich brutal misshandelt wurden. Zusätzlich wurden 5 dieser Jugendlichen in der Kindheit sexuell missbraucht (vgl. Van der Kolk et al. 2000, S. 187f).

³⁶ einer akuten Belastungsstörung, einer einfachen PTSD oder komplexen PTSD

Symptomatik“ (Schmid 2008, S. 301). Pädagogen sollten Schlafstörungen, innere Anspannung und Unruhe der Kinder und Jugendlichen als Teil eines Gefühls ständiger Gefahr verstehen und dementsprechend beruhigend auf die Betroffenen einwirken (vgl. ebd., S. 301f). Für die pädagogische Arbeit in Wohngruppen der stationären Jugendhilfe ist es entscheidend, dass den zu betreuenden Kindern ein sicherer Ort zur Verfügung gestellt wird, der einen möglichst optimalen Schutz vor Re-traumatisierungen bietet. Wie ein solcher Ort aussehen kann wird in Kapitel 6 dargestellt.

5.3. Die Bedeutung der Emotionsregulation

Das Kernsymptom der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung bilden Schwierigkeiten mit der Emotionsregulation. Neben einer genetischen Disposition geht man auch davon aus, dass durch eine chronische Aktivierung der emotions- und stressverarbeitenden neurobiologischen Systeme entsprechende Bahnungen gebildet werden, die zu einer schnelleren Überaktivierung der beteiligten Neurotransmittersysteme führen. Schmid weist darauf hin, dass ein Kind ohne den effektiven Austausch mit einer feinfühligem Bezugsperson vermutlich keine ausreichende Emotionsregulation erlernen kann (vgl. Schmid 2008, S. 291). Kinder und Jugendliche die Probleme mit der Emotionsregulation haben reagieren heftiger und schneller auf emotionale →Reize. Sie brauchen nach einer emotionalen Reaktion außerdem sehr viel länger, um von dem erfahrenen Stress „runterzukommen“ und sich wieder zu beruhigen (vgl. ebd., S. 291f).

Bessel A. Van der Kolk erklärt, dass die psychologische Funktion der →Emotionen darin besteht, die Aufmerksamkeit eines Individuums wachzurufen, so dass durch das Individuum sinnvolle Handlungen ausgeführt werden können. Menschen beenden normalerweise ihre emotionale Reaktion dann, wenn sich ihre Erwartungen in Übereinstimmung mit dem aktuellen Geschehen befinden. Dieses kann entweder auf Grund der Ausführungen von Handlungen geschehen, in der die gegebene Situation den vorherrschenden Erwartungen angeglichen wird oder durch die Veränderungen der Erwartungen im Abgleich mit dem Geschehen. Krystal (1978) verwies als erster darauf, dass bei Personen mit einer PTSD die Emotionen anscheinend nicht als „Warnsignal“ dienen, so dass damit adaptive Handlungen durchgeführt werden können (vgl. van der Kolk 2000, S. 199f). Stattdessen beobachtet man bei Menschen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung, dass emotionale Erregung und zielgerichtete Handlungen häufig ohne eine Verbindung zueinander ste-

hen. Diese Menschen neigen dazu, unmittelbar auf vorhandene → Stimuli zu reagieren, ohne zuvor die Bedeutung des Geschehens näher betrachten zu können. Bereits die bloße Anwesenheit von Gefühlen kann diese Menschen veranlassen, *„als Reaktion auf kleine Provokationen, zu erstarren oder, als Alternative, überzureagieren und andere einzuschüchtern“* (ebd., S. 199f).

Die Fähigkeit der Ärger- und Impulskontrolle ist eng mit der Fähigkeit zur Emotionsregulation verknüpft. Komplex und chronisch traumatisierte Menschen haben sehr häufig Schwierigkeiten, mit Stress und Frustration umzugehen und erste Handlungsimpulse oder Emotionen zu „containen“³⁷. Diese Problematik ergibt sich insbesondere aus dem überdauernden hohen Stressniveau einer traumatisierten Person. Es wird davon ausgegangen, dass Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation und Ängste vor Emotionen dazu führen, dass es den Betroffenen nur sehr schwer gelingt, auftretende soziale Konflikte auf einem niedrigen Anspannungsniveau zu lösen. Schmid vermutet, dass einerseits die Fähigkeit zur Verhaltenshemmung nur unzureichend entwickelt wurde, und andererseits die Impulse wahrscheinlich derart stark intendieren, dass eine Gegensteuerung nur unter großer Anstrengung gelingen kann (vgl. Schmid 2008, S. 292). In diesem Zusammenhang spielt außerdem das Modelllernen beim Umgang mit Gefühlen eine wichtige Rolle. Viele Kinder, die in „Gewaltfamilien“ aufgewachsen sind, haben Aggressionen als ersten Lösungsmechanismus bei emotionalen Spannungszuständen und Beziehungsproblemen kennen gelernt und handeln dementsprechend (vgl. ebd., S. 292).

Der Aspekt der unterentwickelten Fähigkeiten der Emotionsregulation ist aus entwicklungspsychologischer Perspektive besonders gravierend, da dieser zumeist Folgen für die gesamte soziale Entwicklung einer Person hat. Insbesondere in Situationen, in denen sowohl die Sensibilität für die Gefühle anderer Menschen wie auch die Wahrnehmung der eigenen Gefühle beeinträchtigt ist. Aus der Schwierigkeit der Emotionsregulation ergeben sich vielfältige Probleme im Alltag des Betroffenen. So kann diese Störung zu plötzlichen depressiven Einbrüchen, Selbstverletzungshandlungen oder auch Substanzmittelmissbrauch führen. Im Alltag einer Wohngruppe äußert sich diese Problematik bei den Bewohnerinnen und Bewohnern nicht selten in plötzlichem Ausrasten mit aggressiven Handlungen gegenüber Pädagogen, Mitbewohnern oder Gegenständen (vgl. ebd., S. 291ff). Im sozialpädagogischen Alltag besteht die Möglichkeit, die Fähigkeit der Emotionsregulation zu verbessern und Ängste vor Gefühlen bei den Betroffenen abzubauen. Hier sollte

³⁷ „Containen“ bedeutet in diesem Zusammenhang auch „aushalten“.

das emotionale Erleben der Kinder und Jugendlichen möglichst häufig validiert³⁸ werden. Das bedeutet, die Emotionen des Betroffenen sollten, wenn immer möglich, benannt und die elementarsten Gefühle so oft wie möglich gemeinsam mit den Pädagogen reflektiert werden (vgl. Schmid 2008, S. 291f).

5.4. Exkurs: Frühe Bindungserfahrungen

„Das Gefühl von Geborgenheit oder das Urvertrauen entwickelt sich in der frühesten Kindheit im Verhältnis zur ersten Bezugsperson. Dieses Vertrauen, das im Leben selbst seinen Ursprung hat, trägt den Menschen sein Leben lang. Es ist die Basis aller Beziehungs- und Wertesysteme.“ (Herman 2006, S. 78)

Die Bindungstheorie, vom englischen Psychoanalytiker und Psychiater John Bowlby in den 50er Jahren entwickelt, geht davon aus, dass das Bestreben des Menschen, affektive und intensive Bindung zu anderen Menschen einzugehen, ein angeborenes Verhalten darstellt (vgl. Birsch 2002, S. 219). Der Säugling entwickelt aufgrund eines biologisch angelegten Verhaltenssystems im ersten Lebensjahr eine ausgeprägte Bindung zu einer Hauptbezugsperson. Das Bindungsverhalten des Säuglings wird hierbei durch das Suchen der Bindungsperson in Form von Weinen, Nachlaufen und Klammern ausgedrückt. Es wird durch Trennung sowie durch äußere (zum Beispiel: Unsicherheit, Reizüberflutung) und innere (zum Beispiel: Müdigkeit, Schmerz, Hunger, Krankheit) potenzielle Bedrohung aktiviert. Die Hauptbezugsperson fungiert dabei als sichere Basis und wird bei Gefahr aufgesucht. Sie hat in der Beziehung zum Säugling die Aufgabe, den Säugling in Situationen von Bedrohung zu beschützen und ihm Sicherheit und Trost zu gewähren. Für den unselbständigen Säugling ist diese Funktion von lebenserhaltender Bedeutung. Wird das geschilderte Bindungssystem beruhigt, so kann ergänzend das System der Erkundung aktiviert werden. Das Kind hat dann die Möglichkeit zwischen „sicherem Hafen“ (Nähe der Bezugsperson) und Exploration zu wählen (vgl. Bidiniger 2004, S. 32). Dabei gilt das Interesse an Exploration und Erkundung als komplementäres Grundbedürfnis zum Bedürfnis nach Bindung. Eine ausgewogene Verwirklichung von Sicherheits- und Bindungsbedürfnissen auf der einen Seite, sowie Erkundungsbeziehungsweise Autonomiebestrebungen auf der anderen Seite, stellt die Grundlage einer optimalen kognitiven Entwicklung eines Kleinkindes dar (vgl. Ziegenhain 2009, S. 137). Sicher gebundene Kinder verfügen über diese *„Mischung aus Bin-*

³⁸ Siehe dazu auch die Tabelle zu den sechs Stufen der Validierung im Anhang.

dungsfähigkeit und Autonomie, von Wurzel und Flügeln, die eine sicher gebundene Mutter oder andere wesentliche Bezugspersonen dem Kind früh vermitteln“ (Huber 2007, S. 92). Eine Dysregulation, beziehungsweise ein unausgewogenes Verhältnis zwischen diesen beiden Bedürfnissen, lässt sich im Gegensatz dazu als unsichere Bindung charakterisieren (vgl. Ziegenhain 2009, S. 138).

Das Kind entwickelt also in Abhängigkeit zur Hauptbezugsperson innere Arbeitsmodelle von Bindungsverhalten, die so genannten Bindungsrepräsentationen. Diese können bei traumatisierten Kindern als *unsicher-vermeidend*, *unsicher-ambivalent* oder *desorganisiert* vorkommen (vgl. Huber 2007, S. 90f). Tabelle 7 im Anhang vermittelt einen Eindruck, wie häufig die genannten Bindungsrepräsentationen in der Allgemeinbevölkerung vorzufinden sind.

Unsicher-vermeidende Bindungsmodelle entwickeln sich in der Regel bei emotional abweisenden und ablehnenden Bezugspersonen. Hier wird die Bindungsperson in Notsituationen eher gemieden, da sie keine Quelle der Sicherheit und Unterstützung für das Kind darstellt. In der Konsequenz zeigen bereits kleine Kinder ihre eigentlichen Nähe- und Bindungsbedürfnisse nur eingeschränkt. Das Gleichgewicht zwischen Bindung und Regulation ist bei diesen Kindern zuungunsten des Bedürfnisses nach Sicherheit und Bindung verschoben. Oftmals geht dieser Bindungsstil mit einer zu frühen und überfordernden „Selbstständigkeit“ des Kleinkindes einher. Sind die Signale der Hauptbezugsperson mit zuviel, beziehungsweise unangemessener Unterstützung verbunden, so wird das Kind vermutlich einen *unsicheren-ambivalenten* Bindungsstil entwickeln. Diesen Kindern fehlt es an Möglichkeiten, eigenständig die Umwelt zu erkunden. Das Gleichgewicht ist in diesem Fall zuungunsten des Bedürfnisses nach Autonomie und Exploration verschoben (vgl. Bidinger 2004, S. 32; Ziegenhain 2009, S. 138).

Ute Ziegenhain bezeichnet beide unsicheren Bindungsstile als „normale“ Entwicklungsvarianten: *„Ebenso wie der sichere Bindungsstil charakterisieren sie kindliche Anpassungsstrategien an eine mehr oder weniger günstige Beziehungsumwelt“* (ebd., S. 138).

Eine entwicklungspsychopathologische Abweichung der beschriebenen Entwicklungsvarianten sichere bzw. unsichere Bindung findet sich demgegenüber bei der so genannten hochunsicheren Bindung. Hochunsichere Bindungen verweisen, ebenso wie → Bindungsstörungen, auf beziehungsbedingte Störungen, die sich bei

betroffenen Kindern individuell manifestieren. Aus dem entwicklungspsychopathologischen Blick lassen sich hochunsichere Bindungen sowie Bindungsstörungen im Sinne abweichenden Verhaltens von den oben beschriebenen und erwartbaren Bindungsverhalten verstehen³⁹. Die *hochunsichere-desorganisierte* Bindung ist die bekannteste Form hochunsicherer Bindung. Kleinkinder, die desorganisierte Bindungsmuster vorweisen, zeigen zwar für gewöhnlich eine der drei Strategien sicherer beziehungsweise unsicherer Bindung, diese sind jedoch von Konfliktverhalten gegenüber den Bindungspersonen überlagert. Das Konfliktverhalten äußert sich zum Beispiel in körperlichen Erstarrungen über mehrere Sekunden, starker Gemüthlichkeit in Situationen, Furchtreaktionen oder stereotype Verhaltensweisen. Diese Bewegungs- bzw. Verhaltensmuster sind Ausdruck davon, dass betroffenen Kindern (unter erhöhter Belastung und innerer Erregung) keine eindeutigen Bindungsverhaltensstrategien zur Verfügung stehen und sie keine Möglichkeiten besitzen, ihr Verhalten kohärent zu organisieren. Bei älteren Kindern und Jugendlichen zeigt sich die hochunsichere Bindung zwar in organisierten, jedoch unangemessen kontrollierten und häufig stark auffälligen Verhaltensweisen. Charakteristisch ist zum Beispiel ein übertrieben fürsorgliches Verhalten gegenüber Bindungspersonen bis hin zur Rollenumkehr (vgl. Ziegenhain 2009, S. 136ff, Birsch 2002, S. 220ff). Diese Kinder und Jugendliche sind „mit noch höherer Wahrscheinlichkeit zutiefst verstört, weil sie früh verlassen, vernachlässigt, verängstigt und/oder körperlich sogar sexuell gequält wurden“ (Huber 2007, S. 93).

Die Ergebnisse einer empirischen Studie über Bindungsrepräsentationen bei Jugendlichen in Heimen zeigt auf, dass Jugendlichen in Heimerziehung fast ausschließlich eine *unsichere* oder gar eine *hoch unsichere* Bindungsrepräsentation zur Verfügung steht (vgl. Weiß 2008, S. 46; Schleiffer 2007, S. 120ff). Weitere Studien⁴⁰ bestätigen, dass ca. 50-80% der traumatisierten Kinder und Jugendlichen aus Hochrisikopopulationen einen desorganisierten Bindungsstil aufweisen. Die Bindungsfähigkeit stellt dabei auf zweifache Art und Weise einen der wichtigsten Resilienzfaktoren für Kinder und Jugendliche dar. Sie schützt Kinder und Jugendliche einerseits vor erneuten Traumatisierungen, da sie eine vertrauensvolle Person in ihrer Nähe wissen, die sie bei Gefahr „anlaufen“ können. Zum anderen haben Menschen ohne schwere Bindungsstörungen mehr Möglichkeiten mit den erlebten

³⁹ „[...] demgemäß Kleinkinder in Situationen von Verunsicherung und Belastung Nähe und Kontakt zu ihrer Bindungsperson suchen beziehungsweise über eine organisierte Strategie verfügen, ihre aufgrund der Aktivierung des Bindungssystems entstandene innere Belastung einigermaßen zu regulieren“ (Ziegenhain 2009, S. 138).

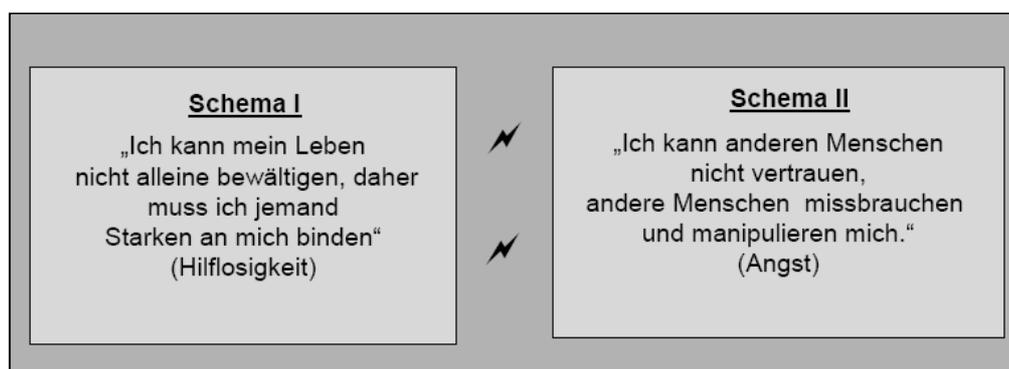
⁴⁰ Siehe auch Studien von: van Ijzendoorn et al. 1996, 1999; Muller et al. 2001;

Traumatisierungen adäquat umzugehen. Für die Frage, wie gravierend die psychopathologischen Folgen von Traumatisierungen sind, scheint die direkte Kontaktaufnahme mit einer vertrauten Person, die erlebte soziale Unterstützung sowie die emotionale →Validierung des Leids einen der bedeutendsten protektiven Faktor darzustellen (vgl. Schmid 2008, S. 294).

5.5. Die Bedeutung der Bindungsfähigkeit

Die Bindungsfähigkeit des Klientels nimmt großen Einfluss auf die Gestaltung der Heimerziehung. So basiert jegliche Art von Erziehung letztendlich auf der Qualität der Bindung und Beziehung, die Kinder gegenüber den Pädagogen aufbauen. Stationäre Wohngruppen sollten den Anspruch erfüllen, den Bedürfnissen der Kinder nach Autonomie und Bindung auch im Rahmen institutioneller Erziehung nachzukommen. Dabei muss beachtet werden, dass sich Bindungs- und Autonomiebedürfnisse der Kinder und Jugendlichen in Heimen je nach Entwicklungsalter unterscheiden und ebenfalls erhebliche Differenzen bezüglich der Intensität beider Bedürfnisse bei einzelnen Kindern auftreten. Für die Heimerziehung und die Sozialpädagogik sind die vorhandenen Bindungsstörungen der zu Betreuenden von grundlegender Bedeutung, da insbesondere bei früh misshandelten und vernachlässigten Kindern zwei verschiedene Bindungsmuster mit dem dazugehörigen kognitiven Schema (siehe Abb. 3) im pädagogischen Alltag immer wieder aktiviert werden können (vgl. Schmid 2008, S. 292ff).

Abbildung 3: Störungsmodell (Schematheorie)



http://www.upkbs.ch/data/forschung_lehre/forschung_kjpk/workshop_trauma_bildungpaedagogik.pdf

Insbesondere Mitarbeiter in Betreuungsteams sind der Gefahr ausgesetzt in die so genannte „Narzissmusfalle“ (Lohmer 2001) zu tappen, da traumatisierte Kinder oft unbewusst probieren eine sehr exquisite Beziehung zu Bezugspersonen aufzubauen.

en. Diese Kinder und Jugendliche vermitteln dem Gegenüber häufig das Gefühl, dass nur er/sie in der Lage ist, ihn/sie zu verstehen und seine/ihre Bedürfnisse zu befriedigen. Durch solche unbewussten Mechanismen werden Beziehungen zwangsläufig intensiviert. Jedoch sind diese intensiven Beziehungen auf Dauer von keiner der beiden Parteien auszuhalten. Häufig testen Kinder in Wohngruppen die Grenzen eben dieser Beziehungen immer weiter aus, so dass eine unbewusste Reinszenierung erlernter Beziehungsmuster stattfindet. Pädagogen reagieren häufig mit Zeichen und Gefühlen der Überforderung und ziehen sich in der Konsequenz aus der eingegangenen Beziehung zurück. Darauf folgen in der Regel heftige emotionale Anspannungszustände auf Seiten des Klienten. Traumatisierte Kinder reagieren auf diesen Stress mit den ihnen bekannten → Abwehrmechanismen. Oftmals folgt ein erneuter Ausbruch von traumatypischen Symptomatiken (vgl. Schmid 2008, S. 294f).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die gesamte Beziehungsgestaltung traumatisierter Kinder und Jugendlicher geprägt ist von einer Ambivalenz zwischen dem großen Wunsch nach Nähe und Bindung, sowie einem Gefühl des Kontrollverlustes sobald eine intensive Beziehung zustande kommt. Eine panische Angst vor dem Verlassenwerden und einem damit verbunden Nichterfüllen der grundlegenden Bedürfnisse verstärkt diese Dynamik (vgl. ebd., S. 294). Um im sozialpädagogischen Alltag mit dieser Bindungsproblematik arbeiten zu können, sollten solch unbewusste Dynamiken im Heimalltag derart antizipiert und analysiert werden, dass Lösungsstrategien zur Verfügung stehen die eine Wiederholung von Beziehungstraumata möglichst vermeiden (vgl. ebd., S. 284f).

5.6. Die Bedeutung der Dissoziationsneigung

Unter Dissoziation⁴¹ wird im Zusammenhang mit Traumatisierung eine Veränderung des Bewusstseins verstanden. Dabei werden bestimmte Handlungen, Emotionen und Wahrnehmungen nicht in vollem Bewusstsein, sondern in einer Art Tran-

⁴¹ Dissoziation kann Reaktionen während des traumatischen Erlebens sowie im Anschluss an dieses beinhalten. Als *peritraumatische* Dissoziation werden eben jene dissoziativen Phänomene bezeichnet, die sich genau auf den Moment der Traumatisierung beziehen. Experten nehmen an, dass das Ausmaß der peritraumatischen Dissoziation einen wichtigen Prädiktor für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung darstellt (vgl. Schmid 2008, S. 296; Weiß 2005, S. 18, Huber 2007; Overkamp 2002).

cezustand durchgeführt und erlebt. Diese Handlungen und erlebten Sinneseindrücke können daher auch nicht mit den herkömmlichen integrativen Gedächtnisfunktionen verarbeitet werden. In der Folge können oftmals nur einzelne Fragmente oder gar nichts vom Erlebten erinnert werden. In ihrer milden und unpathologischen Form kann Dissoziation auch als etwas Alltägliches (so genannter Autobahntrance) Bestand haben. Dissoziation, wie sie bei Kindern aus invaldierender und vernachlässigender Umgebung vorkommen, geht jedoch weit über die alltägliche Dissoziation hinaus. Sie sollte vielmehr als ein wichtiger Schutzmechanismus betrachtet werden. Das Individuum schützt sich durch diesen unbewussten Mechanismus vor einer Überflutung mit zu heftigen Emotionen sowie seelischen und/oder somatischen Schmerzen, die bei belastenden Lebensereignissen zwangsläufig auftreten (vgl. Schmid 2008, S. 295).

