

Fachhochschule Koblenz
FB Soziale Arbeit
Studiengang: BASA-Online

Modul:

Theorieprojekt

Thema:

Traumapädagogik in familienanalogen Einrichtungen der stationären Jugendhilfe

Vorgelegt von: Jörg Harder
In der Höll 9
53937 Schleiden
joerg@hardmedia.de
14. April 2011

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Begriffsbestimmungen	2
3	Grundlagen Trauma / Psychotraumatologie (Kinder & Jugendliche)	3
3.1	Trauma.....	3
3.1.1	Geschichtliche Entwicklung	3
3.1.2	Traumaformen.....	4
3.1.3	Entstehung von Trauma	5
3.1.4	Folgen von Trauma	6
3.2	Neurobiologische Grundlagen psychischer Traumatisierung	8
3.3	Traumatherapie.....	10
4	Traumapädagogik in stationären Settings der Jugendhilfe.....	11
4.1	Heranführung an den Begriff	11
4.2	Die Pädagogik des „sicheren Ortes“	12
4.3	Biographiearbeit.....	14
4.4	Unterstützung der Selbstbildung/Selbstbemächtigung.....	15
4.5	Körperselbst und Körperbild	17
5	Gesonderter Blick auf familienanaloge Settings.....	17
6	Spezielle Anforderungen an die PädagogenInnen und Unterstützungsmöglichkeiten ...	19
6.1	Übertragungen / Gegenübertragungen.....	20
6.2	Sekundäre Traumatisierungen	20
6.3	Selbstfürsorge	21
7	Was ist mit den leiblichen Kindern im System?.....	22
8	Zusammenfassung & Ausblick.....	24

1 Einleitung

Seit fast sechs Jahren betreue ich mit meiner Frau neben einem weiteren Kind ein mittlerweile 11jähriges Mädchen in unserer familienanalogen Projektstelle nach §27 i.v.m. §34 SGB VIII. Dieses Kind erlitt in seiner frühesten Kindheit komplexe Traumatisierungen. Mit herkömmlichen Methoden der pädagogischen Praxis sind diese Kinder und Jugendliche meist nicht oder mitunter nur sehr schwer zu erreichen, häufig sprengen sie das (Fach-)Familiensystem. Von daher liegt mir die relativ neue Disziplin der Traumpädagogik sehr nahe und habe diese daher hier zum Fachthema erwählt. Neben den Möglichkeiten und Grenzen der Traumaforschung / Traumapädagogik in stationären Settings der Jugendhilfe (hier: familienanaloge Wohnform) soll am Rande der Aspekt der leiblichen Kinder im Familiensystem untersucht werden, die einen nicht unwesentlichen Teil der Arbeit leisten. Brauchen die eigenen Kinder nicht auch besondere Unterstützung wie die meist in einem guten Netzwerk arbeitenden Professionellen?

Die vorliegende Arbeit beleuchtet die aktuellen Entwicklungen in Bezug auf die Traumaforschung und Traumapädagogik im Allgemeinen um dann zusätzlich auf familienanaloge Settings einzugehen und hier die Möglichkeiten und Grenzen der Trauma-orientierten Pädagogik zu eruieren. Des weiteren soll einerseits die Rolle und auch die spezielle Belastung der leiblichen Kinder im Familiensystem kurz betrachtet werden.

Im Folgenden soll nach einer Begriffsbestimmung auf die Grundlagen der Entstehung von Traumata und die neurobiologischen Veränderungen eingegangen werden um dann die Ansätze der Traumapädagogik insbesondere in Bezug auf stationäre bzw. familienanaloge Settings vorzustellen. Anschließend werden die Wirkungen der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen speziell bezogen auf die vor Ort beteiligten PädagogInnen untersucht und es wird versucht denkbare Analogien für die eigenen Kinder im System zu finden.

Eine Zusammenfassung und mögliche Ansätze für aktuelle traumapädagogische Konzepte wie auch Ideen der Unterstützung der leiblichen Kinder im Familiensystem runden den Diskurs ab.

*Wer mit traumatisierten Menschen arbeitet,
muss drei Dinge unbedingt beherzigen:*

Erstens: Gut essen,

Zweitens: Viel feiern,

Drittens: Wütend putzen.¹

¹ Verfasserin: Verona Engel. In: Lang, B (2009) S. 211

2 Begriffsbestimmungen

Trauma

Der Begriff des Traumas ist vom griechischen Wort „τραυμα“ abgeleitet, was analog „Verletzung“ oder „Wunde“ bedeutet. Ursprünglich aus der Medizin stammend, wird unter einem Trauma eine Verletzung eines Körpers durch Gewalteinwirkung von außen verstanden. Es kann sich einerseits um körperliche Verletzungen wie z.B. durch einen Unfall handeln, dann spricht man von einem medizinischen Trauma, oder um seelische Störungen z.B. infolge eines erschütternden Ereignisses was dann genau genommen ein Psychotrauma beschreibt.² Im Folgenden wird der Begriff Trauma dem Psychotrauma gleichgesetzt.

*„Trauma bedeutet Verletzung. Traumatisierte Menschen werden mit der Erfahrung konfrontiert, in einer belastenden Situation schutzlos, ohnmächtig und hilflos anderen Menschen oder Ereignissen (Gewalttäter, Krankheit, Krieg etc.) ausgeliefert zu sein [... d.Verf.] Bei Kindern und Jugendlichen können traumatische Erfahrungen physische und psychische Verletzungen hervorrufen, die den Entwicklungs- und Sozialisationsprozess nachhaltig beeinträchtigen“.*³

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Eine PTBS ist eine psychische Störung, die nach der ICD-10⁴ unter F 43.1 diagnostiziert wird, wenn innerhalb eines halben Jahres nach dem Erleben eines Traumas wiederholt Erinnerungen (Wiedererleben des Ereignisses) an das auslösende Erlebnis erscheinen, die als belastend und nicht kontrollierbar empfunden werden.⁵

Psychotraumatologie

Die Psychotraumatologie ist ein eigenständiger Teil der Psychotherapie. Erforscht werden psychische Traumata, ihre Auswirkungen auf die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten, sowie Auswirkungen auf psychische und psychosomatische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten und die mögliche Therapie.⁶

Traumapädagogik

In den letzten Jahren entwickelte sich eine „neue“ Fachrichtung der Pädagogik, die Elemente der Psychotraumatologie, der Pädagogik und der Traumatherapie vereint – die Traumapädagogik. Ursprünglich in der stationären Jugendhilfe etabliert, erweitern sich

² Madler, C; Jauch, KW; Werdan, K; Siegrist, J; Pajonk, FG (2005) S. 847

³ Krall, H (2007) S. 7f

⁴ ICD-10 = "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems", 10. Revision; Klassifikations-system der WHO (World Health Organization)

⁵ Esser, G (2008) S. 464

⁶ Fischer, G; Riedesser, P (2009) S. 17

mittlerweile die Anwendungsbereiche auch auf die Primärerziehung, Bildung und Behindertenhilfe.⁷

Familienanaloge Einrichtungen der stationären Jugendhilfe

Hilfe zur Erziehung von Kindern und Jugendlichen nach §27 i.v.m. §§ 33-34 SGB VIII in einer sonstigen betreuten Wohnform in einem familiären Kontext. Die BetreuerInnen sind pädagogisch ausgebildete Fachkräfte.

3 Grundlagen Trauma / Psychotraumatologie (Kinder & Jugendliche)

3.1 Trauma

3.1.1 Geschichtliche Entwicklung

Traumatische Erfahrungen in Folge von Erlebnissen wie (Natur-)Katastrophen, Krankheit, Not, gewaltsamen Auseinandersetzungen (Krieg), Gewalterfahrungen sind eng mit dem Leben verknüpft und nicht unbedingt spezifisch menschlich zu manifestieren. Auch im Tierreich sind traumatische Erfahrungen untersucht und dokumentiert.⁸ Diese überwältigenden Ereignisse, die mit den klassischen Mechanismen wie Abwehr und Flucht nicht abzuwenden sind, überfordern Psyche und Körper, so dass man davon ausgehen kann, dass es schon immer Techniken für den Umgang gegeben haben muss.⁹ Dieser Aspekt wird in Kapitel 3.2 neurobiologisch näher eruiert.

Trauma-Erfahrungen wurden schon im 19. Jahrhundert neurobiologisch beschrieben, wobei derzeit unklar blieb, ob es sich um eine organische Erkrankung, eine psychische Störung, Simulation oder eine hysterische Reaktion handelte.¹⁰

Lange Zeit war das Thema Trauma im Zwiespalt zwischen Stillschweigen und Offenbarung, d.h. die belastenden Ereignisse wurden verdrängt, die Gewalttaten verleugnet. Ein Offenlegen der Geschehnisse ging oft einher mit dem (eine eigene „Schwäche“ zugebenden) Zugeständnis, einer Situation nicht gewachsen gewesen zu sein. Olbricht beschreibt dies folgendermaßen und geht noch einen Schritt weiter: *„Je tabuisierter die Gewalt ist, desto größer ist die ethisch-moralische Brisanz einer Aufdeckung, und desto schwieriger ist es um die gesellschaftliche und wissenschaftliche Anerkennung bestellt“*.¹¹

⁷ Bausum, J; Besser, L; Kühn, M; Weiß, W [Hrsg.] (2009) S. 8f

⁸ Olbricht, I (2004) S. 14

⁹ a.a.O. S. 14

¹⁰ a.a.O. S. 16

¹¹ a.a.O. S. 15

Erst die unvorstellbaren Ereignisse des Ersten Weltkrieges machten ein Wegschauen und kollektives Verdrängen quasi unmöglich, die Überlebenden kehrten zum Teil mit eklatanten Kriegsneurosen nach Hause zurück. Die „Kriegszitterer“ („Granaten-Schock-Syndrom“) waren gezeichnet von heftigen motorischen Störungen nach tagelangem Granatbeschuss. Bis zum Ende des ersten Weltkrieges geht man von ca. 200.000 deutschen Soldaten mit diesem Syndrom aus, es kam zur ersten klinischen Diagnose einer „Massentraumatisierung“.¹² Im darauf folgenden Zweiten Weltkrieg zeigte sich im Holocaust mit dem Unvorstellbaren was Menschen sich gegenseitig angetan haben, das auffällige Phänomen der Dissoziation in großem Maße.¹³ Die folgenden Kriege wie der Korea- und Vietnamkrieg brachten auch wieder eine große Zahl an Auffälligkeiten bei Kriegsveteranen hervor. Zu dieser Zeit war die Traumaforschung immer noch in den Kinderschuhen, einzig die bis dato durch ihre große Zahl vorherrschenden „Kriegsneurosen“ wurden wissenschaftlich untersucht. Erst im Jahre 1980 wurde die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in der DSM-Klassifikation¹⁴ aufgenommen, in der ICD-Klassifikation¹⁵ erst im Jahre 1989 (ICD-10: F43.1).¹⁶ Durch den verstärkten Focus der Forschung auf die Kriegstraumatisierung und den Einfluss der Frauenbewegung (sexualisierte Gewalt) erlebte die Forschung einen starken Aufschwung. So nahm die Anzahl der Veröffentlichungen zu diesem Thema von ~50 (1982) bis auf ~500 (2002) zu.¹⁷ In Bezug auf Trauma bei Kindern und Jugendlichen gab es erst 1987 die erste Veröffentlichung, im Jahre 2002 annähernd 100, wobei deutschsprachige Beiträge davon weniger als 10% ausmachen.¹⁸

