

Anja Schenk-Erni

Traumatisierte Kinder und Jugendliche in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen

Bachelorthesis der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit. Mai 2014

Sozialwissenschaftlicher Fachverlag «Edition Soziothek». Die «Edition Soziothek» ist ein Non-Profit-Unternehmen des Vereins Bildungsstätte für Soziale Arbeit Bern. Der Verein ist verantwortlich für alle verlegerischen Aktivitäten.

**Schriftenreihe Bachelor- und Masterthesen der
Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit**

In dieser Schriftenreihe werden Bachelor- und Masterthesen von Studierenden der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit publiziert, die mit dem Prädikat „sehr gut“ oder „hervorragend“ beurteilt und vom Ressort Diplomarbeit der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit zur Publikation empfohlen wurden.

Anja Schenk-Erni: Traumatisierte Kinder und Jugendliche in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen

© 2014 «Edition Soziothek» Bern
ISBN 978-3-03796-508-5

Verlag Edition Soziothek
c/o Verein Bildungsstätte für Soziale Arbeit Bern
Hallerstrasse 10
3012 Bern
www.soziothek.ch

Jede Art der Vervielfältigung ohne Genehmigung des Verlags ist unzulässig.

Traumatisierte Kinder und Jugendliche in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen

Anja Schenk-Erni

Bachelor-Thesis zum Erwerb
des Bachelor Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule
Fachbereich Soziale Arbeit

Abstract

Das Bundesamt für Justiz veranlasste einen Modellversuch zur Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen (MAZ.), dessen Ergebnisse und Erkenntnisse im Jahre 2012 publiziert wurden. Diese zeigen auf, dass über 80% der befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen in der Schweiz mindestens ein traumatisches Erlebnis und über ein Drittel mehr als drei traumatische Erlebnisse in der Vorgeschichte aufweisen. Diese Studie wie auch weitere amerikanische, britische und deutsche Studien berichten von einer hohen Anzahl traumatisierter Kinder und Jugendlicher in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen. Aufgrund dieser Ergebnisse entwickelte sich folgende Fragestellung, mit welcher sich diese Bachelor-Thesis befasst: Inwiefern kann die Entwicklung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen durch sozialpädagogische Fachkräfte gefördert werden?

Dafür benötigen sozialpädagogische Fachkräfte spezifisches Fachwissen bezüglich Traumata. Traumata werden in Typ-I-Traumatisierung und Typ-II-Traumatisierung unterschieden. Die Typ-I-Traumatisierung beinhaltet einmalige, eher öffentliche Traumatisierungen. Beim Typ-II handelt es sich hingegen um eine Reihe von miteinander verknüpften, sequenziellen Traumata wie Vernachlässigung, Kindesmisshandlung oder sexueller Missbrauch. Diese werden meist durch nahestehende Personen über einen längeren Zeitraum und heimlich verübt. Die Typ-II-Traumatisierung ist vermehrt in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen anzutreffen, weshalb dieser Typus in der vorliegenden Bachelor-Thesis fokussiert wird. Bei dessen Folgen ist ersichtlich, dass aufgrund der Typ-II-Traumatisierung mehrere Entwicklungsaufgaben von Kindern und Jugendlichen kaum oder nicht erfüllt werden können. Dies zeigt Auswirkungen auf den pädagogischen Alltag in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen und stellt die sozialpädagogischen Fachkräfte vor grosse Herausforderungen.

Die Verbindung der allgemeinen pädagogischen Aufgaben und der Folgen der Typ-II-Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen zeigt drei Handlungsansätze auf, welche sozialpädagogische Fachkräfte im pädagogischen Alltag umsetzen können. Es handelt sich dabei um die Begünstigung der Bindungssicherheit und die Förderung der Selbstwirksamkeit. Bei der dritten Umsetzungsmöglichkeit sollen Kinder und Jugendliche unterstützt werden, einen Umgang mit dissoziativen Verhaltenssequenzen zu lernen, welcher für sie längerfristig nützlich ist. Zur Umsetzung dieser Handlungsansätze sind diverse Rahmenbedingungen notwendig, wozu unter anderem eine förderliche Zusammenarbeit der Therapie und Sozialpädagogik, die Gewährleistung des Schutzes vor Retraumatisierungen und ein angemessenes Kompetenzprofil der sozialpädagogischen Fachkraft gehören.

Traumatisierte Kinder und Jugendliche in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen

Bachelor-Thesis zum Erwerb
des Bachelor Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule
Fachbereich Soziale Arbeit

Vorgelegt von
Anja Schenk-Erni

Spiez, Mai 2014

Gutachter: Prof. Dr. Christian Vogel

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Das Trauma bei Kindern und Jugendlichen	7
2.1.1	Begriff Kindheit und Jugend	7
2.1.2	Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen	8
2.1.3	Entwicklungsaufgaben der Kinder und Jugendlichen.....	9
2.1.4	Störungen im Entwicklungsverlauf eines Kindes oder Jugendlichen.....	10
2.2	Begriff Trauma	11
2.3	Gehirn und Trauma	12
2.3.1	Die Funktionen der verschiedenen Teile des Gehirns	12
2.3.2	Reaktion des Gehirns auf ein Trauma	15
2.4	Stress und Trauma.....	16
2.5	Traumtypen	17
2.6	Individuelle Verarbeitungsmöglichkeiten.....	17
2.7	Intensität eines Traumas	18
2.8	Psychopathologie.....	19
2.9	Folgen von traumatischen Erfahrungen bei Kindern und Jugendlichen	21
2.9.1	Bindungsstörung, Störungen der Interaktion	22
2.9.2	Störung der Emotionsregulation	23
2.9.3	Störung der Empathiefähigkeit und Mentalisierung	23
2.9.4	Störung der Impulskontrolle, Selbstregulation und Stresstoleranz.....	24
2.9.5	Dissoziationsneigung	24
2.9.6	Störungen des Körperselbst und der Körperwahrnehmung	25
2.9.7	Selbstwert ungünstige kognitive Schemata	26
2.9.8	Soziale Wahrnehmung und soziale Kompetenz	26
2.9.9	Störung der exekutiven und kognitiven Funktionen	26
2.9.10	PTBS-Symptome: Hyperarousal, Vermeidung und Intrusionen	27
2.10	Fazit	29

3	Traumata in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen	30
3.1	Stationäre Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen	30
3.1.1	Begriffsklärung	30
3.1.2	Rechtliche Rahmenbedingungen.....	32
3.1.3	Bedarf	34
3.1.4	Psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen	35
3.2	Traumata in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen	36
3.2.1	Traumatisierte Kinder und Jugendliche in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen.....	37
3.2.2	Auswirkungen auf den pädagogischen Alltag	38
3.2.3	Auswirkungen auf die sozialpädagogischen Fachkräfte	42
3.3	Sozialpädagogische Aufgaben	43
3.3.1	Pädagogische Aufgaben	43
3.3.2	Sozialpädagogische Aufgaben in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen	45
3.3.3	Sozialpädagogische Aufgaben bezüglich traumatisierten Kindern und Jugendlichen in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen	47
3.3.4	Abgrenzung von den sozialpädagogischen zu den therapeutischen Aufgaben bezüglich traumatisierten Kindern und Jugendlichen.....	48
3.4	Fazit	49
4	Pädagogische Handlungsansätze mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen	51
4.1	Pädagogische Handlungsansätze	52
4.1.1	Begünstigung der Bindungssicherheit	52
4.1.2	Förderung der Selbstwirksamkeit	58
4.1.3	Umgang mit dissoziativen Verhaltenssequenzen	70
4.2	Förderliche Rahmenbedingungen	76
4.2.1	Schutz vor Retraumatisierung	76
4.2.2	Gestaltung Wohnraum	77
4.2.3	Team.....	78

4.2.4	Kompetenzenprofil der sozialpädagogischen Fachkraft.....	78
4.2.5	Strukturen	80
4.2.6	Weiterbildung und Supervision	81
4.2.7	Zusammenarbeit Therapie und Sozialpädagogik.....	81
4.2.8	Ausbildungsstätten der Sozialpädagogik.....	85
4.2.9	Forschung.....	85
4.2.10	Kinderschutzmassnahmen.....	85
5	Schlussfolgerungen	86
6	Literatur- und Quellenverzeichnis	91
7	Anhang	100

1 Einleitung

Über 80% der befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen in der Schweiz weisen mindestens ein traumatisches Erlebnis und über ein Drittel mehr als drei traumatische Erlebnisse in der Vorgeschichte auf. Dieses Ergebnis weist der Abschlussbericht von Schmid, Kölch, Fegert und Schmeck (2012) auf, welcher die wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse des Modellversuchs Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen (MAZ.) zusammenfasst. Dieser Modellversuch wurde vom schweizerischen Bundesamt für Justiz in Auftrag gegeben. Dabei wurden die Daten von 263 Jugendlichen und jungen Erwachsenen aus insgesamt elf stationären Institutionen im Zeitraum zwischen 2006 und 2011 analysiert, um unter anderem deren psychische und psychosoziale Belastung zu erfassen.

Dass sich in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen traumatisierte Kinder und Jugendliche befinden, zeigen auch weitere Studien auf. Schmid, Wiesinger, Lang, Jaszkowic und Fegert (2007, S. 332) nehmen Bezug auf die Studien von Meltzer, Lader, Corbin, Goodman und Ford (2003) und Burns et al. (2004). Aus diesen amerikanischen und britischen Untersuchungen in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen resultiert, dass über 60% der darin lebenden Kinder Missbrauchs-, Misshandlungs- oder Vernachlässigungserfahrungen haben. Schmid et al. (2007) weisen darauf hin, dass aufgrund des Ausbaus ambulanter Hilfen die Anzahl traumatisierter Kinder und Jugendlicher in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen tendenziell zunehmen wird.

Zahlreiche Bücher, Sammelbände, Artikel in Fachzeitschriften und Zeitschriftenartikel sind in den vergangenen Jahren bezüglich Trauma und dem pädagogischen Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen publiziert worden. Der pädagogische Umgang mit traumatisierten Menschen wird dabei auch als sogenannte Traumapädagogik bezeichnet, welche von Vertretenden der Traumapädagogik als neue und etablierte Fachdisziplin beschrieben wird. Nun stellt sich die Frage: Braucht es eine separate Pädagogik, die spezifisch auf traumatisierte Kinder und Jugendliche ausgerichtet ist? Wäre nicht ein Entwurf von Handlungsansätzen möglich, die der allgemeinen Pädagogik entsprechen und gleichzeitig auf die Begünstigung der Entwicklung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen ausgerichtet ist?

Die Autorin dieser Bachelor-Thesis wird nach Abschluss der Ausbildung im Setting der stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen berufstätig sein. Deshalb ergriff sie die Chance, sich dank des Verfassens der Bachelor-Thesis Fach- sowie Methodenwissen für die sozialpädagogische Arbeit in diesem Setting anzueignen. Folglich fokussiert diese Bachelor-Thesis die Handlungsebene der sozialpädagogischen Fachkraft.