„Dissoziation ist somit ein Mittel, Situationen mit nicht entrinnbarem schwerem Stress zu bewältigen und hat eine protektive Funktion, um das Überleben sicher zu stellen.“ (Lehmann 2008, S. 11)

In der Fachliteratur unterscheidet man grundsätzlich zwischen einer *alltäglichen* und einer *pathologischen* Dissoziation (siehe Tabelle 5, nächste Seite). Nach Overkamp (2002) werden für die pathologische Dissoziation immer traumatische Erfahrungen angenommen. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass die durch sie entstehenden Verhaltensweisen und Reaktionen zu massiven Beeinträchtigungen der alltäglichen Lebensbedingungen führen (vgl. Weiß 2005, S. 17ff; Overkamp 2002). Die pathologische Dissoziation stellt eine nicht zu unterschätzende Gefahr für die weitere Entwicklung betroffener Kinder dar. So zeigen neuere Forschungsergebnisse, dass Menschen, die gelernt haben als Stressbewältigung vermehrt auf Dissoziation zurückzugreifen, diesen →Abwehrmechanismus immer wieder posttraumatisch unbewusst verwenden. Sogar in Situationen, die keinen traumatischen Stress mehr beinhalten. Lehman erklärt, dass Dissoziation (ähnlich wie eine konditionierte Reaktion) relativ leicht erlernt wird. *„Ist sie einmal konditioniert, kann jeder auch harmlose Stressreiz automatisch zur Dissoziation führen, zu tranceähnlichen Zuständen, Depersonalisation und Erinnerungsverlust“* (Lehmann 2008, S. 11). Bei Kindern, die wiederholt oder gar dauerhaft traumatischen Erleben ausgesetzt sind (oder waren) kommt erschwerend hinzu, dass sie die Dissoziation oft als einzigen und wirkungsvollen Bewältigungsmechanismus kennen gelernt haben. In Folge dessen wird die Dissoziation, auch bei gering bedrohlichen Situationen, umso schneller zu einem

generellen Schutzmechanismus⁴² (vgl. ebd., S. 11). In diesem Fall spricht man von einer pathologischen Dissoziation. Die auf traumatische Lebensumstände gezeigte Reaktion der Dissoziation wird hierbei im Laufe des traumatischen Prozesses pathologisch und kann zu individuellen Entwicklungsblockaden führen sowie die Kohärenz der Identität gefährden (vgl. Weiß 2005, S. 17; Huber 2007).

Tabelle 5: Formen alltäglicher und pathologischer Dissoziation

<i>Alltägliche Dissoziation</i>	<i>Pathologische Dissoziation</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Absorption (Abschalten), Zustand hoher Konzentration • Trance-Erfahrung • Alltags-Trance: Trancen bei automatischen ablaufenden Handlung (z.B. Autofahren) 	<ul style="list-style-type: none"> • Derealisation (z.B. andere Farben sehen, Zeitverzerrungen, wie im Film) • Depersonalisation (z.B. neben sich stehen) • Dissoziative Amnesie (z.B. biographische Erinnerungslücken) • Dissoziative Fuge (z.B. plötzliches Verlassen der gewohnten Umgebung und Beginn z.B. eines neuen Leben unter anderen Namen) • Alle Formen von Bewusstseinslücken • Alle Formen von Identitätswechseln, wobei damit auch ein Zustand der Leere gemeint sein kann • Dissoziative Identitätsstörung

Entnommen aus: Weiß 2005, S. 19

Die hier aufgezeigte Dissoziationsneigung führt im pädagogischen Alltag oft zu großen Schwierigkeiten. Sie kann insbesondere dann ein Problem darstellen, wenn sich Kinder in der Gruppe befinden, die durch grenzüberschreitendes oder aggressives Verhalten auffallen und damit immer wieder dissoziative Phänomene bei traumatisierten Gruppenmitgliedern triggern. Zudem führen Dissoziationsphänomene zu großen Erinnerungslücken (Amnesie), was bei Kindern zur Folge haben kann, dass diese ihren Tagesablauf nicht mehr lückenlos rekonstruieren können. Schmid schildert, wie Kinder auch bei stärkeren Konflikten mit Pädagogen beginnen zu dissoziieren. Oftmals ist es gerade die fehlende klare Reaktion dieser Kinder, welche professionelle Helfer „fälschlicherweise“ dazu verleitet, immer mehr und

⁴² Overkamp belegt, dass ungefähr 10% der Menschen auf ein Trauma sofort mit einer erhöhten Dissoziationsneigung reagieren. Bei wiederholten Traumatisierungen sind es bereits 50% der Betroffenen, die Dissoziation als Bewältigungsstrategie einsetzen (vgl. Overkamp 2002, S. 13-27).

immer lauter (ärgerlicher) auf das Kind einzureden. Dabei ist vielen Pädagogen nicht bewusst, dass Lernen und eine generelle Informationsaufnahme in diesen Zuständen kaum mehr möglich sind (vgl. Sartorius und Schmahl 2007, S. 1ff; Schmid 2008, S. 296ff). Für die pädagogische Arbeit bedeutet diese Erkenntnis, dass traumatisierte Kinder in dissoziativen Zuständen nur sehr schwer für therapeutische oder pädagogische Interventionen erreichbar sind. In Vereinbarungen sollte daher besonders darauf geachtet werden, dass die Aufnahmekapazität des Kindes nicht überschritten wird und die geäußerten Informationen auch wahrgenommen bzw. verarbeitet werden können. Außerdem existieren spezielle Interventionen, die es ermöglichen, Kinder individuell aus ihren Dissoziationen herauszuhelfen. Hierzu gehören vor allem präventive Übungen zur Förderung der Körper- und Sinneswahrnehmung sowie Techniken zur Beendigung akuter Dissoziationssituationen. Pädagogen sollten sich diese Techniken als „Grundausstattung“ unbedingt aneignen.

Eine starke Dissoziationsneigung geht außerdem häufig mit selbstverletzenden Verhaltensweisen einher. Betroffene Kinder und Jugendliche finden in dieser Bewältigungsstrategie eine Möglichkeit ihren Körper wieder zu fühlen und sich ins „Hier und Jetzt“ zu versetzen. Rygaard (2006) verweist darauf, dass Kinder mit einer schwerwiegenden Bindungsstörung und traumatischen Erfahrungen in vielen Bereichen senso-motorische Defizite aufweisen. Insbesondere Kinder, die schon sehr früh in ihrem Leben auf Dissoziation zurückgreifen mussten, werden viele taktile Sinneserfahrungen nicht erfahren bzw. gespürt haben. Folglich führt eine chronisch erhöhte Dissoziationsneigung auch zu einer Vernachlässigung der Wahrnehmung mit allen Sinneskanälen. Hier kann die Förderung der Wahrnehmung von positiven Sinnesreizen, wie schöner Musik oder verschiedener Geschmacksnuancen, einen stimmungsaufhellenden und stabilisierenden Faktor darstellen (vgl. Schmid 2008, S. 296f; Rygaard 2006).

5.7. Die Bedeutung des Selbstbildes

Kinder und Jugendliche, die traumatische Erfahrungen gemäß der Typ II Traumatisierung erlebt haben, sind sehr häufig in ihrem Selbstbild grundlegend erschüttert. Die Lebenserfahrungen von Jungen und Mädchen in der Heimerziehung sind in der Regel von wenig Selbstwirksamkeit geprägt. Ihnen fehlt ein grundlegendes Gefühl der Sicherheit, die Erfahrung mit schützenden und sorgenden Menschen verbunden zu sein, die eine wichtige Grundlage der Persönlichkeitsentwicklung darstellt

(vgl. Weiß 2008, S. 106ff; Herman 2006, S. 79).

Wenn die Bezugsperson behutsam und gütig mit ihrer Macht umgeht, können Kinder ein positives Selbstwertgefühl entwickeln. Ein Kind kann dann Selbstachtung entwickeln, wenn Vater oder Mutter, die so viel mächtiger sind als das Kind, dennoch die Würde und Individualität ihres Kindes in einem gewissen Rahmen anerkennen. Kinder entwickeln außerdem Autonomie, das heißt ein Gefühl für die eigenen Grenzen innerhalb einer Beziehung. In einer tragfähigen Beziehung lernt das Kind seine Körperfunktionen zu kontrollieren und zu beherrschen, sowie seinen eigenen Standpunkt auszudrücken. Erlebt ein Kind traumatische Erlebnisse, insbesondere in Verbindung mit den engsten Bezugspersonen, wird die grundlegende Autonomie des Menschen auf der Ebene der körperlichen Unversehrtheit zutiefst verletzt. In der Folge verliert das Kind den Glauben daran, dass es in Beziehungen zu anderen ein „*eigenständiges Selbst*“ (vgl. Herman 2006, S. 79) bewahren kann⁴³. Herman erklärt, dass eine unvollständige Bewältigung normaler Konflikte im Laufe der Entwicklung zur Autonomie anfällig macht für Scham und Zweifel. Als Folge von traumatischen Erlebnissen treten diese Reaktionen bei Kindern mit sehr großer Wahrscheinlichkeit auf⁴⁴: *„Scham ist eine Antwort auf die Ohnmacht, die Verletzung der körperlichen Unversehrtheit und die Entwürdigung vor den Augen anderer. Der Zweifel spiegelt die Unfähigkeit wieder, den eigenen Standpunkt zu bewahren und gleichzeitig Bindungen zu anderen aufrechtzuerhalten“* (ebd., S. 79).

In ihrem Buch „Die Narben der Gewalt“ beschreibt Hermann kindliche Anpassungsprozesse an eine pathologische, missbrauchende Umwelt. *„Das Kind entwickelt ein vergiftetes, stigmatisiertes Identitätsgefühl, verinnerlicht damit das Böse des Mißhandlers und kann sich so die Primärbindung an die Eltern bewahren. Der Glaube an das böse Selbst, der Beziehungen aufrecht erhalten hat, wird daher auch nicht so leicht aufgegeben, selbst wenn der Missbrauch aufhört; im Gegenteil, dieser Glaube wird ein fester Bestandteil der kindlichen Persönlichkeitsstruktur“* (Herman 2006, S. 147). Misshandelte und vernachlässigte Kinder überdecken dieses heimtückische Gefühl, im Innersten schlecht zu sein, häufig mit ausdauernden Bemühungen, ihrer Umwelt zu gefallen. Herman schildert wie diese Kinder auch im späteren Leben alle Aufgaben mit perfektionistischem Eifer angehen, getrieben nach dem verzweifeltsten Bedürfnis elterlichen Lobes. Äußere Bestätigung verstärkt dabei

⁴³ Die Auswirkungen von Kindesmisshandlungen auf eine ungünstige Selbstwertentwicklung konnte u.a. auch in aufwendigen Längsschnittuntersuchungen von Kim & Cicchetti (2003) aufgezeigt werden.

⁴⁴ Nachgewiesen von z.B. Wyatt & Newcomb 1990, S. 758-767

häufig ihre Überzeugung, dass keiner sie wirklich kennt und sie, wenn ihr wahres Selbst ans Licht käme, gemieden würden. Damit ein missbrauchtes Kind seine Identität wahren kann, interpretieren Kinder ihre Erlebnisse oft in religiösen oder mystischen Zusammenhängen als eine Art „Vorbestimmung“. Dabei nehmen sie die Rolle von Märtyrern oder kindlichen Helden an und konstruieren so ihre eigene Welt. In der Konsequenz können *„die widersprüchlichen Persönlichkeiten, das erniedrigte und das erhöhte Ego, [...] nicht integriert werden. Das missbrauchte Kind kann kein kohärentes Selbstbild mit angemessenen Vorzügen und entschuldbaren Fehlern entwickeln“* (ebd., S. 147). Widersprüchliche Persönlichkeiten können zu Bewusstseinspaltungen und in extremen Fällen auch zu neuen Persönlichkeiten führen. Dieser Prozess stellt eine Anpassungsstrategie schwer misshandelter Kinder dar, die es ihnen erlaubt, Hoffnung und Bindungen zu bewahren. Häufig entwickeln diese Kinder außerdem ein hoch idealisiertes Bild von mindestens einem Elternteil. Ein solch idealisiertes Bild kann jedoch auf Dauer von keinem Kind zuverlässig aufrechterhalten werden (vgl. Herman 2006, S. 148f)

Eine wichtige Hilfe diese unbewussten Bewältigungsstrategien auch für betroffene Kinder verstehbar zu machen kann hier die therapeutische Unterstützung leisten. Pädagogen können traumatisierten Kindern außerdem bei der Auseinandersetzung mit ihrer eigenen Herkunftsfamilie behilflich sein. Der sozialpädagogische Alltag bietet dafür reichlich Gelegenheit (vgl. 6.2). Sobald das grundlegende Gefühl äußerer Sicherheit wieder hergestellt ist, sollten betroffene Kinder Hilfe bei der (Wieder-)Aneignung eines positiven Selbstbildes erfahren. Dazu erfordert es eine gewisse Toleranz und Respekt von Seiten der Pädagogen, wenn Kinder versuchen Autonomie und Selbstkontrolle zurück zu gewinnen. Das bedeutet aber nicht, dass Wohngruppen der stationären Jugendhilfe unkontrollierte Aggressionsausbrüche tolerieren können. Eine solche Toleranz wäre nach Herman sogar kontraproduktiv, da sie letztendlich die Schuld- und Schamgefühle der Opfer verstärkt. *„Damit das Opfer sein Selbstwertgefühl wiedererlangen kann, muß man ihm vielmehr mit dem Respekt begegnen, der die ursprüngliche Entwicklung der Selbstachtung in den ersten Lebensjahren fördert“* (Herman 2006, S. 93).

5.8. Die Bedeutung der sozialen Kompetenz

Viele Kinder und Jugendliche mit traumatischen Lebenserfahrungen zeigen Defizite, feinfühlig auf ihre Umwelt zu reagieren sowie Schwächen in ihrer sozialen Kompetenz (vgl. Schmid 2008, S. 298). So konnten Dodge & Schwartz (1997) nachwei-

sen, dass traumatisierte Kinder und Jugendliche im Vergleich zu nicht traumatisierten Kindern auf neutrales Verhalten anderer Menschen eher mit Dissoziation oder Ärger bzw. Angst reagierten, da sie das Verhalten schneller als feindselig interpretierten. Außerdem zeigten diese Kinder impulsivere und stärkere Reaktionen auf negativ emotionale Gesichtsausdrücke wie Angst oder Ärger (vgl. Schmid 2008, S. 298; Dodge et al. 1995; Masten et al. 2008).

Die Erfahrung einer interpersonellen Traumatisierung geht fast immer mit einer ausgesprochenen oder implizierten Erniedrigung des Opfers einher. In der Folge entwickeln traumatisierte Kinder vermehrt ungünstige kognitive Schemata bezüglich ihrer selbst und anderer Menschen. Diese ungünstigen Selbstüberzeugungen sind verbunden mit einem niedrigen Selbstwert, der sich auf unterschiedliche Bereiche ihres Sozialverhaltens auswirkt. So haben viele traumatisierte Menschen Schwierigkeiten damit, eigene Bedürfnisse und Forderungen zu formulieren und durchzusetzen, Ärger deutlich auszudrücken und ihre individuellen Grenzen abzustecken. Kindern, die aus gewalttätigen Elternhäusern kommen, fehlt es an Modellen für adäquates Sozialverhalten oder Problemlösen. Sie müssen viele Facetten der sozialen Kompetenz im Austausch mit anderen Personen vielfach erst ganz neu erlernen (vgl. Schmid 2008, S. 299). Im pädagogischen Alltag sollten ihnen daher besonders viele Möglichkeiten zum Erlernen sozialer Kompetenzen angeboten werden. Sie können lernen soziale Situationen genau wahrzunehmen, sie vorsichtig zu interpretieren, mehrere Handlungsalternativen zu erarbeiten und deren Folgen ferner zu antizipieren. Pädagogen können hier als Modelle für die Entwicklung sozialer Problemlösungsstrategien dienen und den Heranwachsenden dabei helfen, soziale Fertigkeiten in wichtigen zwischenmenschlichen Beziehungen aufzubauen (vgl. ebd., S. 298ff).

5.9. Die Bedeutung der Körperwahrnehmung

Zu den Folgen traumatischer Erfahrungen in der Kindheit zählen negative Auswirkungen auf die Fähigkeit den eigenen Körper wahrzunehmen. So ist bei vielen früh traumatisierten und vernachlässigten Menschen die körperliche Selbstfürsorge und selbstsensitive Körperpflege nur in sehr geringem Maße ausgeprägt (vgl. ebd., S. 299).

Die Erinnerungen an ein traumatisches Geschehen werden vom Körper, bewusst oder unbewusst, gespeichert. Kinder, die unter chronischen Traumatisierungen lei-

den, können die leidvollen Erfahrungen oftmals nicht integrieren und die traumatischen Erfahrungen setzen sich in Fragmenten in der Seele dieser Kinder fest. Wilma Weiß spricht in diesem Zusammenhang von dem „*Körpergedächtnis*“ (vgl. Weiß 2008, S. 54f.) Die Fachliteratur geht davon aus, dass „*nicht assimilierte traumatische Erfahrungen in einem besonderen aktiven Gedächtnis gespeichert werden, das dazu neigt, die Darstellung der Inhalte zu wiederholen*⁴⁵“ (ebd., S. 54f). Das Trauma wird dabei entweder als Unglück in das Gedächtnis integriert oder die Gefühle und Empfindungen, die während des traumatischen Geschehens erlebt wurden führen ein Eigenleben. Wie diese traumatischen Situationen von Kindern abgespeichert und wieder ins Gedächtnis gerufen werden variiert dabei entwicklungspezifisch (vgl. ebd., S. 54ff). Es wird davon ausgegangen, dass die nachfolgend aufgeführten Erinnerungsebenen als so genanntes „Körpergedächtnis“ (als komplexe und unabhängige Gedächtnissysteme) außerhalb des Bewusstseins funktionieren.

Das Körpergedächtnis

- „*Die vom Menschen abgespaltene Geschichte*
- *Das von Menschen unabhängige Bild*
- *Geräusche*
- *Gerüche*
- *Das Körpergefühl*
- *Die Emotionen*“ (Weiß 2008, S. 55).

Bestimmte Körperhaltungen, Gerüche oder auch Empfindungen, die mit dem traumatischen Geschehen assoziiert werden, können somit extrem starke →Trigger für eine Dissoziationsneigung oder andere PTSD-Symptomatiken darstellen. So weist Schmid darauf hin, dass viele Mädchen, die in ihrer Kindheit sexuell traumatisiert wurden, ihre Symptomatiken recht gut kompensieren können. Bei der Aufnahme sexueller Kontakte werden diese Mädchen jedoch nicht selten re-traumatisiert und reagieren mit heftigen Symptomen (vgl. Schmid 2008, S. 299). Als weitere Auswirkung von Traumatisierungen auf das Körpergefühl können Probleme bei der Wahrnehmung und Organisation des Körpers in zwischenmenschlichen Situationen auftreten. Viele traumatisierte Menschen mit starker Dissoziationsneigung zeigen eine

⁴⁵ Über die Authentizität der Erinnerungen an traumatische Erlebnisse wird in der Fachliteratur kontrovers diskutiert. Eine Gruppe bewertet diese Erinnerungen als „*Hirngespinnste verwirrter Menschen oder Suggestionen schlecht ausgebildeter Therapeuten*“ (Weiß 2008, S. 54). Andere Forscher (wie Van der Kolk 2000), glauben, dass zumindest der Kern der Erinnerung authentisch ist.

deutlich geringere Schmerzrezeption in Anspannungszuständen (vgl. Bohus et al. 2000; Ludäscher et al. 2007). Immer mehr Studien zeigen außerdem einen Zusammenhang von frühen Vernachlässigungserfahrungen, Unterernährung und somatischen Zivilisationskrankheiten wie Bluthochdruck, koronare Herzkrankheiten oder Diabetes im Erwachsenenalter auf (vgl. Schmid 2008, S. 299; Barker 1997). Weiterhin gibt es mehrere Anzeichen dafür, dass die posttraumatische Belastungsstörung nicht nur sehr →komoribide mit psychischen Störungen ist, sondern auch (psycho)-somatische Krankheiten vermehrt bei traumatisierten Menschen anzutreffen sind (vgl. Schmid 2008, S. 299; Dobie et al. 2004).

Die hier aufgeführten möglichen Folgen von Traumatisierungen auf das Körper selbst und die Körperwahrnehmung sprechen dafür, im Betreuungsalltag von traumatisierten Kindern möglichst viele Interventionen und Übungen der positiven Körperwahrnehmung einzubauen. Über die Körperwahrnehmung kann dann auch die Selbstfürsorge dieser Kinder und Jugendlicher systematisch gefördert werden (vgl. Schmid 2008, S. 300).

5.10. Die Bedeutung der Übertragung und Gegenübertragung

Von wesentlicher Bedeutung für die alltägliche Betreuung von Kindern mit komplexen Traumatisierungen ist die Erkenntnis darüber, wie belastend die pädagogische Arbeit für Pädagogen in stationären Wohngruppen sein kann. Die Frage, welche emotionalen Reaktionen durch traumabedingtes Verhalten bei professionellen Helfern ausgelöst werden kann, spielt in diesem Zusammenhang eine entscheidende Rolle. Die Traumaforschung hat sich im Rahmen von Psychotherapie intensiv mit dem Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen auseinandergesetzt und Überlegungen angestellt, wie professionelle Helfer (in diesem Fall Therapeuten) mit den konfrontierten Traumata und den daraus resultierenden Gefühlen positiv umzugehen vermögen (vgl. Schmid 2008, S. 302).

Weiß definiert die Übertragung als „[...] ein universelles menschliches Phänomen, dass sich in allen menschlichen Beziehungen herstellt. Übertragung ist in diesem Zusammenhang eine psychoanalytische Bezeichnung. Neuauflagen, Fantasien, frühere Beziehungsinhalte beeinflussen aktuelle Beziehungen. Sie sind als Reaktionsbereitschaft an die Vergangenheit gebunden.“ (Weiß 2008, S. 230)

Traumatisierte Kinder übertragen kindliche Beziehungserfahrungen und die damit in

Verbindung stehenden Wünsche und Ängste auf ihre Bezugspersonen. Nach Freud bedeutet Übertragung „*die Verschmelzung verdrängter, infantiler Bedürfnisse mit (vor)bewussten Wünschen, die sich auf gegenwärtige Objekte beziehen*“ (Freud zit. n. Weiß 2008, S. 149). Diese Übertragungen finden auch in den Beziehungen zwischen Pädagogen und traumatisierten Kindern statt. Therapeuten machen darauf aufmerksam, dass traumatisierte Menschen eine ganz spezielle Art der Übertragung aussenden können, die traumatische Übertragung. „*Die traumatische Übertragung spiegelt nicht nur die Erfahrungen von Gewalt wieder, sondern auch die Erfahrungen von Hilflosigkeit. [...] Die Erinnerung an diese Erfahrung prägt alle späteren Beziehungen*“ (Herman 1994, S. 188).