3.1.2 Traumaformen

Unterschieden wird nach Terr zwischen Typ-1 und Typ-2 Traumata. Zu Typ-1 Traumata zählen akute, meist unvorhersehbare Ereignisse wie z.B. ein Autounfall. Wiederholt auftretende Traumata werden als Typ-2 Traumata bezeichnet, wie z.B. jahrelanger sexueller Missbrauch. Die Folgen einer Typ-1-Traumatisierung sind meist Symptome einer PTBS, Typ-2-Traumatisierungen führen häufig zu wesentlich komplexeren Symptomen mit komorbiden Störungen.¹⁹

¹² Stahnisch F W (2009) S. 32

¹³ Olbricht, I (2004) S. 17

¹⁴ DSM = „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“; Klassifikationssystem der American Psychiatric Association

¹⁵ ICD-10 = „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“, 10. Revision; Klassifikationssystem der WHO (World Health Organization)

¹⁶ Remschmidt, H (2008) S. 261

¹⁷ Bezogen auf MEDLINE-Zitierungen zu PTSD oder Posttraumatic Stress Disorder. In: Landolt, M (2004)

¹⁸ Benzel, B (2006) S.2

¹⁹ Esser, G (2008) S. 464

3.1.3 Entstehung von Trauma

Nach Dilling ist Trauma ein „*belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde*“²⁰. Wichtig für die Klassifikation des Ereignisses ist das Vorhandensein der Gefühle wie Furcht, Hilfslosigkeit und Entsetzen.²¹

Traumata können nach Maercker erstens in menschlich verursachte / zufällige Traumata, zweitens in kurz- / langfristige Traumata und seit neuerem drittens in medizinisch bedingte Traumata eingeteilt werden (s. Tabelle 1 im Anhang).²²

Ein stark belastendes Ereignis ist nicht unbedingt ein Trauma, kann jedoch eine traumatisierende Wirkung entfalten. Erst durch die Reaktion des Menschen auf das Ereignis kann es zum Trauma kommen. Je enger die Beziehung ist, desto stärker ist man betroffen und umso jünger und abhängiger ein Mensch ist, desto belastender wirken sich traumatische Erlebnisse aus.²³ Lehmann hat daher folgende Traumaformel entwickelt:

$$\begin{array}{c}
 \text{Ein objektiv belastendes Ereignis,} \\
 \text{das außerhalb der üblichen} \\
 \text{menschlichen Erlebniswelt liegt} \\
 + \\
 \text{Das subjektive Erleben von absoluter} \\
 \text{Hilfslosigkeit, Ohnmacht, Entsetzen} \\
 \text{Verbunden mit Flucht- und Kampfpulsen} \\
 = \\
 \text{Psychische Traumatisierung}^{24}
 \end{array}$$

Nach Reddemann gelten, bezogen auf Kinder und Jugendliche, zusätzlich zu den von Maercker (s.o.) dargestellten Auslösern von Traumata auch folgende Ursachen:

- Seelisch kranke Eltern
- Medizinisch notwendige Gewalt (z.B. Festhalten beim Verabreichen einer Spritze)
- Traumatisches Geburtserleben
- Der Verlust einer nahen Bezugsperson, besonders im Kindesalter oder unerwartet
- Vernachlässigung in der Kindheit (körperlich, psychisch, emotional)
- Miterleben von (sexualisierter) Gewalt als Zeuge
- Miterleben anderer traumatischer Erlebnisse als Zeuge (z.B. als naher Angehöriger Miterleben wie jemand verunglückt)
- Konfrontation mit Traumfolgen als Helfer (hier: bezogen auf den Pädagogen, der mit dem traumatisierten Kind arbeitet. Sekundäre Traumatisierung)
- Das Zusammenleben als Kind mit Eltern, die Opfer schwerer Traumata waren (Sekundäre Traumatisierung, „second generation“ Phänomen)²⁵

²⁰ Vgl. Dilling et al. (2000) S.169 In: Esser, G (2008) S. 464

²¹ Esser, G (2008) S. 464

²² Maercker, A (2009) S. 15

²³ Benzel, B (2006) S.4

²⁴ Lehmann, S (2001) In: Benzel, B (2006) S. 4

²⁵ Reddemann, L (2006) S. 7ff

Kinder können zusätzlich von Ereignissen traumatisiert werden, die Erwachsene nicht für traumatisierend ersehen. So kann z.B. auch der Angriff eines Hundes, ein Fahrradsturz, hohes Fieber, im Kaufhaus verloren gehen oder der Verlust eines Haustieres traumatisierend wirken.²⁶

Ein typisches Kennzeichen einer traumatischen Situation ist eine komplette Überforderung der normalen Bewältigung von Stress-Situationen, diese neue Situation wird als existenziell bedrohlich empfunden. Wird ein Mensch so sehr überfordert, so reagiert er nur noch instinktiv, das Gehirn schaltet auf „Gefahrenabwehr“ um und reagiert mit den evolutionär-rudimentären Mechanismen: Flucht oder Kampf. Somit reagiert auch der Körper mit den entsprechenden Automatismen: Die Atmung wird schneller und flacher, die Pupillen weiten sich, Muskeln werden kontrahiert (Zittern) und auch sprachliche Fähigkeiten werden reduziert. Insbesondere bei kleinen Kindern können die Mechanismen Flucht oder Kampf nicht umgesetzt werden, hier kommt es nach Weinberg zu einer „Erstarrung“ oder „Täuschung“.²⁷ Das „Erstarren“ ist dem Totstellreflex von Tieren gleichzusetzen um der Situation zu entkommen. Ein möglicher Überlebensmechanismus kann auch sein, sich mit dem Täter zu identifizieren um das Ungeheuerliche besser aushalten zu können. Ein weiterer möglicher Bestandteil dieser „Täuschung“ kann auch eine Dissoziation sein, wo sich das Opfer der Situation insofern entzieht, indem das tatsächliche Erleben ausgeblendet wird. Emotionen werden nicht mehr gefühlt, der Körper nicht gespürt, die Sinnesorgane werden auf „stand-by“ gesetzt.²⁸

Bezogen auf Kinder und Jugendliche (und zum Teil auch Erwachsene) können sich diese nicht immer auf die Dissoziation „verlassen“, sondern es können Schuldstrukturen entwickelt werden, die die Möglichkeiten bieten, zumindest ein Gefühl unter Kontrolle halten zu können.²⁹ Beim Erleben von massiven Übergriffen können Kinder weder ein positives Selbstbild, noch den Glauben an ein eigenständiges Selbst entwickeln, es fehlt an Erfahrung von Kompetenz und Akzeptanz. Erwachsene werden weder als vertrauenswürdig, fördernd oder helfend gesehen noch können sich die Kinder selbst als liebenswert und kompetent akzeptieren.³⁰

3.1.4 Folgen von Trauma

Die Folgen traumatischer Erlebnisse machen sich bei Kindern und Jugendlichen anders bemerkbar als bei Erwachsenen. Bei Erwachsenen wird eine schon entwickelte

²⁶ Reddemann, L (2006) S. 9

²⁷ Weinberg, D (2005) S.40ff

²⁸ Benzel, B (2006) S.4f

²⁹ Herman, JL (2003) S.145

³⁰ Weiß, W (2009) S.42f

Persönlichkeit angegriffen, bei Kindern dagegen prägt und verformt wiederholtes Trauma das Individuum.³¹

Diese Folgen und Symptomatiken können unter drei Oberbegriffen zusammengefasst werden: *Übererregung, Wiedererleben und Vermeidung*.³²

Nach Scheeringa und Weinberg kann diese Symptomatik bezüglich Mädchen und Jungen folgendermaßen aufgeschlüsselt werden:³³

Übererregung

- Ein-, Durchschlafstörungen
- Angst vorm Ins-Bett-gehen
- Hyperaktivität (vgl. ADHS)
- Extreme Aggression und Ausagieren
- Neu auftauchende Ängste und Aggressionen
- Extreme Stimmungswechsel
- Extrem provozierendes Verhalten
- Keine Akzeptanz von Grenzen
- Aufmerksamkeit- und Konzentrationsstörungen
- Hypervigilanz (übertriebene Wachsamkeit)
- extreme Schreckhaftigkeit

Wiedererleben

- (verändertes) Spielen mit sich ständig wiederholenden traumabezogenen Inhalten, oft mit Symbolcharakter
- Wiederholte Erinnerung
- Unspezifische Alpträume
- Unspezifische oft permanente somatoforme³⁴ Reaktionen
- Reinszenierungen

Vermeidung

- Reduzierte allgemeine Reaktionsweise
- Eingeschränkte oder monotone Spielfähigkeit
- Sozialer Rückzug
- Eingeschränkte Bandbreite von Affekten
- Verlust bereits entwickelter Fähigkeiten oder Entwicklungsschritte (insbesondere bezogen auf Sauberkeit und Sprache) bleiben aus -> Regression
- Leben in Phantasiewelten/dissoziative Reaktionen
- Ständige Langeweile und Leere
- Vermeiden von Gedanken & Gefühlen

³¹ Herman, JL (2003) S.135

³² Siehe dazu auch: ICD-10-GM Version 2010; F43.1:

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/block-f40-f48.htm> (Abruf 17.05.2010)

³³ nach Scheeringa, u.a. (1995); Weinberg (2005) In: Benzel (2006) S. 10f

³⁴ „somatoform“ = Störungen erscheinen körperlich verursacht, sind es nach gegenwärtigem Wissenstand aber nicht.
aus: Morschitzky, H (2007) S.47

3.2 Neurobiologische Grundlagen psychischer Traumatisierung

Die Untersuchung neurobiologischer Vorgänge im Gehirn ist äußerst komplex und ständiger Weiterentwicklung durch die Fortentwicklung bildgebender Verfahren unterworfen. Im Folgenden beziehe ich mich auf den aktuellen Stand der Forschung und werde die Vorgänge in vereinfachter Form darstellen.

Sigmund Freud, seines Zeichens von Hause aus Neurobiologe und Neurologe, war einer der ersten Wissenschaftler, der davon ausging, dass das (menschliche) Gehirn aus untereinander verknüpften Neuronen besteht, welche komplexe Nervennetze bilden. Weiterhin vermutete er, dass die Art und Anzahl der Verknüpfungen ihre Funktion induzieren. Diese Annahme ließ sich jedoch zu dieser Zeit nicht neurobiologisch belegen, so dass dieser Forschungsansatz erst viel später wieder aufgegriffen wurde.³⁵

Seit sich in der aktuellen neurobiologischen Forschung Erkenntnisse wie die erfahrungsabhängige Neuroplastizität³⁶ und die nutzungsabhängige Bahnung neuronaler Verschaltungsmuster durchgesetzt haben, können damit Denk- und Verhaltensweisen auch biologisch erklärt werden.³⁷

Der Mensch lernt neue Wissensinhalte mittels des Hippocampus, diese werden dann bei Tiefschlafphasen aus dem Zwischenspeicher (=Hippocampus) in den Langzeitspeicher Großhirnrinde übertragen. Räumlich neben dem Hippocampus liegen die Mandelkerne (Amygdalae) wo die zur Erfahrung gehörigen Gefühle gespeichert werden und eine normalerweise enge Verknüpfung mit den Wissensinhalten gebildet wird.³⁸

Es wird deutlich, dass Erfahrungen und Erlebnisse (welche jeder Mensch unterschiedlich erlebt und verarbeitet) zu individuellen neuronalen Verankerungen führen, so also jeder Mensch aufgrund seiner persönlichen Erlebnisse, seiner persönlichen und ethnischen Konstitution, sehr unterschiedliche – sprich einzigartige – Symptomatiken entwickeln kann. So bildet jeder Mensch im Laufe seines Lebens einen mitunter reichhaltigen Fundus an Bewältigungsstrategien, neurobiologisch gesehen mehr oder weniger komplexe neuronale Verschaltungen. Werden diese Netzwerke oft und erfolgreich genutzt, so werden diese weiter ausgebaut. In frühen Lebensjahren erworbene Reaktionsmuster werden in den älteren und tiefer gelegenen Bereichen des Gehirns gebildet, da diese im Verlauf der Hirnentwicklung zuerst gebildet und gefestigt werden.