Aufgrund der erwähnten Studienresultate, den kritischen Überlegungen bezüglich Traumapädagogik sowie den Wünschen der Autorin lautet die Fragestellung folgendermassen:

Inwiefern kann die Entwicklung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen durch sozialpädagogische Fachkräfte gefördert werden?

Die Bachelor-Thesis hat zum Ziel, dass sich sozialpädagogische Fachkräften dank des Lesens dieser Thesis Fachwissen hinsichtlich Trauma aneignen und dadurch traumatisierten Kindern und Jugendlichen verständnisvoller begegnen. Gleichzeitig soll die Bachelor-Thesis konkrete Handlungsansätze aufzeigen, welche von sozialpädagogischen Fachkräften im pädagogischen Alltag umgesetzt werden können. Aufgrund der Umsetzung dieser Handlungsansätze soll die Entwicklung traumatisierter Kinder und Jugendlicher gefördert werden.

Die Bachelor-Thesis beschäftigt sich im zweiten Kapitel zuerst mit dem Begriff der Kindheit und Jugend sowie der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Die Begriffe Kinder und Jugendliche umfassen in dieser Arbeit das Altersspektrum von der Geburt bis zum 18. Lebensjahr. Tauchen in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen spezifische Belastungen oder traumatische Erlebnisse auf, so nehmen diese Einfluss auf den gesamten Entwicklungsverlauf. Hierbei stellt sich die Frage: Was sind traumatische Erlebnisse?

Unter dem Begriff Trauma werden in dieser Arbeit die psychischen Traumata verstanden. Der Ausgangspunkt für Traumata sind gemäss Huber (2003) extrem stressreiche äussere Ereignisse, auf welche eine Person nicht angemessen vorbereitet ist und all deren Bewältigungsmechanismen überfordert. Nach Hantke und Görge (2012) führt diese Überforderung zur Auslösung der Notfallreaktion, bei welcher sich der Körper auf Kampf oder Flucht vorbereitet. Kann die Person weder kämpfen noch flüchten, erlebt die Person diese Situation als Trauma. Inwiefern Kinder und Jugendliche mit den Traumata umgehen, ist einerseits von den individuellen Verarbeitungsmöglichkeiten (Hantke & Görge, 2012; Hepp, 2012; Schmid, 2008) abhängig. Andererseits gibt es gemäss Huber (2003) Merkmale, die die Intensität eines Traumas beeinflussen und zu schweren Reaktionen führen. Handelt es sich um eine normale psychische Reaktion auf das aussergewöhnliche Ereignis, spricht die Psychopathologie gemäss Scherwath und Friedrich (2012) von einer akuten Belastungsreaktion. Bei längerfristiger Intensivierung der Symptome werden oftmals eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) oder eine komplexe PTBS diagnostiziert.

Terr (1991, 1995) unterscheidet zwischen einer Typ-I und einer Typ-II-Traumatisierung. Die Typ-I-Traumatisierung beinhaltet einmalige, eher öffentliche Traumatisierungen. Beim Typ-II handelt es sich hingegen um eine Reihe von miteinander verknüpften, sequenziellen Traumata. Dieser Typus wird auch als chronische oder komplexe Traumatisierung bezeichnet. Gemäss Schmid, Lang, Gahleitner, Weiss und Kühn (2010) und Schmid (2008) leiden viele Kinder und Jugendliche in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen unter komple-

xen Traumafolgestörungen. Deshalb fokussiert die Bachelor-Thesis diesen Typus und verwendet dafür die Begriffe der chronischen und komplexen Traumata. Typ-I-Traumatisierungen und deren Folgen werden somit nicht näher erläutert. Schmid (2008) beschreibt die unterschiedlichen Folgen einer komplexen Traumatisierung und benennt diese als wichtige Förderbereiche. Werden die Folgen von komplexen Traumata bei Kindern und Jugendlichen mit den Entwicklungsaufgaben abgeglichen, wird deutlich, dass aufgrund der chronischen Traumata zahlreiche Entwicklungsaufgaben unzureichend oder nicht erfüllt werden können. Dies führt zu diversen Folgeerscheinungen, die den Alltag und die Verhaltensweisen dieser Kinder und Jugendlichen entscheidend prägen.

Das dritte Kapitel widmet sich den Traumata in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen. Der Begriff stationäre Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen wird von der Kinderbetreuungsverordnung (KiBeV) der Schweiz und der Justiz-, Gemeinde- und Kirchendirektion des Kantons Bern (n.d.) abgeleitet. Darunter ist eine Vollzeitbetreuung von Kindern und Jugendlichen in einer Einrichtung zu verstehen. Folglich werden in dieser Arbeit der Umgang mit chronisch traumatisierten Kindern und Jugendlichen in Pflegefamilien oder ambulanten Hilfen nicht thematisiert. In stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen arbeiten unter anderem sozialpädagogisch ausgebildete Fachpersonen, auf welche der Inhalt dieser Bachelor-Thesis ausgerichtet ist. Für diese Personen wird der Begriff der sozialpädagogischen Fachkraft verwendet. Im dritten Kapitel werden ausserdem die rechtlichen Rahmenbedingungen der Schweiz und der Bedarf bezüglich Platzierungen in stationäre Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen sowie die psychische Gesundheit von den darin wohnenden Kindern und Jugendlichen thematisiert.

Wie bereits erwähnt gibt es eine hohe Anzahl traumatisierter Kinder und Jugendlicher in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen. Die Folgen von komplexen Traumata zeigen sich auch im pädagogischen Alltag und haben Auswirkungen auf die sozialpädagogischen Fachkräfte. Insgesamt ist ersichtlich, dass die Fachkräfte grossen fachlichen Anforderungen ausgesetzt sind (Gahleitner, 2013). Nun stellt sich die Frage: Welche sozialpädagogischen Aufgaben haben die sozialpädagogischen Fachkräfte in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen?

Dazu werden die zwei konstitutiven Prinzipien von Benner (2012) erläutert, welche das Prinzip der Bildsamkeit und der Aufforderung zur Selbsttätigkeit beinhalten. Daraus werden sozialpädagogische Aufgaben für das Setting der stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen abgeleitet. Dabei wird ersichtlich, dass die Beziehung zwischen den Kindern und Jugendlichen mit der sozialpädagogischen Fachkraft die Grundlage darstellt. Abgeleitet vom zweiten pädagogischen Prinzip stellt die Erlangung der Selbstständigkeit und Autonomie eine weitere bedeutende Aufgabe dar, welche Heidemann und Greving (2011) sowie Dörr (2013) bestätigen. Die sozialpädagogischen Aufgaben bezüglich traumatisierten Kindern und

Jugendlichen in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen umfassen aufgrund dieser Ableitungen die Begünstigung der Bindungsfähigkeit und die Förderung der Selbstwirksamkeit. Die dritte Aufgabe beinhaltet, dass Kinder und Jugendlichen unterstützt werden, einen Umgang mit dissoziativen Verhaltenssequenzen zu lernen, welcher für sie längerfristig nützlich ist.

Diese drei Aufgaben werden im vierten Kapitel ausführlich dargestellt und konkrete Umsetzungsmöglichkeiten dieser Handlungsansätze beschrieben. Zur Verwirklichung dieser Handlungsansätze sind diverse Rahmenbedingungen förderlich, wovon einige näher erläutert werden.

2 Das Trauma bei Kindern und Jugendlichen

Zur Förderung der Entwicklung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen wird spezifisches Wissen bezüglich der Entwicklungspsychologie sowie der Psychotraumatologie¹ benötigt. Deshalb werden in diesem Kapitel zunächst die Begriffe der Kindheit und Jugend erläutert sowie die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und die daraus abgeleiteten Entwicklungsaufgaben beschrieben. Die Entwicklung kann durch mögliche Störungen verzögert oder beschädigt werden, wie beispielsweise durch ein Trauma. Da stellt sich nun die Frage: Was ist ein Trauma und inwiefern kann dies Auswirkungen auf die Entwicklung haben? Dieses Kapitel liefert Antworten auf diese Frage, indem es unter anderem den Begriff des Traumas umschreibt, die Reaktion des Gehirns auf ein Trauma schildert sowie zwei unterschiedliche Traumtypen beleuchtet. Anschliessend werden die Folgen eines komplexen Traumas bei Kindern und Jugendlichen beschrieben. Zusammenfassend folgt eine Gegenüberstellung der Entwicklungsaufgaben von Kindern und Jugendlichen und den Folgen eines komplexen Traumas, woraus bereits einzelne Schlussfolgerungen gezogen werden.

2.1.1 Begriff Kindheit und Jugend

Im Art. 1 der UN-Kinderrechtskonvention ist ersichtlich, dass sich die Kindheit bis zum 18. Lebensjahr erstreckt. In der Präambel dieser Konvention ist zudem festgehalten, dass das Kind aufgrund seiner Verletzbarkeit besonderen Schutz und besonderer Fürsorge bedarf. Gemäss dem Bundesamt für Gesundheit der Schweiz (BAG, n.d.) wird die Kindheit als Zeitraum von der Geburt bis zum Jugendalter definiert. Die Begriffe Kindheit und Jugend sind jedoch weitgehend überlappend, weshalb sie nicht vollständig voneinander abgegrenzt

¹ Die Psychotraumatologie ist die Lehre von psychischen Traumata, ihrem Wesen und ihren Folgen. Sie erforscht die Auswirkungen von traumatischen Erlebnissen auf Individuen, Systeme und Gesellschaften. (Weiss, Friedrich, Picard & Ding, 2014, S. 243)

werden. Die Jugend erstreckt sich gemäss dem BAG vom 15. bis zum 25. Lebensjahr.

Aus diesen zwei Begriffsdefinitionen ist ersichtlich, dass der Begriff Kind sich entweder bis zum ungefähr 14. oder 18. Lebensjahr ausdehnt. Der Fokus dieser Arbeit liegt auf der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen bis zu 18. Lebensjahr und schliesst somit die Mehrheit der Altersgruppe der Jugend aus. Gestützt auf die UN-Kinderrechtskonvention wird in dieser Bachelor-Thesis hauptsächlich der Begriff des Kindes (0-18 Jahre) verwendet, wobei die 15- bis 18-Jährigen Jugendlichen auch gemeint sind.

Die Kindheit ist gemäss dem BAG einerseits gekennzeichnet durch den Status wie beispielsweise der rechtlichen Minderjährigkeit und der Abhängigkeit von der elterlichen Sorge. Andererseits ist die Kindheit durch die körperliche, kognitive, affektive und soziale Entwicklung bis hin zur Entwicklung der Autonomie geprägt. Was unter einer Entwicklung zu verstehen ist, wird im nächsten Abschnitt erläutert.