Während es in einer psychoanalytischen Therapie insbesondere auch um die Förderung von Übertragungen (also auch traumatischer Übertragungen) geht, ist es hingegen Aufgabe der Pädagogik, diese traumatischen Übertragungsphänomene nicht konflikthaft herauf zu beschwören. Traumatische Übertragungen können zum Teil heftige Gegenübertragungen⁴⁶ (Gegenreaktionen) auslösen (vgl. Weiß 2008, S.149ff). Im therapeutischen Setting werden Gegenübertragungsgefühle definiert als „*[...] alle Gefühle des Analytikers einem Patienten gegenüber [...]*“ (Heimann 1950, zit.n. Thomä/Kächele 1985, S. 86). Die Fachliteratur kennt unterschiedliche Begriffsverständnisse der Gegenübertragung. So bezieht zum Beispiel die ganzheitliche Auffassung die Gesamtheit aller Reaktionen des Therapeuten auf den Klienten und die Therapiesituation mit ein (vgl. Weiß 2008, S.185). Racker (1988) und Moeller (1977) beziehen diese Reaktion auf zwei unterschiedliche Anteile des Klienten:

1. Die *komplementäre* (ergänzende) Identifizierung meint die Identifizierung des Analytikers mit dem Objekt, mit welchem der Klient ihn identifiziert,

⁴⁶ Auswirkungen von der, in der Psychoanalyse bekannten, Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung werden in der fachlichen pädagogischen Diskussion bisher noch sehr wenig beachtet. Forschungen hierzu stehen noch aus. Es gibt einige Psychoanalytiker, die darauf verweisen, dass die Nutzung der Gegenübertragung streng an die analytische Situation gebunden ist. Außerdem ist das Konzept der Gegenübertragung nicht unumstritten. Z.B. sprach der Psychoanalytiker Michael Balint von einer „Gegenübertragungsmystik“. Der Analytiker Karl König schlägt den Begriff der „Gegenreaktion“ vor, da der Analytiker nicht nur auf die Übertragung des Patienten reagiert. Insbesondere verweist er darauf, dass Gegenübertragungsreaktionen keinen direkten Aufschluss über die Übertragung geben und sorgfältig ausgewertet werden müssen. Aus den verschiedenen Gründen stellt der Begriff der „Gegenreaktion“ (als Alternative zur „Gegenübertragung“) zumindest für den pädagogischen Diskurs eine mögliche Lösung dar (vgl. König 1993, S. 16; Weiß 2008, S. 185).

2. die *konkordante* (deckungsgleiche) Identifizierung beinhaltet psychische Inhalte, die dem Professionellen aufgrund gelungener Einfühlung aufsteigen und das traumatische Geschehen des Patienten nachbilden (vgl. Racker 1998, S. 158; Weiß 2008, S. 185f)

Für die Arbeit mit schwer traumatisierten Menschen wurde aufgrund dieses Gegenübertragungsphänomens auch der Begriff der →sekundären Traumatisierung eingeführt.

Für die pädagogische Arbeit benennt Weiß das Einfühlungsvermögen als ein unerlässliches Instrument. Es fordert den Pädagogen auf, die Position sowie die Geschichte des betroffenen Kindes zumindest zeitweise nach zu fühlen und verstehen zu wollen. Arbeiten Mitarbeiter in Wohngruppen mit diesem Instrument, erleben sie stellvertretend die traumatischen Gefühle von Angst, Ohnmacht und Hilflosigkeit mit und nach (Weiß 2008, S. 186). Diese *konkordante* Identifikation kann dabei Gefühle auslösen wie „allein zu stehen“ oder „keine Unterstützung zu haben“. Es besteht die Möglichkeit, dass Pädagogen, ausgelöst durch diese Übertragung, handlungsunfähig werden. Bei manchen können diese Gefühle bewirken, dass sie ihre eigenen Grenzen übergehen und zur Kompensation dieser Hilflosigkeit in die Rolle des „Retters“ schlüpfen. Andere wiederum resignieren, werden depressiv und fühlen sich psychisch ausgebrannt. Ein charakteristisches Symptom ist außerdem ein Schwanken zwischen Allmachts- und Ohnmachtsgefühlen, wie es ebenfalls bei traumatisierten Kindern zu beobachten ist (ebd., S. 187.)

Weiß benennt drei Arten von Gegenreaktionen, die ausgelöst durch Gegenübertragungsgefühle bei Pädagogen auftreten können (vgl. ebd., S.188):

- 1) **Die tabuisierte Gegenreaktion:** Hier verhindert Scham oder falsch verstandene Berufsethik, dass Gefühle wie Aggressionen oder sexuelle Erregung thematisiert werden. Damit die belastenden Gefühle durch ein Aussprechen nicht zementiert werden, neigen Therapeuten und/oder Pädagogen dazu, Gegenübertragungsgefühle zu bagatellisieren, umzudeuten oder zu ignorieren.
- 2) **Die aggressive Gegenreaktion:** Von den Kindern und Jugendlichen übertragene aggressive Gefühle, die eigentlich dem Täter oder zum Beispiel ihrer schwierigen Lebenssituation gelten, können bei Bezugspersonen wiederum

Aggressionen gegenüber den belasteten Kindern auslösen. J.L. Hermann weist im Kontext der Therapie mit Traumaopfern daraufhin, dass die traumatische Gegenübertragung ebenfalls zu sadistischen Impulsen der Bezugspersonen führen kann (vgl. Hermann 1994, S. 199).

- 3) **Die sexuelle Gegenreaktion:** Bei der sexuellen Gegenreaktion spiegeln sich sexuelle Aspekte der Misshandlung in den Gegenübertragungsgefühlen wider. Hier kann es durchaus zur sexuellen Erregung der Pädagogen kommen, die in den meisten Fällen erschrocken verdrängt oder verleugnet wird. Fürniss merkt zur sexuellen Gegenreaktion bei Therapeuten an: *„Sexuelle Gegenübertragungsgefühle [...] (werden, d.Verf.) eindeutig als Defizit, Unprofessionalität und moralische Ungeheuerlichkeit des Therapeuten oder der Therapeutin verstanden [...]. Es fehlt und unterbleibt die absolut zentrale Unterscheidung zwischen sekundären sexuellen Gefühlen im Therapeuten als Reaktion auf die Kommunikation des Patienten, die durch den Patienten in Übertragungs- und Gegenübertragungsinteraktion ausgelöst werden und einer primär sexuellen Erregung erwachsener Therapeuten durch sexuell misshandelte Kinder, die einem pädophilen Verhaltensmuster folgt“* (Fürniss 1995, S. 3).

Für die pädagogische Arbeit in Betreuungsteams gelten die bisher geäußerten Erkenntnisse sogar im besonderen Maße, schließlich erleben Pädagogen aus Wohngruppen die betroffenen Kinder jeden Tag besonders intensiv. Erschwerend kommt hinzu, dass sich alltägliche Situationen deutlich schlechter strukturieren und vorbereiten lassen als einzelne Therapiestunden (vgl. Schmid 2008, S. 302f). Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass eine erfolgreiche und heilbringende Betreuung von komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen nur dann möglich sein kann, wenn die beteiligten Pädagogen ausreichend belastbar sind. Um diese Voraussetzung gewährleisten zu können, benötigen Pädagogen Unterstützung in Form von Aus- und Weiterbildungen, Fachberatungen und Supervisionen. Außerdem sollte die Psychohygiene der Pädagogen im Rahmen eines Betreuungskonzeptes für schwer traumatisierte Kinder und Jugendliche besondere Beachtung finden. Schmid postuliert hierzu: *„Die emotionale Reaktion und die Gegenübertragung der beteiligten psychosozialen Helfer sind die wichtigsten Werkzeuge für das Erkennen der adäquaten pädagogischen Reaktion“* (ebd., S. 302f).

Damit eine erfolgreiche Arbeit mit diesem Werkzeug stattfinden kann, sollten Wohn-

gruppen der stationären Jugendhilfe über entsprechende Strukturen verfügen, die vor allem zeitliche Ressourcen für einen regelmäßigen Austausch und eine grundlegende Reflexion dieser Gegenübertragungsgefühle zur Verfügung stellen (vgl. ebd., S. 302).

5.11. Zusammenfassung und Ableitung eines pädagogischen Bedarfs

Es wird deutlich, dass komplex traumatisierte Kinder und Jugendliche massiven Beeinträchtigungen ausgesetzt sind, die zum einen ihr Selbstbild und ihre Beziehungsmuster, aber auch ihre alltäglichen Erwartungen an sich und ihre soziale Umwelt prägen. Traumatische Erfahrungen beeinflussen nicht nur die Entwicklung des kindlichen Gehirns, sondern führen in der Konsequenz auch zu massiven Defiziten in der Persönlichkeitsentwicklung. In Form von Re-inszenierungen, →Flashbacks und Übertragungen wird die emotionale Welt des Traumas auf die Umgebung, in diesem Fall die Wohngruppe mitsamt den Menschen, die dort leben und arbeiten, übertragen. Das fehlende Wissen über diese traumatischen Wirkungsmechanismen kann bei allen Beteiligten zu einer fatalen Hilflosigkeit führen, die korrektive Erfahrungen verhindert - und in der Konsequenz vielleicht sogar zu erneuten Beziehungsabbrüchen mit aufgezeigten Institutionswechseln führt. Um das zu vermeiden, scheint es sehr hilfreich, das Verhalten der betroffenen Kinder aus einer entwicklungspsychopathologischen Perspektive zu betrachten um so zu erkennen, in welchen Bereichen diese Kinder eine spezifische Förderung benötigen. Eine grundlegende Aufgabe pädagogischer Arbeit besteht darin, eine Beziehungskontinuität mit neuen Bindungserfahrungen zu schaffen, die auf Strukturen aufbaut, in denen diese Kinder und Jugendliche auch gehalten werden können. Die Unterstützung der Erziehungshilfen kann dann zu einem protektiven Faktor werden, wenn es möglich wird, Selbstbildungsprozesse bei den Kindern und Jugendlichen anzuregen (vgl. Schmid 2008, S. 303; Weiß 2008, S. 74).

Damit dies gelingen kann, gilt es einen speziellen Bedarf für traumatisierte Kinder und Jugendliche zu berücksichtigen.

Komplex traumatisierte Kinder und Jugendliche benötigen:

- Unterstützung bei der Fähigkeit Emotionen zu erkennen und zu regulieren;
- Hilfe bei der Bewältigung traumatischer Erinnerungsebenen;
- Unterstützung bei der Entwicklung eines verbesserten Körpergewahrseins und der Sinneswahrnehmung;

- Unterstützung bei der Entwicklung von Selbstwirksamkeit und Veränderung von dysfunktionalen Einstellungen;
- Unterstützung bei der Entwicklung sozialer Fertigkeiten;
- Einen Sicheren Ort und Schutz vor Re-traumatisierungen;
- Eine professionelle, belastbare und haltgebende Beziehungskontinuität (vgl. Schmid 2008, S. 303; Weiß 2008, S. 81).

Im dem folgenden Kapitel werden unter Berücksichtigung dieses Bedarfs pädagogische Handlungsmöglichkeiten und Interventionen für den Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen im Heimalltag aufgezeigt.

6. Möglichkeiten des pädagogischen Umgangs

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit den Möglichkeiten eines pädagogischen Umgangs mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Dabei werden Vorgehensweisen und Interventionen praxisnah beschrieben. Außerdem werden Grundhaltungen angesprochen, die für die pädagogische Arbeit allgemeine Gültigkeit haben. Gerade für komplex traumatisierte Kinder und Jugendliche sind ein sicheres Umfeld, vertrauensvolle Beziehungen und eine spezifische Förderung im pädagogischen Alltag sehr wichtig. Hier liegt der Schwerpunkt dieses Abschnitts. Dabei werden zum Ende hin praxisnahe Übungen und Methoden vorgestellt, die sich am spezifischen Bedarf traumatisierter Kinder und Jugendlicher orientieren und auch in Anbetracht der Bandbreite möglicher traumatypischer →Symptomatiken für viele Kinder und Jugendliche mit unterschiedlichen Störungsbildern sehr geeignet erscheinen.

Wilma Weiß (2008) beschreibt die Möglichkeiten der Pädagogik sehr treffend:

„Die PädagogInnen können den Betroffenen zur kognitiven Neuordnung ihrer Geschichte verhelfen, die Pädagogik bietet Möglichkeiten zur Unterstützung bei der Korrektur behinderter Selbstbilder und Verhaltensweisen und kann eine Orientierungshilfe für eine relativ selbstbestimmte Zukunft sein. Es geht um pädagogische Interventionen, die der psychischen und sozialen Stabilisierung traumatisierter Kinder dienen, ihre Eigeninitiative fördern, Isolation aufheben [...] und ihnen „Spielräume“ zur Selbstfindung anbieten.“ (ebd., S. 80)

6.1. Einleitende Worte zu Interventionen bei Traumata

Im Verlauf dieser Arbeit wurde bereits dargestellt, dass die Folgen von komplexen Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter sehr vielfältig sein können. Viele traumatisierte Kinder erfüllen die Diagnosekriterien für mehrere kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbilder (vgl. Schmid et al. 2007, S. 336). Andererseits gibt es immer wieder Kinder und Jugendliche, die massive seelische Verletzungen, welche allgemein mit Traumata in Verbindung gebracht werden, relativ unbeschadet überstehen. Bei ihnen stehen dementsprechend andere Themen im Vordergrund des pädagogischen Alltags. Die Empfehlungen dieses Kapitels beziehen sich hauptsächlich auf jene Kinder und Jugendliche, welche Auffälligkeiten im Sinne der aufgezeigten Folgesymptome aufweisen: *„Sie bedürfen zunächst der Heilung, weitere erzieherische Ziele haben sich dieser unterzuordnen“* (Baierl 2008, S. 219).

Dabei kommen die hier vorgestellten Interventionen leider nicht ohne notwendige Verallgemeinerung aus. Es wird dennoch davon ausgegangen, dass die Persönlichkeit und Individualität jedes einzelnen Kindes und Jugendlichen im alltäglichen Miteinander ebenso wie bei spezifischen pädagogischen Interventionen ausreichend berücksichtigt wird.

Eine zweite Schwierigkeit pädagogischer Bearbeitung ergibt sich aus dem unterschiedlichen Bedarf von „akut“ und „chronisch“ traumatisierten Kindern und Jugendlichen in Heimerziehung. Da diese Arbeit ihren Schwerpunkt auf chronische Traumatisierungen legt, werden nur kurz einige Empfehlungen zum Umgang mit akuten Traumata gegeben. Weitere Informationen sollten sich Pädagogen bei entsprechend ausgebildeten Fachleuten einholen. Akut traumatisierte Kinder brauchen zu allererst ein sicheres und stabiles Umfeld, die Möglichkeit, soviel sie wollen über Erlebtes zu sprechen sowie verlässliche und feste Ansprechpartner. Gefragt sind dabei die Hauptbezugsperson des Kindes, aber auch alle anderen Menschen, denen das Kind in dieser Phase sein Vertrauen schenkt. Parallel dazu gilt es Betroffene zu defokussieren, das heißt, ihre Aufmerksamkeit auch auf Aspekte außerhalb der Traumatisierung zu lenken. Im Vordergrund der akuten Bearbeitung stehen das Schaffen von möglichst viel Normalität und die Stabilisierung des Kindes. Häufig haben Kinder in dieser Phase ein starkes Rückzugsbedürfnis. Diesem Bedürfnis sollte begegnet werden, ohne das Kind dabei allein zu lassen. Jede Konfrontation mit Aspekten des traumatisch Erlebten sollten zu Beginn unbedingt vermieden werden. Dazu gehören insbesondere auch konfrontative Gespräche von Seiten der Pädagogen. Gute Unterstützung können therapeutisch begleitende stabilisierende Gespräche bieten. Eine explizite Aufarbeitung des Erlebten ist dabei erst deutlich später anzusetzen, da sonst das Risiko bleibender Schädigungen sehr viel größer sein kann. Die psychotherapeutische Unterstützung trägt diesem Umstand mit einer zumeist sehr umfangreichen Stabilisierungsphase Rechnung (vgl. Baierl, 2008, S. 219f).

Letztendlich sind die genannten Aspekte auch bei länger zurückliegenden Traumatisierungen zu berücksichtigen. Der Unterschied liegt jedoch in der spezifischen alltagspädagogischen Förderung des Kindes. Hier empfiehlt es sich, entsprechende Interventionen mit dem behandelnden Psychotherapeuten gut abzusprechen. Damit Heilung langfristig geschehen kann, bedürfen traumatisierte Kinder und Jugendliche auch nach Beendigung der akuten Phase entsprechende Unterstützung (vgl. ebd., S. 218ff). Wie diese aussehen kann wird folgend dargestellt.

6.2. Unterstützung bei der kognitiven Neuordnung

Eine qualitative Untersuchung von Wieland über Lebensentwürfe von sieben heimentlassenen jungen Menschen verdeutlicht, dass, je belastender die Herkunft dieser jungen Erwachsenen war, desto defizitärer betrachten diese auch ihre Zukunftsaussichten. Die Lebensentwürfe dieser jungen Menschen kreisen wesentlich um eine eigene Familie und ein schützendes und stabiles Umfeld. Der Wunsch nach eigener Anpassung und sozialer Integration prägt ihre Zukunftsvisionen (vgl. Weiß 2008, S. 83ff; Wieland et al. 1992). Damit Kinder und Jugendliche in Heimerziehung nicht die Lebens- und Leidensgeschichte ihrer Eltern wiederholen, benötigen sie bereits im Jugendalter ein Bewusstsein für die eigenen lebensgeschichtlichen Zusammenhänge. *„Eine Chance auf eine selbstbestimmte Zukunft haben Mädchen und Jungen, wenn es gelingt, sich von den Erwartungen der Eltern und von dem eigenen Anpassungsverhalten zu lösen. Wenn es z.B. gelingt, Bindungsmuster wie Angstbindungen und →Parentifizierung zu lösen, haben die Mädchen und Jungen freie Kapazität, sich auf das Hier und Heute zu konzentrieren“* (vgl. Weiß 2008, S. 84).

Hier setzt die pädagogische Unterstützung bei der kognitiven Neuordnung der eigenen Lebensgeschichte an. Sie umfasst eine allgemeine **Auseinandersetzung mit der Familie** an sich und mit der konkreten Herkunftsfamilie. Dabei werden die Gefühle und traumatischen Erfahrungsinhalte der Mädchen und Jungen nicht zum eigentlichen Gegenstand der Bearbeitung. Dies ist Aufgabe der Therapie. In der Pädagogik geht es vielmehr um unterschiedliche pädagogische Methoden der individuellen oder gruppenspezifischen Auseinandersetzung mit dieser Thematik. Diese Auseinandersetzung begleitet durch den Alltag und findet in Form von Telefonaten, Briefen oder persönlichen Kontakten mit Familienangehörigen statt. Andere Möglichkeiten ergeben sich durch →Genogramm- oder Biographiearbeit, der Erstellung eines Zeitstrahls zur Hilfeplanung oder der Vorbereitung eines Geburtstagsfestes (vgl. Weiß 2008, S. 92). Mit Hilfe der **Gruppenpädagogik** können zum Beispiel Vorstellungen über die Idealfamilie korrigierend aufgegriffen werden. Kinder und Jugendliche in der Heimerziehung orientieren sich oft im besonders ausgeprägten Maße an einem „mediengeschneiderten“ Idealbild von Familie als den Normalfall von Sozialisation. Anhand von Thematisieren von Familienbildern aus Film und Fernsehen, können Kinder im Gruppenkontext die Erfahrungen machen, dass andere Mädchen und Jungen über ähnliche Erfahrungen verfügen wie sie. Ein sol-

ches Wissen entlastet von Schuld- und Schamgefühlen und das „*Gefühl des Andersseins, des Nicht-dazu-Gehörens, wird relativiert*“ (ebd., S. 91).

Die pädagogische Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit der eigenen Herkunftsfamilie beinhaltet zudem eine grundlegende **Enttabuisierung von Gewalt** im pädagogischen Alltag. Einrichtungen der stationären Jugendhilfe sollten eine Atmosphäre schaffen, die es Kindern ermöglicht über erlittene Gewalterfahrungen zu sprechen. Mädchen und Jungen, die sexuelle Gewalt auf der Opfer- oder Täterseite re-inszenieren, benötigen eine solche Hilfestellung im besonderen Maße. Deutliche Signale, die Kindern signalisieren, über frühere Erfahrungen sprechen zu können, erleichtern eine Offenlegung und tragen zur Korrektur von verschobenen Werten bei. Diese Enttabuisierung beinhaltet auch die Vermittlung von Wissen über Dynamiken und Strategien möglicher Missbraucher und eine Berücksichtigung von Sprachlosigkeit. Parteiliche Aussagen wie: „*Ja, das gibt es öfter, die Erwachsenen haben Schuld, obwohl sich die Kinder schuldig fühlen*“ (Weiß 2008, S. 135), verhelfen beim Sortieren von Ambivalenzen. Verantwortlich zu enttabuisieren bedeutet außerdem, auf bohrendes Nachfragen zu verzichten und die Schutzbedürfnisse der Kinder und Jugendlichen zu berücksichtigen. Wenn zu betreuende Kinder außerdem über die unterschiedlichen Aufgaben und Verantwortungen der Generationen informiert werden, kann dies von Schuld und Sorge entlasten und ermöglicht vielleicht sogar ein Abstrahieren auf der individuellen Ebene. Kinder sollten erfahren, dass Eltern (bzw. Erwachsene) für das Wohlergehen von Kindern verantwortlich sind und dies auch im Gesetz verankert steht. Zudem kann es gerade →parentifizierte Heranwachsende erleichtern, wenn sie über Wissen verfügen, wie (oder wer) den Eltern und Geschwistern Unterstützung bieten kann (vgl. ebd., S. 133ff).

Verdrängung und Nichtwissen führen in der Regel zu unrealistischen Halbwahrheiten und Fantasien. Es kann davon ausgegangen werden, dass viele Kinder in der stationären Jugendhilfe die Trennung von ihren Eltern als eine Art „Ausstoßung“ oder als einen Beweis für ihre eigene Schuld deuten. Andere kommen möglicherweise im Vergleich zwischen ihrer Herkunftsfamilie und dem Heim zu dem Fazit, dass ihr Herkunftsmilieu und ihre Vergangenheit schlecht gewesen sei und „*dass dies bedeutet, dass sie selbst „schlecht gewesen sind*“ (ebd., S. 85). Die ursprünglichen Erfahrungsinhalte haben eine große Bedeutung für die weitere Zukunftsgestaltung dieser Kinder. Umso bedauerlicher ist es darum, dass in der Pädagogik die

Vergangenheit all zu häufig nur eine untergeordnete Rolle spielt⁴⁷. Eine Sichtweise, welche die Vergangenheit der Betreuten ausklammert, bedarf dringender Korrektur. Die Fachliteratur gibt viele Hinweise darauf, dass das Reden über die eigene Lebensgeschichte und ihr Verstehen entscheidende Faktoren von Heilung sind (vgl. Spaccaralli und Fuchs 1998). Eine pädagogische Unterstützung bei der kognitiven Umstrukturierung der eigenen Lebensgeschichte dürfte für betroffene Kinder und unterstützende Pädagogen zwar zeitweilig eine größere Belastung darstellen, langfristig kann sie jedoch gerade bei traumatisierten Kindern einen enormen Nutzen bewirken, auch weil die Abwehr von Kindern noch nicht gefestigt ist (vgl. Weiß 2008, S. 94).