Die zuletzt gebildeten äußeren Bereiche sind wesentlich komplexer als die älteren und von daher auch bei schweren psychischen Belastungen sehr schnell übermäßig erregt

³⁵ Roth, G (2003) S. 28f

³⁶ Erfahrungsabhängige Neuroplastizität = Die Fähigkeit des Gehirns, durch Lernprozesse und Erfahrungen nichtgenutzte Verknüpfungen verkümmern zu lassen sowie neue und ständig genutzte Verbindungen auf-/auszubauen. Vgl: Wettig, G (2009) S. 14

³⁷ Hüther, G; Korittko, A; Wolfrum, G; Besser, L (2010) S. 19

³⁸ Reddemann, L; Dehner-Dau, C (2008) S. 32f

und können ihren Dienst versagen. Dann kommt es oft zu einem Rückfall zu alten, in der Kindheit erworbenen Verhaltensmustern, die in wesentlich stabileren wenn auch weniger komplexen Verschaltungen abgelegt sind. Werden auch diese bei z.B. traumatischen Erlebnissen über die Möglichkeiten gereizt, versagen auch diese Verhaltensmuster und eine Art Notfallprogramm, was im Hirnstamm verortet ist, übernimmt die Kontrolle. Die entsprechenden Verhaltensweisen sind dann: der Sympathikus-induzierte Angriff, wenn dies nicht möglich ist: die ebenfalls Sympathikus-induzierte Flucht, wenn auch dieses nicht möglich ist: die Parasympathikus-induzierte Erstarrung (Submission / Totstellreflex). In diesem Zustand sind die Funktionen des Hippocampus (Wahrnehmung, räumlich-zeitliche Einordnung) und des Frontalhirns (Assoziation) welche für die Speicherung eines Erlebnisses mit den dazugehörigen sensorischen Reizen zuständig sind, in der Funktion blockiert, auch das Sprachzentrum ist gestört. Es kommt damit zur fragmentarischen Abspeicherung von Details, die nicht in einen Zusammenhang gebracht werden können. Die entsprechenden neuronalen Netzwerke die in einem solchen Zustand gleichzeitig und extrem aktiviert werden, werden besonders stark miteinander verknüpft; umso intensiver je größer die Aktivierung der emotionalen Zentren ist. Es werden nach der Erkenntnis der erfahrungsabhängigen Neuroplastizität gerade hier starke Vernetzungen aufgebaut, die zusätzlich mit den vom limbischen System aktivierten Angstreaktionen, den Stammhirngesteuerten Körperreaktionen (Herzfrequenz, Blutdruck, Verkrampfung, Erstarrung) und den vom präfrontalen Cortex gesteuerten Gefühlen (Hilflosigkeit, Ohnmacht, Schuld, Unfähigkeit) zu einer „unheiligen Allianz“ verbunden werden.³⁹

Werden diese verkoppelten Netzwerke durch Schlüsselreize (Trigger) irgendeiner Ebene der komplexen Vernetzungen gereizt (so diese mit der traumatischen Erfahrung abgespeichert wurden), sei es durch sensorische Reize, Körperreaktionen oder Gefühle, so wird das gesamte verkoppelte System aktiviert und es kommt zu einem unkontrollierten Flashback.⁴⁰

Bei multiplen bzw. sequentiellen Traumatisierungen können einerseits die schon gebildeten Vernetzungen noch weiter ausgebaut und gefestigt werden, andererseits kommt es meist auch zu Neubildungen von Netzwerken und deren Verschaltung untereinander.⁴¹ Frühkindliche Traumatisierungen von Kindern haben noch weitaus tief greifendere Auswirkungen, diese manifestieren sich meist nicht in schon existierenden Strukturen, sondern beeinflussen direkt die Prozesse während der Hirnentwicklung. Das Fundament des Gehirns wird hier schon maßgeblich verändert und bildet die Grundlage für eine weitere Strukturierung des Gehirns. Hier besteht dann insbesondere bei sequentieller Traumatisierung die Gefahr, dass sich durch wiederholte Dissoziation in der

³⁹ Hüther, G; Korittko, A; Wolfrum, G; Besser, L (2010) S. 20ff

⁴⁰ a.a.O. S. 23

⁴¹ a.a.O. S. 24

Stresssituation autonome Muster bilden, die letztendlich zu eigenständigen Teilidentitäten der betroffenen Person führen können (=dissoziative Identitätsstörung).⁴²

Neuere Erkenntnisse gehen davon aus, dass das Gehirn durchaus in der Lage ist, sich wesentlich stärker zu restrukturieren, als bisher angenommen. Die entstandenen Vernetzungen können zeitlebens zu neuen Nutzungsmustern umgeformt werden, wenn es auch äußerst komplex und langwierig ist, die „schlechten“ Verschaltungen aufzulösen oder umzuformen. Je früher die Trauma-bedingten Kopplungen entstanden sind und je häufiger diese aktiviert wurden, umso schwieriger ist es, diese umzuformen. Jeder Trigger (s.o.), jede eingefahrene eigene Verhaltensweise, jeder unpassende Therapieversuch führt unabwendbar zu einer weiteren Verstärkung der alten Verhaltensmuster. Nur durch erfahrene TherapeutInnen können die alten traumatischen Erlebnisse sequentiell durch neue positive Erfahrungen überlagert bzw. ersetzt werden.⁴³

Genau hier setzt die moderne Traumatherapie / Traumapädagogik an, worauf im folgenden näher eingegangen wird.

3.3 Traumatherapie

Wichtige Aspekte der Traumatherapie sind die Vermittlung von Sicherheit und Kontrolle sowie der Aufbau einer therapeutischen Beziehung, die auf Vertrauen aufbaut.⁴⁴

Nach Butollo und Fischer/Riedesser gelten folgende Inhalte der Traumatherapie:

- Frühere Stärken und Fähigkeiten wahrnehmen und anerkennen
- Frühere tragfähige Bindungen in Erinnerung rufen und bekräftigen
- Gegenwärtig konkret vorhandene Kompetenzen und Leistungen beachten, anerkennen und ausbauen
- Gegenwärtig verfügbare Bindungen (einschließlich der therapeutischen) in ihrer stabilisierenden Bedeutung erkennen und fördern
- Übergeneralisierte Bedeutungszuschreibungen der traumatischen Erfahrungen relativieren
- Zukünftige Entwicklungschancen bewusst machen und breit ausarbeiten
- Hindernisse, die der Erholung und Traumaverarbeitung entgegenstehen, abbauen
- Die Ereignisse und Erfahrungen in die bisherige Lebensgeschichte und in den Lebensentwurf integrieren⁴⁵

Für die Betroffenen ist es wichtig, dass die folgenden Bedürfnisse erfüllt werden:

- Sich in Sicherheit fühlen
- Wissen, dass die eigenen Grenzen respektiert werden
- Wissen, dass man abrechen und gehen kann, wenn man das will
- Nicht berührt zu werden, wenn man das nicht will

⁴² Hüther, G; Korittko, A; Wolfrum, G; Besser, L (2010) S. 26

⁴³ a.a.O. S. 27

⁴⁴ Hausmann, C (2006) S. 114

⁴⁵ In: Hausmann, C (2006) S. 115

- Sich akzeptiert fühlen und nicht beurteilt werden
- Reden können; dass jemand zuhört
- Dass man auf ihre/seine Gefühle achtet, auch wenn sie „eingefroren“ sind
- Dass man sie/ihn in Ruhe lässt, wenn sie/er das möchte⁴⁶

Nach der Stabilisierungs-Phase und einer Symptomreduktion, also erst wenn die betreffende Person in der Therapie über ihr Trauma sprechen kann ohne von Emotionen überschwemmt zu werden, kann der/die TherapeutIn zur Trauma-Synthese übergehen. Hier werden dann mit diversen Techniken die Erlebnisse neu bewertet bzw. eingeordnet, so z.B. mittels Exposition, Nacherleben oder Durcharbeiten. Die fragmentierten Erinnerungen werden sortiert, es werden Möglichkeiten der Vermeidung erarbeitet wie auch neue Reaktionsmuster auf Trigger(situationen) trainiert. Abschließend erfolgt die Integration der neu gebildeten Erfahrungen in das eigene Leben, Ressourcen werden reaktiviert und die Person im günstigsten Falle wieder komplett in die Gesellschaft integriert.^{47,48}

4 Traumapädagogik in stationären Settings der Jugendhilfe

4.1 Heranführung an den Begriff

Im Folgenden beschreibe ich zur Heranführung an den Begriff der Traumapädagogik ein Phänomen in der Jugendhilfe, was sicher nicht als allgemeingültig angesehen werden muss. Auch aus eigener Erfahrung lässt sich eine scheinbare Gesetzmäßigkeit beobachten, die Kühn die „*Reaktionskette in der Eskalation der Hilfen*“⁴⁹ nennt.

Gerade in der stationären Jugendhilfe kommt es bei Kindern und Jugendlichen, die keine sozial anerkannten Bewältigungsstrategien für stark belastende Gewalterfahrungen in ihrer Biographie erlebt haben, immer wieder zu Abbrüchen bzw. Wechsel von Jugendhilfemaßnahmen. Es entwickelt sich meist zunächst eine gestörte Gruppen-Atmosphäre, das Kind „sprengt die Gruppe“ und die BetreuerInnen fühlen sich überfordert. Da eine individuelle Lösung im pädagogischen Handeln zur Reduzierung der Stressfaktoren im Rahmen des Gruppenlebens durch gruppenpädagogische Konzepte nicht gefunden werden kann, resultiert dann oft eine Delegation der Verantwortung nach außen: Das Kind braucht dringend eine Therapie oder eine Kinder- und/oder Jugendpsychiatrische Behandlung. Es wird dann in einem weiteren Schritt oft beobachtet, dass es trotz verschiedener therapeutischer Maßnahmen zu keinen essentiellen Verbesserungen der Gruppenatmosphäre kommt und der Stresslevel auf hohem Niveau stagniert. Letztendlich ist hier eine „isolierte“ Therapie zu beobachten, die das Umfeld

⁴⁶ Hausmann, C (2006) S. 115

⁴⁷ a.a.O. S. 116f

⁴⁸ Hüther, G; Korittko, A; Wolfrum, G; Besser, L (2010) S. 28f

⁴⁹ Kühn, M (2006) S. 2ff

des/der KlientenIn wenig mit einbezieht. Im Gegenzug aber verkümmern durch die Überbelastung der Fachkräfte die Beziehungsangebote und der Kontakt mit dem Kind auf einem mittleren Level. Der einzig gangbare Weg aus dieser Sackgasse ist dann oft der Wechsel des Kindes in eine andere Maßnahme und es kommt zu einem erneuten Bruch in der Biographie des Kindes. Als Folge ist dann einerseits die Situation in der Gruppe wieder normalisiert, dem/dem SymptomträgerIn jedoch wird die Verantwortung überspielt, der die Eskalation selbst zu verantworten hat.⁴⁹

Was bedeutet dies für den Alltag in stationären Einrichtungen? Der ehemalige Leiter des Münchener Waisenhauses Mehringer formulierte dies, seines Zeichens Heilpädagoge, im Jahre 1979 folgendermaßen: „[*Problemkinder brauchen vor allem eins: (d.Verf.)] den therapeutischen Alltag von morgens bis abends*“.⁵⁰ Traumatische Erfahrungen haben ihre Wirkungen auf den gesamten Alltag, die betroffenen Menschen versuchen dies Tag für Tag zu bewältigen.