2.1.2 Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen

Gemäss Bründler, Bürgisser, Lämmli und Bornand (2004, S. 55) ist die Entwicklung eine Veränderung im Verhalten und im Erleben des Menschen. Ein sogenannter Aufbau von geordneten und zusammenhängenden Elementen (Strukturen) durch Wachstum, Differenzierung² und Integration³. Die Entwicklung ist ein gerichteter Prozess des Aufbaus von Strukturen, die zur Adaptation⁴ fähig sind. Hobmair et al. (2008, S. 296) halten fest, dass die Entwicklung des Menschen ein lebenslanger Prozess ist und gemäss Bründler et al. (2004, S. 56) einerseits durch endogene Faktoren (genetische Anlage), andererseits durch exogene Faktoren (Umwelteinflüsse) verursacht wird. Diese Faktoren bedingen und beeinflussen sich gegenseitig. Der endogene Faktor ermöglicht eine Entwicklung anhand des Prozesses der Reifung. Dieser Prozess beinhaltet eine anlagebedingte Abfolge von Wachstum und Veränderung. Lernen bezieht sich auf die exogenen Faktoren und ist als der Erwerb von umweltbedingten Verhaltensmustern und Fähigkeiten zu verstehen. Hobmair et al. (2008, S. 214-215) fügen hierbei hinzu, dass der Mensch bereits in frühester Kindheit ein aktives Wesen ist und dadurch bestimmte Entwicklungsschritte selbst herbeiführen sowie Einfluss auf seine Entwicklung nehmen kann, was als Selbststeuerung bezeichnet wird.

In der Entwicklung durchläuft der Mensch laut Bründler et al. (2004, S. 57-59) verschiedene Phasen, sogenannte Entwicklungsphasen. Diese werden von allen Personen in derselben Reihenfolge durchlaufen, das Alter beim Eintritt in diese Phasen ist aber variabel. Umwelt-

² Unter Differenzierung sind sich weiter entwickelnde, verfeinerte und spezialisierte Funktionen von Zellen, Organen, Gliedmassen, Denk- und Bewegungsabläufen zu verstehen (Bründler et al., 2004, S. 55).

³ Integration bezeichnet im Bezug auf Entwicklung ein immer besseres Zusammenspiel anfänglich unkoordiniert ablaufender Prozesse und Handlungen zu einem organisierten und funktionierenden Ganzen (S. 55).

⁴ Der Körper ist darauf ausgerichtet, dass er sich reproduzieren kann, weshalb eine Anpassung des Organismus an die Umwelt bedingt ist. Dieser Prozess wird Adaptation genannt (S. 55).

faktoren können die Entwicklung zudem beschleunigen oder verlangsamen, aber nicht die Reihenfolge der jeweiligen Entwicklungsschritte ändern. In der Entwicklung gibt es kritische Phasen, in welchen Verhaltensweisen oder körperliche Merkmale dauerhaft festgelegt werden und später nicht mehr rückgängig gemacht werden können. In den sensiblen Phasen werden Verhaltensweisen beeinflusst, die später jedoch nur schwer korrigiert werden können. Die Entwicklung in den jeweiligen Altersstufen ist in Hobmair et al. (vgl. 2008, S. 246-291) ausführlich beschrieben. Aus diesen detaillierten Beschreibungen ist insgesamt festzuhalten, dass im Kindes- und Jugendalter die Grundlage der Motorik, der Gefühle, der Bedürfnisse, des Sozialverhaltens sowie der kognitiven Fähigkeiten und Funktionen wie Wahrnehmung, Sprache, Intelligenz, Denken und Gedächtnis entwickelt werden. Daraus ergeben sich für das Kind und den Jugendlichen spezifische Entwicklungsaufgaben, welche nun folgend beschrieben werden.

2.1.3 Entwicklungsaufgaben der Kinder und Jugendlichen

Unter einer Entwicklungsaufgabe verstehen Hobmair et al. (2008, S. 296) die Anforderung, welche in einem bestimmten Lebensabschnitt eines Menschen besteht. Diese entsteht aus der Bedingung der körperlichen Reife, der Erwartungen der Gesellschaft sowie den persönlichen Zielsetzungen und Wertvorstellungen. Werden diese Anforderungen erfolgreich bewältigt, führt dies zu Glück, Anerkennung und weiterem Erfolg. Bei Misserfolg dieser Aufgaben kann dies zu Niedergeschlagenheit, gesellschaftlicher Missbilligung oder zu Problemen bei späteren Anforderungen führen. Nun folgt eine Kurzdarstellung der wichtigsten Entwicklungsaufgaben von Kindern und Jugendlichen.

Im **ersten Lebensjahr** wird gemäss Hobmair et al. (2008, S. 304-311) die Grundlage für die Persönlichkeitsentwicklung gelegt. Der Säugling und das Kleinkind sind auf eine ausreichende und richtige Befriedigung der physiologischen Bedürfnisse wie auch auf eine tiefe Bindung angewiesen. Diese Bindung zu einer oder auch mehreren Personen sollte über Raum und Zeit hinweg emotional sehr eng sein und sich durch positive Gefühle auszeichnen. Dem kindlichen Explorationsbedürfnis sollte zudem respektvoll und unterstützend begegnet werden. Diese intensive emotionale Beziehung ist für die Entwicklung des Urvertrauens⁵ (vgl. Erikson, 1950/2005) wichtig, was wiederum für die Förderung des sozialen Optimismus⁶ des Kindes zentral ist. Die Entwicklung des Gehirns wird ausserdem von der emotionalen Zuwendung ganz entscheidend geprägt (Hobmair et al., 2008, S. 311).

⁵ Darunter ist eine positive Einstellung zu sich selbst, zu anderen Personen und zur Umwelt zu verstehen, welche das Kind aufgrund der Erfahrungen der ersten Lebensjahre entwickeln konnte. Diese ermöglicht es ihm, sich mit unbekanntem Personen und Dingen sowie mit sich selbst auseinanderzusetzen. (Hobmair et al., 2008, S. 223)

⁶ Der soziale Optimismus zeichnet sich dadurch aus, dass das Kind die Erfahrung gemacht hat, dass es sich auf seine Mitmenschen bedingungslos verlassen kann. Dadurch entwickelt es ein grundlegendes Vertrauen zu sich selbst, zu den Mitmenschen und der Umwelt. (Hobmair et al., 2008, S. 223)

Das **Kleinkindalter** umfasst laut Hobmair et al. (2008, S. 311-318) das zweite bis zum sechsten Lebensjahr und beinhaltet die Reinlichkeitserziehung. Darunter ist die Erziehung zur Kontrolle der Ausscheidungsvorgänge in der frühen Kindheit zu verstehen, wozu eine positive Kind-Eltern-Beziehung benötigt wird. Die zweite Aufgabe des Kleinkindalters ist die Entwicklung zur Selbstständigkeit, wodurch die kindliche Neugierde entfaltet und das kritische Denken und Handeln gefördert werden sollte. Die moralische Erziehung ist eine weitere Aufgabe im Kleinkindalter, für welche das Herstellen einer positiven Bindung und ein harmonisches Familienklima die Voraussetzung darstellen. Die vierte Aufgabe stellt die Übernahme der Geschlechterrolle dar, wobei eine positive Beziehung zum Kind wie auch ein liebevoller Umgang in der Familie die Voraussetzung ist. Des Weiteren ist eine rechtzeitige Aufklärung des Kindes hinsichtlich der körperlichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern gefordert und das Akzeptieren des eigenen Körpers sowie seiner Funktionen. Das Kind sollte somit in der Lage sein, frei und ohne Scham darüber sprechen zu können. Zudem soll das Kind das eigene wie auch das andere Geschlecht schätzen lernen und alt-hergebrachte Rollenklischees hinterfragen können. Die Vorbildfunktion der Erziehungsperson ist für die Übernahme der Geschlechterrolle von entscheidender Bedeutung.

Nach Hobmair et al. (2008, S. 319-321) umfasst die **späte Kindheit** den Lebensabschnitt vom sechsten bis zum 12. Lebensjahr. Dabei soll die Schulfähigkeit als zentrale Aufgabe erworben werden. Darunter ist die Fähigkeit zu verstehen, dass das Kind den gestellten Anforderungen des ersten Jahres der normalen Grundschule gerecht wird. Dazu sind eine Lern- und Wissbegierde des Kindes, signifikante kognitive Leistungen sowie ein entwickeltes Sozialverhalten gefordert.

Das **Jugendalter** ist gemäss Bründler et al. (2004, S. 67) der Übergang von der Kindheit zum Erwachsensein. Laut Hobmair et al. (2008, S. 321-327) ist es durch körperliche Veränderungen gekennzeichnet, wie beispielsweise die Geschlechtsreife. Daraus folgt die Entwicklungsaufgabe, dass Jugendliche ihre veränderte körperliche Gestalt akzeptieren lernen und die Geschlechterrolle auszuformen. Eine weitere Entwicklungsaufgabe ist der Aufbau von sozialen Kompetenzen, insbesondere im Umgang mit Gleichaltrigen, der sogenannten Peergroup. Daran schliesst sich die Aufgabe der emotionalen Ablösung von den Eltern und anderen Erwachsenen. Des Weiteren stellen sich die Aufgaben der Vorbereitung des beruflichen Werdegangs, das Erreichen eines sozial verantwortungsvollen Handelns und die Schaffung eines eigenen Wertesystems als Grundlage des Handelns. Die zentrale Aufgabe des Jugendalters stellt die Identitätsfindung dar.

2.1.4 Störungen im Entwicklungsverlauf eines Kindes oder Jugendlichen

Scherwath und Friedrich (2012, S. 30-31) halten fest, dass die Sensibilität und die Erfahrungsbereitschaft des Gehirns in der Kindheit besonders hoch ist und aus den Er-

fahrungen in der Kindheit Verhaltensmuster resultieren. Bauer (2006, S. 177) sagt dazu, dass das Gehirn in der Kindheit und Jugend die Nervenzell-Netzwerke anlegt. Diese entscheiden später darüber, wie eine Person ihre Beziehungen gestaltet, wie sie ihre Umwelt einschätzt und interpretiert und wie sie mit den Herausforderungen in ihrem Leben umgeht. Das Fundament der Entwicklung eines Menschen liegt gemäss Scherwath und Friedrich (2012, S. 32-33) in der Kindheit. Tauchen in dieser Zeit spezifische Belastungen und insbesondere traumatische Ereignisse auf, so nehmen diese Einfluss auf den gesamten Entwicklungsverlauf und haben eine grundlegende Wirkung auf die Entwicklungsaufgaben. Denn das Kind oder der Jugendliche versucht die traumatische Erfahrung zu verarbeiten und entstandene Schäden zu heilen, wodurch sich viele Facetten ihrer kognitiven, emotionalen, motorischen und sozialen Entwicklung nicht entfalten können oder notdürftig zusammengebaut werden. Was ein Trauma ist und inwiefern dies Auswirkungen auf den Entwicklungsverlauf hat, wird nun in den folgenden Unterkapiteln geklärt.