6.3. Eine Halt gebende Beziehung

Eine gesunde Autonomie innerhalb von Bindungen entwickelt sich im Rahmen von sichereren Bindungen bis ins spätere Jugendalter, so die Bindungsforscher Klaus und Karin Großmann. *„Dabei können vor allem Erzieher und andere wichtige Personen auch außerhalb der engen Kernfamilie eine entscheidende Rolle spielen“* (2002, S. 51). Das bisherige Erfahrungswissen aus Psychotraumatologie und Bindungsforschung weist darauf hin, dass eine Korrektur des Verlustes von Vertrauen durch **neue** und **positive Beziehungsmodelle** den vielleicht wichtigsten Ansatzpunkt zur Bearbeitung von traumatischen Kindheitserfahrungen darstellt (vgl. Weiß 2008, S. 99; Hüther 2006). Aus diesem Grund brauchen traumatisierte Kinder und Jugendliche Halt gebende und kontinuierliche Beziehungsangebote.

Auch wenn es Kindern und Jugendlichen in Heimerziehung schwer fällt bzw. manchmal sogar unmöglich erscheint zu vertrauen, sind sie auf diese Beziehungsangebote angewiesen. *„Sie suchen weiterhin nach dem Verlorenen oder erfolglos Gesuchten, nach Erwachsenen, die persönliche Verantwortung gerade für sie übernehmen würden [...]“* (Wieland et al. 1992, S. 95). Wilma Weiß beschreibt das Heim dann als akzeptable Alternative, wenn es gelingt mindestens eine **„exklusive**

⁴⁷ So ermittelte Weiß in einer Studie zu Belastungen von Pädagogen im Alltag mit traumatisierten Kindern, dass viele professionelle Helfer diesen Mangel mit einer Angst vor Stigmatisierungen begründen. Viele PädagogInnen gaben an, dass sie betroffene Kinder zunächst ohne jegliches Vorwissen kennen lernen wollen, damit Gefühle wie Mitleid oder Hilflosigkeit das professionelle Handeln nicht blockierten. Auch der Erziehungswissenschaftler Wolf bewertet die fehlende Auseinandersetzung mit den Lebensgeschichten v. Jugendlichen in Heimerziehung als eine „Mangelsituation“ (vgl. Weiß 1999; Wolf 2000, S. 20).

Beziehung“ (2008, S. 100) anzubieten. Eine solche Beziehung bedeutet nicht unbedingt die Investition von viel Zeit, sie zeichnet sich vor allem durch Respekt, Zuverlässigkeit und Transparenz aus. Eine vertrauensvolle und exklusive Beziehung kann dabei nur entstehen, wenn die Lebensgeschichte und Herkunftsfamilie des Kindes nicht verleugnet wird. Oftmals bedeutet die Auseinandersetzung mit der Lebensgeschichte der Mädchen und Jungen in Heimerziehung sogar eine erstaunliche Intensivierung der professionellen Beziehung (vgl. ebd., S. 100f). Judith L. Herman benennt als grundlegende Prinzipien einer „heilenden Beziehung“ zum einem die Persönlichkeitsstärkung bei gleichzeitiger Übernahme der Rolle eines beschützenden Elternteils (vgl. Herman 1996, S. 183). Eine derart gestaltete Beziehung erlaubt es den Kindern, sich im Sinne von Autonomiebestrebungen neue und positive Entwicklungsräume zu erschließen, anstatt sich in der eingrenzenden Welt des Traumas zu bewegen (vgl. Baierl 2008, S. 221). Wenn es dann noch gelingt, frühe Bindungserfahrungen und damit verknüpfte emotionale Erfahrungen, auf der sprachlichen Ebene kommunizierbar zu machen, sind betroffene Kinder diesen negativen Gefühlen nicht mehr hilflos ausgesetzt (vgl. Weiß 2008, S. 101). In dieser Bearbeitung liegt die Chance der Pädagogik:

„Mit Vorsicht und Behutsamkeit können PädagogInnen die Kinder und Jugendlichen dabei unterstützen, ihre alten Bindungserfahrungen mit den aktuellen Bindungserfahrungen zu vergleichen. Möglicherweise ist dies ein Weg für sie, selbst- und fremdschädigende Bindungsmodelle zu korrigieren, unsichere, vermeidende oder desorganisierte Bindungsmuster in ein sicheres bzw. ein weniger sicheres Bindungsverhalten verwandeln zu können“ (ebd., S. 101).

Zur Veränderung traumatischer Bindungsmodelle schlägt John Bowlby fünf therapeutische Aufgaben vor, die auch in der Pädagogik anwendbar sind:

Fünf pädagogische Aufgaben

1. Die Pädagogen sollten als sichere Basis verfügbar sein.
2. Der Pädagoge kann die Kinder und Jugendlichen zum Reden über unbewusste Voreingenommenheiten und Übertragungen alter Bindungsinhalte ermutigen.
3. Dabei können die Kinder die Beziehung zu den Pädagogen überprüfen.
4. Und aktuelle Wahrnehmungen und Gefühle mit alten Bindungserfahrungen von früher vergleichen.

5. Dadurch wird möglicherweise die Erkenntnis erleichtert, dass die alten Bindungsmodelle für die Gestaltung des zukünftigen Lebens unangemessen sind, bzw. sein werden (vgl. Bowlby 1995, S. 129ff; Weiß 2008, S. 101).

Eine solche Unterstützung geschieht im direkten und alltäglichen Kontakt mit den Kindern und erfordert eine **veränderte Haltung** der Pädagogen. Als Voraussetzung für positive Bindungserfahrungen in der stationären Jugendhilfe beschreibt Barbara Senckel die personenzentrierte Haltung nach Carl Rogers, welche aus drei zentralen Grundansätzen besteht:

- Eine von Wertschätzung und Respekt getragene Achtung vor dem Kind;
- Eine Bezugsperson, die sich mit ihrem Kopf und Herzen auf die Persönlichkeit des Kindes einlässt und eine Basis sucht von der sie vorbehaltlos „Ja“ zu dem Kind sagen kann;
- Eine grundlegende Echtheit des Beziehungsangebotes (vgl. Senckel 2007, S. 65; Weiß 2008, S. 102).

Respekt und Wertschätzung für das Kind erwachsen dabei zum einem aus dem Blick auf die Lebensgesichte und die daraus entwickelten Überlebensstrategien und zum anderen aus dem **Glauben an die Selbstheilungskräfte** und positiven Entwicklungsmöglichkeiten dieser Kinder. Eine vorbehaltloses „Ja“ ermöglicht ein Einfühlen in das Kind und beinhaltet den Wunsch, die teilweise extrem belastenden Verhaltensweisen zu verstehen. Eine derart gestaltete pädagogische Arbeit setzt eine **hohe Beziehungskompetenz** der Pädagogen in den stationären Jugendhilfen voraus. Sie sollten über Grundkenntnisse der Bindungstheorie, der Entwicklungspsychologie und der →Psychotraumatologie verfügen. Außerdem bedarf es einer regelmäßigen Reflexion möglicher Übertragungsphänomene und des eigenen Bindungsverhaltens (vgl. Weiß 2008, S.102f).

Es gilt sich darauf einzustellen, dass Beziehungen oft hart auf die Probe gestellt werden. Zum einem müssen diese Kinder und Jugendlichen (in Form von unterschiedlichsten „Beziehungstests“) immer wieder überprüfen, ob sie sich tatsächlich auf ihre Pädagogen verlassen können. Zum anderem sollten Helferbeziehungen fest genug sein, dass *„[...] Jugendliche auch Gefühle intensiver Angst, Wut und Aggressivität erleben und ausleben können, ohne zurückgewiesen zu werden“* (Baierl 2008, S. 221). Hierbei kann es sich um Übertragungen früherer Beziehungsinhalte wie auch um getriggerte Reaktionen handeln. Pädagogen bekommen dann

schnell die Wut zu spüren, die eigentlich dem Missbraucher gilt. In diesem Übertragungskontext ist es notwendig Inhalte zu erkennen und mit betroffenen Kindern zu thematisieren. Je klarer sich Pädagogen dabei in der Rolle des professionellen Helfers verorten, desto leichter wird es auch betroffenen Kindern fallen, diese Rollenklarheit für sich anzunehmen. Traumabedingte Dynamiken führen im Alltag immer wieder zu komplexen Situationen. **Nähe und Distanz** sollten beständig so balanciert werden, dass sowohl das Abgrenzen als auch das sensible Eingehen auf das Kind gelingen kann (vgl. ebd., S. 221f). Als Modell für eine professionelle Beziehungsgestaltung schlägt Schmid daher die Grundhaltung der →Dialektischen Behavioralen Therapie von Marsha Linehan mit ihrem mittleren professionellen Beziehungsabstand und der Achtsamkeit für die Grenzen der Pädagogen vor (vgl. Schmid 2008, S. 294). Martin Baierl empfiehlt:

„Es gilt, sich weder von den traumatischen Geschichten noch von den Folgesymptomen zu sehr beeindrucken zu lassen, sondern einen pädagogischen Umgang damit zu finden. Geduld mit sich selbst, den Jugendlichen und Veränderungsprozessen schützt alle Beteiligten vor Überforderung und Versagensgefühlen. Letztendlich bestimmen die Jugendlichen das Tempo der Entwicklung. Darauf zu vertrauen, dass die Jugendlichen über Ressourcen der Heilung verfügen und man selbst nur einen förderlichen Rahmen dafür zur Verfügung stellt, wird vielfach als Entlastung erlebt“ (ebd., S. 222).

6.4. Umgang mit getriggerten Verhaltensweisen

Die Dynamik von →Flashbacks wurde bereits unter 5.2. erläutert. Die Schwierigkeit in der alltäglichen Praxis besteht darin, dass diese Rückblenden für Pädagogen sowie für Jugendliche meist völlig unvorhersehbar eintreten, dann aber das Verhalten der Kinder innerhalb von Sekundenbruchteilen bestimmen. In solchen Situationen müssen die Jugendlichen nicht selten davon abgehalten werden, sich oder andere zu schädigen. Getriggerte Verhaltensweisen sind von betroffenen Kindern zunächst nicht kontrollierbar. Sie brauchen diesbezüglich professionellen Schutz und sollten auch nicht für getriggerte Verhaltensreaktionen zur Verantwortung gezogen werden. Baierl verweist darauf, dass zum Beispiel Appelle an die Vernunft oder den guten Willen, das Bestrafen oder das Anbieten von Belohnungen nichts an deren Ablauf ändern wird und unweigerlich zum Scheitern führt (vgl. Baierl 2008, S. 229).

Es ist also notwendig, traumatisierten Kindern und Jugendlichen einen **sicheren**

Rahmen zur Verfügung zu stellen, in dem auch getriggerte Reaktionen aufgefangen werden können. Gleichzeitig sollten professionelle Helfer sehr bemüht sein entsprechende → **Trigger ausfindig zu machen**. Ebenfalls können Kinder und Jugendliche dazu angeleitet werden, im Rahmen ihrer Möglichkeiten auf Hinweisreize zu achten. So kann es zum Beispiel sehr hilfreich sein, wenn Kinder diesbezüglich ein Tagebuch führen und ihre Rückblenden auf Trigger hin analysieren. Zum anderen sollten professionelle Helfer entsprechende Situationen sorgfältig dokumentieren. Dabei empfiehlt es sich, die gewonnenen Einsichten schriftlich und übersichtlich zu sammeln, so dass der jeweils diensthabende Mitarbeiter einen schnellen Zugriff auf diese Informationen hat. Parallel zur pädagogischen Arbeit kann außerdem die psychotherapeutische Arbeit unterstützend wirken. Im Idealfall kann es Kindern und Jugendlichen dadurch möglich werden, auf immer weniger Trigger zu reagieren und *„die Trigger irgendwann in ganz gewöhnliche Reize zurückzuverwandeln“* (ebd., S. 229).

Zur **Prävention von Rückblenden** sind alle Aktivitäten geeignet, die es den Kindern und Jugendlichen erlauben sich im Hier und Jetzt zu verorten und ihren Körper zu spüren. Grundsätzlich sollte darauf geachtet werden, dass diese Aktivität das Bewusstsein für den Körper schärft, die Gedanken jedoch nicht bewusst auf Gefühle lenkt. Solche Aktivitäten können Leistungssport, körperliche Arbeiten, Tanz oder Qui-Gong sein. Wenn Kinder und Jugendliche bereits nicht mehr lenkbar wirken, kann außerdem ein Auszeitraum, welcher so eingerichtet ist, dass keine Verletzungsgefahr droht, sehr hilfreich sein. Solange ein „tobendes“ Kind sich und andere nicht gefährdet kann abgewogen werden, ob es weniger schädlich wäre, körperlich sicher einzugreifen oder abzuwarten bis das Kind aus seinem „Horror szenario“ herausgeführt werden kann. Pädagogen, die versuchen gekonnt einzugreifen, sollten unbedingt über Techniken und spezielles Fachwissen zu dieser Thematik verfügen. Zudem bedarf es **genauer Beobachtungen**, um getriggerte Verhaltensweisen von bewusstem Verhalten der Klienten unterscheiden zu können. *„Bei traumaaktivierten Verhaltensweisen ist viel Verständnis und Unterstützung gefragt, während anderem willkürlichem Verhalten ebenso pädagogisch begegnet werden sollte wie bei allen anderen auch“* (ebd., S. 230). Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass viele disziplinarische Vorgehensweisen wie laute Stimme oder Zimmerarrest als Trigger von Gewalttraumata wirken können (vgl. ebd., S. 230)

Martin Baiertl (2008, S. 231) hebt die Bedeutung der pädagogischen Identifikation von Hinweisreizen hervor: *„Werden Trigger nicht als solche erkannt, führt dieses*

unweigerlich in Eskalationsschleifen, die bewirken, dass betroffene Jugendliche immer wieder als unhaltbar abgeschoben und entlassen werden, statt Hilfe zu erhalten.“

Um einer solchen Eskalationsschleife etwas entgegensetzen zu können, sollten Pädagogen in der Dynamik von →Flashbacks und getriggerten Verhaltensreaktionen geschult sein. Im Anhang wird ein Leitfaden zur frühzeitigen Erfragung von Hinweisreizen im Aufnahmeverfahren aufgeführt. Außerdem findet sich dort eine Anleitung zur Unterbrechung und Minimierung von Dissoziation, die insbesondere für PraktikerInnen sehr hilfreich sein kann.

6.5. Sicherheit und Schutz gewährleisten

Als Voraussetzung für eine erfolgreiche Bewältigung von Traumatisierungen werden in der Fachliteratur immer wieder zwei wesentliche Faktoren von Heilung benannt: *Sicherheit* und *Kontrollierbarkeit* (vgl. Lackner 2004, S. 62). Im Folgenden werden Rahmenbedingungen beschrieben, die einen sicheren Ort ausmachen können und sich außerdem an den genannten Faktoren orientieren. Die Wohngruppe als „sicherer Ort“ sollte ihre Bewohnerinnen und Bewohner bestmöglich vor neuerlicher Gewalteinwirkung und Re-traumatisierungen schützen. Eine adäquate Elternarbeit stellt hierbei eine besondere pädagogische Herausforderung dar.

6.5.1. Sicherheit und Struktur

Das Erleben von Sicherheit ist für traumatisierte Kinder und Jugendliche essentiell. Es stellt die Grundlage dafür dar, dass betroffene Kinder allmählich wieder an innerer Stabilität gewinnen. Zum einen entsteht ein **Gefühl von Sicherheit** dann, wenn soweit wie möglich keine neuen Verunsicherungen oder belastenden Lebensereignisse auf das Kind zukommen. So sind Schul- oder Arbeitsplatzwechsel trotz neuem Wohnumfeld (Wohngruppe) möglichst zu vermeiden (vgl. ebd., 62f.). Eine andere Grundvoraussetzung ist die Gestaltung eines **äußerst sicheren Ortes**, innerhalb dessen die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen zuverlässig befriedigt werden können. Eine ordentliche, gepflegte, klare und gemütliche Raumgestaltung sollte einen sicheren Ort begleiten. Kaputte Möbel, beschädigte Türen und Fensterscheiben sowie alles andere, das an Verwahrlosung, Gewalt und Zerstörung erinnert, können hingegen Hinweisreize für erlebte Gewalterfahrungen der Kinder darstellen und sind dementsprechend umgehend auszuwechseln. Ausschlaggebend sind **Re-**

geln und Strukturen, die Kinder und Jugendliche vor Re-traumatisierungen und neuerlicher Gewalt schützen. Verbale Gewalt in Form von anzüglichen Bemerkungen, Bedrohung, Entwürdigung oder Entwertung sollte nicht geduldet werden. Ein adäquater Schutz fängt beim Umgangston an und endet bei körperlichen Übergriffen. Dabei sollten sich Pädagogen im Vorfeld der Arbeit darüber verständigen, welche Formen von Körperkontakt als angemessen verstanden werden können und wo diesbezüglich klare Grenzen eingehalten werden müssen. Diese Grenzen müssen dann für Klienten, ebenso wie für professionelle Helfer, ersichtlich und verbindlich festgelegt werden. Baierl empfiehlt diesbezüglich wenige, klare, verständliche und plakative Regeln zu vereinbaren, die sich gleichzeitig kontrollieren und einfordern lassen (vgl. Baierl, 2008, S. 223f.).

Eine sichere Rahmgestaltung beinhaltet außerdem ein **gekonntes Eingreifen** von Pädagogen, wenn traumatisierte Kinder und Jugendliche gerade den gesetzten Rahmen in Frage stellen, sich oder andere gefährden oder mit der Opferrolle taktieren. Ebenso wie bei allen Jugendlichen mit ausgeprägten Störungsbildern, kann es auch bei traumatisierten Kindern notwendig werden, sie in Situationen der Eigen- oder Fremdgefährdung körperlich einzugrenzen und etwas festzuhalten. *„Der Übergang von einer pädagogischen Maßnahme zu einem Übergriff findet nur dann statt, wenn nicht aus einer erzieherischen Notwendigkeit heraus im Interesse der Jugendlichen gehandelt wird, sondern aus eigener Motivation gegen die Interessen der Jugendlichen“* (ebd., S. 224). Sicherheit können Pädagogen in Extremsituationen bieten, wenn sie ihre **Machtposition** zum Wohle aller einsetzen. Dabei kann es besonders für traumatisierte Kinder eine durchaus korrigierende Erfahrung darstellen, wenn sie erleben, bei Kontrollverlusten respektvoll behandelt und gesichert zu werden. In Einrichtungen, in denen Erwachsene sich scheuen einzugreifen, weil dies als Übergriff bewertet werden könnte, fehlt eine Grundlage sicheren und pädagogischen Arbeitens. Natürlich bedarf es angeleiteten Fachkenntnissen im Umgang mit eingreifenden Techniken, sowie einer respektvollen und schützenden Atmosphäre zwischen Betreutem und Professionellem (vgl. ebd., S. 224f).

Ein Trauma ist wesentlich gekennzeichnet von einem Gefühl völliger Hilflosigkeit und einem damit einhergehenden Kontrollverlust. Kinder und Jugendliche haben erlebt, keinerlei Einfluss zu besitzen und anderen Menschen völlig ausgeliefert zu sein. Umso bedeutender ist es, diesen Kindern ein **Gefühl der Kontrollierbarkeit** zurückzugeben. Kontrollierbarkeit entsteht durch Transparenz und Klarheit bezüglich alltäglicher Abläufe, Entscheidungen und bevorstehenden Veränderungen (vgl.

Lackner 2004 S. 64). Zur Gestaltung eines sicheren Rahmens gehören **wiederkehrende Abläufe** und **klar ersichtliche Alltagsstrukturen**. Zwei Faktoren, die im erheblichen Maße zu einem Sicherheitsgefühl beitragen können, sind Vorhersagbarkeit und Berechenbarkeit. Die Entwicklung eines festen Tagesrasters entspricht der Vorhersagbarkeit und garantiert eine tägliche Routine. Einzelne Tätigkeiten wie das morgendliche Wecken, die Hausaufgabenzeit oder die Essensgestaltung lassen sich innerhalb dieses Rasters gut in wiederkehrende Rituale kleiden. Abweichungen vom festen Tagesraster sollten, wann immer möglich, mit den Kindern und Jugendlichen vorab besprochen und erklärt werden. Insbesondere traumatisierte Kinder brauchen die Sicherheit, dass Pädagogen auch bei Veränderungen die **Ruhe und Kontrolle** bewahren können. Damit ist weniger ein generalstabsmäßig geplanter Tagesablauf gemeint, als vielmehr das Erleben eines verlässlichen Rahmens. Wenn professionelle Helfer ängstlich, verwirrt oder desorganisiert sind, ist es hilfreich, wenn diese zu ihrem widrigen Verhalten stehen und die Umstände erklärbar machen (vgl. Baierl 2008, S. 223ff).

Rituale eignen sich besonders gut zur Strukturierung des Alltags oder zur Würdigung besonderer Ereignisse. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass „[...] zu ausgewählten Anlässen bestimmte Handlungen durchgeführt werden, die sich in Ablauf und Inhalt ähneln und von anderen Anlässen unterscheiden“ (ebd., S. 74). Zum einen kann auf eine Vielzahl bereits bestehender Rituale aus unterschiedlichen Kulturen, Städten oder religiösen Gemeinschaften zurückgegriffen werden, die zu bestimmten Zeiten im Jahr auftauchen (z.B. Osterfeuer, Schützenfest, Silvester). Zum anderen kann eine Wohngruppe auch ohne weiteres eigene Rituale entwickeln. Ein allabendliches „Blitzlicht“, in dem jedes Kind und jeder anwesende Pädagoge ein Ereignis des Tages benennt, das ihm oder ihr gefallen hat, wäre zum Beispiel ein solches Ritual. Es erfordert, dass sich alle gleichzeitig versammeln, einander zuhören und kann außerdem Abendbrot- oder auch Schlafenszeiten einläuten (vgl. ebd., S. 73ff).

Zu einer wertschätzenden Rahmenstruktur gehört letztendlich auch die **Würdigung von Anfängen und Ende**. Besondere Lebensabschnitte wie die Beendigung der Schule oder der Lehre, Ausbildungsbeginn, aber auch der erster Ferientag und vor allem Geburtstage geben Anlässe und Gelegenheiten zum Feiern. „*Der Jugendliche wird gesehen und sein Leben gefeiert. Diese Form der Anerkennung und Würdigung ist oft wichtiger als eine ausgefeilte therapeutische oder pädagogische Intervention*“ (ebd., S. 74).