In der Traumapädagogik werden Erkenntnisse und Techniken der Psychotraumatologie und der Traumatherapie auf die pädagogische und beratende Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien übertragen. Neben der bedeutsamen Traumatherapie sind auch pädagogische Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe die mit traumatisierten Menschen arbeiten, zunehmend gefordert, über psychotraumatologische Kenntnisse zu verfügen. Über Stabilisierungstechniken und das bewusste und sensible Gestalten des Alltags können die Fachkräfte den Betroffenen eine wichtige Unterstützung im täglichen (Er-)Leben geben. Mit dem Wissen über Traumadynamik und ihrer Folgen können die Funktionen von Symptomen besser verstanden werden. Ein zentraler Begriff der Traumapädagogik ist der „sichere Ort“, auf den ich im Folgenden näher eingehen werde. Ziel der Traumapädagogik ist es, über eine verlässliche Beziehung eine positive Neuorientierung in der Realität zu ermöglichen, so dass das Kind oder der/die Jugendliche schlussendlich durch das Finden eines neuen, gefestigten Selbstbildes an der Gesellschaft teilhaben kann.⁵¹

4.2 Die Pädagogik des „sicheren Ortes“

Nach Kühn⁵² erfordert eine Pädagogik des „sicheren Ortes“ eine mehrdimensionale Vorgehensweise; es müssen „*sichere Orte*“ für die Betroffenen gestaltet werden, zwischen Kind und Pädagogen sollten „*emotionale Dialoge*“ entwickelt werden und für die Fachleute sind „*geschützte Handlungsräume*“ äußerst wichtig.

⁵⁰ Mehringer (1979) S.6 In: Weiß, W (2009) S. 78

⁵¹ Kühn, M; Vogt, V (2009b)

⁵² Kühn, M (2009a) S. 31f

Der »sichere Ort«

Traumatisierte Kinder und Jugendliche haben durch ihre Erlebnisse zumeist erfahren müssen, dass ihr Weltbild von einem sicheren und verlässlichen Ort in ihren Grundfesten erschüttert wurde; nirgendwo fühlen sie sicher, noch nicht einmal „in sich selbst“. Um diese negative Erfahrung irgendwann einmal überwinden zu können, müssen zunächst äußere Bedingungen geschaffen werden, die äußerst verlässlich und einschätzbar sind. Für traumatisierte Kinder ist es ein langwieriger Prozess sich darauf einzulassen ihre neue Umwelt als sicher begreifen zu können, dass es sich wieder lohnt, Vertrauen zu fassen.

Der »emotional-orientierte Dialog«

Kühn zufolge handeln traumatisierte Kinder aufgrund ihrer erworbenen Überlebensstrategien entwicklungslogisch; sie denken nicht berechnend, sie provozieren nicht und testen auch nicht die Grenzen der/die PädagogenInnen. Nur wenn es zu einer „emotionalen Berührung“ zwischen PädagogIn und Kind kommt, sind kognitive Appelle an das Gewissen des Kindes fruchtbar.⁵³

Durch diesen emotional-orientierten Dialog kann sich ein Tor öffnen, so dass das traumatisierte Kind nachhaltig Vertrauen zu seiner unmittelbaren (geschützten) Umgebung und den darin beinhalteten Menschen aufbauen kann. Oft besteht die Erinnerung an das Trauma-auslösende Ereignis als Emotion oder körperliche Erinnerung, der Zugang dazu ist jedoch „versperrt“. Hier bedarf es einer besonders behutsamen und anhaltenden pädagogischen Begleitung um den eigenen Umgang mit Emotionen wieder neu erlernen zu können.

Der »geschützte Handlungsraum«

Oft wird in der Pädagogik der Schutz auch des Betreuenden vergessen oder vernachlässigt. Jede(r) PädagogIn hat selber eventuell in seiner Biographie traumatische Erlebnisse erfahren müssen, kann seinen Ansprüchen nicht gerecht werden oder rutscht schnell in die Rolle, seinen Gegenüber oder sich selber zu überfordern. Verbale, emotionale oder körperliche Verletzungen sind dann nicht selten die Folge. Der wichtige Auftrag, den die Kinder- und Jugendhilfe hat, ist Entwicklungsräume zu schaffen, in denen sich die Kinder zu selbstbestimmten Persönlichkeiten entfalten können. Die Schlussfolgerung daraus ist, dass es impliziert ist, auch den Handlungsraum der Fachkräfte zu schützen und zu sichern. Hier sind die Aspekte Supervision, Teambesprechung und ein gut gesponnenes fachliches Netzwerk von großer Wichtigkeit. Ebenso ist die Unterstützung der Leitungsebene hier gefragt.⁵²

⁵³ Vogt (2003) In: Kühn, M (2009a) S. 32

4.3 Biographiearbeit

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Traumapädagogik ist das Wissen über die eigene Herkunft. Umso belastender die Herkunft ist, desto schwieriger gestalten sich die Möglichkeiten und Vorstellungen junger Menschen über ihre eigene Zukunft. Damit z.B. die Lebensgeschichte der Kinder nicht die der Eltern wiederholt, ist ein Bewusstsein der Zusammenhänge wichtig. Ein selbstbestimmtes Leben ist erst dann möglich, wenn es den jungen Menschen gelingt sich von den Erwartungen der Eltern und dem eigenen Anpassungsverhalten zu lösen. Erst wenn Bindungsmuster wie Angstbindungen oder Parentifizierungen gelöst werden, sind freie Kapazitäten vorhanden, sich auf sich „Selbst“ zu konzentrieren. Dies kann dadurch gelingen, dass mittels der Biographiearbeit ein Wissen über die Aufgaben und Verantwortungen der Generationen erlangt wird, und damit die Möglichkeit einer Entlastung von Schuld und Verantwortung. Ein wichtiger Ansatz der biographischen Arbeit ist das Verankern und Festigen der positiven Wurzeln, „das war gut in meinem Leben“, um dann im Folgenden auch die belastenden Anteile der Vergangenheit aufarbeiten zu können. Ansonsten kann es dazu kommen, dass das Kind aufgrund seiner Herkunftserfahrung sich selbst als „verantwortlich“ ansieht und dies als gegeben und unveränderbar akzeptiert.

Ziele der Biographiearbeit:⁵⁴

- Kenntnis und Annahme der Biographie
- Zeitliche Kontinuität erarbeiten
- Verständnis für Trennung erlangen
- Kenntnis der Herkunftsfamilie
- Erarbeiten der persönlichen Identität
- Von Schuld, Scham & Verantwortung entlasten
- Verbesserung des Selbstwertes
- Loslösung & Neuorientierung ermöglichen
- Bearbeiten von Familienaufträgen

Die Offenlegung der Herkunft dient oft auch dazu, dass die immer noch vorhandene Macht der Täter(innen) gegenüber den Kindern stark entkräftet werden kann.⁵⁵

Das „*Konzept des guten Grundes*“ von Ebel⁵⁶ geht davon aus, dass jedes auffällige Verhalten eines traumatisierten Kindes einen Grund hat. So verhalte sich kein Kind unangepasst um die Erziehungspersonen zu ärgern, sondern es wolle mit seinem Verhalten etwas über seine Geschichte erzählen, das Kind teile sich über sein Verhalten mit.

⁵⁴ Vgl: Weiß, W (2009) S. 95

⁵⁵ Weiß, W (2009) S. 84ff

⁵⁶ Ebel, A (2003)

Hierzu ein paar Beispiele zur Verdeutlichung:

- Ein verwahrlostes Kind, das oft mangelernährt war, würde das Essen der Pflegemutter zurückweisen oder heimlich horten oder überall herumerzählen, dass es bei den Pflegeeltern nichts zu essen bekomme und auf diese Weise „erzählen“, dass es früher hungern musste.
- Ein misshandeltes Kind reagiert auf schnelle Handbewegungen mit Schreianfällen oder quält den Hund oder verprügelt andere Kinder oder erzählt herum, es würde von den Pflegeeltern geschlagen. So versucht es mitzuteilen, dass es früher misshandelt wurde und noch heute Angst davor hat, wieder geschlagen zu werden.
- Ein Kind schwärmt von seinen leiblichen Eltern, obwohl bekannt ist, dass es von ihnen schwer traumatisiert wurde und möchte auf diesem Weg mitteilen, dass seine Erlebnisse so schrecklich waren, dass es sie überhaupt nicht zugeben darf, weil es unter der Last der (realistischen) Erinnerungen zusammenbrechen würde.
- Ein Kind zerstört ständig Sachen oder schmeißt sie achtlos in die Ecke und „erzählt“ so, wie sehr es selbst zerstört wurde und wie achtlos mit ihm umgegangen wurde.⁵⁶

Es kommt darauf an, dass die Kinder darin unterstützt werden, sich selbst und ihre eigenen Verhaltensweisen zu verstehen. Erst dann ist es ihnen möglich zu überprüfen, ob diese Verhaltensweisen für sie notwendig sind und ob sie ihnen gut tun. Möglicherweise finden sie andere Lösungen und können dann Selbstverstehen und Selbstkontrolle erleben, ein weiterer Schritt ein bewusster Gestalter des eigenen Lebens zu sein.

4.4 Unterstützung der Selbstbildung/Selbstbemächtigung

Traumatisierte Kinder und Jugendliche hatten meist nicht die Möglichkeit ein stabiles und nachvollziehbares Selbst zu entwickeln. Ihr eigenes, geformtes Selbstkonzept taucht immer wieder als hinderndes Element auf, solange es ihnen nicht gelingt, die eigenen Verhaltensweisen, Vorstellungen, Emotionen und Erinnerungen zu verstehen und somit auch zu verarbeiten. Nach Weiß ist erst, wenn es gelingt, ein positives Selbstbild gepaart mit Kompetenz und Selbstwirksamkeit zu entwickeln, eine erfolgreiche Genesung nach fortgesetzter und schwerer Kindesmisshandlung möglich.⁵⁷ Der erste Schritt auf dem Weg zu einem positiven Selbstbild ist die Förderung von Selbstverstehen.