2.2 Begriff Trauma

Hantke und Görge (2012, S. 53) nehmen Bezug auf den Ursprung des Wortes Trauma, welches aus dem Griechischen übersetzt Verletzung und Wunde bedeutet. In der Medizin wird der Begriff Trauma noch heute als übliche Bezeichnung für die Auswirkung eines Schlags, eines Unfalls oder einer Einwirkung auf den Körper verwendet. Dies meint hier also immer die körperliche Verwundung. Im Unterschied dazu steht die Bezeichnung des Psychotraumas, bei welchem es sich um eine seelische Verletzung handelt. Laut Hantke und Görge hat es sich im allgemeinen Sprachgebrauch längst eingebürgert, dass die seelische Verletzung gemeint ist, wenn man von Traumatisierung spricht. Somit wird in dieser Arbeit der Begriff des Traumas verwendet, wobei das psychische Trauma gemeint ist. Beim Trauma handelt es sich um ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten“ (Fischer & Riedesser, 1998, S. 79). Judith Herman (1993, S. 53-55) beschreibt den Begriff des Traumas ausführlicher. Sie sagt, dass ein Trauma in dem Zeitpunkt entsteht, wo das Opfer von einer überwältigenden Macht hilflos gemacht wird. Ist diese Macht eine Naturgewalt, spricht sie von einer Katastrophe. Üben andere Menschen diese Macht aus, bezeichnet sie dies als Gewalttaten. Traumatische Ereignisse schalten desweiteren das soziale Netzwerk aus, das dem Menschen normalerweise das Gefühl von Kontrolle, Zugehörigkeit zu einem Beziehungssystem und Sinn gibt. Angst, Hilflosigkeit, Kontrollverlust und drohende Vernichtung gewinnen in der Person die Oberhand, wodurch harmonisches, koordiniertes und zielgerichtetes Handeln unmöglich wird. Deshalb hält Schmid (2008, S. 290) fest, dass es kaum etwas anderes gibt, was die psychische Gesundheit und das psychosoziale Funktionsniveau stärker gefährdet als traumatische Lebensereignisse.

Huber (2003a, S. 40) sagt, dass der Ausgangspunkt eines Traumas extrem stressreiche äussere Ereignisse sind, auf welche eine Person nicht angemessen vorbereitet ist und all deren Bewältigungsmechanismen überfordern. Diese Situation sei als Opfer beziehungsweise als betroffene Person wie auch als Täterschaft oder Zeugenschaft erlebbar. Hantke und Görge (2012, S. 53-56) sprechen von einer Traumatisierung, wenn ein Ereignis während des Geschehens nicht verarbeitet werden konnte und wenn auch nachfolgend die körperlichen und insbesondere die sozialen Voraussetzungen nicht vorhanden sind, um die Folgen zu integrieren. Sie erwähnen zudem, dass eine Traumatisierung nicht aus dem Ereignis selbst ableitbar ist und deshalb kein Geschehen allein aus sich heraus traumatisch sei. Klar sei, dass es Ereignisse gibt, die fast alle Menschen überfordern und solche, bei der die Verarbeitung für die meisten Menschen einfacher sei. Insgesamt sei aber die Betrachtung der betroffenen Person, ihres Alters und ihrer Verarbeitungsmöglichkeiten wichtiger als die Betrachtung des Ereignisses. Aufgrund dessen liegt der Fokus dieser Arbeit auf den Verarbeitungsmöglichkeiten einer Person. Die verschiedenen Ereignisse, die ein Trauma auslösen können, werden hingegen nicht thematisiert.

Scheuerer-Engelich (1998, S. 67) beschreibt einige Merkmale, die bei einer traumatischen Erfahrung eines Kindes wesentlich sind. Diese weisen eine grosse Ähnlichkeit zur allgemeinen Begriffsklärung von Herman (1993, S. 53-55) auf. Scheuerer-Engelich beschreibt ein Trauma bei Kindern als eine einmalige oder fortdauernde Erfahrung, die zu einer psychischen Verletzung führt. Diese Erfahrung ist für das Kind überwältigend und für seine physischen und psychischen Möglichkeiten unkontrollierbar, weshalb Angst vor Vernichtung des physischen oder psychischen Selbst ausgelöst wird. Das Kind kann dabei auf niemanden zurückgreifen, bei dem es Schutz oder Hilfe erfährt. Streeck-Fischer (2006, S. 107) ist der Überzeugung, dass traumatische Ereignisse weitreichende Folgen in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen haben.

2.3 Gehirn und Trauma

Um die Reaktion des Gehirns auf ein Trauma zu verstehen, ist es nötig, das Gehirn mit seinen Grundstrukturen zu kennen. Deshalb werden in diesem Kapitel zuerst die Funktionen der verschiedenen Teile des Gehirns dargestellt und anschliessend folgt die Darstellung der Reaktion des Gehirns auf ein Trauma.

2.3.1 Die Funktionen der verschiedenen Teile des Gehirns

Das Gehirn besteht gemäss Hantke und Görge (2012, S. 32-33) aus verschiedenen Teilen, welche spezifische Funktionen haben. Für die Weiterleitung der Informationen aus dem Körper in die Schaltstellen der Gehirnregionen ist das **Rückenmark** zuständig. Der **Hirnstamm** reguliert die grundlegenden und lebensnotwendigen Funktionen des Körpers, wie Atmung,

Körpertemperatur, Stoffwechsel, Herzschlag, Wachstum der Körperzellen und das Pumpen des Blutes durch die Adern. Diese Funktionen werden je nach Erfordernis der Umgebung angepasst und sind in ihrer Feinabstimmung undefiniert. Das **Kleinhirn** ist eine voluminöse Struktur im Hinterkopf und koordiniert die Bewegungen des gesamten Körpers. Im Kleinhirn werden die Haltung, die Bewegung und die zielgerichtete Steuerung im Raum zusammengeführt, weshalb der Gleichgewichtssinn mit dem Kleinhirn eng verknüpft ist.

Im **Grosshirn** befinden sich das limbische System und die Grosshirnrinde. Das **limbische System** wird auch als Schaltzentrale des Gefühlshaushaltes bezeichnet, denn negative sowie positive arterhaltende Gefühle entstehen und werden dort geregelt. Im limbischen System ist der **Hypothalamus** vorhanden, welcher für Spannung und Entspannung verantwortlich ist. Dieser gibt die entsprechenden Befehle weiter an die **Amygdala**, die sie dann umsetzt. Diese verfügt über eine Verbindung zu den Produktionszentren der Botenstoffe im Gehirn (Neurotransmitter), die die Wachsamkeit erhöhen und flinker machen. Da die Eindrücke des Geruchssinns mit der Amygdala direkt verknüpft sind, reagiert sie besonders schnell auf Gerüche. Die Amygdala ist insgesamt als Schaltzentrale der Gefühle zu verstehen, vor allem auch der lebenserhaltenden Gefühle wie Furcht, Angst, Ekel und Lust. Somit ist sie auch die Alarmanlage des Gehirns, da sie alle eintreffenden Reize auf ihre Gefährlichkeit in Bezug auf das Überleben des Organismus überprüft. Informationen an die höher gelegene Hirnregion weiterzuleiten ist ihr nur möglich, wenn der Körper Mensch nicht bedroht scheint. (Hantke & Görge, 2012, S. 33-34)

Der **Hippocampus** ist ein weiterer wichtiger Bestandteil des limbischen Systems, welcher ein sehr formbares und hochsensibles Instrument ist. Er hat die Aufgabe, die Informationen aufzunehmen, die auf den Menschen einwirken und diese weiterzuverarbeiten. Wenn starke negative Emotionen mit den eintreffenden Informationen verknüpft sind, ist die Ausführung seiner Aufgabe verunmöglicht. Die **Grosshirnrinde** bildet den grössten Teil des Gehirns. Im hinteren und mittleren Teil der Grosshirnrinde befinden sich riesige Zentren für unterschiedliche Bereiche der Wahrnehmung und Steuerung von Gefühlen, Körper und Sprache. Der vordere Teil (Frontalhirn) ermöglicht die Wahrnehmung anderer Menschen sowie die Selbstwahrnehmung. Hier findet statt, was den Menschen einzigartig macht: Uns selbst wahrzunehmen, zu reflektieren, zu denken, neue Ideen und unerprobte Lösungen zu produzieren. Die Grosshirnrinde ist somit für bewusstes Denken, Selbstreflexion, Sinneswahrnehmung, Bewegungsentscheidungen, Sprache und Handlungsalternativen verantwortlich. (Hantke & Görge, 2012, S. 34-35)

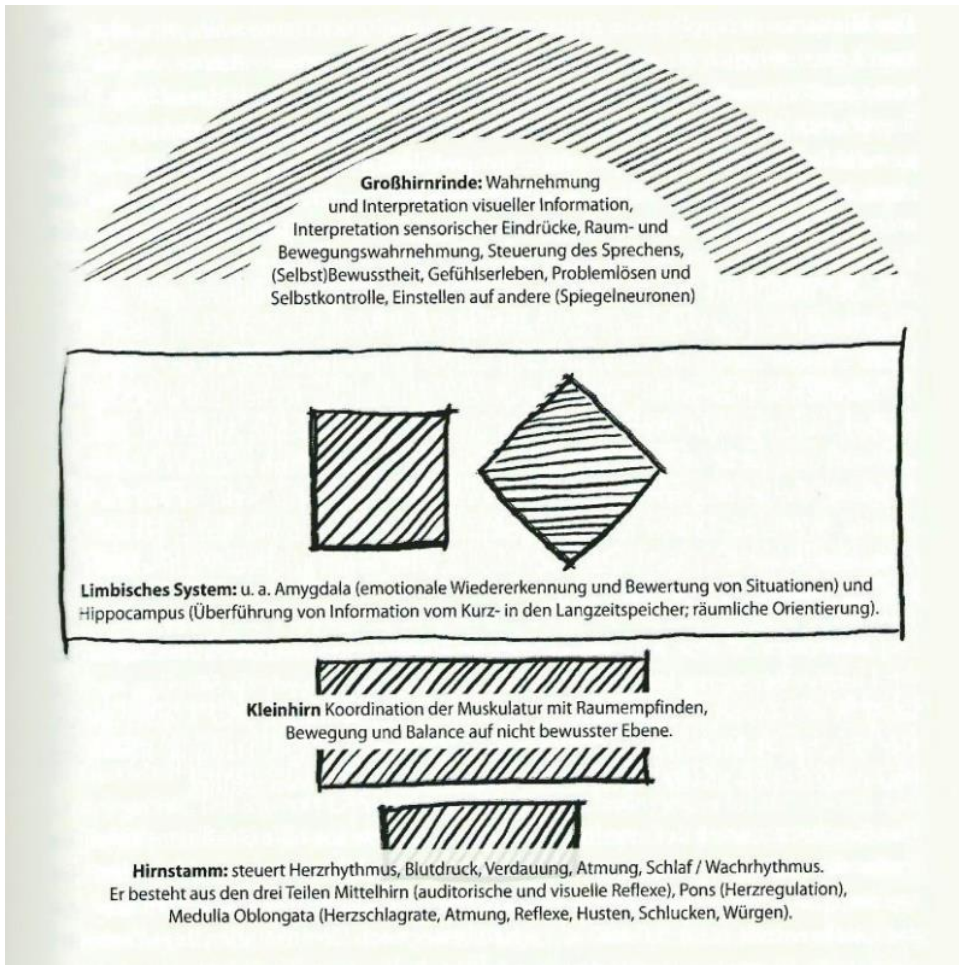


Abbildung 1. Aufbau des Gehirns. Nach Hantke und Görge, 2012, S. 33.