6.5.2. Elternarbeit

Elternarbeit im Kontext chronischer und mehrfacher Traumatisierung von Kindern durch ihre Eltern sollten sich von der Maxime der inneren und äußeren Sicherheit der Kinder und Jugendlichen leiten lassen. Dabei sind Auswirkungen von Re-traumatisierungen und anderen dysfunktionalen Familienerfahrungen auf die Entwicklung der Klienten zu berücksichtigen. Das →staatliche Wächteramt bietet die rechtliche Grundlage für derart überlegtes Handeln. Eine Rückkehroption in die Herkunftsfamilie sollte unbedingt an die Verbesserung der elterlichen Erziehungsverantwortung gebunden sein. Eine solche Verbesserung ist in der Regel nur unter großer Anstrengung zu erreichen und bedarf weiterer vernetzter Hilfen (vgl. Weiß 2008, S. 162).

Die stationären Jugendhilfen verfügen bislang über wenige Erfahrungen mit einer Elternarbeit, welche *„die Eltern, mit dem was sie getan haben, konfrontiert und über die Konfrontation hinaus mit ihnen an der Verbesserung ihrer Erziehungsverantwortung arbeitet“* (ebd., S. 162). Da Missbrauch duldende und missbrauchende Eltern teile einen enormen Einfluss auf die Verarbeitung der seelischen Verletzungen ihrer Kinder haben, sollte sich die Jugendhilfe um eine Konzeptentwicklung bezüglich einer derartigen Elternarbeit dringend bemühen. Dabei besteht die Verantwortung von Pädagogik auch in der Tatsache, dass sie nur durch einen offenen Umgang mit der Thematik „Gewalt gegen Kinder“, nicht zu *„Kumpanen der Verleugnung“* (ebd., S. 162f) wird.

6.6. Spezifische Förderung

In diesem Kapitel werden pädagogische Möglichkeiten und praktische Übungen vorgestellt, die betroffenen Kindern und Jugendlichen helfen, die jeweilige Störung zu überwinden. Dabei wird der Tatsache Beachtung geschenkt, dass komplexe Traumatisierungen sehr individuelle Störungsbilder hervorbringen können. Im Folgenden werden Vorgehensweisen beschrieben, die zum einen auf den Bedarf traumatisierter Kinder und Jugendlicher abgestimmt sind (vgl. 5.11.) und zum anderen bei vielen unterschiedlichen Störungsbildern Anwendung finden können. Viele dieser Methoden haben ihren Ursprung in therapeutischen Verfahren. Mit dem nötigen Fachwissen lassen sie sich aber gut in den Alltag einer stationären Wohngruppe integrieren. Wie bereits erwähnt, sollten die beschriebenen Vorgehensweisen mit behandelnden Therapeuten im Vorfeld gut abgestimmt werden. Es sei darauf

hingewiesen, dass hier dargestellte Ausführungen keinesfalls Schulungen in den benannten Techniken ersetzen können (vgl. Baierl 2008, S. 72).

6.6.1. Psychoedukation

Bei der Psychoedukation geht es um die Vermittlung von Wissen über das vorhandene Störungsbild und darum, wie mit dieser Störung positiv umgegangen werden kann. Psychoedukation ist normalerweise Bestandteil einer jeden Therapie und somit auch Aufgabe des behandelnden Therapeuten. Im Idealfall arbeiten pädagogische Fachkräfte so eng mit dem behandelten Psychotherapeuten zusammen, dass sie über spezifisches Fachwissen von diesem informiert werden. Gemeinsam können dann Hilfsmöglichkeiten der Pädagogik abgesprochen und Möglichkeiten der Umsetzung im Alltag gefunden werden. Teilweise beinhaltet die Psychoedukation auch das Training von speziellen Fertigkeiten, die bei der Bewältigung einer traumabedingten Störung sehr hilfreich sind. Einige werden in diesem Kapitel nachfolgend aufgezeigt. Zunächst wird dem betroffenen Kind allerdings der aktuelle Wissensstand über die bei ihm diagnostizierte Störung weitergegeben (vgl. Baierl 2008, S. 91).

Die Psychoedukation beinhaltet unter anderem:

- *„Erscheinungsbild,*
- *mögliche Störungsverläufe,*
- *mögliche Ursachen und Risikofaktoren,*
- *häufige Dynamiken,*
- *Hilfsmöglichkeiten durch Pädagogik,*
- *Psychotherapie,*
- *Medikamente,*
- *Einsicht in Zusammenhänge der individuellen Dynamik des Jugendlichen sowie in dessen Umfeld,*
- *Erlernen von Fähigkeiten zur Symptomreduktion oder der Symptombewältigung,*
- *Erlernen von Fähigkeiten, die zum Abklingen der Störung beitragen können“* (ebd., S. 91).

Psychoedukation zielt darauf ab, die Autonomie betroffener Jugendlicher zu stärken und einem Gefühl der Hilflosigkeit entgegen zu wirken: *„Nur wenn dieser genügend informiert ist, kann er verantwortliche Entscheidungen darüber treffen, wie er der*

diagnostizierten Störung begegnen will“ (ebd., S. 91). Wenn Kinder und Jugendliche die unterschiedlichen Möglichkeiten des Umgangs mit ihren spezifischen Problemen kennen, können sie Einfluss nehmen. Psychoedukation beabsichtigt somit auch, betroffene Kinder und Jugendlichen zu eigentlichen Experten bezüglich der bei ihnen diagnostizierten Störung zu machen. Im Idealfall können Betroffene nach erfolgreicher Psychoedukation und weitestgehender Bearbeitung traumatischer Erfahrungen eine Selbsthilfegruppe zum entsprechenden Störungsbild leiten und besitzen eine Auswahl an „Werkzeugen“, mit denen sie auch in späteren Belastungssituationen der Störung selbstbestimmt begegnen können (vgl. ebd., S. 90f).

6.6.2. Positive Verstärkung

Baierl beschreibt die positive Verstärkung oder Belohnung als eines der mächtigsten Veränderungswerkzeuge von Pädagogen. Wenn Kinder und Jugendliche im Alltag erfahren, dass auf bestimmte Verhaltensweisen positive Konsequenzen folgen, werden sie bewusst oder auch unwillkürlich häufiger diese Verhaltensweisen wählen. Eine bewusste positive Verstärkung fängt dabei im Kleinen an (bereits Blickkontakt mit dem Signal „Ich sehe Dich“ kann verstärkend wirken) und hat sich nach den Bedürfnissen sowie dem Lebensalter der Kinder und Jugendlichen zu richten. Bei jüngeren Kindern kann zum Beispiel soziale Verstärkung (z.B. gemeinsames Spiel) positiv wirken; bei Jugendlichen wirken gemeinsame Aktivitäten zwar auch, jedoch werden zunehmend materielle Belohnungen (z.B. eine CD) attraktiver. Ausgewählte Verstärker sollten sich an dem zu verändernden Verhalten sowie der erbrachten Leistung orientieren (vgl. Baierl 2008, S. 89).

Einige Verhaltensweisen bringen bereits mächtige Anstrengungen und Verstärker mit sich. So kann z.B. sozialer Rückzug Jugendlichen zunächst ein Gefühl der Sicherheit vermitteln. Um solche Verhaltensweisen verändern zu wollen, bedarf es einer besonderen Rahmensetzung. Die Folgen des ungewünschten Verhaltens (z.B. soziale Isolation) sollten von Pädagogen so kontrolliert werden, dass für betroffene Kinder und Jugendliche daraus überwiegend negative Konsequenzen entstehen. Gleichzeitig sind angemessene attraktive Verstärker, die das gewünschte Verhalten belohnen sehr wichtig. Damit diese Arbeit funktionieren kann, ist es notwendig, dass Pädagogen bzw. das gesamte Team einen ausreichend großen Teil des Lebensumfeldes des Kindes kennen und diesen auch kontrollieren können. Dadurch soll gewährleistet werden, dass Kinder ihre Verstärker für ungewünschte Verhaltensweisen nicht „heimlich“ aus anderen Quellen bekommen. Welche sozialen und materiellen Verstärker für Kinder und Jugendliche bedeutend sind, ist indi-

viduell verschieden und entsprechend am Einzelfall zu entwickeln. Zu Beginn hat die positive Verstärkung möglichst unmittelbar auf erwünschtes Verhalten zu erfolgen. Mit der Zeit sollte dann auf ein unregelmäßiges Verstärken⁴⁸ übergegangen werden. So kann sich das Verhalten des Kindes auch unabhängig von einer unmittelbaren Belohnungserwartung festigen (vgl. Baierl 2008, S. 89).

Verstärkerpläne stellen dabei eine sehr strukturierte Form dieser Arbeit dar und sind eine klassische Methode der Verhaltenstherapie. Zu Beginn werden mit dem Kind eine oder mehrere Verhaltensweisen vereinbart, welche es in der Zukunft öfter zeigen möchte. Immer wenn diese Verhaltensweisen im Alltag gezeigt werden, bekommt das Kind einen Bonus (englisch: „Token“). Dieser Bonus kann entweder direkt gegen eine kleine Belohnung eingetauscht werden oder es können mehrere Bonuspunkte gesammelt werden. Diese können dann zu einem späteren Zeitpunkt gegen eine größere Belohnung eingetauscht werden. Das Ganze kann zum Beispiel so vonstatten gehen: *„Für ein Token gibt es sofort ein Kaugummi, für fünf (wenn sie gesammelt werden) eine Tafel Schokolade, für zehn eine halbe Stunde länger aufbleiben [...]“* (Baierl 2008, S. 99). Mit der Zeit sollte auch hier die Vereinbarung dahingehend verändert werden, dass eine unmittelbare Belohnung nicht mehr erfolgt. Es ist ausschlaggebend, dass Bedingungen und Spielregeln exakt und unmissverständlich im Vorfeld vereinbart werden. Dabei muss ersichtlich sein, welches Verhalten eine Belohnung verdient und in welchem Modus die „Token“ eingelöst werden können (vgl. ebd., S. 99).

In der Verhaltenstherapie werden Verstärkerpläne vor allem bei Zwangsstörungen, ADHS, Essstörungen und im Kinderbereich wirksam. Sie eignen sich jedoch auch sehr gut für Kinder und Jugendliche, welche viel Bestätigung und Aufmerksamkeit benötigen oder/und lernen wollen Bedürfnisse aufzuschieben (vgl. ebd., S. 99). Diese Arbeit sollte besonders gut mit behandelnden Therapeuten abgesprochen werden. Denn grundsätzlich brauchen Kinder und Jugendliche zunächst ein ausreichend großes Verhaltensrepertoire bevor diese Methode sinnvoll angewendet werden kann.

6.6.3. Problemlösetraining

Da in der →Verhaltenstherapie fast jedes dysfunktionale Verhalten als ein fehlgeleiteter Problemlöseversuch angesehen wird, gilt das „Problemlösen“ als eine Schlüsselstrategie im Therapieprozess. Der Problemlösungsprozess gliedert sich dabei in

⁴⁸ in unregelmäßigen Zeitabständen

die Phasen der Problemdefinition (Ist-Zustand), die Phase der Lösungsanalyse (Soll- Zustand) und letztendlich in die Phase der Umsetzung (vgl. Bohus 2002, S. 66f; Baierl 2008, S. 90).

Beim Problemlösetraining wird zunächst der Ist- und Soll-Zustand genau benannt. Das hört sich zunächst einfach an, birgt jedoch häufig einige Schwierigkeiten. Vielen Kindern ist nicht bewusst, was genau sie an einer Situation stört oder was sie genau erreichen wollen. Beides sollte in einem gemeinsamen Prozess erarbeitet werden. Wichtig ist eine präzise und genaue Zielbeschreibung, die auf jeden Fall positiv formuliert sein sollte. Darauf aufbauend gilt es, mindest einen Weg der Umsetzung zu entwickeln. In der Regel ist es sinnvoll, unterschiedliche Alternativen zu erarbeiten, um dann angemessen eine Auswahl treffen zu können. In manchen Fällen hilft es auch, wenn Kinder und Jugendliche den einen oder anderen Lösungsweg ausprobieren, um zu erkennen, welcher für sie der Richtige ist (vgl. Bohus 2002, S. 66f; Baierl 2008, S. 90). Die nachfolgende Auflistung zur Lösungsanalyse kann Orientierung beim „Training“ geben.

Tabelle 6: Lösungsanalyse

<i>Die Lösungsanalyse orientiert sich an den etablierten Methoden:</i>
<ul style="list-style-type: none">• Das dysfunktionale Verhalten wird als fehlgeschlagender Lösungsversuch definiert.
<ul style="list-style-type: none">• Mangelnde Motivation oder die Unfähigkeit, Alternativen zu erarbeiten, werden als Ausdruck gegenwärtiger Hoffnungslosigkeit und Machtlosigkeit interpretiert.
<ul style="list-style-type: none">• Das Problem selbst wird positiv, sinnlich wahrnehmbar und so konkret als möglich beschrieben. (Also nicht: <i>„ich will, dass es mir nicht mehr schlecht geht“</i>, sondern: <i>„ich möchte erreichen, dass ich mindestens sechs Stunden pro Nacht schlafe.“</i>)
<ul style="list-style-type: none">• Im Sinne von „brain-sorming“ werden zunächst vielfältige Strategien entworfen und schließlich die realistischste ausgewählt.
<ul style="list-style-type: none">• Im Sinne von „trouble-shooting“ werden Möglichkeiten des Scheiterns bzw. die negativen Konsequenzen der Lösungsstrategien überdacht.
<ul style="list-style-type: none">• Die ersten kleinen Schritte in Richtung Alternativlösung werden besprochen. (<i>„...was wäre der nächste Schritt?“</i>)

- Kurzfristige Rückmeldungen werden vereinbart. („...wie erfahre ich, dass Sie diesen Schritt tatsächlich versucht haben?“)

Entnommen aus: Bohus 2002, S. 67

6.6.4. Stärkung der Gefühle und der emotionalen Kompetenz

Traumatisierte Kinder haben oft Schwierigkeiten damit, Gefühle einzuordnen und diese sicher voneinander zu unterscheiden. Gefühle machen ihnen Angst oder sie werden nur eingeschränkt bis gar nicht wahrgenommen. Im pädagogischen Alltag ergeben sich viele Möglichkeiten die Emotionsregulation der Kinder und Jugendlichen spezifisch zu fördern. Einige hilfreiche Übungen werden folgend vorgestellt. Sie helfen dabei, vertrauter mit sich und den eigenen Gefühlen zu werden (vgl. Baierl 2008, S. 81f; Weiß 2008, S. 329)

Bei der Gefühlswahrnehmung spielen unterschiedliche Ebenen eine Rolle. Empfindungen sind dabei zu unterscheiden von → Emotionen. Sie sind deren Entsprechung in Form von Körperspannungen. *„Obwohl wir uns bei beiden auf Gefühle beziehen, werden Empfindungen als Wahrnehmen physiologischer Ereignisse in unserem Inneren am treffendsten beschrieben“* (Levin und Kline 2008, S. 152). Starre, Zitterig-Sein, Aufregung oder Schwitzen sind z.B. Empfindungen. All diese körperlichen Reaktionen können Hinweise dafür sein, dass etwas den Kindern und Jugendlichen großen Stress bereitet (vgl. Weiß 2008, S. 329). Vielen Jugendlichen fällt es zunächst leichter, sich über die körperliche Ebene (die Empfindungen) zu äußern, sofern sie diese spüren. Pädagogen sollten beachten, dass gerade Kinder und Jugendliche in der Pubertät meist sehr ungern über ihre Gefühle sprechen, besonders wenn es sich dabei um „intim“ erlebte Momente und Situationen handelt. Diesen ganz eigenen Bereich gilt es zu respektieren. Es hat sich als hilfreich erwiesen, Jugendlichen zu signalisieren, dass man echtes Interesse an ihren Gefühlen hat, keiner jedoch erwartet, dass sie ihre tiefsten Geheimnisse preisgeben. Wenn Jugendlichen dann noch gut erklärt wird, warum es sinnvoll ist, sich mit Gefühlen zu beschäftigen, steigt oftmals die Bereitschaft sich einzulassen (vgl. Baierl 2008, S. 81f).

Die Ebene der körperlichen Empfindungen kann sehr gut mit **Phantasiereisen** trainiert werden. Phantasiereisen beinhalten zum größten Teil Vorstellungs- und Imaginationsübungen. Teilnehmer begeben sich in ihrer Phantasie an bestimmte Orte oder in bestimmte Situationen und versetzen sich während dieser Reise in einen

(meist leichten) Trancezustand. Die Arbeit mit dieser Methode wird daher auch als eine Art hypnotherapeutisches Arbeiten verstanden. Dabei werden die Kinder angeleitet, sich an eine Episode zu erinnern, bei der sie bestimmte Gefühle erlebt haben. Dann sollen sie darauf achten, mit welchen Sinneseindrücken diese Gefühle verbunden waren. Das heißt: Was sie gesehen, gesprochen, gehört, geschmeckt, gerochen und in ihrem Körper gefühlt haben. Der Bereich des Körpergefühls sollte im Weiteren besonders ausgebaut werden: „*Wo wird was gefühlt? Ändert sich dies oder bleibt es gleich? Wo fühlt sich der Körper eher leicht, schwer, eng, weit, kalt, warm, weich, hart, rau oder glatt an*“ (vgl. ebd., S. 81f.)? Die Phantasiereise endet damit, dass Kindern die Gelegenheit gegeben wird, von ihren Gefühlen zu berichten. Wer sich mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen auf diese Phantasiereisen begibt, sollte sich darauf einstellen, dass Details dieser Reise durchaus →Trigger (Hinweisreize) für →Flashbacks darstellen können. In diesen Situationen sollte der Pädagoge fähig sein, betroffene Kinder der Situation entsprechend aufzufangen (vgl. ebd., S. 78ff)

Eine weitere hilfreiche Methode ist das Führen von **Gefühlstagebüchern**. Hier können die Jugendlichen jeden Tag aufschreiben was sie erlebt haben und welche Gefühle diese Situationen begleitet haben. Pädagogen sollten das Aufgeschriebene dann mindestens einmal in der Woche mit den Jugendlichen durchsprechen. Dabei ist darauf zu achten, welche Begrifflichkeiten die Kinder verwenden. Wenn zum Beispiel immer wieder jugendtypische Begriffe wie „schlecht“, „o.k.“, „normal“ oder „geil“ als Gefühlsbeschreibungen auftreten, sollten Kinder dazu angeleitet werden genauer zu differenzieren. So kann das Wort „gut“ verschiedene Bedeutungen wie „freudig“, „erwartungsvoll“, „entspannt“ oder „erregt“ haben (vgl. Baierl 2008, S. 81).

In der Praxis von Jugendhilfeeinrichtungen hat es sich auch bewährt, Jugendliche aufzufordern ein **Musikstück** auszusuchen, welches ihnen besonders gefällt und dieses dann gemeinsam mit der Gruppe (oder mit dem Pädagogen allein) anzuhören. Der Jugendliche kann eine kurze Einleitung geben: Warum er gerade dieses Stück gewählt hat? In welchen Situationen er es am liebsten hört oder was es ihm bedeutet? Mit Ende des Musikstückes beschreiben alle Anwesenden die Gefühle, welche sie beim Hören dieses Stückes erlebt haben. Dabei geht es in dieser Runde nicht darum, die Musik zu bewerten, sondern welche Empfindungen die Kinder bei sich wahrgenommen haben (vgl. ebd., S. 80ff).

Ein weiterer Schritt ist der **Umgang mit negativen Gefühlen**. Traumatisierte Kin-

der sollten lernen, diese (ebenso wie positive Gefühle) auszumachen und als „lebensnotwendig“ zu akzeptieren. Im Weiteren geht es dann darum, Wege zu erarbeiten, wie Kinder mit ihren negativen Gefühlen besser umzugehen vermögen. Dabei können Fragen wie *„Was mache ich, wenn ich merke, dass ich unter Stress stehe?“* oder *„Was kann ich tun, wenn ich traurig bin?“* eine Suche nach positiven Lösungsmöglichkeiten einleiten. Jugendlichen, die sehr schnell von ihren Gefühlen überrollt werden hilft oft das Erlernen von Entspannungstechniken. Möglichkeiten der körperlichen Abreaktion (alle Arten des Sports oder der Bewegung) können außerdem unterstützend wirken (vgl. ebd., S. 81f).

6.6.5. Förderung der Selbststeuerungsfähigkeit

Traumatisierte Kinder und Jugendliche neigen dazu, besonders intensiv auf Stimulus zu reagieren, ohne ihre Verhaltensreaktionen weiter steuern zu können. Sie müssen folglich lernen, sich selbst besser zu kontrollieren bzw. zu steuern. Dabei gilt: *„Je weniger Hilflosigkeit erlebt wird und je mehr Kontrollmöglichkeiten wahrgenommen werden, desto schneller gelingt es den betroffenen Jugendlichen, sich aus ihrer Opferrolle zu lösen“* (Baierl 2008, S. 231). In schweren Fällen kann dies auch durch die Zuhilfenahme von Medikamenten gelingen, die ein behandelnder Psychotherapeut verschreibt. Unabhängig davon gibt es im pädagogischen Bereich viele Möglichkeiten Kindern und Jugendlichen zu lehren, ihre Selbststeuerungsfähigkeit zu erhöhen (vgl. ebd., S. 93).

Sofern kein Alkohol oder illegale Drogen im Spiel sind, treten bei traumatisierten Kindern Kontrollverluste meist in Stresssituationen (eingeschlossen getriggerten Reaktionen) auf. Wertvolle Hilfen zur Selbstkontrollsteigerung können hier auch Methoden der Stressbewältigung und Entspannungstechniken bieten. Baierl verweist auf eine alte und oft verlachte Methode, die sich nach wie vor immer noch sehr gut zur Steigerung der Impulskontrolle eignet: **„Zähle bis 10 (oder höher), bevor Du reagierst“** (ebd., S. 93). Es handelt sich hierbei zwar nicht um ein Allheilmittel, bewirkt bei Jugendlichen jedoch meist eine unmittelbare Erleichterung. Zudem kann es sehr hilfreich sein, wenn Kinder sich (übergeordneten) Zielen bewusst sind. Mit einem klaren Ziel vor Auge ist es vielen besser möglich, sich in Stresssituationen zu kontrollieren. Übergeordnete Zielvorstellungen können einen gemütlichen DVD- Abend mit der Gruppe genauso wie den Verbleib in der aktuellen Schule beinhalten. Es macht also Sinn, gerade bei sehr impulsiven Jugendlichen, gemeinsame **positive und lohnende Ziele** zu erarbeiten. Kleine Hilfen im Alltag können dabei helfen, sich diese Ziele immer wieder in das Bewusstsein zu rufen.