Traumatisierte Kinder haben meist ein negatives Selbstkonzept, ihr Selbstbild ist geprägt von „Anderssein“, da sie Verhaltensstrategien entwickelt haben, die im Alltag als störend empfunden werden. Die Kinder haben eine negative Einstellung zu der Welt entwickelt, zu ihrem Platz in dieser und damit als Folge zu sich selbst, was für sie jedoch nicht nachvollziehbar und deutlich ist. Es ist wichtig, den Kindern verständlich zu machen, dass gerade diese Verhaltensweisen, die jetzt als störend und unangepasst erscheinen, damals als vollkommen logisch und nachvollziehbar gesehen werden können. Es geht

⁵⁷ Vgl. Bender/Lösel (2002) S. 498 In: Weiß, W (2009) S. 106

darum, den Betroffenen den unbewussten oder früheren Sinn ihrer Verhaltensweisen deutlich zu machen, so z.B. mit Reaktionen wie „*Das war deine normale Reaktion auf eine unnormale Situation*“⁵⁸, die von Scham und Schuld befreien können. Wenn den Kindern der Sinn dieser Verhaltensweisen bewusst wird, ist eine wichtige Grundlage zur Erarbeitung von alternativen Vorgehensweisen gelegt.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Selbstwahrnehmung. Traumatisierte Kinder und Jugendliche haben häufig gelernt ihre eigenen Gefühle abzuspalten, sie sind eher darauf gepolt die Gefühle und Befindlichkeiten die/der TäterInnen wahrzunehmen um damit ihre eigene Situation besser abschätzen zu können. Zusätzlich ist die Selbstwahrnehmung beeinträchtigt von Verleugnungen und Schuldzuweisungen. Ein Wahrnehmen von Gefühlen, des Körpers und der Sinne ist eine wichtige Voraussetzung zur Erlangung von Selbstkontrolle und -regulation. Dies kann im pädagogischen Alltag darüber gelingen, dass Emotionen in Aktionen umgesetzt werden, so sollten z.B. Gefühle wie Aggressionen zugelassen werden indem diese abreagiert werden können. Indem Kinder erfahren, dass Gefühle „erlaubt“ sind und sie zusätzlich dazu ermutigt werden diese auch verbal zu äußern, können sie das Ausmaß ihrer Ängste und Wut erfahren und schlussendlich lernen diese zu kontrollieren.⁵⁹

Eine wichtige Voraussetzung, dass Kinder nach traumatischen Erlebnissen eine subjektive Kontrolle des Erlebens und des Handelns erfahren können um sich damit kompetent zu fühlen, ist das Erlernen, sich selbst zu steuern und zu bestimmen. Die Selbstregulation beinhaltet den Umgang mit den eigenen Gefühlen, den eigenen Körperreaktionen auf emotionalen Stress und der Erlangung von Techniken um mit Rückblenden und traumatischen Erfahrungen umgehen zu können. Dies kann mit Übungen zur Aktivierung/Deaktivierung des Nervensystems erlangt werden, um Empfindungen von Stress im Körper zu lokalisieren und Möglichkeiten zu finden, wieder zur Ruhe zu kommen (z.B. Atem- / Imaginations- / Entspannungstechniken). So kann die Erfahrung gefördert werden, dass das Kind etwas korrigieren kann und Verantwortung für seinen Körper und sein Leben übernimmt.⁶⁰

Letztendlich können die Kinder und Jugendlichen eine Selbstwirksamkeit erlangen, wenn sie das Gefühl erleben, für sich selbst sorgen zu können, eine Einwirkung auf die Umwelt zu haben und diese auch gestalten zu können. Dies wird als eine wesentliche Voraussetzung für ein körperlich-seelisches Wohlbefinden angesehen und es kann zu einer Reaktivierung von unbewussten oder überlagerten Stärken und Ressourcen kommen.⁶¹

⁵⁸ Weiß, W (2009) S. 108

⁵⁹ a.a.O. S. 110ff

⁶⁰ a.a.O. S. 113ff

⁶¹ a.a.O. S. 115

4.5 Körperselbst und Körperbild

Viele Symptome von Traumafolgen sind körperbezogen, so treten z.B. bei Flashbacks und Retraumatisierungen oft Erinnerungen an körperliche Empfindungen aus einem traumaauslösenden Ereignis auf. So kann es bei Dissoziationen zu muskulären Ausfallerscheinungen, Wahrnehmungsveränderungen oder real empfundenen Schmerzen kommen. Die Beziehungen zum Körper sind somit gestört, die Fähigkeit Botschaften des Körpers zu verstehen, einzuordnen und zu deuten ist beeinträchtigt.

Besonders relevant für den Umgang mit traumatisierten Menschen ist die Beachtung des jeweiligen Stresslevels. Nur ein mittlerer Stresslevel ist ein Status, in dem Veränderung oder Lernen möglich ist.⁶²

Viele traumatisierte Kinder entwickeln destruktive Bewältigungsmuster, um mit emotionalem Stress umgehen zu können; sie schlagen mit dem Kopf gegen die Wand, ritzen sich oder kauen Haare und Nägel usw. In diesem Status der Selbstverletzung spüren die Betroffenen sich erst richtig, körpereigene Endorphine werden ausgeschüttet und dies führt zu kurzfristiger Erleichterung. Erst dann wird der Körper gespürt und schmerzhaft Gefühle werden überdeckt.⁶³ Der zweite Grund für diese Handlungen liegt darin, die eigentlichen Gefühle aus der Verletzung nicht zu fühlen.

Die körperliche Dimension in der Traumapädagogik ist also ein wichtiger Aspekt, der unbedingt mit einbezogen werden muss. Es sollte nicht nur eine vertrauensvolle, stabile und sichere Beziehung aufgebaut werden, sondern auch körpertherapeutische Methoden zur Verbesserung der Körperwahrnehmung und Spannungsregulation sind wichtig. Bei Rothschild⁶⁴ und Brohus/Brokuslaus⁶⁵ finden sich geeignete Übungen zur Verbesserung der Körperwahrnehmung und Muskeltonisierung.

5 Gesonderter Blick auf familienanaloge Settings

Nach einer Studie von Jaritz, Wiesinger und Schmid⁶⁶ wird deutlich, dass mindestens 75% der Kinder und Jugendlichen in stationären Settings der Jugendhilfe mit mindestens einem belastenden traumatischen Lebensereignis konfrontiert wurden. Die Hälfte der untersuchten Personen wiesen sogar Traumatisierungen in mehr als einem Bereich⁶⁷ auf, so dass von sequentiellen oder komplexen Traumatisierungen auszugehen sei und diese Symptome eines Typ-2-Traumas entwickelt haben. Als zusätzlich „erschwerend“ kommt hinzu, dass, wie Streeck-Fischer es formuliert, es zu Überlagerungen und Kombinationen

⁶² Vgl.: Sachsse (2007) In: Opitz-Gerz, A (2008) S. 283

⁶³ Opitz-Gerz, A (2008) S. 283

⁶⁴ Rothschild, B (2002)

⁶⁵ Bohus, M; Brokuslaus, I (2006)

⁶⁶ Jaritz, C; Wiesinger, D; Schmid, M (2008)

⁶⁷ In dieser Studie definierte psychosoziale Bereiche: Vernachlässigung; Vernachlässigung (Basics); Zeuge v. körperlicher oder sexueller Gewalt; Emotionale Misshandlung; Körperliche Misshandlung; Sexueller Missbrauch

von Störungsbildern kommen kann, nicht jede Beeinträchtigung ist notwendigerweise auch eine Traumafolge: „Bei Jugendlichen mit traumatischen Belastungen in der Entwicklung haben wir es immer mit einer Kombination von Traumareaktionen, Traumaverarbeitungen und Entwicklungsstörungen zu tun“.⁶⁸

Leider findet sich nur sehr wenig Literatur zur Übertragung von traumapädagogischen Konzepten auf familienanaloge Wohnformen, so dass der folgende Teil von der theoretischen Seite her nur kurz angerissen werden kann und mit eigenen Erfahrungen aus der alltäglichen Praxis ergänzt wird.

Der Auftrag einer familienanalogen Wohnform ist von der Jugendhilfe her klar umrissen: Jungen Menschen, deren Ursprungsfamilien nicht in der Lage sind den erzieherischen Bedarf ihrer Kinder zu entsprechen, soll ein Zuhause gegeben werden. Hier soll neben einer wirtschaftlich/pflegerischen Versorgung auch eine Entwicklungsförderung geleistet werden um die jungen Menschen schlussendlich zu befähigen, ein selbstbestimmtes Leben mit einer (wieder)erstarkten Persönlichkeit leben zu können. Die familienanaloge Unterbringung soll Kindern und Jugendlichen eine stabile, kontinuierliche Beziehung innerhalb einer Lebensgemeinschaft und somit eine weitere Chance auf eine langfristige Bindung ermöglichen.

Traumapädagogik ist implizit auf Beziehung ausgelegt, somit bietet sich eine familienanaloge Lebensgemeinschaft mit eben nicht ständig wechselnden (Arbeits-Schichten, MitarbeiterInnen-Fluktuation) Betreuungspersonen als stabiles und von Kontinuität geprägtes System an. Dies kann der Ort sein, an dem ein komplex traumatisiertes Kind über Jahre hinweg individuell gehalten und weiter stabilisiert werden kann, es kann dadurch die Möglichkeit erhalten, beziehungs- und bindungsfähig zu werden und stagnierte Entwicklungsprozesse wieder aufleben zu lassen.⁶⁹ Wie Mehringer (siehe Kapitel 4.1) es formulierte, brauchen Problemkinder einen therapeutischen Alltag von morgens bis abends. Dies zu leisten, fordert von den BetreuerInnen ein Höchstmaß an Beziehungs- und Haltefähigkeit, Fachwissen, Selbstreflexion, Selbstfürsorge und ein weit gefächertes hochfachliches Netzwerk. Die Rolle der PädagogInnen in der alltäglichen „Milieuthérapie“ nach Redl⁷⁰ ist eher die einer/eines HelferIn bei der Bewältigung des Alltages und ersetzt nicht psychoanalytische und/oder therapeutische Behandlungsmethoden.⁷¹

In der Ausgestaltung der Hilfe aus traumapädagogischer Sicht geht es primär nicht um eine erzieherische Einflussnahme auf das Kind, sondern darum, einen sicheren Ort zu bieten und mittels eines „*emotional-orientierten Dialoges*“ (siehe Kapitel 4.2) Zugang zum

⁶⁸ Streeck-Fischer (2006) S. 107

⁶⁹ Wagner, W (2009) S. 84

⁷⁰ Redl, F (1959) S. 68ff

⁷¹ Wagner, W (2009) S. 85

traumatisierten Menschen zu erlangen. Dem Kind muss ein Lebensraum geschaffen werden, der es ihm ermöglicht, sich einerseits von störenden Faktoren lösen zu können und andererseits emotionale Bindungen einzugehen. Wichtig ist dabei, dass der Alltag so gestaltet wird, dass die Gefahr einer emotionalen Überflutung durch Schuld- oder Bedrohungsgefühle möglichst klein gehalten wird.⁷² Um diesen Lebensraum auch weiterhin sicher, aber auch mit genügend Spielräumen versehen zu können, ist es enorm wichtig, ein Stressmanagement zu etablieren. Wie schon erwähnt, ist Veränderung nur im Status eines mittleren Stresslevels möglich (siehe Kapitel 4.5), es muss also ganz genau abgewägt werden, was man dem Kind zumuten und was eine Überforderung darstellen kann. In vielen Fällen werden traumatisierte Kinder mit einer Vielzahl von Hilfesystemen konfrontiert (Förderschule, Psychotherapie, Ergotherapie, etc.), was recht schnell zu einer Überforderung des Kindes führen kann. Es sollte immer beachtet werden, dem Kind individuelle Spiel- und Freiräume geben zu können, damit ein Entwicklungs-Prozess nicht behindert wird.⁷³

Ein Vorteil der familienanalogen Unterbringung in Bezug auf die Traumapädagogik besteht darin, dass den Kindern und Jugendlichen eher als in einer Heimunterbringung stabile Bindungsbeziehungen angeboten werden können, da in familienorientierten Settings wesentlich weniger und auch selten wechselnde Personen / PädagogInnen integriert sind. Hierbei muss jedoch auch beachtet werden, dass viele Kinder derart ausgeprägte Bindungsstörungen mitbringen, so dass sie unter Umständen zunächst gar nicht in der Lage sind, zu einem recht eng gefassten Bezugssystem Beziehung aufnehmen zu können. Diese mitunter komplexen Beziehungsanforderungen erfordern von den Pädagogen ein hohes Maß an Professionalität und Unterstützung, bieten jedoch im Gelingen dessen den Kindern eine Möglichkeit, „hoffnungsvolle Bindungen“ einzugehen und somit zum Teil zum ersten Mal in ihrem Leben das Versprechen „Ich Sorge für Dich“ auch als erfüllbar zu sehen.⁷⁴