Der Aufbau des Gehirns und die spezifischen Funktionen der jeweiligen Teile des Gehirns sind in der Abbildung 1 dargestellt. Diese verschiedenen Strukturen des Gehirns sind voneinander abhängig, denn je differenzierter die Tätigkeit des Gehirns ist, desto mehr Bereiche werden zur selben Zeit aktiviert. Je höher gelegen sich die Struktur im Gehirn befindet und je differenzierter die Funktionen sind, desto mehr sind sie auf tiefer gelegene Strukturen wie bspw. den Hirnstamm angewiesen. Die tiefer gelegenen Strukturen können aber auch ohne die Mithilfe der höheren Hirnstrukturen wie bspw. die Grosshirnrinde regulieren. Eine wichtige Zusammenarbeit findet zwischen dem Hippocampus und der Grosshirnrinde statt, denn diese ist für die Integration von Informationen wesentlich. Der Hippocampus erarbeitet und differenziert die eintreffenden Informationen nach den Kategorien Raum und Zeit und ordnet diese mithilfe der Grosshirnrinde ein. Da der Hippocampus eine begrenzte Speicherfläche und ein einfaches Ordnungssystem hat, werden die Informationen jeweils an die Grosshirnrinde weitergeleitet. Diese verknüpft die eintreffenden Informationen mit bisherigen und alles Neue wird mit dem abgeglichen, was die Person bereits erlebt hat. Wenn die Grosshirnrinde jedoch ausgelastet ist, sendet sie das zugewiesene Material an den Hippocampus zurück. Dieser wiederum sucht sich kleine aufnahmefähige Fenster der Gross-

hirnrinde, wie beispielsweise im Schlaf oder in Ruhephasen, um das angesammelte Material weiterzuleiten. Funktioniert diese Zusammenarbeit nicht mehr ausreichend, kann die Person keine neuen Informationen verarbeiten und auf Gespeichertes nicht zurückgreifen. (Hantke & Görge, 2012, S.36-37)

2.3.2 Reaktion des Gehirns auf ein Trauma

Gemäss Hantke und Görge (2012, S. 57-58) besitzt das Gehirn eine sogenannte **Orientierungsreaktion**, die ohne Denken und Entscheidung (ohne Grosshirnrinde) funktioniert. Wenn einer Person etwas Ungewohntes widerfährt und sie damit nicht umzugehen weiss, überprüft die Person, wie andere Personen reagieren. Wenn ein Ereignis eine Person jedoch bedroht, hält die Person Ausschau nach jemandem, der sie beschützen kann. Wenn aber keine anderen Menschen da sind, an denen sich die Person orientieren kann, wenn diese nicht auf sie reagieren oder sogar selbst die Angreifenden sind, aktiviert der menschliche Organismus die **Notfallreaktion**. Diese ermöglicht ihm die höchstmöglichen Chancen, mit lebensbedrohlichen Gefahrensituationen umzugehen. Bei akuter Bedrohung findet keine Orientierungsreaktion statt, sondern die Notfallreaktion wird direkt aktiviert. Durch die Bedrohung oder akute Gefahr wird im limbischen System eine Umschaltung verursacht, woraufhin die Amygdala Alarm schlägt und zu vielfältigen hormonellen Veränderungen führt. Ausserdem versammelt sich innerhalb kürzester Zeit alle Energie in den grossen Muskeln, damit sich die Person wehren oder weglaufen könnte. Die Grosshirnrinde ist für das reine Überleben die unwichtigste Hirnregion und benötigt bei der Lösungs- und Entscheidungsfindung viel Zeit. Deshalb stellt sie beim raschen Reagieren ein ernst zu nehmendes Hindernis dar und wird folglich in der Notfallreaktion weitgehend ausgeschaltet. Dies hat zur Folge, dass der Hippocampus alle Informationen aufnimmt, diese aber aufgrund der Inaktivität der Grosshirnrinde nicht weiterleiten kann. Die Informationen können somit nicht geordnet werden. Des Weiteren wird der Verdauungstrakt im Notfall entleert, damit ein höchstmögliches Energiepotential zur Sicherstellung des Überlebens vorhanden ist. Infolgedessen hat die Person ein Vielfaches an Kraft zur Verfügung, um sich schnellstmöglich in Sicherheit zu bringen oder durch kräftiges Abwehrhandeln dafür zu sorgen, dass die Bedrohung verschwindet. Der Körper ist somit auf **Kampf** oder **Flucht** eingestellt und das bewusste Denken kann nicht oder kaum regulierend eingreifen. Wird eine Person zu Kampf oder Flucht gezwungen, erfolgt gemäss Wettig (2010, S. 20) eine Ausschüttung des Stresshormons Cortisol. Diese dauert meist nur wenige Sekunden und daraufhin folgt die Entspannung. Auch Huber (2003a, S. 41-42) sagt, dass das Hirn mit zwei Reflexen auf ein äusseres stressreiches Ereignis reagieren kann: Kämpfe gegen den Stressor an (fight) oder fliehe davor (flight). Wenn es der Person gelingt, mit Kampf oder Flucht auf den Stressor zu reagieren, wird sie das Ereignis möglicherweise als stark belastend erleben, vermutlich aber

nicht als Trauma speichern. Wenn es der Person jedoch nicht möglich ist, mit Kampf oder Flucht auf diese äusserste Bedrohung zu reagieren, findet für den Menschen das Ereignis als Trauma statt. Um der Gefahr der Auflösung des Selbst während des Traumas zu entkommen, kann gemäss Scherwath und Friedrich (2012, S. 28) das Gehirn anhand verschiedener Mechanismen das Bewusstsein ändern, welche **dissoziative Zustände** genannt werden. Darunter ist laut Huber (2003a, S. 43-44) der sogenannte **Freeze-Zustand** zu verstehen, bei welchem der Körper die Spannung einfriert. Da der aggressive äussere Reiz nicht äusserlich niedergedrungen wird, versucht das Gehirn dies intern zu tun. Es macht den aggressiven Reiz unschädlich und erlaubt dem Organismus, sich innerlich davon zu distanzieren. Die Freeze-Reaktion ist insgesamt als eine Entfremdung des Geschehens zu verstehen. Der zweite Mechanismus des Gehirns ist das **Fragmentieren**. Dabei wird die Erfahrung zersplittert und diese Splitter werden so weggedrückt, dass das äussere Ereignis nicht mehr zusammenhängend wahrgenommen und erinnert werden kann. Ein weiterer Mechanismus des Gehirns ist gemäss Hantke und Görge (2012, S. 61-62) die **Lähmung**⁷. Dies ist ein Zustand, in welchem die Ereignisse oft noch wahrgenommen werden, ein willentlicher Zugriff auf die Muskulatur aber nicht mehr möglich ist. Der vierte Mechanismus ist der **Totstellreflex**⁸ (S. 63), bei welchem die Körperspannung abgeschaltet wird und die Person ohnmächtig werden kann. Der sofort eintretende Vorteil dieser Reaktionen ist die Schmerz-unempfindlichkeit, da die Weiterleitung der Empfindungen aus dem Körper an die wahrnehmenden Zellverbände des Gehirns unterbrochen wird. Dies kann dazu führen, dass der Körper als Ganzes nicht mehr fühlbar wird und fremd scheint. Bei all diesen Mechanismen ist wie bereits erwähnt die Grosshirnrinde ausgeschaltet, welche für das Denken zuständig ist. Deshalb wird die Wahrnehmung als abgetrennt, unverbunden und dem Körper nicht zugehörig empfunden. Diese Abtrennung der bewussten Wahrnehmung vom Körpergeschehen wird von den Betroffenen zum einen als wohltuend, zum anderen als absurd, bizarr und beängstigend wahrgenommen. All diese beschriebenen Körpervorgänge finden ohne Einflussnahme der betroffenen Person statt. (Hantke & Görge, 2012, S. 62-63)

2.4 Stress und Trauma

Stress ist gemäss Hantke und Görge (2012, S. 60-61) als eine Reaktion des Körpers auf den drohenden Verlust des inneren Gleichgewichts zu verstehen. Er stellt Energie bereit und erhöht die Spannung, der Verstand kann noch regulierend einwirken und der Zugriff auf die planenden und kreativen oberen Hirnregionen ist potenziell noch möglich.

Dies stellt den Unterschied zum Trauma dar, da bei der Notfallreaktion die Grosshirnrinde

⁷ In der Psychopathologie wird die Symptomatik auch als Katatonie bezeichnet (Hantke & Görge, 2012, S. 61).

⁸ Dieser Zustand wird auch als Apathie bezeichnet (Hantke & Görge, 2012, S. 62).

ausgeschaltet wird, der Körper vollautomatisch reagiert und die Einflussnahme der Person nicht mehr möglich ist (siehe Kapitel 2.3.2).

2.5 Traumtypen

Schmid (2008, S. 288-289) bezieht sich auf Terr (1991, 1995), die zwischen einer Typ-I-Traumatisierung und Typ-II-Traumatisierung unterscheidet. Bei der Typ-I-Traumatisierung handelt es sich um einmalige, eher öffentliche Traumatisierungen wie z.B. Unfälle oder Naturkatastrophen. Beim Typ-II handelt es sich hingegen um eine Reihe von miteinander verknüpften, sequenziellen Traumata wie Vernachlässigung, Kindesmisshandlung oder sexueller Missbrauch. Diese Traumata werden oft durch nahestehende Personen heimlich und über einen längeren Zeitraum verübt. Der Typ-II wird auch als chronische oder komplexe Traumatisierung bezeichnet.

2.6 Individuelle Verarbeitungsmöglichkeiten

Ob eine Situation für die betroffene Person traumatisch wird, hängt laut Hantke und Görge (2012, S. 54-65) zum einen davon ab, was passiert ist und zum anderen, inwiefern eine Person das stressreiche Erlebnis verarbeiten kann. Sie beschreiben dazu die sogenannte **Spannungskurve**, welche ein wichtiger Indikator für die Verarbeitungsfähigkeit der Person ist. Solange sich die Spannungskurve innerhalb des Ressourcenbereichs der Person befindet, kann die Person denken, das Verhalten beurteilen und steuern sowie den Körper in einem ausgeglichenen Zustand halten. Der Ressourcenbereich ist breiter, wenn dieser eine gewisse Flexibilität zeigt und die Person mehr ausgleichen, regulieren und aufnehmen kann. Solange die Spannungswechsel innerhalb des schwingungs- und erweiterungsfähigen Ressourcenbereichs erfolgen, steigern sie die Flexibilität. Sobald die Spannung nicht mehr regulierbar ist und die Anspannung des Körpers die Grenzen des Ressourcenbereichs überschreitet, wird die Notfallreaktion ausgelöst (siehe Kapitel 2.3.2). Die Ausprägung des Ressourcenbereichs ist stark von den Vorerfahrungen abhängig, die der Körper vor allem in den Regulierungserfahrungen der ersten Jahre gemacht hat. Inwiefern eine Person mit der traumatischen Erfahrung dann anschliessend umgehen kann, ist mit dem Alter, den Fähigkeiten der Person und der benötigten Verarbeitungsdauer von Verletzungen verknüpft. Die Präsenz und die Verfügbarkeit von Menschen aus dem Umfeld sowie deren Hilfsangebote sind weitere bedeutende Faktoren für die Ausprägung des Ressourcenbereichs. Eine stabile und hilfreiche soziale Situation der Betroffenen im Bereich der Wohnung, der Arbeit und der finanziellen Mitteln erleichtern zudem die Traumaverarbeitung.