So können ein Ring oder ein Armband als Erinnerungszeichen benutzt werden. Andere Kinder tragen einen Stein oder seltene Kleidungsstück an sich. Die Ziele können außerdem von Kindern an bedeutenden Orten (z.B. über dem Bett) aufgehängt werden (vgl. ebd., S. 92ff).

Um anders reagieren zu können brauchen Betroffene **alternative Verhaltensweisen**. Diese sollen im Vorfeld gemeinsam mit dem Pädagogen erarbeitet werden. Dabei sollten sich professionelle Helfer bewusst machen, dass eine Verhaltensänderung nicht von heute auf morgen eintritt, sondern viel Zeit und Geduld braucht. Zunächst werden in Stresssituationen immer wieder altbekannte und abrufbare Bewältigungsstrategien Anwendung finden. Bis neue, weniger schädliche Verhaltensmuster automatisiert und gebahnt sind, braucht der Jugendliche viel Übung und vor allem professionelle Unterstützung.

6.6.6. Soziales Kompetenztraining

Der Umgang mit anderen Menschen und die sich daraus ergebenden Beziehungen sind für Menschen generell sehr wichtig. Aus diesen zwischenmenschlichen Begegnungen entwickeln sich Identität, der Selbstwert und das Alltagsleben. Gerade traumatisierte Kinder und Jugendliche haben in ihren Ursprungsfamilien oft wenig Gelegenheit angeboten bekommen, soziale Kompetenzen zu erwerben. In der Folge sind diese wenig ausgeprägt und es kommt immer wieder zu Störungen des sozialen Miteinanders (vgl. Baierl 2008, S. 95). Soziale Kompetenzen können am besten angeeignet werden, indem diese ganz konkret eingeübt werden. Eine solche Förderung kann entweder im Gruppenalltag geschehen, indem bestimmte Verhaltensweisen wie Blickkontakt, Grüßen, Konflikttechniken oder angemessene Wortwahl immer wieder von den Pädagogen eingefordert werden. Andererseits macht es oft Sinn, in einem speziellen Trainingsrahmen bestimmte Inhalte verstärkt und gezielt mit den Kindern und Jugendlichen anzugehen. Besonders auf die Bereiche Kontaktaufnahme, Umgang mit eigenen und fremden Bedürfnissen, Kommunikation sowie Konflikt- und Alltagsbewältigung legen viele dieser Programme ihren Schwerpunkt. Der Markt ist reichlich bestückt mit guten Anleitungen zum sozialen Kompetenztraining, von daher wird hier auf eine tiefergehende Einführung verzichtet. Für den pädagogischen Kontext können z.B. die Veröffentlichungen von Franz Petermann (2007) sehr hilfreich sein (vgl. ebd., S. 96).

6.6.7. Genusstraining

Genusstraining hilft besonders Kindern und Jugendlichen die unter Depressionen leiden. Oder infolge einer ausgeprägten Dissoziationsneigung wenig Sinnesreize wahrnehmen und lernen wollen, sich im „Hier und Jetzt“ zu verorten. Viele Kinder müssen das Genießen erst (wieder) lernen. Über Erfahrungen des Genusses kann neue Lebensfreude entstehen, die eigene Körperwahrnehmung verbessert und das Selbstwertgefühl gesteigert werden (vgl. Baierl 2008, S. 83).

Genusstraining kann in Gruppen oder einzeln Anwendung finden. Während dieses Trainings werden Kinder und Jugendliche angeleitet, sich einen Zeitraum zu schaffen, in dem sie sich nur dem Genießen widmen. Es sollte mit einer Sinnesqualität angefangen werden, die Kindern bereits als Genuss bekannt ist. Oft ist dies der Geschmackssinn. Hier können pädagogische Fachkräfte z. B. einen Lieblingsnachtschokolade oder eine leckere Praline bereithalten. Dann sollte ein angenehmer Rahmen geschaffen werden, in dem das Genussmittel verzehrt werden kann. Während des Verzehrs sollten Kinder unter Anleitung besonders darauf achten, wo auf der Zunge welcher Geschmack gespürt wird, welche Erinnerungen oder Körperempfindungen wahrgenommen werden oder wie der Geschmack sich mit der Zeit verändert. Beim nächsten Termin kann ähnliches mit einer anderen Speise wiederholt werden. Das Training kann soweit ausgebaut werden, dass das Einkaufen, das Zubereiten und der Rahmen des Verzehrs bewusst mit in das Training eingebaut werden. Dadurch kann u. a. ein neues Gefühl von Zeit entstehen, die Wahrnehmung vieler Kinder wird geschärft und oftmals geht dieses auch mit einer neuen Wertschätzung für das Genussmittel einher. Dieses positive Gefühl überträgt sich gleichzeitig auf das Kind selbst. Baierl empfiehlt außerdem Entspannungsübungen in das Training einzubauen und so Hektik und Anspannung zu minimieren. Ein Ziel dieses Trainings ist u.a., dass es Kindern mit der Zeit gelingt, viele Elemente des erwünschten Genusses selbst herbeizuführen (vgl. ebd., S. 83f).

Das Genusstraining kann auch auf andere Sinnesmodalitäten übertragen werden. Hier eignet sich z.B. das Saunieren, das Sitzen am Lagerfeuer, das Lauschen schöner Klänge, das Massieren und Massiertwerden oder das Riechen von angenehmen Parfums. Insgesamt geht es darum, Jugendliche zu lehren ihre Aufmerksamkeit auf angenehme und schöne Reize zu lenken, sich selbst angenehme Erlebnisse zu verschaffen und genussbejahende Regeln zu vermitteln (wie „ich darf mir etwas Angenehmes gönnen“). Wirkliches Genießen kann dabei nur stattfinden, wenn genussvolle Reize bewusst eingesetzt werden und nicht im Überfluss vor-

handen sind. Genusstraining setzt jedoch ein Mindestmaß an Eigenmotivation bei Kindern und Jugendlichen voraus und sollte sich außerdem an der Wahrnehmungswelt dieser orientieren (ebd., S.82f).

6.6.8. Entspannung

Jegliche Art von Folgestörungen bringen für Kinder und Jugendliche Belastungen und Stresssituationen mit sich. Für viele sind Belastungssituationen zudem Verstärker und Auslöser traumabedingter Verhaltensweisen. Aufgrund innerer Anspannung und Unruhe ist es für diese Kinder besonders wichtig, dass sie Handlungsmöglichkeiten entwickeln, die ihnen zur körperlichen und geistigen Entspannung verhelfen. Einerseits können alltägliche Entspannungsmittel wie Musikhören, ein heißes Bad nehmen, Joggen, Fernsehen gucken oder Computerspielen bereits erste Abhilfe verschaffen. In akuten Belastungssituationen reichen diese Mittel jedoch oft nicht aus, um schnell und zielgerichtet Entlastung herbeizuführen. Hier kann es Jugendlichen sehr nützlich sein, zumindest eine spezifische Entspannungstechnik erlernt zu haben. Um sie erfolgreich anwenden zu können, bedarf es jedoch etwas Geduld und Ausdauer. Bis betroffene Kinder diese Übungen auch in Krisensituationen sicher anwenden können, müssen viele dieser Techniken zunächst über mehrere Wochen eingeübt werden. Während der Lernphase sollte die jeweilige Übung zwei- bis dreimal täglich in entspannten Situationen angewendet werden. Danach macht es Sinn, weiterhin mindestens wöchentlich zu üben und entsprechende Methoden auch tatsächlich in Stresssituationen anzuwenden. Unter diesen Voraussetzungen können Entspannungstechniken selbst bei hohen und akuten Belastungssituationen innerhalb kürzester Zeit (in wenigen Sekunden oder Minuten) Entlastung verschaffen. Im Folgenden werden zwei Methoden kurz vorgestellt, die einerseits der Autorin aus eigenen praktischen Erfahrungen in der pädagogischen Arbeit mit Jugendlichen bekannt sind und außerdem in der therapeutischen Fachliteratur als anerkannte und effiziente Entspannungstechniken insbesondere für Jugendliche gelten (vgl. Baierl 2008, S. 76)

Autogenes Training

Johannes Heinrich Schulz entwickelte das Autogene Training (AT) und stellte es 1927 zu ersten Mal vor. Als Psychiater galt sein Interesse im Besonderen der Hypnosetherapie. Er war auf der Suche nach Wegen, die es Menschen ohne die Hilfe eines geschulten Therapeuten ermöglichten Trance- oder Entspannungszustände herzustellen. Dabei leitete er Menschen dazu an, sich diejenigen Körperempfindun-

gen vorzustellen, die Menschen üblicherweise während tiefer Entspannung oder Trancezuständen verspüren. Tatsächlich gelang es seinen Klienten nach einiger Zeit auf diesem Weg eigenständige Entspannungszustände herbeizuführen (vgl. Baierl 2008, S. 77).

Der Name „Autogenes Training“ bedeutet übersetzt so viel wie „aus sich selbst entstehendes Üben“. Es sollte dabei ganz ohne Hilfsmittel⁴⁹ in Entspannungszustände gelangt werden. Personen, die diese Technik anwenden, stellen sich nacheinander vor, dass ihr Körper angenehm schwer und warm wäre, ihr Herz ruhiger und kräftiger schlagen würde und ihre Atmung ruhig und gleichmäßig fließen würde. Diese Vorstellung weitet sich im Verlauf der Übungen auf verschiedenste Körperregionen aus, sodass der körperliche Zustand im Wesentlichen einer tiefen Entspannung entspricht. Wenn sich infolge dieser Vorstellungen Muskeln entspannen und sich die Durchblutung ändert, treten die eben beschriebenen Körperwahrnehmungen auch tatsächlich auf. Das Autogene Training beinhaltet eine sogenannte „Oberstufe“, in welcher mit Farbvorstellungen gearbeitet wird. Diese wird jedoch hauptsächlich in therapeutischen Kontexten angewandt und spielt in der Alltagsentspannung keine wesentliche Rolle (vgl. ebd., S. 77).

Das Autogene Training eignet sich im Besonderen für Kinder und Jugendliche, welche eine ausgeprägte Phantasie besitzen und zudem gerne über den Kopf arbeiten. Betroffene, die die Übung einmal gelernt und verinnerlicht haben, können diese unbemerkt von der Umwelt durchführen. Daher bietet sie insbesondere Kindern und Jugendlichen, die lernen wollen, sich in sozialen Situationen zu entspannen, eine sehr hilfreiche Unterstützung. Es bedarf ca. zwölf Wochen⁵⁰ um das autogene Training zu erlernen. Nach dieser Lernzeit können die meisten Menschen diese Entspannungsform auch in Stresssituationen sicher anwenden. Kurse werden von Volkshochschulen und Krankenkassen angeboten. Ohne eine professionelle Anleitung durch erfahrene Fachkräfte verlieren Kinder und Jugendliche in der Regel die Motivation und Lust am Erlernen oder es schleichen sich Fehler ein (vgl. ebd., S. 76f).

⁴⁹ Baierl weist darauf hin, dass dieser Name leider häufig missbraucht wird. Techniken welche (ausgeschlossen der Lernphase) nur der Nutzung von CD`s, Tonträger oder anderen Anwesenheiten von Entspannungstrainern unterliegen, könne zwar auch zielgerichtete Entspannung herbeiführen, sind jedoch nicht wirklich „autogen“, also eigenständig (vgl. Baierl 2008, S. 77).

⁵⁰ In denen die Übungen zwei- bis dreimal geübt werden

Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen

Der amerikanische Arzt Edmund Jacobsen entwickelte 1938 dieses Verfahren und stellte es der Fachöffentlichkeit vor. Die Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen führt über das abwechselnde An- und Entspannen von bestimmten Muskelpartien einen Entspannungszustand herbei. Dabei werden die einzelnen Muskelpartien für ungefähr sieben Sekunden erst angespannt und nachfolgend wieder entspannt. Die Aufmerksamkeit des Praktizierenden liegt während der Übungen auf den verschiedenen Wahrnehmungen von Anspannungs- und Entspannungszuständen (vgl. Baierl 2008, S. 78). Das Training beinhaltet verschiedenste Methoden der Entspannung, die hier nicht näher ausgeführt werden.

Die Techniken der Progressiven Muskelentspannung nach Jacobsen sind besonders gut für Kinder und Jugendliche geeignet, die viel über ihren Körper agieren und darauf bedacht sind ihre Kontrolle zu wahren. Sie wird häufig bevorzugt, da sie schneller als das Autogene Training zu Erfolgen führt. Auf der anderen Seite gibt es Kinder, die diese Anspannungsübungen als „peinlich“ empfinden und eher unauffällige Methoden auswählen. Um das Verfahren der Progressiven Muskelentspannung zu erlernen, bedarf es ungefähr drei bis sechs Wochen, in denen zudem täglich geübt werden sollte. Sie wird ebenfalls von Krankenkassen und Volkshochschulen angeboten (vgl. ebd., S. 78).

7. Schlussbetrachtung

Ein Blick auf die Biographien der Kinder und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe zeigt, dass ein Großteil dieser Kinder eine Reihe von miteinander verknüpften, sequentiellen Traumatisierungen wie Vernachlässigung, Kindesmisshandlung oder sexuellem Missbrauch durch nahe stehende Bezugspersonen erlebt hat. Legt man die Kategorisierung von Lenore Terr zugrunde, kann man bei einer Vielzahl dieser Kinder eine Typ II Traumatisierung vermuten. Die Folgen und Auswirkungen dieser komplexen Traumatisierungen führen oftmals zu massiven Beeinträchtigungen in Form von unterschiedlichsten psychischen Störungen und sind selten mit den klassischen Diagnosekriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung abzudecken. Eine Studie von Schmid zur psychischen Gesundheit von Heimkindern bestätigt, dass über 60% der heimuntergebrachten Kinder und Jugendlichen an den unterschiedlichsten psychischen Störungen leiden. Viele von ihnen an komplexen und komorbiden Störungsbildern (vgl. Schmid 2008, S. 279ff).

In Anbetracht dieser Erkenntnisse sollte sich die stationäre Jugendhilfe unbedingt um die Integration von traumaspezifischem Wissen in die Planung und Ausgestaltung des pädagogischen Alltags bemühen.

Diese Arbeit versucht aufzuzeigen, dass eine genaue Kenntnis über Traumafolgen dabei helfen kann, pädagogische Konzepte und Strukturen entsprechend den Bedürfnissen dieser Kinder zu gestalten. Dargestellte Übungen und Methoden zur Verbesserung des Körpergefühls, der Problemlösekompetenz, eine intensive Umsetzung von Verstärkersystemen und positiver Rückmeldung, eine verlässliche Rahmengestaltung mit Alltagsritualen sowie ein spielerisches Training der Kurzentspannung setzen an spezifischen Förderbereichen an und lassen sich gut in den Alltag einer Wohngruppe integrieren. Damit „Heilung“ einsetzen kann, ist es notwendig, stationäre Wohngruppen auch langfristig zu einem stabilen und „sicheren Ort“ zu gestalten. Zu einem solchen Milieu gehört ein Rahmen, in dem Trigger erkannt und mit ihnen umgegangen werden kann, genauso wie eine verlässlich schützende Elternarbeit. In Kombination mit spezifischer Psychotherapie kann Pädagogik auf diese Weise den ihnen anvertrauten Kindern die Möglichkeit bieten, das traumatisch Erlebte in die eigene Lebensgeschichte zu integrieren und einen neuen Umgang damit zu erlernen (vgl. Baierl 2008, S. 220).

Eine Grundlage pädagogischer Arbeit besteht in dem Anspruch, eine professionelle Beziehungsarbeit in den Einrichtungen der stationären Jugendhilfe zu etablieren, die auf Strukturen aufbaut, in denen diese Kinder und Jugendlichen auch gehalten werden können. Zum einen werden damit hohe Anforderungen an die Beziehungskompetenz der Mitarbeiter formuliert. Zum anderen bedarf es ausreichend zeitlicher Ressourcen und entsprechender Rahmenbedingungen wie Kooperationen, Supervisionen, Fort- und Weiterbildung sowie ausgefeilten Dienst- und Krisenplänen, die einen kompetenten Umgang mit traumabedingten Verhaltensweisen überhaupt erst möglich machen. Um Fachkräfte vor Burn-Out, Überlastung und Überforderung zu schützen steht im pädagogischen Kontext daher auch die Persönlichkeit des Pädagogen im Fokus der Aufmerksamkeit. Im Rahmen dieser Arbeit konnte lediglich randständig auf die Bedeutung der eigenen Psychohygiene für die Arbeit mit traumatisierten Kindern hingewiesen werden. Nicht nur das Betreuungspersonal, sondern vor allem auch die Leitung trägt hier in eine besondere fachliche Verantwortung, für entsprechende Rahmenbedingungen und „Erholungsräume“ der Pädagogen zu sorgen (vgl. Kühn 2008, S. 318ff).

Schmid verweist in diesem Zusammenhang auf die noch stärkere Implementierung von kinder- und jugendpsychiatrischem Wissen und Informationen über psychosoziale sowie pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten in Fort- und Weiterbildungsangeboten von Heimerziehern. Eine theoretische Aufwertung der Ausbildung des Heimerziehers und eine bessere Vernetzung mit der Fachpflegeausbildung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wären Möglichkeiten auch langfristig diesen anspruchsvollen Beruf aufzuwerten (vgl. Schmid 2007, S. 169f).

Eine pädagogische Begleitung und Unterstützung traumatisierter Kinder und Jugendlicher kann letztendlich nicht ohne eine beständige interdisziplinäre Vernetzung zur Psychotherapie und Psychiatrie auskommen. Für die Zukunft scheint es wichtig zu sein, Kooperationsmodelle mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeuten aufzubauen, die Erfahrung im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen mitbringen (vgl. Schmid 2008, S. 288ff). Pädagogische Begleitung ist ein Teil der Arbeit - die psychotherapeutische der Andere.

In Anbetracht der immensen Häufigkeit psychischer Störungen unter heimuntergebrachten Kindern und Jugendlichen fragt Reinhard Lempp: *„Worum geht es eigentlich bei den in Heimen aufgenommenen Kindern, um Erziehung oder um Therapie? - Immer um beides.“* (Lempp, in Schmid 2007, S. 13)

Der pädagogische Diskurs um diese Thematik hat gerade erst begonnen. Ende 2007 wurde von Wilma Weiß und Martin Kühn die „Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik“ ins Leben gerufen. Neben einer Homepage⁵¹ zur interdisziplinären Vernetzung soll es in der Zukunft auch darum gehen, fachliche Standards für die Praxis zu entwickeln, notwendige interdisziplinäre Kooperationen zu fördern sowie die Implementierung von Wissen aus der Psychotraumatologie in pädagogische Forschung und Lehre voranzubringen. Es gilt noch viele offene Fragen zu klären und sich Gehör zu verschaffen. Denn letztendlich ist die Auseinandersetzung mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen immer auch ein politisches Unterfangen. Vermutlich bedarf es einer breiteren Wertschätzung und Unterstützung der pädagogischen Arbeit in den stationären Jugendhilfen durch die gesamte Gesellschaft. Bei der Weiterentwicklung der stationären Jugendhilfe sollte stets die These von Foucault (1976, 2001) im Hinterkopf behalten werden, *„dass man die Humanität und Machtstrukturen einer Gesellschaft am besten am Umgang mit ihren Rändern beobachten und erforschen kann“* (zit. n. Schmid 2007, S. 178).

„Durch die Verknüpfung von Integrität und Vertrauen in fürsorgliche Beziehungen wird nicht nur der Kreis der Generationen geschlossen, sondern es wird auch das Bewusstsein wiederhergestellt, Teil einer menschlichen Gemeinschaft zu sein, dass durch das Trauma zerstört wurde.“ (Herman 1994, S. 213)

⁵¹ www.traumapädagogik.de

Glossar

Abwehrmechanismen: die wichtigsten Abwehrmechanismen sind Verleugnung, Verdrängung, Regression, Isolierung, Spaltung, Vermeidung, Projektion, Rationalisierung und Distanzierung. Abwehrmechanismen dienen dem Schutz vor übermäßiger Spannungszufuhr und sollen dem Menschen dadurch das Überleben in als ohnmächtig und bedrohlich erlebten Situationen ermöglichen (vgl. Weiß 2008, S. 223). In der psychoanalytischen Behandlung führen Abwehrmechanismen dem Analysanden vor Augen, dass das Individuum abwehrt, wie, wozu, was und warum abgewehrt wird. Der Prototyp der psychotraumatischen Abwehr ist eine Notfallreaktion wie panikartige Bewegungen, katatonische Starre, sowie Veränderungen der Selbst- oder Realitätswahrnehmungen wie Depersonalisierung, Dissoziation und emotionale Anästhesie. Dem Selbst sollen durch diese Selbstschutzmechanismen das psychophysische Überleben ermöglicht werden. Gerichtet ist die Abwehr gegen eine weitere Fragmentierung und den psychischen „Tod“ des Selbst (Was ist Abwehr). Die Abwehrstile (das Wie) sind dabei individuell durch traumakompensatorische Strategien gekennzeichnet (vgl. Fischer und Riedesser 1998, S. 339f).

Bindungsstörungen: werden in der ICD 10 im Zusammenhang mit schwerer elterlicher Vernachlässigung und Misshandlung als ein entwicklungsunangemessenes Verhalten beschrieben. Zwei Typen von Bindungsstörungen lassen sich klassifizieren: die „Reaktive Bindungsstörung im Kindesalter“ (F94.1) und die „Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung“ (F94.2).

Die Reaktive Bindungsstörung ist gekennzeichnet durch:

- Übermäßiges wachsame (hypervigilantes), ängstliches Verhalten und eine fehlende Reaktion auf Trost;
- Ambivalente soziale Reaktionen, insbesondere bei Trennung und Wiedervereinigung mit der Bezugsperson im Anschluss an die Trennung;
- Wenig bis keine soziale Interaktion mit Gleichaltrigen;
- Aggressive Verhaltensweisen gegenüber sich selbst und anderen;
- Unglücklich-Sein und Apathie;
- Gegebenenfalls Auftreten eines sozialen Minderwuchs (vgl. Ziegenhain 2009, S. 139f).

Die Bindungsstörung mit Enthemmung wird charakterisiert durch:

- Mangelnde exklusive bzw. diffuse Bindungen;
- Eine distanzlose, wenig modulierte Interaktion; Aufmerksamkeitssuche;
- Eine eingeschränkte Interaktion mit Gleichaltrigen (vgl. ebd., S. 139ff).

Borderline: unter der Borderline- Störung wird eine Identitätsstörung verstanden: „andauernde Störung im Selbstbild (z.B. durch das Gefühl nicht zu existieren oder durch die Überzeugung von der eigenen Schlechtigkeit) meist mit intensiven, aber unbeständigen Beziehungen und wiederholten emotionalen Krisen wie Suiziddrohungen und selbstschädigenden Handlungen, stressabhängige Dissoziation oder paranoide Ideen“ (Weiß 2008, S. 223f).