6 Spezielle Anforderungen an die PädagogenInnen und Unterstützungsmöglichkeiten

Menschen die mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen arbeiten, sind vielfältigen Belastungen wie Übertragungsphänomenen, Konfrontationen mit der eigenen Biographie und Effekten von Sekundärtraumatisierung ausgesetzt. Diese Mechanismen zu (er)kennen und geeignete Techniken zu erlernen um damit umgehen zu können, sind wichtige Erkenntnisse für die BetreuerInnen, um das Betreuungssystem halten zu können und Überbelastungen zu vermeiden.⁷⁵

⁷² Redl, F (1959) S. 68ff

⁷³ Wagner, W (2009) S. 86

⁷⁴ Lang, B; Wiesinger, D; Schmid, M (2009) S. 108

⁷⁵ Weiß, W (2009) S. 176f

6.1 Übertragungen / Gegenübertragungen

Aus der Psychoanalyse sind Effekte bekannt, nach denen innerhalb eines therapeutischen Prozesses von/vom PatientenInnen Gefühle gegenüber einem Mitmenschen (z.B. Vater, Mutter, TäterIn) auf das Gegenüber (z.B. AnalytikerIn, PädagogIn) übertragen werden können. Reagiert das Gegenüber auf diese Übertragungsmechanismen wiederum mit eigenen Empfindungen, so kommt es zu einer Gegenübertragung.⁷⁶ Im Rahmen von traumapädagogischer Tätigkeit scheint es unumstritten, dass Übertragungsphänomene existieren, welche in den beteiligten PädagogInnen heftige Gefühle auslösen können. Bezüglich einer Gegenübertragung fehlt es jedoch an tiefer gehenden Forschungsergebnissen, so dass manche Psychoanalytiker die Existenz solcher Mechanismen nur im psychoanalytischen Prozess als existent ansehen und weiß daher im pädagogischen Zusammenhang eher den Begriff „Gegenreaktionen“ empfiehlt.⁷⁷ Unabhängig von der speziellen Bezeichnung sind diese Effekte existent, der/die professionelle HelferIn ist einem emotionalen Miterleben ausgesetzt, was sich je nach eigener Lebensgeschichte und Erfahrung unterschiedlich äußern kann; so kann z.B. bei dem Einen Scham, bei dem Anderen Wut ausgelöst werden.⁷⁸

Wichtig für den/die PädagogIn ist hier ein hohes Maß an Selbstreflexion und ein professionelles Unterstützungssystem, um die extrem hohen Belastungen abfedern zu können. Unabdingbar erscheint hier, dass eine Fachberatung und Supervision einerseits existent ist und andererseits auch traumapädagogisch / psychotraumatologisch geschult ist. Nur so kann gewährleistet werden, dass die durch Übertragungsphänomene ausgelösten (Über-)Belastungen erkannt und eingeordnet werden und in der Folge auch bearbeitet werden können.⁷⁹

6.2 Sekundäre Traumatisierungen

In einem pädagogischen Beziehungssystem kommt es nicht selten dazu, dass von der traumatisierten Person eine sekundäre Traumatisierung ausgeht, die der/die BetreuerIn wiederum sehr stark empfinden kann; es treten sogenannte „Stellvertretergefühle“ auf. Diese Effekte können Erzählungen, Bilder oder andere emotional gefärbte Inhalte sein, die für das Gegenüber derart plastisch und belastend sein können, so dass es zu einer

⁷⁶ Fröhlich, W D (2003) S. 2754

⁷⁷ Weiß, W (2009) S. 186

⁷⁸ Lang, B (2009) S. 212

⁷⁹ a.a.O. S. 213

Intrusion⁸⁰ der Eindrücke und Bilder kommen kann und der/die PädagogIn selber emotional heftig darauf reagiert.⁸¹

Auch hier wird den professionellen HelferInnen ein Höchstmaß an Selbstreflexion abgefordert, nur mittels einer ausgeprägten Psychohygiene, einem Wissen von psychotraumatologischen Dynamiken und einer fundierten Fachberatung und Supervision ist es möglich, eine professionelle und reflektierende Beziehung zum Kind aufrecht erhalten zu können. Mit dem Kind mitfühlen ist wichtig, es muss aber die schwierige Balance zwischen unkontrollierten Emotionen und einer reflektierenden Distanz gewahrt werden.⁸²

6.3 Selbstfürsorge

Um diese zum Teil extremen Belastungen im Alltag aushalten zu können, bedarf es einerseits ein hohes Maß an Kompetenz und ein gutes fachliches Netzwerk, andererseits ist die Selbstfürsorge ein elementarer Grundstein für erfolgreiches Arbeiten mit traumatisierten Menschen. Um einem drohenden Burnout oder einer Überbelastung aus dem Weg zu gehen und einen guten Umgang mit sekundärer Traumatisierung zu finden, wird oft die Trennung von Freizeit und Alltag empfohlen⁸³, dies ist aber im pädagogischen Alltag eines familienanalogen Settings nicht so einfach möglich. Gerade sekundäre Traumatisierungen stellen eine große Gefahr dar, um diese zu vermeiden ist ein aufmerksames Beobachten der körpereigenen Signale wichtig. Reddemann beschreibt dies folgendermaßen: *„Eine konsequente Haltung des inneren wohlwollenden Beobachtens ist für Selbstfürsorge und Burnout-Prophylaxe unabschätzbar“*⁸⁴.

Der Begriff der „Selbstfürsorge“ stammt ursprünglich aus der Psychotherapie, diese psychohygienische Maßnahme *„[...d.Verf.] dient der fürsorglichen Kontrolle und Steuerung des eigenen Verhaltens und der eigenen Befindlichkeit“*,⁸⁵ hiermit können eine Überbeanspruchung, und in der Folge auch somatische Erkrankungen, minimiert werden und damit die Handlungs- und Reflektionsfähigkeit des/der TherapeutInnen bzw. PädagogInnen erhalten bleiben.

Weiß skizziert folgende praxisnahe Möglichkeiten der Selbstfürsorge im Umgang mit traumatisierten Kindern:

- „Erhöhte Selbstaufmerksamkeit
- Akzeptanz von Leiden
- Wahrnehmen und Ausagieren der beeinträchtigenden Gefühle

⁸⁰ Intrusion = Wiedererleben einer traumatischen Situation oder der damit assoziierten Emotionen, das traumatische Erlebnis wird so erlebt, als ob es aktuell stattfinden würde. Vgl.: Steiner, B; Krippner, K (2006) S. 58f

⁸¹ Schmid, M (2008) S. 302

⁸² a.a.O. S. 303

⁸³ Weiß, W (2009) S. 204

⁸⁴ Reddemann (2003) S. 83

⁸⁵ Hoffmann, N; Hofmann, B (2008) S. 14

- Regenerieren durch körperliche Aktivitäten
- Urlaub und häufiger Umgebungswechsel
- Gegengewicht zur Arbeit [...] wie Lehren, Schreiben, Tätigkeitswechsel
- Darauf achten, sich privat und beruflich nicht zu überlasten
- Physische Selbstfürsorge, Schlaf, Ernährung, Bewegung
- Schöne Umgebung
- Kreativer Ausdruck
- Entspannung, Naturkontakt, Meditation
- Gute Beziehungen⁸⁶

In unserer eigenen Erfahrung der alltäglichen Praxis hat es sich immer wieder gezeigt, dass ein sträfliches Missachten der Selbstfürsorge in den meisten Fällen auch zu einer Einschränkung der professionellen Aktionsfähigkeit führt. Von daher ist es extrem wichtig, dass diese Arbeit in einem Netzwerk von Fachleuten getätigt wird, die auch „von außen“ auf das System schauen und den BetreuerInnen, so sie die Anzeichen nicht selber erkennen vermögen, rechtzeitig die Augen öffnen und zur Selbstfürsorge „verpflichten“.

Als BetreuerIn von traumatisierten Kindern in einem familienanalogen Setting ist es also wichtig, die nötigen Grundlagen der Psychotraumatologie zu kennen, ein professionelles Netzwerk zu unterhalten und stark auf die Selbstfürsorge zu achten. Nun leben aber oft leibliche Kinder im Familiensystem und es drängt sich folgende Frage auf: Welche Rolle haben die eigenen Kinder im System und benötigen sie auch eine weiter gehende Unterstützung?

7 Was ist mit den leiblichen Kindern im System?

Die Jugendhilfe-Konstellation einer familienanalogen Wohnform kann auch als pädagogische Lebensgemeinschaft gesehen werden. Im Gegensatz zu einer Heimerziehung ist in dieser Form der „Fremderziehung“ eine Vernetzung von privaten und professionellen Settings zu beobachten. Genau genommen gibt es keinen Feierabend und keinen Urlaub, da die Maßnahmen meist eine 1:1 Betreuung innerhalb einer auf Dauer angelegten Maßnahme umfassen. Freiräume für die PädagogInnen können meist nur gewahrt werden, wenn (und das ist extrem wichtig; siehe Kapitel 6.3 Selbstfürsorge) externe Fachkräfte ein Entlastungssystem zur Verfügung stellen, so dass die Kernfamilie auch Zeit für sich selbst findet.

In den meisten familienanalogen Settings der Jugendhilfe in der BRD leben neben den betreuten Kindern und Jugendlichen auch noch leibliche Kinder im Familiensystem.⁸⁷

Rechnet man nun hoch, dass es in der BRD geschätzt zwischen 500-1000 familienanalog arbeitende Einrichtungen gibt⁸⁸, wird deutlich, dass hier eine große Anzahl von leiblichen

⁸⁶ Weiß, W (2009) S. 206

⁸⁷ Marmann, A (2005) S. 44

Kindern betroffen sind, die bis dato in der Forschung „vergessen“ wurden. Marmann⁸⁹ hat in einer wohl derzeit einzigartigen Untersuchung über leibliche Kinder in familiären Settings der Jugendhilfe detailliert untersucht, was dies für die eigenen Kinder bedeuten kann, worauf ich mich im Folgenden, ergänzt durch Erfahrungen in der eigenen Tätigkeit, beziehen möchte.