Hepp (2012, S. 139-157) weist darauf hin, dass nicht jedes Trauma traumatisiert und viele Menschen ohne spezifische Interventionen mit traumatischen Erfahrungen gut umgehen und diese in ihr Leben integrieren können. Dies bestätigt auch Schmid (2008, S. 290) und ver-

weist dabei auf resiliente⁹ und unverwundbare Kinder. Diese zeigen trotz einer massiven Risikoakkumulation und traumatischen Erfahrungen ein unauffälliges psychosoziales Funktionsniveau und entwickeln keine psychische Störung. Welche Faktoren dazu verantwortlich sind, untersucht die Resilienz- und Copingforschung (vgl. Welter-Enderlin & Hildenbrand, 2012; Luthar, 2003), worauf diese Arbeit nicht näher eingeht.

2.7 Intensität eines Traumas

Huber (2003a, S. 75-82) hat eine Liste von Merkmalen erstellt, welche die Intensität eines Traumas beeinflussen und zu schweren Reaktionen führen, da diese Kriterien die Integration und Verarbeitung eines Traumas massiv behindern.

- Ein Ereignis, welches über längere Zeit andauerte. Dennoch ist der Schaden auch bei einem kurz andauernden Ereignis nicht zu unterschätzen.
- Die häufige Wiederholung eines Traumas. Eine Aufarbeitung des Traumas ist erst möglich, wenn die Traumatisierung definitiv aufgehört hat.
- Eine schwere Traumareaktion ist zu erwarten, wenn das Opfer während der extrem stressreichen Erfahrung besonders viele Schmerzen empfand und mit schweren körperlichen Verletzungen zurückgelassen wird.
- Wenn das Opfer das Ereignis nicht verstehen und darin keinen Sinn erkennen kann.
- Ereignisse die zwischenmenschliche Gewalt beinhalten.
- Wenn ein nahe stehender Mensch des Opfers die Täterschaft ist. Am schlimmsten ist es, wenn die Eltern die Täterschaft sind, da diese zum einen Geschlechtsvorbild und zum anderen die Personen sind, die sich am meisten um das Kind kümmern müssten (siehe Kap. 2.1.3).
- Wenn das Opfer die Täterschaft mag oder mochte, ist dies für das Opfer schwerer zu verkraften, als wenn das Opfer bereits vor der Tat eine Abneigung gegenüber der Täterschaft hatte.
- Fühlt sich die betroffene Person als unschuldiges Opfer, heilen dessen körperliche und seelische Wunden besser, als wenn sich das Opfer schuldig oder mitschuldig fühlt.
- Ein Mensch mit einer stabilen Persönlichkeit kann ein Trauma besser verkraften als ein Kind mit einer noch nicht gefestigten Persönlichkeit oder ein Mensch mit einer psychischen Störung.
- Sexuelle Gewalt ist eine Form der Misshandlung, welche sehr schwer zu verkraften ist. Denn sie dringt in den Körper ein und zerstört die leib-seelische Integrität des Men-

⁹ Resilienz meint die Fähigkeit, Krisen durch Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und diese als Anlass für Entwicklungen zu nutzen. Resilienz wird auch umschrieben als psychische Widerstandsfähigkeit. (Weiss et al., 2014, S. 244).

schen. Bei der sexuellen Gewalt handelt es sich meist um eine sexualisierte Gewalt, welche auf Macht und Zerstörung abzielt und sich lediglich des Mittels der Sexualität bedient. Die sexualisierte Gewalt ist sehr schwer zu verarbeiten, da sie darauf abzielt, die Persönlichkeit des Opfers zu vernichten.

- Bei Ereignissen, welche sadistische Folter beinhalten.
- Wenn die Täterschaft aus mehreren Personen besteht, löst dies im Opfer schneller eine Freeze-Reaktion (siehe Kapitel 2.3.2) aus. Denn die Möglichkeiten des Entkommens sowie des Niederringens der Täterschaft sind dabei sehr gering. Beim Opfer bleibt der tief sitzende Eindruck, von allen Seiten überwältigt worden zu sein.
- Je stärker das Opfer während des Traumas dissoziiert (siehe Kap. 4.1.3).
- Wenn dem Opfer unmittelbar nach der Tat niemand beisteht oder niemand da ist, der dem Opfer beim Verstehen des Traumas hilft.
- Wenn das Opfer über die Tat nicht sprechen kann oder nicht sprechen darf.

Je mehr dieser Merkmale zutreffen, desto stärker sind die Reaktionen auf ein Trauma und dessen Folgen zu erwarten. Schmid (2008, S. 290) fügt dieser Liste hinzu, dass ein traumatisches Erlebnis insbesondere dann schwerwiegendste Auswirkungen hat, wenn es mit biologischen Vulnerabilitätsfaktoren¹⁰ zusammentrifft. Denn die Interaktion zwischen einer genetisch-biologischen Vulnerabilität und Risikokonstellationen oder traumatischen Lebensereignissen ist für die Entwicklung einer psychischen Störung entscheidend. Dazu näheres im folgenden Abschnitt.

2.8 Psychopathologie¹¹

Gemäss Scherwath und Friedrich (2012, S. 22-23) sind im ICD 10¹² wie auch im DSM-IV¹³ Traumafolgestörungen als eigenständige Störungsbilder benannt, welche jedoch die durch Traumata verursachten Symptome und Phänomene nicht in ihrer Spannweite erfassen. Deshalb werden in dieser Arbeit die Krankheitsbilder nur kurz erwähnt und im anschließenden Unterkapitel die Folgen ausführlich beschrieben.

¹⁰ Vulnerabilitäten bezeichnen biologische und psychologische Dispositionen, die in Kombination mit kontextbedingten Risikofaktoren und belastenden oder traumatischen Situationsfaktoren risikoerhöhend wirken (Scherwath & Friedrich, 2012, S. 50).

¹¹ Psychopathologie bedeutet die Lehre Psychischer Krankheiten (Weiss et al., 2014, S. 242).

¹² Dies ist die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) der Weltgesundheitsorganisation, in welcher körperliche und psychische Störungen aufgelistet und beschrieben sind (Weiss et al., 2014, S. 240).

¹³ Dies ist die vierte Ausgabe des „Amerikanischen, diagnostischen und statistischen Manuals psychiatrischer Erkrankungen“, in dem die Diagnosekriterien für psychiatrische Erkrankungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen festgelegt sind (Weiss et al., 2014, S. 238-239).

Die **akute Belastungsreaktion** tritt gemäss Scherwath und Friedrich (2012, S. 23) während eines stressreichen Ereignisses auf und verschwindet nach wenigen Stunden oder Tagen. Dies ist als eine normale Reaktion der menschlichen Psyche auf eine aussergewöhnliche Erfahrung zu verstehen und zeigt sich in Verstörung, sich betäubt fühlen, Unruhe, Schlafstörungen und kurzfristigen Gedächtnisstörungen. Diese Symptome sind von vorübergehender Dauer und können im Rahmen eines Selbstheilungsprozesses des Organismus überwunden werden.

Wenn sich die entstandenen Symptome intensivieren und nach vier Wochen keine Linderung eintritt, kann von einer **Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)** ausgegangen werden. Im amerikanischen Sprachgebiet wird diese auch Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) genannt. Übererregung (Hyperarousal), Wiedererleben (Intrusion) und Vermeidung (Konstriktion) sind die zentralen Phänomene der PTBS. (S. 23-24) Diese Phänomene werden im darauffolgenden Kapitel näher erläutert (siehe Kapitel 2.9.10).

Laut Schmid (2008, S. 288-301) sind die psychopathologischen Auswirkungen der Typ-I-Traumatisierungen (siehe Kap. 2.5) oft die klassischen Symptome einer PTBS, welche in der Regel im ambulanten Setting psychotherapeutisch über verschiedene Formen der Traumexposition (siehe Kap. 3.3.4) gut behandelbar sind. Die PTBS ist gemäss Schmid im Kindesalter schwer zu diagnostizieren. Bei Kindern und Jugendlichen beobachtet Schmid zudem eine sehr hohe Komorbidität der PTBS mit der Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung.

Von der PTBS ist nach Scherwath und Friedrich (2012, S. 29-30) die **komplexe PTBS** abzugrenzen, welche sich bei chronisch traumatisierten Menschen (Typ-II-Traumatisierung, siehe Kap. 2.5) entwickeln kann. Diese zeichnet sich durch die Symptome der PTBS aus, weist jedoch ein breiteres Symptomspektrum im Bereich der Gefühlsregulation auf. Dies zeigt sich insbesondere durch selbstverletzendes Verhalten, chronisches Empfinden von Sinn- und Hoffnungslosigkeit, Suizidgedanken oder Suizidalität. Die komplexe PTBS deutet gemäss Schmid (2008, S. 288-289) auf eine grosse Nähe zur Borderline Persönlichkeitsstörung¹⁴ hin, da eine grosse Überschneidung der Symptomatik vorhanden ist. Folglich wird bei vielen chronisch traumatisierten Menschen eine Borderline Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Die Behandlung einer komplexen PTBS ist gemäss Schmid sehr anspruchsvoll, da die betroffenen Personen zuerst eine Stabilisierungsphase benötigen und anschliessend die Konfrontation sehr gut vorbereitet werden muss. Denn neben dem Gefühl der Angst müssen im Rahmen der Traumakonfrontation auch andere emotionale Aspekte wie z.B. Scham, Ekel, Schuldgefühle beachtet und bearbeitet werden. Darüber hinaus muss bei der

¹⁴ Die Borderline Persönlichkeitsstörung ist durch eine andauernde Störung im Selbstbild gekennzeichnet. Diese geht meist mit intensiven, aber unbeständigen Beziehungen und wiederholten emotionalen Krisen einher. (Weiss et al., 2014, S. 238)

therapeutischen Beziehungsgestaltung die besondere Bindungsproblematik (siehe Kap. 2.9.1) beachtet werden.