Chronifizierung: meint die Unfähigkeit, eine traumatische Erfahrung nach einer angemessenen Verarbeitungszeit in den individuellen Erfahrungskontext zu integrieren. Dabei können sich chronische Entwicklungen in unterschiedlicher Form zeigen, z.B.:

- durch eine stetige Zunahme von Beschwerden bzw. Symptomen im Laufe der Zeit;
- durch ein Vollbild einer chronischen PTSD (bzw. komplexen PTSD) mit der typischen Symptom-Triade (Vermeidung, Übererregbarkeit und Intrusionen) oder durch andere typische Traumafolgeerkrankungen;
- durch einen Wechsel zwischen beschwerdearmen und beschwerdereichen Phasen;
- durch die Entwicklung „untypischer“ Symptome und Störungsbilder (z.B. Angst- und Zwangsstörungen, Somatisierungen, bei Kindern ADHS, Stottern oder Störungen des Sozialverhaltens);
- durch einen deutlich verzögerten Beginn traumabezogener Symptome (vgl. Lehmann 2008, S. 6ff)

Coping: „Während Abwehrmechanismen auf die Erhaltung des inneren Gleichgewichts eines biologischen, psychischen oder sozialen Systems ausgerichtet sind und darüber im Konfliktfall die umgebende Realität vernachlässigen, zielt Coping ab auf „Einpassung durch Anpassung“ (Assimilation durch Akkommodation) im Rahmen des pragmatischen und/oder kommunikativen Realitätsprinzips. Verschiedene Coping-Stile sind hierzu unterschiedlich geeignet“ (Fischer und Riedesser 1998,S. 40).

Deprivierte → **Deprivation:** Mangel, Entbehrung, Verarmung (vgl. Weiß 2008, S. 224).

Dialektische Behaviorale Therapie: *„Das DBT (Dialectical behavior therapy)*

ist eine umfassende, kognitiv-behaviorale Intervention für komplexe, schwer hand-zuhabende psychische Störungen. Ursprünglich entstanden, um chronisch suizid-ente Patienten zu behandeln, entwickelte sich das DBT als eine Behandlungsmög-lichkeit für multifaktoriell-gestörte Personen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Desweiteren wurde das DBT angepasst, um auch weitere schwierig zu behandelnde Verhaltensstörungen zu behandeln, die mit emotionalen Dysregulationen einhergehen. Darunter finden sich ebenso die Borderline-Persönlichkeitsstörung im Verbund mit Substanzabhängigkeiten und binge eating, wie auch andere klinisch relevante Störungsgruppen (z. B. depressiv-suizidale Er-wachsene) in einer großen Bandbreite von Umgebungen (z. B. ambulante, stationä-re oder forensische Betreuung)“

(<http://www.experimentalpsychologie.de/page16.html/>, Stand 11.07.2009).

Emotionen: Eine Emotion kann als eine plötzliche Reaktion des gesamten Orga-nismus verstanden werden, die eine kognitive (den Geist betreffend), eine physio-logische (den Körper betreffend) und eine Verhaltenskomponente (das Handeln betreffend) enthält (vgl. Lelord 2007, S. 13).

Entwicklungspsychologie: *„Bezeichnung für jenes Teilgebiet der Psychologie, das sich mit der Erforschung der Veränderung der Fähigkeiten und Verhaltenswei-sen des Menschen im Laufe seines Lebens befasst. Im Mittelpunkt stehen dabei vor allem die Prozesse der Reifung und die Auswirkungen der Interaktion zwischen Individuum und Umwelt. Die verschiedenen Theorien der psychischen Entwicklung unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Modellvorstellungen. Am häufigsten wird je-doch von einer stufenweisen Anordnung der Entwicklungsphasen ausgegangen. Je nach theoretischer Orientierung stehen dabei biologische, lernpsychologische, so-zialpsychologische oder tiefenpsychologische Aspekte im Vordergrund“* (Stimmer 2000, S. 182).

Entwicklungspsychopathologie: *„Die Entwicklungspsychopathologie widmet sich der Erforschung biopsychosozialer Mechanismen, die sowohl der abweichenden als auch der normalen Entwicklung zugrunde liegen. Sie beschränkt sich nicht auf die bloße Beschreibung abweichenden Verhaltens in einem bestimmten Alter, son-dern untersucht das dynamische Wechselspiel von biopsychosozialen Risiko- und Schutzbedingungen in der Entwicklung über die Lebensspanne. Um die Komplexi-tät der angepassten und fehlangepassten Entwicklung angemessen erfassen zu können, bedient sie sich eines interdisziplinären Ansatzes. Der Fokus liegt dabei*

auf psychischen und Verhaltensphänomenen. Körperliche Erkrankungen, Behinderungen, deren Entstehung sowie die allgemeine körperliche Entwicklung finden in dem Maße Berücksichtigung, in dem sie einen Einfluss auf die angepasste und fehlangepasste kognitive, emotionale und/oder soziale Entwicklung haben.“

([http://www.ewi-psy.fu-](http://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/entwicklungswissenschaft/epp/index.html/)

[berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/entwicklungswissenschaft/epp/index.html/](http://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/entwicklungswissenschaft/epp/index.html/), Stand 14.07.2009)

Erholung: meint in diesem Zusammenhang die gelungene Bewältigung und Integration des Traumas in die eigene Lebensgeschichte (vgl. Lehmann 2008, S.7)

Fachdienstmitarbeiter: In der Regel sind die Fachdienste von Jugendhilfeeinrichtungen mit psychotherapeutisch ausgebildeten Psychologen oder Sozialpädagogen besetzt. Die Fachdienstmitarbeiter haben verschiedene Aufgaben. Einerseits sind sie in die Aufnahme von Kindern und Jugendlichen in die Einrichtung eingebunden. Dadurch haben sie sowohl Kontakte zu den zuständigen Mitarbeitern der Jugendämter wie auch zu dem Betreuungsteam der Jugendhilfeeinrichtung. Andererseits arbeiten Fachdienstmitarbeiter häufig mit einzelnen Jugendlichen und ihren Familien beratend oder psychotherapeutisch zusammen, so dass alle relevanten Informationen zu einem Kind bei den zuständigen Fachdienstmitarbeitern zusammenlaufen (vgl. Jaritz et al. 2008, S. 269f).

Flashback: *„Ein Flashback ist ein veränderter Bewusstseinzustand, in dem Gedächtnisinhalte aus einer vergangenen Stresssituation Macht über das Erleben und Verhalten in der Gegenwart gewinnen“* (Weiß 2007, S. 224) Eine traumatische Situation wird in einem Flashback, durch einen Auslösereiz, erneut reaktiviert (vgl. ebd., S. 224f).

Genogrammarbeit: *„Mit Hilfe der Genogrammarbeit können verwandtschaftliche Bezüge explodiert werden, ähnlich der Arbeit an einem Stammbaum“.* (Weiß 2008, S. 225)

Hilfeplan → **Hilfeplanung:** Der § 36 SGB VIII regelt unter anderem die Beteiligung der Klienten, Eltern und der beteiligten Fachkräfte und schreibt eine ziel- und zeitgerechte Planung und Überprüfung der Hilfen vor (vgl. Weiß 2008, S. 225).

Inkonsistenz: *„[...] kein beständiges Verhalten, Unzuverlässig, widersprüchlich“* (Weiß 2008, S. 226).

Intrusion: *„Sich ins Gedächtnis drängende Erinnerungen und Gedanken an ein traumatisches Erlebnis“* (Weiß 2008, S. 226).

Komorbide → Komorbidität: *„gleichzeitiges Vorliegen von zwei oder mehr psychischen Störungen oder Krankheiten bei einer Person“* (Baierl 2008, S. 416).

Parentifizierung: bedeutet *„dass Kinder, die für andere sorgen mussten bzw. konnten, Bedeutung hatten und damit auch positive Erfahrungen hatten, Subjekt, nicht Objekt der Eltern zu sein. Die Sorge für andere stellt für diese Kinder eine wichtige Quelle von Selbstwert dar und muss in der pädagogischen/therapeutischen Arbeit beachtet werden“* (Weiß 2008, S. 227f).

Protektive Faktoren: *„Kompensatorisch wirksame Schutzfaktoren gegen Entwicklungsbehinderungen“* (Weiß 2008, 228).

Psychopathologie: meint die Lehre von seelischen (psychischen) Erkrankungsbildern. Wird im klinischen Alltag oft gleichbedeutend mit →Symptomatik gebraucht (vgl. Baierl 2008, S 427).

Psychotraumatologie: Die Disziplin der Psychotraumatologie befasst sich mit der Erforschung seelischer Verletzung (Traumata). Dazu gehören die Entstehungsbedingungen, der aktuelle Verlauf sowie unmittelbare und Langzeitfolgen von Traumata. Die Psychotraumatologie kann als eine eigenständige medizinisch-psychologische Disziplin betrachtet werden, die sich aus einer Vielzahl an Nachbardisziplinen zusammensetzt, um so der systemischen Erforschung von Präventions- und Behandlungsmethoden von Traumafolgestörungen gerecht zu werden (vgl. Fischer und Riedesser 1998, S. 348; S. 10ff).

Reiz: *„Vorgänge und Erscheinungen, welche die Sinnesorgane eines Lebewesens erregen. Reize können der Innenwelt (internal) oder der Außenwelt (external) des Lebewesens entspringen“* (Baierl 2008, S. 248).

Sekundäre Traumatisierung: Dieser Begriff beinhaltet, dass: *„[...] die Erzählungen, Bilder, emotionalen Inhalte oder andere Fragmente aus dem vom Patienten berichteten Traumageschehen für den Therapeuten derart plastisch und belastend werden, dass er selber Intrusionen mit Bildern und anderen Eindrücken vom traumatischen Erlebnis des Patienten entwickelt und emotional auch entsprechend hef-*

tig reagiert“ (Schmid 2008, S. 302).

Staatliches Wächteramt: Im Art. 6 Grundgesetz ist das „natürliche Recht der Eltern“ verankert, für die Pflege und Erziehung ihrer Kinder zu sorgen und dieser nach den je eigenen Möglichkeiten und Vorstellungen gerecht zu werden. Dieses grundgesetzlich verankerte elterliche Erziehungsrechte schafft jedoch keinen rechtsfreien Raum: *„Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft“* (Art. 6 Abs. 2 Satz 2 Grundgesetz; § 1 Abs. 1 Abs.2 SGB VIII). Das staatliche Wächteramt bezieht sich auf diese Gefahrenabwehr (vgl. Weiß 2008, S. 229).

Stimuli: Mehrzahl von Stimulus → Reiz

Symptom: *„Wahrnehmbare Begleiterscheinung einer körperlichen oder einer psychischen Störung“* (Baierl 2008, S. 433).

Symptomatik: *„Gesamtheit der Symptome einer Krankheit oder psychischen Störung“* (Baierl 2008, S. 433).

Syndrom: *„Kombination von Symptomen, die miteinander in regelhafter und gesetzmäßiger Verbindung stehen. Symptomgruppe, die häufig gemeinsam auftritt“* (Baierl 2008, S. 434).

Trigger: *„Auslöser, innerer oder äußerer reaktivierender Reize in der Gegenwart, von denen aus assoziative Verbindungen zu traumatischen Erlebnissen bestehen, so dass sie →Flashbacks auslösen“* (Weiß 2008, S. 230).

Validierung: *„geht über den Begriff der Empathie hinaus, da sie auf aktive Interventionen des Therapeuten zielt. Das betrifft sowohl Gedanken als auch Emotionen und Handlungsweisen“* (Bohus 2002, S. 65). Die Technik der Validierung wird in Therapieverfahren verwendet, findet in vielen Alltagssettings der Pädagogik aber ebenso Anwendung. Zu der Technik der Validierung siehe Stufenmodell im Anhang.

Verarbeitungsphase: Das Individuum versucht in der Verarbeitungsphase sich nach dem Abklingen des Schocks, der traumatischen Erfahrung zu stellen und beginnt diese zu verarbeiten. In dieser Phase ist es von zentraler Bedeutung, dass es der Person gelingt, die traumatische Erfahrung mit allen dazugehörigen Aspekten

eine gewisse Zeit im Bewusstsein zu halten und so eine Verarbeitung des Erlebten zu ermöglichen. Lehmann weist darauf hin, dass ein Trauma umso besser verarbeitet und in den richtigen Erinnerungsspeicher überführt werden kann, je vollständiger es im Gehirn repräsentiert ist. Dies bedeutet aber auch, dass Kleinkinder, intelligenzgeminderte Erwachsene oder behinderte Kinder weniger Chancen besitzen ein Trauma angemessen zu verarbeiten (vgl. Lehmann 2008, S. 5)

Verhaltenstherapie: *„Richtung der Psychotherapie, die sich hauptsächlich an den Erkenntnissen der Lerntheorie orientiert. Inneres (Gedanken und Gefühle) wie äußeres (z.B. Schlägern) Verhalten soll durch Neulernen, Umlernen und Verlernen verändert werden. Seit einigen Jahren setzt sich der Begriff kognitive Verhaltenstherapie immer mehr durch, um zu betonen, dass das den inneren Verarbeitungsweisen besondere Aufmerksamkeit gezollt wird. Verhaltenstherapie ist in Deutschland anerkannt und wird von den Krankenkassen bezahlt“ (Baier 2008, S. 436f).*

Quellenverzeichnis

Literaturquellen

Bange, D. (1992): Die dunkle Seite der Kindheit. Sexueller Missbrauch an Mädchen und Jungen. Ausmaß – Hintergründe - Folgen. Köln: Volksblatt-Verlag.

Baierl, M. (2008): Herausforderung Alltag. Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Barker, D.J. (1997): Fetal nutrition and cardiovascular disease in later life. In: British Medical Bulletin, 53 (1), 96-108.

Baur, D. Finkel, M., Hamberger, M., Kühn, A.D. (1998): Leistungen und Grenzen der Heimerziehung. Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen. Stuttgart: Kohlhammer.

Bidinger, J. (2004): Die Zeit heilt alle Wunden? Re-Inszenierung psychischer Konflikte als heilsame Erinnerung bei psychisch traumatisierten Kindern. Diplomarbeit an Katholischer Fachhochschule NRW Abteilung Münster. Hamburg: Diplomica GmbH.

Birsch, K.H. (2002): Bindungsstörungen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Birsch, K. H.; Hellbrügge, Th. (2006): Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart: Klett-Cotta.

Bohus, M. (2002): Borderline-Störung. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen, Bern, Toronto: Hogrefe Verlag.

Bohus, M., Limberger, M., Ebner, U., Glocker, F.X., Schwarz, B., Wernz, M. et al. (2000): Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behaviour. In: Psychiatry Research, 95 (3), 251-260.

- Burns, B.J., Phillips, S.D., Wagner, H.R., Barth, R.P., Kolko, D.J., Campbell, Y. (2004): Mental Health Need and Access to Mental Health Services by Youth involved with Child Welfare: A National Survey. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43(8), 960-970.
- Chevalier, C., Gillner, M., Freyberger, H. J., Spitzer, C. (2009): Komplexe Post-traumatische Belastungsstörung und kindliche Misshandlungen bei forensischen Patienten. In: Seidler, H., Freyberger, H., J., Maercker, A. (Hrsg.): Trauma & Gewalt. 3. Jahrgang, Heft 1, 42-49.
- Cicchetti, D., Toth, S.L. (1995): A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34(5), 541-565.
- Darms, B. (2008): Trauma & Identität. Wie wirken sich traumatische Ereignisse auf die Identität aus und wie kann in der Sozialberatung Unterstützung geboten werden? Bachelorarbeit an der FHS St. Gallen. Bern: Edition Soziothek.
- Dehner-Rau, C., Reddemann L. (2006): Trauma-Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. Stuttgart: TRIAS Verlag.
- Dobie, D.J., Kivlahan, D.R., Maynard, C., Bush, K.R., Davids, T.M., Bradley, K.A. (2004): Posttraumatic stress disorder in female veterans: association with self-reported health problems and functional impairment. Archives of Internal Medicine, 164 (4), 394-400.
- Dodge, K.A, Schwartz, D. (1997): Social information-processing mechanisms in aggressive behaviour. In: D.M. Stoff, J. Breiling, J.D. Maser (Eds.), Handbook of antisocial behaviour (pp. 171-180). New York: Wiley.
- DSM IV – Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (1998): Deutsche Bearbeitung und Einleitung von Sass, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. (2. Aufl.) Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.

- Egel, U.T., Hoffmann, S.O., Joraschky, P. (Hrsg.) (2000): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Enzmann, D. (2000): Gewalterfahrungen im Elternhaus und Gewalttaten. In: Evangelische Konferenz für Familien und Lebensberatung e.V. (Hrsg.): „Ihr Eltern, reizt nicht Eure Söhne und Töchter...“Gewaltfreie Erziehung in der Familie. Berlin.
- Finkelhorn, D., Browne A. (1985): The Traumatic Impact of Child sexual Abuse: A Conceptualization. In: American Journal of Orthopsychiatry, 55, 530-541.
- Fischer, G., Riedesser P. (2003): Lehrbuch der Psychotraumatologie (3. Aufl.). München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co.
- Fischer, G., Riedesser P. (1999): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co.
- Fischer, G., Riedesser P. (1998): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co.
- Foucault, M. (1976): Mikrophysik der Macht. Über Strafjustiz, Psychiatrie und Medizin. Berlin: Merve.
- Foucault, M. (2001): Überwachen und Strafen – Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt: Suhrkamp.
- Fürniss, T. (1995): Einige einführende Aspekte zur Arbeit mit jugendlichen sexuellen Misshandlern. In: Eylarduswerk (Hrsg.): Tagungsreader zum Fachtag: Betreuung und Behandlung von jugendlichen sexuellen Misshandlern. Bad Bendheim, S. 1-28.
- Gil, E. (1993): die heilende Kraft des Spiels. Spieltherapie mit missbrauchten Kindern. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.

Glaser, D., Prior, V. (1998): Ist der Begriff „Kinderschutz“ auf emotionale Misshandlung anwendbar? In: Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Interdisziplinäre Zeitschrift der DGgKV, 1 Jahrgang, S. 32-45.

Greenwald, R. (2001): EMDR in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch. Paderborn: Jungfermann.

Herman, J.L. (2006): Die Narben der Gewalt: Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden (2. Aufl.). München: Kindler Verlag.

Herman, J.L. (1994): Die Narben der Gewalt: traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München: Kindler Verlag.

Hermann, T. (2004): Jugendhilferelevante Ergebnisse. In: M. Macsenaere & E. Knab (Eds.): Evaluationsstudie erzieherischer Hilfen (EVAS). Eine Einführung, S. 50-61. Freiburg: Lambertus.

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

Hoffmann, A., Besser, L.-U. (2003): Psychotraumatologie bei Kindern und Jugendlichen. In: Birsch, K.H. , Hellbrügge, Th. (Hrsg.): Bindung und Trauma: Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart: Klett-Cotta.

Huber, M. (2007): Trauma und die Folgen, Trauma und Traumabehandlung Teil 1. Paderborn: Jungfermann Verlag.

Hüther, G. (2006): Die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen im Kindesalter auf die Hirnentwicklung. In: Birsch, K. H., Hellbrügge, Th. (Hrsg.): Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Jaritz, C., Wiesinger, D., Schmid, M. (2008): Traumatische Lebensereignisse bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe. In: Seidler, H., Freyberger, H., J., Maercker, A. (Hrsg.): Trauma & Gewalt. 2. Jahrgang, Heft 4, 266-277.
- Kavemann, B. (2000): Kinder und häusliche Gewalt – Kinder misshandelter Mütter. In: Kindesmisshandlungen und -vernachlässigung. Interdisziplinäre Zeitschrift der DGgKV, 3. Jahrgang, Heft 2, S. 106-122.
- Kim, J. & Cicchetti, D. (2003): Social self-efficacy and behavior problems in maltreated and nonmaltreated children. In: Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32 (1), 106-117.
- König, K. (1993): Gegenübertragungsanalyse. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Krüger, A. (2007): Erste Hilfe für traumatisierte Kinder. Düsseldorf: Patmos Verlag.
- Krüger, A., Reddemann, L. (2007): Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie Für Kinder und Jugendliche. PITT-KID- Das Manual. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kühn, M. (2008): Wieso brauchen wir eine Traumapädagogik? Annäherung an neuen Fachbegriff. In: Seidler, G-H., Freyberger H. J., Maercker, A. (Hrsg.): Trauma & Gewalt. 2. Jahrgang, Heft 4, 318-327.
- Lackner, R. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Fachliche Hilfen für traumatisierte Kinder. Wien: Springer-Verlag.
- Lehmann, S. (2008). Grundlagen der Kinderpsychotraumatologie. Münster: Fach-Institut Für Angewandte Psychotraumatologie (FIFAP). Unveröffentl. Skript
- Lelord, F. (2007): Die Macht der Emotionen – und wie sie unseren Alltag bestimmen. München, Zürich: Piper.
- Levine, P. A., Kline, M. (2008): Verwundete Kinderseelen heilen. Wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können. München: Kösel-Verlag.

Lohmer, M. (2002): *Borderline- Therapie*. Stuttgart: Schattauer.

Ludäscher, P., Bohus, M., Lieb, K., Philipsen, A., Jochims, A., Schmahl, C. (2007): Elevated pain thresholds correlate with dissociation and aversive arousal in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 149 (1-3), 291-296.

Manly, J.T., Jungmeen, K.E., Rogosch, F.A., Cicchetti, D. (2001): Dimensions of child maltreatment and children`s adjustment: Contributions of developmentaltiming and subtype. In: *Development and Psychopathology*, 13 (4), 759-782.

Masten, C.L., Guyer, A. E., Hodgdon, H.B., McClure, E.B., Charney, D.S., Ernst, M. et al. (2008): Recognition of facial emotions among maltreated children with high rates of post-traumatic stress disorder. In: *Child Abuse & Neglect*, 32 (1), 139-153.

McEwen, B.S. (2000): The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. In: *Brain Research*, 886 (1-2), 172-189.

Meltzer, H., Lorbin, T., Gatward, R. Goodman, R., Ford, T. (2003): *The mental health of young people looked after by local authorities in England: Summaryreport*. London: The Stationery office.

Muller, R.T., Lemieux, K. E, Sicoli, L.A. (2001): Attachment and psychopathology among formerly maltreated adults. *Journal of Family Violence*, 16 (2), 151 -169.

Münder, J., Mutke, B., Schone, R. (2000): *Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln in Kinderschutzverfahren*. Münster: Votum.

Otto, H.- U. ,Thiersch, H. (2001): *Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik*. Neuwied: Luchterhand.