Die Verlagerung der pädagogischen Tätigkeit in das private Zuhause verändert das gesamte Familiensystem, so verwandelt sich die Familie mit der Übernahme des Auftrages einer öffentlichen Ersatzerziehung zu einer Organisation oder sogar zu einem Unternehmen, was eine Dienstleistung innerhalb der Jugendhilfe anbietet. Die gesamte Familie als Ort der Dienstleistung wird zu einem öffentlichen Ort, so gehen meist MitarbeiterInnen des Jugendamts und evtl. des Jugendhilfeträgers ein und aus. Meist gibt es noch weitere Fachkräfte (Fachberatung, Supervision), die in das Geschehen in der Familie eingreifen dürfen.⁹⁰ Wie Marmann feststellt, sind die leiblichen Kinder definitiv als Mitglieder des helfenden Settings zu sehen, auch wenn diese oft ungefragt diese Rolle zugeordnet bekommen. Zu beobachten sei außerdem meist eine Abgrenzung zu den Maßnahmekindern, wodurch darauf zu schließen sei, dass die eigenen Kinder sich den eigenen (professionellen) Eltern zuordnen. Diese Abgrenzung kommt nach Marmann dadurch zustande, dass die eigenen Kinder altersabhängig von Dritten als nicht unterscheidbar zu den betreuten Kindern erscheinen und sie diese Trennung nur durch eine eindeutige Zuordnung zu den Eltern erlangen können.⁹¹

Die leiblichen Kinder sind Mitglieder des in der Erziehung tätigen Settings und erfüllen auch dort Funktionen. So stehen sie meist als SozialpartnerIn und Vorbild für adäquates Verhalten zu Verfügung, können Bindeglied zwischen den betreuten Kindern und PädagogenInnen sein und entwickeln mit zunehmendem Alter eine Mitwirkung, zunächst als passive(r) und dann zunehmend als aktive(r) HelferIn. Diese Mitwirkung in der Tätigkeit der Eltern kann durchaus als eine ehrenamtliche Tätigkeit angesehen werden, die Kinder erbringen einen Teil der Leistung des gesamten Settings.⁹²

Marmann bezeichnet die eigenen Kinder in familienanalogen Settings daher auch als „*Kleine Pädagogen*“⁹³, so konnte er in seiner Untersuchung bezüglich leiblicher Kinder in der familienorientierten Ersatzerziehung feststellen, dass diese durchaus innerhalb ihrer „Tätigkeit“ professionelle Fähigkeiten erworben haben. So legt Marmann dar, dass die von

⁸⁸ Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik (2006). Bei der vorliegenden Statistik (31.12.2006) wurden 455 Erziehungsstellen gemäß §34 SGB VIII gezählt, sowie 913 betreute Wohnformen, wobei bei den ausgewiesenen betreuten Wohnformen nicht quantifiziert werden kann, inwiefern es sich um "familienanaloge Wohnformen" handelt. [s. Anlage 2]

⁸⁹ Marmann, A (2005)

⁹⁰ a.a.O. S. 177

⁹¹ a.a.O. S. 168

⁹² a.a.O. S. 178

⁹³ a.a.O. S. 157ff

ihm befragten Kinder meist Kenntnisse in Fachsprache, Teamfähigkeit, Reflektionsfähigkeit, einer systematischen Arbeitsweise und Fachkenntnisse erworben haben.⁹⁴ Des Weiteren erfüllen leibliche Kinder oft eine evaluative Funktion, sie können oft als „Seismograph“ gesehen werden oder legen dadurch, dass sie durch Systemkritik ihre Bedürfnisse äußern, wichtige Aspekte offen.⁹⁵

Man kann also feststellen, dass die leiblichen Kinder in familienanalogen Settings einen wichtigen Beitrag in der täglichen pädagogischen Arbeit leisten können.

In den voran gegangenen Kapiteln wurde dargelegt, welche besonderen Anforderungen traumatisierte Kinder und Jugendliche an die pädagogische Tätigkeit der professionellen HelferInnen erfordern. Die Auswirkungen im Umgang mit traumatisierten Kindern sind sicherlich nicht nur auf die Erwachsenen beschränkt, die beschriebenen Mechanismen wie Übertragungsphänomene oder sekundäre Traumatisierungen wirken auch auf Kinder als HelferIn im Familiensystem.⁹⁶ Geht man nun davon aus, wie Marmann es postuliert, dass die leiblichen Kinder durchaus als ehrenamtliche Mitarbeiter des Familienunternehmens gesehen werden können, stellt sich die Frage nach dem Unterstützungssystem für eben diese eigenen Kinder. Hierzu findet sich in der Literatur kein aktueller Beitrag, einzig zwei noch nicht veröffentlichte Diplomarbeiten zu diesem Thema lassen sich recherchieren. Weiterhin gibt es derzeit so gut wie keine Angebote für leibliche Kinder in der familienanalogen Jugendhilfe, die adäquat zu den Unterstützungssystemen der professionellen HelferIn zu sehen sind. Brauchen nicht auch die jungen ehrenamtlichen Helfer eine Art Teambesprechung, Supervision, Austausch oder einfach nur das Wissen und die Bestätigung darüber, dass sie ein wichtiger Teil des pädagogischen Systems sind? Natürlich können die (professionellen) Eltern hier einen Teil der Unterstützungen leisten, was aber nicht einen „Blick von außen“ ersetzen kann.

8 Zusammenfassung & Ausblick

Die aktuelle Traumaforschung ist eine recht junge Disziplin, die erst seit Mitte des 20. Jahrhunderts das Interesse der Wissenschaft weckt. Zunächst durch Auffälligkeiten bei Kriegsveteranen und die daraus folgende Erforschung der Kriegstraumatisierung sowie den späteren Einfluss der Frauenbewegung in Bezug auf sexualisierte Gewalt hat die Erforschung von Trauma-Entstehung und -Folgen einen Aufschwung erlebt. In Bezug auf Kinder und Jugendliche steht die Traumaforschung gemessen an der Anzahl an Veröffentlichungen noch recht am Anfang.

Unterschieden werden zwei Typen von Traumata, dem Typ-1 (akutes, unvorhersehbares Ereignis) und dem Typ-2 (wiederholt auftretende Traumata), die meist durch ein

⁹⁴ Marmann, A (2005) S. 183

⁹⁵ a.a.O. S. 194f

⁹⁶ Reddemann, L (2006) S.8f

belastendes Ereignis oder einer außergewöhnlichen Situation ausgelöst werden und eine tiefe Verängstigung zur Folge haben können. Bezogen auf Kinder und Jugendliche handelt sich dabei meist um Vernachlässigung, (Mit)Erleben von sexualisierter Gewalt und Gewalterfahrungen. Typische Reaktionen auf traumatische Situationen sind Flucht oder Kampf, und wenn dies nicht möglich ist, Erstarrung oder Täuschung bzw. dissoziative Zustände. Besonders für Kinder haben traumatische Erlebnisse weitreichende Folgen, junge Menschen werden in ihrer sich noch entwickelnden Persönlichkeit angegriffen was auch neurobiologisch nachvollziehbar ist. Es zeigen sich dann diverse Symptomatiken wie Übererregung, Wiedererleben und Vermeidung.

Nach neueren neurobiologischen Erkenntnissen geht man davon aus, dass das Gehirn trotz der Veränderungen durch traumatische Erlebnisse dazu fähig ist, sich neu zu organisieren, und hier setzt die moderne Psychotraumatologie / Traumatherapie an.

In der erst seit wenigen Jahren bekannten Traumapädagogik werden die Erfahrungen der Psychotraumatologie und der Traumatherapie auf die pädagogische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen und ihren Familien angewendet. Durch Stabilisierung „Der sichere Ort“, Vertrauensaufbau „Der emotional-orientierte Dialog“ und einen „Geschützten Handlungsraum“ können Entwicklungsräume geschaffen werden, in denen die Kinder sich zu selbstbestimmten Persönlichkeiten entwickeln können. Das Wissen über die eigene Herkunft kann zusätzlich über eine Biographiearbeit erarbeitet werden um eine belastende Vergangenheit aufzuarbeiten. Durch verschiedene Techniken können die Kinder und Jugendlichen schlussendlich eine Selbstwirksamkeit erfahren und damit an der Gesellschaft teilhaben.

In den meisten Settings familienanaloger Jugendhilfe werden junge Menschen betreut, die traumatischer Erfahrungen machen mussten. Da Traumapädagogik stark auf Beziehung aufbaut, bietet sich diese als Ergänzung zu (psychotrauma)therapeutischen Maßnahmen an.

Die betreuenden PädagogInnen sind diversen Belastungen im alltäglichen Umgang mit den traumatisierten Kindern ausgesetzt. So ist ein Wissen um den Einfluss von Übertragungsmechanismen und sekundäre Traumatisierungen wichtig, ein gutes (Trauma-)fachliches Netzwerk und eine wohlüberlegte Selbstfürsorge erscheinen unabdingbar. Nun leben vorherrschend auch leibliche Kinder mit in der pädagogischen Lebensgemeinschaft und nehmen diverse Funktionen wahr, diese Kinder werden in der aktuellen Forschung so gut wie gar nicht beachtet. Auch die „kleinen Pädagogen“ sind den nahezu gleichen Mechanismen und Belastungen ausgesetzt wie die Professionellen, hier bedarf es dringend an empirischen Untersuchungen und Studien, welche konkreten Unterstützungsmöglichkeiten wie Kindersupervision, Kinderteams etc. etabliert werden können und welcher Bedarf hier besteht.

ANLAGEN

Anlage 1:

	Typ-I-Traumata (einmalig/kurzfristig)	Typ-II-Traumata (mehrfach/langfristig)	Medizinisch bedingte Traumata
Akzidentelle Traumata	Schwere Verkehrsunfälle Berufsbedingte Traumata (z.B. Polizei, Feuerwehr, Rettungskräfte) Kurzdauernde Katastrophen (z.B. Wirbelsturm, Brand)	Langdauernde Naturkatastrophen (z.B. Erdbeben, Überschwemmung) Technische Katastrophen (z.B. Giftgaskatastrophen)	Akute lebensgefährliche Erkrankungen (z.B. kardiale, pulmonale Notfälle) Chronisch lebensbedrohliche / schwerste Krankheiten (z.B. Malignome, HIV/Aids, Schizophrenie) Als notwendig erlebte medizinische Eingriffe (z.B. Defibrillationsbehandlung)
Interpersonelle Traumata (man made)	Sexuelle Übergriffe (z.B. Vergewaltigung) Kriminelle bzw. körperliche Gewalt Ziviles Gewalterleben (z.B. Banküberfall)	Sexuelle und körperliche Gewalt/Missbrauch in der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter Kriegserleben Geiselhaf Folter, politische Inhaftierung (z.B. KZ-Haft)	Komplizierter Behandlungsverlauf nach angenommenem Behandlungsfehler*

* Der Status dieser Eingruppierung ist noch Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen

Tabelle 1: Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse (nach Maercker)⁹⁷

⁹⁷ Maercker, A (2009) S. 15

Anlage 2:**Anzahl der Einrichtungen, Plätze und Beschäftigten in Settings stationärer und teilstationärer Leistungen der Hilfen zur Erziehung; Deutschland; 31.12.2006**

Lfd. Nr.	Art der Einrichtung/ Behörde	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Plätze	Anzahl der Beschäftigten
1	Einrichtung der stationären Erziehungshilfe mit mehreren Gruppen im Schichtdienst auf einem Heimgelände (Stammhaus)	1.113	33.806	26.185
2	Einrichtung der stationären Erziehungshilfe mit mehreren Gruppen in Lebensgemeinschaftsform auf einem Heimgelände	177	6.491	4.342
3	Ausgelagerte Gruppe mit organisatorischer Anbindung an das Stammhaus im Schichtdienst	1.065	14.411	10.550
4	Ausgelagerte Gruppe mit organisatorischer Anbindung an das Stammhaus in Lebensgemeinschaftsform	440	4.270	2.890
5	Betreute Wohnform mit oder ohne Anbindung an das Stammhaus	913	8.986	4.490
6	Erziehungsstelle gemäß § 34 SGB VIII	455	3.244	1.782
7	Wochengruppe (ohne Wochenendunterbringung)	82	1.273	590
8	Tagesgruppe gemäß § 32 SGB VIII	963	14.501	5.862
9	Einrichtung/Abteilung/Gruppe für gesicherte/geschlossene Unterbringung auf der Grundlage einer richterlichen Entscheidung	16	357	442
10	Einrichtung/Abteilung/Gruppe für vorläufige Schutzmaßnahmen gemäß § 42 SGB VIII	143	1.617	1.371
11	Kleinsteineinrichtung der stationären Erziehungshilfe	771	6.004	4.647
12	Einrichtung für integrierte Hilfen (z.B. Jugendhilfestationen oder Jugendhilfezentren)	238	7.230	3.060
13	Internat, das junge Menschen gemäß §§ 34, 41 SGB VIII aufnimmt	62	3.651	1.372
14	Großpflegestelle	0	0	0
15	Gemeinsame Wohnform für Mütter/Väter und Kinder	185	2.853	1.627