2.9 Folgen von traumatischen Erfahrungen bei Kindern und Jugendlichen

Gemäss Schmid (2008, S. 288-289) gelangen Kinder und Jugendliche mit isolierten, einmaligen Traumata (Typ-I-Traumatisierung) meist nicht in die Jugendhilfe und die Folgen sind in der Regel psychotherapeutisch im ambulanten Setting gut behandelbar. Schmid geht davon aus, dass ein erheblicher Anteil der Kinder und Jugendlichen in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen eine Typ-II-Traumatisierung (siehe Kap. 2.5) erlebt haben. Dessen Folgen stellen für den pädagogischen Umgang mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen eine aussergewöhnliche Herausforderung dar. Deshalb widmet sich diese Arbeit nun der Typ-II-Traumatisierung. Schmid (2008) hat eine Grafik mit den Folgen einer Typ-II-Traumatisierung erstellt, welche auf der Abbildung 2 ersichtlich ist. Diese Folgen stellen für den pädagogischen Umgang mit Kindern und Jugendlichen zudem wichtige Förderbereiche dar und werden nun einzeln näher erläutert.

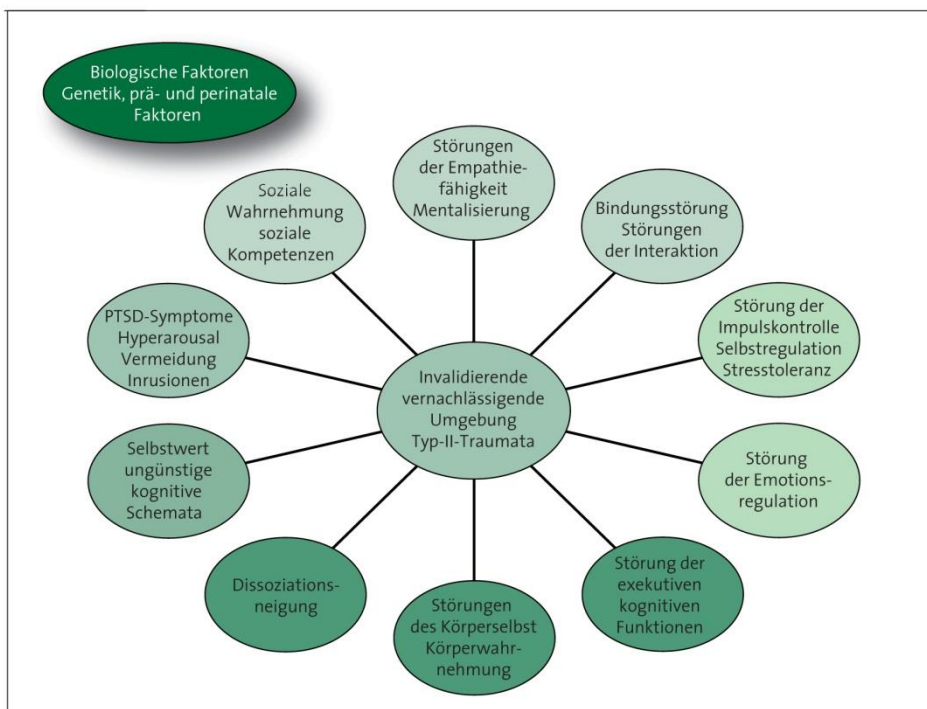


Abbildung 2. Folgen einer Typ-II-Traumatisierung. Nach Schmid, 2008, S. 291.

Gahleitner, Loch und Schulze (2012, S. 32-33) weisen darauf hin, dass Folgeerscheinungen von traumatischen Ereignissen als Bewältigungsversuche der betroffenen Person zu verstehen sind. Trotz der scheinbaren Absurdität und Dysfunktionalität dienen diese Bewältigungsversuche dazu, dass das Opfer das traumatische Ereignis überleben kann.

2.9.1 Bindungsstörung, Störungen der Interaktion

Bei den Entwicklungsaufgaben des Kindes (siehe Kapitel 2.1.3) wurde die Bedeutsamkeit der Bindung ersichtlich. Gemäss Gahleitner und Schleiffer (2010, S. 28-33) wird bei einer Typ-II-Traumatisierung zum einen das Bindungsbedürfnis des Kindes nicht bereitgestellt. Zum anderen wird dies meist durch jene Menschen zerstört, von denen das Kind am meisten abhängig ist und denen es Liebe und Vertrauen schenkt. Dies führt zu einer fundamentalen Erschütterung grundlegender Überzeugungen wie positive Selbstwahrnehmung, Erwartungen in Bezug auf die Welt, das Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit und das Vertrauen in zwischenmenschliche Interaktionen. Dies bestätigen auch Schmid, Schroeder und Jenkel mit der Aussage: „Die vielleicht gravierendste Folge von sequenziellen interpersonellen Traumata liegt im Verlust des Vertrauens in andere Menschen und in die Fähigkeit, auf andere Menschen einwirken zu können.“ (2012, S. 138)

Schmid (2008, S. 292-293) nimmt Bezug auf die Bindungstheorie und sagt, dass der Mensch eine angeborene Neigung hat, unter Stress die Nähe einer vertrauten Person zu suchen. Je sicherer die Beziehung zu der vertrauten Bezugsperson ist, desto sicherer kann das Kind sowohl die Umwelt explorieren als auch Trennungen zulassen und nach Trennungen oder bei anders geartetem Stress wieder Kontakt zu Vertrauenspersonen aufnehmen. Als Folge von Traumatisierungen, insbesondere durch Bezugspersonen, entwickeln viele Kinder keine positive Bindung zu anderen Menschen, geschweige denn sichere Bindungsrepräsentationen. Folglich sind sie sich nie sicher, ob andere Menschen ihre Bedürfnisse anerkennen und auch bei zeitweiliger Trennung zuverlässig für sie da sind. Schmid erwähnt hierbei die Studien von van Ijzendoorn (1995), van Ijzendoorn und Bakermans-Kranenburg (1996), van Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg und Schuengel (1999), Muller, Lemieux und Sicoli (2000, 2001) und Crittenden (1985, 1992). Diese haben Hochrisikopopulationen untersucht und festgestellt, dass ca. 50-80% der traumatisierten (körperlich misshandelten) Kinder einen desorganisierten Bindungsstil aufweisen. Dieser Bindungsstil bedeutet, dass ein Mensch keine stabile Strategie entwickeln kann, um zwischenmenschliche Beziehungen eingehen zu können. Somit werden in Beziehungen gleichzeitig das Bedürfnis nach Bindung und die Angst vor dem Verlust der Autonomie und der erneuten Verletzung aktiviert. Beziehungen gehen diese Kinder somit nur ein, wenn diese von ihnen selbst kontrolliert werden können. Auch Gahleitner und Schleiffer (2010, S. 30) sagen, dass traumatisierte Kinder tendenziell einen desorganisierten Bindungsstil oder eventuell eine Bindungsstörung aufweisen. Es handelt sich laut Brisch (2013, S. 160-162) dann um eine Bindungsstörung, wenn psychopathologische Auffälligkeiten über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten und in verschiedenen Beziehungssystemen beobachtet worden sind. Anhand des ICD-10 können zwei Formen von Bindungsstörungen klassifiziert und diagnostiziert werden: eine Form mit Hemmung und eine mit Enthemmung des Bindungsverhaltens. Brisch erwähnt

weitere Formen von Bindungsstörungen, welche in internationalen Klassifikationssystemen bisher nicht erfasst worden sind. Dazu gehören undifferenziertes, aggressives, gehemmtes oder kein Bindungsverhalten, Rollenumkehr, Unfallrisikoverhalten, übermässiges Klammern und psychogene Wachstumsretardierung bei emotionaler Deprivation.

Insgesamt hält Wettig (2010, S. 22) fest, dass ein Kind ein inneres Arbeitsmodell entwickelt. Dieses beinhaltet Beziehungs- und Verhaltensschemata, welche im unbewussten Gedächtnis des Kindes auf Lebenszeit hinterlegt sind. Dieses Arbeitsmodell bestimmt die Beziehungsfähigkeit, das Kontaktverhalten, die Emotionsregulation sowie die Stresstoleranz des späteren Erwachsenen.

2.9.2 Störung der Emotionsregulation

Kinder und Jugendliche, die ein Trauma erlebt haben, weisen gemäss Schmid (2008, S. 291-292) eine Problematik mit der Emotionsregulation auf. Die heftige emotionale Dysregulation erklärt sich Schmid neben einer genetischen Disposition durch eine chronische Aktivierung der stress- und emotionsverarbeitenden neurobiologischen Systeme aufgrund des wiederholenden Traumas. Dadurch werden entsprechende neuronale Verbindungen gebildet, die zu einer schnelleren Aktivierung und Überaktivierung der beteiligten Neurotransmittersysteme beitragen. Deshalb reagieren diese Kinder und Jugendlichen schneller und heftiger auf emotionale Reize und brauchen länger, um sich nach einer emotionalen Reaktion wieder zu beruhigen. Gemäss Schmid, Schröder und Jenkel (2012, S. 138) können wiederholte traumatische Erfahrungen auf Dauer zu einer emotionalen Taubheit führen, wodurch diese Kinder und Jugendlichen die Emotionen nicht mehr erleben.

Schmid (2008, S. 291-992) sagt, dass aus entwicklungspsychopathologischer¹⁵ Perspektive der Aspekt der unterentwickelten Fähigkeit der Emotionsregulation besonders gravierend sei. Denn dies wirke sich auf die gesamte weitere soziale Entwicklung aus, insbesondere dann, wenn sowohl die Wahrnehmung eigener Gefühle als auch die Sensitivität für die Gefühle anderer Menschen beeinträchtigt sind. Das Erlernen einer ausreichenden Emotionsregulation ist ausserdem auf den Austausch mit einer feinfühligem Bezugsperson angewiesen.

2.9.3 Störung der Empathiefähigkeit und Mentalisierung

Im vorhergehenden Kapitel wurde ersichtlich, dass die Störung der Emotionsregulation zu einer beeinträchtigten Sensitivität für die Gefühle anderer Menschen führen kann, der so-

¹⁵ Die Entwicklungspsychopathologie widmet sich gemäss der Freien Universität Berlin (n.d.) der Erforschung biopsychosozialer Mechanismen einer abweichenden wie auch einer normalen Entwicklung. Sie untersucht das dynamische Wechselspiel von biopsychosozialen Risiko- und Schutzbedingungen in der Entwicklung über die Lebensspanne. Körperliche Erkrankungen, Behinderungen, deren Entstehung sowie die allgemeine körperliche Entwicklung finden in dem Masse Berücksichtigung, in dem sie eine Auswirkung auf die angepasste und fehlangepasste kognitive, emotionale und/oder soziale Entwicklung haben.

nannten Empathiefähigkeit. Schmid (2008, S. 297) begründet dies anhand der Studie von Liu, Raine, Venables und Mednick (2004), die zeigt, dass insbesondere Vernachlässigung und Unterernährung in den ersten Lebensmonaten die Empathiefähigkeit deutlich beeinträchtigen. Desweiteren zeigten gemäss Schmid bei der Studie von Colvert et al. (2008) rumänische Waisenkinder aufgrund der Deprivation enorme Probleme bei der Perspektivenübernahme, der sogenannten Mentalisierung. Je länger die Kinder unter der Deprivation lebten, desto stärker war die Perspektivenübernahme beeinträchtigt.