Overkamp, B. (2002): Erfolgreiche Diagnostik dissoziativer Symptome und Störungen. In: Sachsse, U., Özkan, Ö., Streeck- Fischer, A. (Eds.). *Traumatherapie - Was ist erfolgreich?* 13-27, Göttingen: Vandenhoeck &

- Ruprecht.
- Öttl, A. (2008): Traumatisierte Kinder in der Sozialen Arbeit. Theoretische Grundlagen und pädagogische Interventionen am Beispiel eines Handlungskonzeptes für Wohngruppen der Jugendhilfe. Saarbrücken: VDM Verlag.
- Peichl, J. (2007): Die inneren Trauma- Landschaften: Borderline, Ego-State, Täter- Introjekt. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Petermann, F., Petermann, U. (2007): Training mit Jugendlichen. Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten. Göttingen: Hogrefe.
- Pohnke, D. (2003): Sozialpädagogische Möglichkeiten und Erfahrungen im Umgang mit cannabiskonsumierenden jungen Menschen in stationärer Jugendhilfe. Diplomarbeit an der Berufsakademie Stuttgart: Grin.
- Polnay, L., Glaser, A.W., Dewhurst, T. (1997): Children in residential care; what cost? In: Archives of Disease in Childhood; 77 (5), 394-395.
- Racker, H. (1988): Übertragung und Gegenübertragung: Studie zur psychoanalytischen Technik. München, Basel: E. Reinhard.
- Remschmidt, H., Schmidt, M., Poustka, F. (Hrsg.) (2001): Multiaxiales Klassifikations-Schema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD 10 mit DSM- IV (4. Aufl.). Bern: Huber.
- Riedesser, P. (2003): Entwicklungspsychopathologie von Kindern mit traumatischen Erfahrungen. In: Birsch K.-H., Hellbrügge Th. (Hrsg.): Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 160-171.
- Rutter, M. (1989): Isle of Wight revisited: Twenty-five years of child psychiatric epidemiology. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28(5), 633-653.
- Rygaard, N.P. (2006): Severe Attachment Disorder in Childhood: A Guide to practical Therapy. Wien: Springer.

Sartorius, A., Schmahl, C. (2007): Bispectral index monitoring during dissociative pseudo-seizure. In: The World Journal of Biological Psychiatry, 12, 1-3.

Scheuer-Englisch, H. (2002): Auswirkungen traumatischer Erfahrungen auf das Bindungs- und Beziehungsverhalten. In: Stiftung „Zum Wohl des Pflegekindes“ (Hrsg.): 1. Jahrbuch zum Pflegekinderwesens. Schwerpunktthema: Traumatisierte Kinder (3. Aufl.). Idelstein, 66-84.

Schleiffer, R. (2007): Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung (3. Aufl.). Weinheim, München: Votum.

Schmid, M. (2008): Entwicklungspsychopathologische Grundlagen einer Traumapädagogik. In: Seidler, G-H.; Freyberger H. J., Maercker, A. (Hrsg.): Trauma & Gewalt. 2. Jahrgang, Heft 4, 288-309.

Schmid, M., Wiesinger, D., Lang, B., Jaszkowic, K., Fegert, J. M (2007): Brauchen wir eine Traumapädagogik? Ein Plädoyer für die Entwicklung und Evaluation von traumapädagogischen Handlungskonzepten in der stationären Jugendhilfe. In: Kontext, 38 (4), 333-356.

Schmid, M., Fegert, J.M. (2008): Editorial. In: Seidler, G-H.; Freyberger H. J., Maercker, A. (Hrsg.): Trauma & Gewalt. 2. Jahrgang, Heft 4, 257-259.

Schmidt, M. H., Petermann, F. Maesenaere, M., Knab, E., Schneider, K., Hölzl, H. (2002): Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe (Vol. 219). Stuttgart: Kohlhammer.

Schone, R., Glintzel, U., Jordan, E., Kalscheuer, M., Münder, J. (1997): Kinder in Not. Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit. Münster.

Schubbe, O. (Hrsg.) (2004): Traumatherapie mit EMDR: Ein Handbuch für Die Ausbildung. Göttingen.

StGB VIII (2003). In: Familienrecht (8. Aufl.). München: Beck-Texte im dtv.

- Sparccarelli, S., Fuchs, C. (1998): Kognitive Bewertung und Coping bei sexuellen Missbrauch an Kindern. In: Amann/ Wipplinger (Hrsg.), S. 287-309.
- Spitz, R. (1967): Vom Säugling zum Kleinkind: Naturgeschichte der Mutter - Kind- Beziehung im ersten Lebensjahr. Stuttgart: Klett.
- Statistisches Bundesamt (2006): Inobhutnahmen fast unverändert. Pressemitteilung Nr. 351 vom 30.08. 2006, URL: www.destatis.de.
- Stimmer (2000): Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit (4. Aufl.). München, Wien: Oldenbourg Verlag.
- Uttendörfer (2008): Traumazentrierte Pädagogik. Von der Entwicklung der Kultur eines „Sicheren Ortes“. In: Unsere Jugend, 60. Jahrgang, S. 50-65. München, Basel: Ernst-Reinhard-Verlag.
- Thomä, H., Kächele, H. (1985): Lehrbuch der psychoanalytischen Theorie. Band 1: Grundlagen. Berlin, Heidelberg, New York.
- Van der Kolk, B.-A., MC Farlane, A.-C., Weisaeth L. (Hrsg.) (2000): Traumatic Stress: Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischen Stress sowie Therapie. Paderborn: Jungfermann.
- Van Ijendoorn, M.H. & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1996): Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: a meta-analytic search for normative data. In: Journal of Consulting & Clinical Psychology, 64 (1), 8-21.
- Van Ijendoorn, M.H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1999): Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. In: Development and Psychopathology, 11 (2), 225-249.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2002): Fachlexikon der Sozialen Arbeit. Frankfurt am Main: Eigenverlag.

Weiß, R. (2005): Trauma und Musiktherapie-Ansätze und Wege in der (musik-) therapeutischen Behandlung psychisch traumatisierter Menschen. Diplomarbeit am Institut Musiktherapie der UdK- Berlin.

Weiß, W. (1999): Zwischen Unwissenheit und Überforderung? Über Belastungsfaktoren von Pädagoginnen im Umgang mit traumatisierten Mädchen und Jungen in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe. Diplomarbeit am Fachbereich Erziehungswissenschaften der Johann Wolfgang Goethe-Universität. Frankfurt a. M.

Weiß, W. (2008): Wie kann man Philipp beim Suchen helfen? Die Unterstützung von Selbstbildung – eine pädagogische Chance zur Bewältigung chronischer und Kumulativer traumatischer Erlebnisse. In: Seidler, G.-H., Freyberger H., J., Maercker, A. (Hrsg.): Trauma & Gewalt, 2. Jahrgang, Heft 4, 328-336.

Weiß, W. (2008): Phillip sucht sein Ich: Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen (4. überarb. Aufl.). Weinheim, München: Juventa Verlag.

Wieland, N., Marquardt, U., Panhorst, H., Schlottmann, H.-O. (1992): Ein Zuhause - kein Zuhause. Lebenserfahrungen und -entwürfe heimentlassener junger Erwachsener. Freiburg.

Wyatt, G. E., Newcomb, M. (1990): Internal and external mediators of women's sexual abuse in childhood. In: Journal of Consulting & Clinical Psychology, 58 (6), 758-767.

Ziegenhain, U. (2009): Frühe Bindungserfahrungen und Trauma. In: Seidler, G-H., Freyberger, H.J., Maercker, A.: Trauma & Gewalt. 3. Jahrgang, Heft 2, 136-145.

Onlinequellen

- http://www.upkbs.ch/data/forschung_lehre/forschung_kjpk/workshop_trauma_bildungpaedagogik.pdf (Stand 30.06.2009).
- Statistisches Bundesamt (2004). 20% der Heimerziehung endet mit einem Abbruch. Pressemitteilung vom 29.12.2004, retrieved. From www.destatis.de/presse/deutsch/pm2004/p5520082.htm
- <http://www.experimentalpsychologie.de/page16.html> (Stand 11.07.2009).
- <http://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/entwicklungswissenschaft/epp/index.html> (Stand: 14.07.2009).

Anhang

Anhang A: Bindungsstile

Tabelle 7: Bindungsstile

Bindungsstile	Bei Einjährigen vorfindbar in Prozent	Verhalten in der „Fremden Situation“
<i>Sicher gebunden</i>	60 -70 %	In der ungewohnten Situation zunächst neugierig, aufgereggt bei Trennung, warme Begrüßung bei der Rückkehr der Mutter, strebt nach Berührung und Trost beim Wiedersehen.
<i>Unsicher vermeidend</i>	15 -20 %	Ignoriert anwesende Mutter, folgt der Mutter mit den Augen; wenn sie das Zimmer verlässt; wendet sich bei Wiedersehen von ihr ab.
<i>Unsicher ambivalent</i>	10 -15 %	Wenig Neugier; bleibt in der Nähe der Mutter; sehr verzweifelt bei Trennung; ambivalent oder wütend und wehrt sich gegen die Mutter beim Wiedersehen.
<i>Desorganisiert/ desorientiert</i>	5 – 10%	Gleichzeitigkeit oder schnelle Aufeinanderfolge von Annäherung und Meiden der Mutter; verwirrt und benommen; dissoziative Zustände

Entnommen aus: Huber 2007, S. 90f.

Fremde Situation:

Die Bindungsrepräsentationen werden in der so genannten „Fremd Situation“ festgestellt. Sie dient dazu das Bindungsverhalten von 12-18 Monate alten Kindern festzustellen. In der „fremden Situation“ werden die Mutter (oder eine andere Bezugsperson) und das Kleinkind in einen für sie fremden Raum gebracht. In diesem Raum liegt interessantes Spielzeug herum. Eine fremde Person betritt nach einer Weile den Raum und spricht nach einigen Minuten die Mutter an. Die Mutter verabschiedet sich auf ein Klopfzeichen hin kurz von ihrem Kind und verlässt den Raum. Nach kurzer Zeit macht die fremde Person dem Kleinkind ein Trost- und Mitspielangebot. Danach betritt die Mutter wieder das Zimmer und die fremde Frau verlässt den Raum. Die Mutter verlässt nach weiteren Minuten erneut das Zimmer, diesmal wortlos, und kehrt nach spätestens drei Minuten zu ihrem Kind zurück. Die Interaktion von Mutter und Kind wird per Videokamera aufgezeichnet und später von Experten ausgewertet (vgl. Huber 2007, S. 91).

Anhang B: Flashbacks

Flashbacks minimieren und beenden

1) Möglichkeiten im Aufnahmeprozess

1.1 *Die Dynamik von Rückblenden erklären*

1.2 *Die für jedes Kind individuellen Auslöser der Rückblenden erfragen:*

- *Was macht Dir Angst? Was magst Du nicht, und was ist besonders schlimm?*
- *Welche Farben, Gerüche und Geräusche findest Du schrecklich?*
- *Welche Kinder findest Du unerträglich? Was an dem jeweiligen Kind?*
- *Welche Mitarbeiter kannst Du schwer ertragen? Welche Verhaltensweisen jeweils?*
- *Welche Stelle des Hauses findest Du sehr unangenehm? Was daran?*
- *Welches Essen findest Du schrecklich?*
- *Welche anderen Situationen können schwierig werden?*

1.2.1 *Bitte das Mädchen/den Jungen, in eine Umrisszeichnung seines Körpers diejenigen Stellen einzuzeichnen, an denen sie/er*

- *Nur von bestimmten Personen*
- *Nur nachdem es gefragt wurde*
- *Auf keinen Fall berührt werden möchte.*

Notiere die Ergebnisse in einer für alle Bezugspersonen des Kindes zugänglichen Akte (vgl. Weiß 2008, S. 154).

2) **Stoppsignal:** Das Stoppsignal soll helfen kritische Interaktionssituationen zu unterbrechen. Es gibt zwei Varianten: zum einem für die Klienten und zum anderem für die professionellen Helfer (vgl. Lehmann 2008, S. 29).

- **Stoppsignal für Kinder:** Hierbei geht es um die Verabredung zu einem gestischen (nonverbalen) Signal (z.B. einer Hand), mit dem das betroffene Kind jeden Mitarbeiter und andere Bewohner jederzeit stoppen kann. Diese Vereinbarung ist daher so wichtig, weil in Stresssituation die Sprache oft versagt. Das Kind sollte bei dieser Methode die Geste im Vorfeld mehrmals ausführen, damit sich diese zum einem im Körpergedächtnis verankert und zum anderem im Kontakt mit dem Kind auch sicher von normalen Alltagsgesten unterschieden werden kann. Setzt das Kind in Situationen diese Geste ein muss darauf sofort und unbedingt mit der Unterbrechung des Gesche-

hens reagiert werden. Es sollten zunächst keine Fragen gestellt werden, die das Stoppsignal hinterfragen: „*Damit führt man es genau an die Belastung heran, die es mit Hilfe des Stopps abzuwenden versucht hat!*“ (Lehmann 2008, S. 29)

- **Stoppsignal für Helfer:** Hier wird das Stoppsignal vom professionellen Helfer genutzt, um in Überforderungssituationen des Kindes eingreifen zu können. Das Kind sollte darüber informiert werden, dass es immer dann mit einem deutlichem „Stopp“ unterbrochen wird, wenn der Pädagoge den Eindruck gewinnt, dass das Kind unter massivem Stress steht und eine Zunahme von Symptomen zu beobachten ist. Ziel dieser Herangehensweise ist es, triggernde Aktivitäten bzw. re-traumatisierende Situationen für das Kind abzukürzen oder im Idealfall gänzlich zu vermeiden. Das Kind muss im Vorfeld aufgeklärt werden, dass es unmittelbar nach dem Eingreifen des Pädagogen seine Aktivität zu unterbrechen hat und den weiteren Anweisungen des Pädagogen folgen soll (z.B. einen Spaziergang gemeinsam mit dem Pädagogen unternehmen). Dem Kind sollte bei dieser Übung deutlich gemacht werden, dass es sich hier nicht um eine Strafe, sondern eine Schutzmaßnahme handelt. Sofern dieses Stoppsignal während einer Gruppenaktivität Anwendung findet, ist es günstig nach diesem Stopp Tätigkeiten durchführen zu lassen, an denen sich alle Kinder beteiligen können (vgl. ebd., S. 29f).

Anhang C: Dissoziation erkennen und unterbrechen

Pädagogen, die mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen arbeiten sollten Dissoziation erkennen und unterbrechen lernen. Bei der posttraumatischen Dissoziation können zwei Prototypen (bzw. Extremtypen) von einander unterschieden werden⁵² (vgl. Lehmann 2008, S. 31):

1. Ähnlich wie es während der traumatischen Situation der Fall gewesen ist geht das Kind hier in eine **schützende und subjektiv entlastende Dissoziation** hinein. Diese Dissoziation kann als „gar nichts spüren“ oder eine Art „friedlicher Primärzustand“ erlebt werden. Charakteristisch zeigt sich dieser Typ der Dissoziation oftmals durch einen Tunnelblick, betroffene Kinder wirken dann wie „weggetreten“.
2. Bei diesem Typ der Dissoziation geht das Kind in eine **subjektiv belastende Dissoziation** hinein und rutscht somit in ein traumatisches Erleben ab (hier spricht man auch von einem dissoziativen Flashback). Das Kind zeigt charakteristische Anzeichen des Nacherlebens traumatischer Inhalte wie Weinen, zusammenhangslos wirkende Sprachausdrücke, Schreien, Abwehrbewegungen, Freezing oder Gewaltausbrüche mit einem vollständigen Verlust der Impuls- und Realitätskontrolle (vgl. ebd., S. 31f).

Gemeinsam ist allen dissoziativen Zuständen, dass Kinder und Jugendliche nicht mehr auf normale Ansprachen reagieren. Alle Techniken, welche die Aufmerksamkeit der Betroffenen wieder nach außen ins Hier und Jetzt oder auf andere innere Bilder lenken können, sind für die Beendigungen akuter Dissoziationssituation geeignet (vgl. Baierl 2008, S. 232). Einige, für den Heimalltag praktikierbare Techniken werden folgend vorgestellt (vgl. Lehmann 2008, S. 31ff):

1. **Situation mit deutlicher und klarer Stimme unterbrechen:** z.B.: *„Hallo Mareike, ich bin [...]. Es ist jetzt Samstag der 20. März 2007, und Du bist hier in [...]. Ich habe gerade den Eindruck, Du bist in einer früheren Situation und nicht hier in der Gegenwart. Das ist überhaupt nicht gut. Ich werde nun probieren Dich da raus zu holen“* (ebd., S. 32). Diese Art der Ansprache reicht oftmals aus um betroffene Kinder wieder zu reorientieren.

⁵² Dazwischen liegen verschiedenste Mischtypen beider Dissoziationstypen.

2. **Unterbrechen und Irritieren:** Diese Technik basiert darauf starke Reflexe, starke Affekte oder den Widerspruch des Kindes aufzulösen.
- **Ablenkstrategie:** Zum Beispiel ein Lied vorsingen und zum Mitsingen animieren, Fragen stellen nach Uhrzeit und Datum oder Dingen, die das Kind normalerweise besonders interessieren, Gedichte laut vortragen und dabei besonders betont zitieren.
 - **Wecken von Begehrlichkeiten:** zum Beispiel Gummibärchen oder Schokolade dem Kind anbieten oder gegebenenfalls vor dem Kind genussvoll „naschen“.
 - **Gegenstände zu Boden fallen lassen:** das können Kugelschreiber, Papier oder alle anderen kleineren Gegenstände sein. Sie sollten in der Nähe des Kindes zu Boden gehen.
 - **Attraktive oder aversive olfaktorische Reize anbieten:** Um das Kind in das Hier und Jetzt zu locken eignen sich individuell angenehm erlebte Düfte (z.B. Lemongrass). Falls diese keine Wirkung zeigen, ist es ebenfalls möglich zu aversiven und strengeren Düften zu greifen.
 - **Akustische Reize anbieten:** Als vorteilhaft haben sich hier rhythmische Klänge, die „in die Beine gehen“ bewahrt. Nicht geeignet sind hingegen Instrumentalmusik, esoterische Klänge oder Techno, da diese die Dissoziation vertiefen können. Alternativ kann vorab vereinbartes akustisches Signal wie das Schlagen eines Gongs oder das Klingeln eines Glöckchens weiterhelfen (vgl. ebd., S.31ff).

Zeigt das Kind eine Reaktion auf eine der vorgestellten Interventionen (z.B. Blinzeln, kurzer Blickkontakt oder unwirsche Handbewegungen) sollte der Kontakt sofort energisch enger gemacht werden. Richtet sich das betroffene Kind daraufhin zum Helfer aus, kann als nächster Schritt eine „**Beziehung in die Gegenwart**“ (ebenda) hergestellt werden. Hier können Sätze wie: „*Schön, dass Du wieder da bist!*“ oder „*Mareike, Du weißt wieder, wer ich bin und wo Du bist, ja? Dann sag mir mal, wo wir jetzt gerade sind [...]*“ (ebd., S. 33) wirksam sein. Ist das Kind wieder in der Gegenwart angekommen kann ein **Ort- oder Themenwechsel** die Aufmerksamkeit auf ein völlig anderes Thema lenken. Professionelle Helfer sollten mit Beendigung der Situation keinesfalls den vorherigen Zustand ansprechen, da Betroffene möglicherweise erneut in die Dissoziation abrutschen könnten.

Anhang D: Stufen der Validierung

I

Tabelle 8: Sechs Stufen der Validierung

Sechs „Stufen der Validierung“
<p>V 1: Aufmerksamkeit: Der Pädagoge ist zugewandt und wach, er fragt nach und hütet sich vor Bewertungen. Außerdem stellt er das Gesagte in einen Gesamtkontext des Kindes. (Beispiel: <i>„Wann genau hast Du Ihn gesehen? Du kanntest Ihn doch schon von früher, sah er diesmal anders aus? ...“</i>)</p>
<p>V 2: Genaue Reflexion: Der Pädagoge akzeptiert den Standpunkt des Kindes bzw. Jugendlichen als gegeben und vermittelt ihm, was er selber verstanden hat. (Beispiel: <i>Soweit ich das jetzt verstanden habe sahst Du in dem Moment keine andere Lösung, als ihn nach Hause zu begleiten?“</i>)</p>
<p>V 3: Aussprechen von nicht Verbalisierten (mind reading): Hier spricht der Pädagoge Gedanken, Emotionen oder auch Handlungsentwürfe aus, welche das Kind selbst nicht ausspricht. (Beispiel: <i>Ich könnte mir vorstellen, dass Du in dem Moment schon Angst verspürt hast. Wenn ich mich da hineinversetze könne ich mir vorstellen, dass Du Dich im nachhinein sehr schlecht gefühlt hast?.....</i>)</p>
<p>V 4: Validierung im Sinne vergangener Lebenserfahrungen: Der Pädagoge bezieht die gegenwärtigen Reaktionsmuster auf frühere Lebenserfahrungen des Kindes. Dies ist aber nur möglich, wenn das Kind sich bereits geöffnet hat und der Pädagoge die Lebensumstände gut genug kennt. (Beispiel: <i>„Bei dem was Du das letzte Mal bei einem Treffen mit einem Jungen/Mädchen erlebt hast, ist es doch verständlich, dass Du nun eine gewisse Angst empfindest.“</i>)</p>
<p>V 5: Validierung im Sinne des gegenwärtigem Schemas: Der Pädagoge betont in dieser Stufe, dass die jeweilige Sichtweise des Kindes subjektiv stimmig ist. (Beispiel: <i>Nun wenn Du davon ausgehst, dass sie/er Dich wieder so schlecht behandelt wird wie XY, kann ich verstehen, dass Du so schnell die Flucht ergriffen hast.“</i>)</p>
<p>V 6: Radikale Echtheit: Der Pädagoge behandelt das Kind/ den Jugendlichen so, wie er möchte, dass andere Menschen ihn selbst, sein Kind/Bruder etc. in einer Beratungssituation behandeln. Das Kind wird als ressourcenreich, und dem Alter entsprechend kompetente Person, ernst genommen. Dabei ergibt sich die Authentizität eben aus dieser Anerkennung. Wobei die spezifische Problematik des Gegenübers nicht übersehen werden darf (Beispiel: <i>Ich nehme an, dass Du Ihn/Sie eigentlich sehr gerne magst und nicht mehr davon laufen möchtest, sondern Deine Angst im Griff haben willst.“</i>)</p>

Vgl. Bohus, 2002, S. 65f.

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere an Eides statt durch meine Unterschrift, dass ich die vorstehende Diplomarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt und alle Stellen, die ich wörtlich oder annähernd wörtlich aus Veröffentlichungen entnommen habe, als solche kenntlich gemacht habe. Ebenso habe ich mich auch keiner anderen als der angegebenen Literatur oder sonstiger Hilfsmittel bedient. Die Arbeit hat in dieser oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungskommission vorgelegen.

Hamburg, den 23. Juli 2009

Annika Frijia