Anmerkung: Bei den hier ausgewiesenen betreuten Wohnformen kann nicht quantifiziert werden, inwiefern es sich um "familienanaloge Wohnformen" handelt.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe - Einrichtungen und tätige Personen (ohne Tageseinrichtungen für Kinder); 31.12.2006

Zusammenstellung: Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik der TU Dortmund; Dr. Jens Pothmann (22.06.2010)

Literatur:

Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik (2006): Anzahl der Einrichtungen, Plätze und Beschäftigten in Settings stationärer und teilstationärer Leistungen der Hilfen zur Erziehung; Deutschland. Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe - Einrichtungen und tätige Personen (ohne Tageseinrichtungen für Kinder); 31.12.2006. siehe Anlage 2

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

Benzel, B (2006): (Akut)Traumatisierung bei Mädchen und Jungen, Symptomatik und Interventionsmöglichkeiten. Vortrag in Linz/Österreich, Kinderschutzzentrum / Fachhochschule Oberösterreich am 12.10.2006. Online verfügbar unter: (Abruf 16.05.2010) <http://www.baerbel-benzel.de/PDF/Vortrag%20Symptomatik%20und%20Intervention.pdf>

Bohus, M; Brokuslaus, I (2006): Körpertherapie im Rahmen der Dialektisch-behavioralen Therapie für Borderline-Störungen. In: **Remmel, A; Kernberg, O; Vollmoeller, W; Strauß, B** [Hrsg.] (2006): Handbuch Körper und Persönlichkeit. Schattauer. Stuttgart. S. 272-284

Brühl, K (2005): Leben in der Pflegefamilie aus der Sicht der leiblichen Kinder – Ein deutsch-brasilianischer Vergleich. Diplomarbeit. Universität Siegen.
URL: <http://www.uni-siegen.de/fb2/mitarbeiter/wolf/files/download/wissdiplom/bruehl.pdf>
(Abruf 26.04.2010)

DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. ICD-10 Version 2010. German modification. (Abruf 17.05.2010)
<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/index.htm>

Ebel, A (2003): Traumatisierte (Pflege)Kinder und ihre (Herkunfts)Eltern. Manuskript im Auftrag des Niedersächsischen Landesjugendamtes. Arbeitsgemeinschaft für Sozialberatung und Psychotherapie. Berlin (Abruf 16.10.2010)
<http://www.agsp.de/html/a37.html>

Esser, G [Hrsg.] (2008): Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. 3. aktualisierte Auflage. Thieme. Stuttgart

- Fischer, G; Riedesser, P** (2009): Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4. Auflage. Reinhardt. München
- Fröhlich, W D** (2003): Wörterbuch Psychologie. 24. Auflage. Digitale Bibliothek Band 83. Directmedia. Berlin
- Gies, H** (2010): Trauma-Pädagogik – das geht! Fachtag Traumapädagogik im Leinerstift e.V.
Evangelisches Jugendhilfezentrum in Großefehn/Ostfriesland am 06.05.2010.
Unveröffentlichtes Skript.
- Gies, H** (2009): Sekundäre Traumatisierung und Mitgeföhlerschöpfung am Beispiel familienähnlicher stationärer Betreuungen in der Jugendhilfe. In: systema 23(2): S. 214-228.
- Hausmann, C** (2006): Einführung in die Psychotraumatologie. Facultas/UTB. Wien
- Herman, JL** (2003): Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Junfermann. Paderborn
- Hoffmann, N; Hofmann, B** (2008): Selbstfürsorge für Therapeuten und Berater. Beltz. Weinheim / Basel
- Hüther, G** (2002): Die Folgen traumatischer Kindheitserfahrungen für die weitere Hirnentwicklung. Arbeitsgemeinschaft für Sozialberatung und Psychotherapie (AGSP).
<http://www.agsp.de/html/a34.html> (Abruf 14.05.2010)
- Hüther, G; Korittko, A; Wolfrum, G; Besser, L** (2010): Neurobiologische Grundlagen der Herausbildung psychotraumabedingter Symptomatiken. In: Trauma & Gewalt (4.Jhrg) Heft 1/2010, S. 18 – 31
- Jaritz, C; Wiesinger, D; Schmid, M** (2008): Traumatische Lebensereignisse bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe. Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung. In: Trauma & Gewalt (2.Jhrg) Heft 4/2008, S. 266 – 277
- Kasten, H** (2001): Geschwister: Vorbilder, Rivalen, Vertraute. (4. Auflage) Ernst Reinhardt Verlag. München und Basel

Krall, H (2007): Trauma bei Kindern und Jugendlichen. Szenische Arbeit in Psychotherapie und Pädagogik. LIT Verlag. Wien

Kühn, M (2009a): „Macht Eure Welt endlich wieder zu meiner!“ Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In: **Bausum, J; Besser, L; Kühn, M; Weiß, W** [Hrsg.] (2009): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Juventa. Weinheim und München

Kühn, M (2008): Wieso brauchen wir eine Traumapädagogik? Annäherung an einen neuen Fachbegriff. In: Trauma & Gewalt (2.Jhrg) Heft 4/2008, S. 318 – 327

Kühn, M (2006): Bausteine einer „Pädagogik des Sicheren Ortes“. Fachtagung „(Akut) traumatisierte Kinder und Jugendliche in Pädagogik und Jugendhilfe“. Merseburg, 17./18.02.2006 Online verfügbar (Abruf 15.06.2010):

http://www.hs-merseburg.de/~benecken/publikationen/martin_kuehn.pdf

Kühn, M; Vogt, V (2009b): Definition Traumapädagogik. (Abruf 03.06.2010)

http://www.traumapaedagogik.de/index.php?option=com_content&view=article&id=71:definition-gtraumapaedagogik&catid=30:sonstiges&Itemid=53

Landolt, MA (2004): Psychotraumatologie des Kindesalters. Hogrefe. Göttingen

Lang, B (2009): Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für pädagogische Fachkräfte als institutioneller Auftrag. In: **Bausum, J; Besser, L; Kühn, M; Weiß, W** [Hrsg.] (2009): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Juventa. Weinheim und München

Lang, B; Wiesinger, D; Schmid, M (2009): Das traumapädagogische Konzept der Wohngruppe »Greccio« in der Umsetzung. In: Trauma & Gewalt (3.Jhrg) Heft 2/2009, S. 107 – 115

Levine, P A; Kline, M (2008): Verwundete Kinderseelen heilen. Wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können. 4. Auflage. Kösel. München

Madler, C; Jauch, KW; Werdan, K; Siegrist, J; Pajonk, FG (2005): Das NAW-Buch: Akutmedizin der ersten 24 Stunden. 3. Auflage. Elsevier. München

Maercker, A (2009): Posttraumatische Belastungsstörungen. 3. Auflage. Springer. Heidelberg

Marmann, A (2005): Kleine Pädagogen. Eine Untersuchung über „Leibliche Kinder“ in familiären Settings öffentlicher Ersatzerziehung. IGfH. Frankfurt/Main

Marmann, A (2003): Kleine Pädagogen : eine Untersuchung über 'Leibliche Kinder' in familienorientierten Settings öffentlicher Ersatzerziehung. Dissertation Uni-Gesamthochschule Siegen. Langfassung. URN: urn:nbn:de:hbz:467-461
URL: <http://dokumentix.ub.uni-siegen.de/opus/volltexte/2005/46/> (Abruf 26.04.2010)

Morschitzky, H (2007): Somatoforme Störungen. Diagnostik, Konzepte und Therapie bei Körpersymptomen ohne Organbefund. 2. Auflage. Springer. Wien

Nienstedt, M; Westermann A (2008): Pflegekinder und ihre Entwicklungschancen nach frühen traumatischen Erfahrungen. 2. Auflage. Klett-Cotta. Stuttgart

Opitz-Gerz, A (2008): Die Bedeutung der Körperdimensionen für die Traumaaarbeit.
In: Trauma & Gewalt (2.Jhrg) Heft 4/2008, S. 278 – 287

Olbricht, I (2004): Wege aus der Angst - Gewalt gegen Frauen: Ursachen, Folgen, Therapie. Beck. München

Reddemann, L; Dehner-Dau, C (2008): Trauma: Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. 3. vollst. überarb. Auflage. Trias. Stuttgart

Reddemann, L (2006): Psychotraumata. Primärärztliche Versorgung des seelisch erschütterten Patienten. Deutscher Ärzte-Verlag. Köln

Reddemann, L (2003): Einige Überlegungen zur Psychohygiene und Burnout-Prophylaxe von TraumatherapeutInnen. Erfahrungen und Hypothesen. In: Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin. 1. Jhg., Heft 1. Asanger Verlag .Kröning

Redl, F (1959): The concept of a "Therapeutic Milieu" In: **Redl, F** (1959) When we deal with children. The Free Press. New York

Remschmidt, H [Hrsg.] (2008): Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung. 5. Aktualisierte Auflage. Thieme. Stuttgart

Roth, G (2003): Wie das Gehirn die Seele macht. In: **Schiepek, G** (Hrsg.): Neurobiologie der Psychotherapie. Schattauer. Stuttgart

Rothschild, B (2002): Der Körper erinnert sich. Synthesis. Essen

Sachsse, U; Roth, G (2008): Die Integration neurobiologischer und psychoanalytischer Ergebnisse in der Behandlung Traumatisierter. In: **Leuzinger-Bohleber, M; Roth, G; Buchheim, A** [Hrsg.] (2008): Psychoanalyse – Neurobiologie – Trauma. Schattauer. Stuttgart

Schmid, M (2008): Entwicklungspsychopathologische Grundlagen der Traumapädagogik. In: Trauma & Gewalt (2.Jhrg) Heft 4/2008, S. 288 - 304

Stahnisch, F W (2009): „Abwehr“, „Widerstand“ und „kulturelle Neuorientierung“. Zu Re-Konfigurationen der Traumaforschung bei zwangsemigrierten deutschsprachigen Neurologen und Psychiatern. In: **Karger, A** [Hrsg.] (2009): Trauma und Wissenschaft. Psychoanalytische Blätter. Band 29. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen

Steiner, B; Krippner, K (2006): Psychotraumatheapie. Tiefenpsychologisch-imaginative Behandlung von traumatisierten Patienten. Schattauer. Stuttgart

Streeck-Fischer, A (2006): Trauma und Entwicklung – Frühe Traumatisierungen und ihre Folgen in der Adoleszenz. Schattauer. Stuttgart

Wagner, W (2009): Psychoanalytische Sozialpädagogik als Traumapädagogik – Familienanaloge Ersatzelternschaft für psychosozial hochbelastete Kinder. In: **Bausum, J; Besser, L; Kühn, M; Weiß, W** [Hrsg.] (2009): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Juventa. Weinheim und München

Weinberg, D (2005): Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Trauma-Intervention und traumabezogene Spieltherapie. Klett-Cotta Verlag. Stuttgart

Weiß, W (2009): Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. 5. aktualisierte Auflage. Juventa. Weinheim und München

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: Trauma & Gewalt (2.Jhrg) Heft 4/2008, S. 328 – 336

Wettig, G (2009): Schicksal Kindheit. Kindheit beeinflusst das ganze Leben. Schattauer. Stuttgart