2.9.4 Störung der Impulskontrolle, Selbstregulation und Stresstoleranz

Die Fähigkeit der Emotionsregulation ist laut Schmid (2008, S. 292) eng verknüpft mit der Fähigkeit der Impulskontrolle, der Selbstregulation und der Stresstoleranz. Aufgrund des überdauernden hohen Stressniveaus haben komplex und chronisch traumatisierte Kinder und Jugendliche Schwierigkeiten im Umgang mit Stress, Frustration, Emotionen oder ersten Handlungsimpulsen. Dabei ist wichtig zu wissen, dass bei einer dauerhaft erhöhten Bedrohung und Traumatisierung nicht nur die Angst- und Fluchtreaktion, sondern auch die Wut- bzw. Kampfreaktion gebahnt wird. Deshalb ist es für die betroffenen Personen vermutlich schwierig, soziale Konflikte auf einem niedrigeren Anspannungsniveau zu lösen. Denn die Impulse werden derart stark intendiert, dass eine Gegensteuerung schwer fällt und gleichzeitig die Fähigkeiten zur Verhaltenshemmung nur unzureichend entwickelt wurden. Des Weiteren nimmt das Modelllernen bei diesen Fähigkeiten eine entscheidende Rolle ein.

2.9.5 Dissoziationsneigung

Komplex traumatisierte Kinder und Jugendliche haben gemäss Friedrich (2014, S. 36) die Erfahrung gemacht, dass Flucht oder Kampf bei stressreichen Ereignissen nicht mehr möglich war. Dadurch lernten sie, dass bei einem erneuten traumatischen Ereignis nur noch Totstellen und Taubheit das Überleben garantieren, das sogenannte Dissoziieren. Laut Huber (2003a, S. 53-54) ist bei der Dissoziation das Ziel, die Handlungsfähigkeit der betroffenen Person zu erlangen. Der Preis dafür ist ein Entfremdungserleben, da die Person eine raumzeitliche und sprachliche Einordnung des aktuellen Geschehens nicht mehr vornehmen kann. Gahleitner und Schleiffer (2010, S. 31) beschreiben die Dissoziation als wichtiger Schutzmechanismus und als Überlebensstrategie. Dies bestätigt auch Schmid (2008, S. 295), denn die Dissoziation schütze den Menschen vor einer Überflutung mit zu heftigen Emotionen sowie somatischen und seelischen Schmerzen bei belastenden Lebensereignissen. Doch was passiert bei einer Dissoziation?

Friedrich (2014, S. 16) sagt, dass die Dissoziation unterschiedliche Symptome beschreibt, die alle auf den Prozess der Abspaltung oder Trennung verschiedener psychischer Instanzen zurückzuführen sind. Denn gemäss Hantke und Görge (2012, S. 73-78) bedeutet

Dissoziation im Wortsinn auseinandernehmen, nichtverbinden und sich distanzieren von etwas. Unter Dissoziation ist somit zu verstehen, dass die Verbindung zum Grosshirn heruntergefahren oder unterbrochen wird und dadurch das bewusste Denken seiner Zugriffsmöglichkeiten beraubt wird (siehe Kapitel 2.3.2). Deshalb kann das Erleben zwar gespeichert, aber nicht eingeordnet und verarbeitet werden. Somit kann der Hippocampus seine Funktion der Integration von Raum und Zeit nicht hinreichend wahrnehmen und das Gefühl von Vergangenen kann dadurch nicht entstehen. Dissoziation beschreibt somit einen Mechanismus, der Menschen erlaubt, im Falle von Bedrohung und Überforderung das verstandesmäßige, vernünftige Denken abzuschalten, um Lebens- und damit arterhaltende Aktivitäten einzuleiten. Dissoziation ist ein alltäglicher Mechanismus, der nur dann der erste Schritt zu den Symptomen nach einer Traumatisierung ist, wenn keine Zeit und keine Hilfe da sind, um das Erlebte im Nachhinein zu verarbeiten. Schmid (2008, S.9-10) beschreibt die Dissoziation als einen Trancezustand, in welchem bestimmte Handlungen, Wahrnehmungen und Emotionen erlebt und durchgeführt werden. Dieser dissoziative Zustand geht meist mit einem Verlust des Körpergefühls, der Mimik, der Schmerz Wahrnehmung und oft mit einem Derealisationserleben einher. Ausserdem können im Rahmen der Dissoziation Erinnerungslücken für eigene Handlungen und beobachtete Handlungen von anderen Personen bestehen und das Zeitgefühl sowie die räumliche Orientierung verloren gehen. Darüber hinaus sind in dissoziativem Zustand das Lernen und eine Informationsaufnahme kaum möglich. Eine starke Dissoziationsneigung geht oft mit einem selbstverletzenden Verhalten einher und korreliert gemäss Weiss (2014, S. 107) oftmals mit einem hochunsicheren Bindungsstil. Das dissoziierende Verhalten kann zu Defiziten im senso-motorischen Bereich führen. Denn die Kinder und Jugendlichen mussten sich aufgrund der Traumatisierung von der Aussenwelt schützen und erlebten dadurch viele Sinneserfahrungen nicht. (Schmid, 2008, S. 296-297)

Schmid (2008, S. 296) bezieht sich auf die Studie von Overkamp (2002), welcher feststellte, dass ungefähr 10% der Menschen auf ein Trauma sofort eine erhöhte Dissoziationsneigung zeigen. Bei wiederholten Traumatisierungen reagieren bereits 50% der Personen mit dissoziierendem Verhalten.

2.9.6 Störungen des Körperselbst und der Körperwahrnehmung

Aufgrund der Dissoziation machen Kinder und Jugendliche begrenzte Sinneserfahrungen (siehe Kapitel 2.9.5), was zu einer eingeschränkten Körperwahrnehmung führt. Schmid (2008, S. 299) fügt hinzu, dass die körperliche Selbstfürsorge und selbstsensitive Körperpflege aufgrund der Traumatisierung bei vielen Kindern und Jugendlichen nicht genügend ausgeprägt oder sogar nachhaltig beschädigt sind. Ausserdem zeigen traumatisierte Menschen nicht nur eine höhere Vulnerabilität für psychische Störungen, sondern auch somatische Krankheiten treten viel häufiger bei ihnen auf. Schmid ist des Weiteren überzeugt,

dass sich die körperliche und sexuelle Misshandlung auch auf die Fähigkeit auswirkt, zärtlich berührt zu werden oder zärtlich berühren zu können. Inwiefern sich frühkindliche Erfahrungen von Berührungen auswirken, ist jedoch noch weitgehend unerforscht.

2.9.7 Selbstwert ungünstige kognitive Schemata

Ein tiefgreifendes traumatisches Ereignis erschüttert laut Schmid (2008, S. 298) das Gefühl der Sicherheit und damit auch langfristig die Zukunftserwartungen von Kindern und Jugendlichen. Denn sie fühlen sich in der traumatisierenden Situation anderen Menschen völlig ausgeliefert und können dabei weder auf ihre eigene Handlungsfähigkeit noch auf ihre Ressourcen zurückgreifen. Wiederholte Traumata führen somit dazu, dass die Kinder und Jugendlichen sich als nicht selbstwirksam im Kontakt mit anderen Menschen erleben. Sie beschäftigen sich zudem gedanklich häufig mit potentiellen Gefahren und entwickeln oft auch massive Selbstvorwürfe sowie Schuld- und Schamgefühle. Somit ist die Entwicklung eines gesunden Selbstkonzeptes bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen wesentlich erschwert. Schmid (2008, S. 298) stellt die Hypothese auf, dass es ihnen ausserdem schwer fällt, sich in zwischenmenschlichen Krisen Hilfe zu holen. Denn sie haben in einem schrecklichen Augenblick absolute Einsamkeit erfahren und das Gefühl der Scham ist sehr präsent. Mit einer Traumatisierung gehen ausgesprochene und implizierte Erniedrigungen einher, die dazu führen, dass traumatisierte Menschen eine Reihe von ungünstigen kognitiven Schemata bezüglich ihrer Identität und in Bezug auf andere Menschen entwickeln. Diese führen zu einem niedrigen Selbstwert, welcher sich auf viele Bereiche des Sozialverhaltens auswirkt, was nun folgend beschrieben wird.

2.9.8 Soziale Wahrnehmung und soziale Kompetenz

Schmid (2008, S. 298-299) sagt, dass viele Kinder und Jugendliche mit traumatischen Lebenserfahrungen grosse Defizite in ihren sozialen Kompetenzen und im feinfühligem Umgang mit der Umwelt aufweisen. Sie interpretieren ausserdem das neutrale Verhalten anderer Menschen eher als feindselig und reagieren deshalb aggressiv, ängstlich oder beginnen zu dissoziieren. Viele traumatisierte Kinder und Jugendliche zeigen zudem Schwierigkeiten im Formulieren von eigenen Forderungen und Bedürfnissen, in der Grenzziehung und dem gewaltfreien Ausdrücken von Ärger. Auch das Modelllernen hat Auswirkungen auf diese Kompetenzen, denn beispielsweise Kinder und Jugendliche aus Familien mit häuslicher Gewalt hatten keine Modelle für adäquates Sozialverhalten oder für interpersonelles Problemlösen.

2.9.9 Störung der exekutiven und kognitiven Funktionen

Wettig (2010, S. 26) sagt, dass eine frühe Traumatisierung zu einem reduzierten Hippocampusvolumen führen kann, welches das unverzichtbare Lern- und Gedächtnis-

trum ist (siehe Kap. 2.3.1). Bei einem chronischen Trauma entsteht desweiteren eine permanente Stressschleife, welche Defizite im Hippocampus sowie im Grosshirn bis ins Erwachsenenalter zur Folge hat. Deshalb sind bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen oftmals kognitive Defizite, sprachliche Retardierung und Lernschwierigkeiten sichtbar. Schmid (2008, S. 300) bestätigt diese kognitiven Defizite anhand der Studien von O'Connor und Rutter (2000) und Rutter et al. (2007), die die Folgen von schwerster Deprivation von Kindern in rumänischen Kinderheimen untersucht haben. Sie stellten deutliche kognitive Defizite fest, insbesondere in den exekutiven kognitiven Funktionen wie der Aufmerksamkeit und dem Kurzzeitgedächtnis.

Als kognitive Schwäche nennt Schmid (2008, S. 300) die Aufmerksamkeitsspanne und die Ablenkung, welche einen Einfluss auf den schulischen Entwicklungsweg und vor allem auf die schulische Leistungsfähigkeit (siehe Kapitel 2.1.3) haben. Darunter gehört z.B. die Dissoziationsneigung, welche bei vielen traumatisierten Jugendlichen in Prüfungssituationen zu Blackouts führt. Aufgrund der Schwächen in exekutiven Funktionen ist es vielen traumatisierten Jugendlichen nicht möglich, einen schulischen und beruflichen Werdegang zu verwirklichen, welcher ihrem intellektuellen Potential entspricht.

2.9.10 PTBS-Symptome: Hyperarousal, Vermeidung und Intrusionen

Bei den psychopathologischen Auswirkungen eines Traumas wurde ersichtlich, dass Kinder und Jugendliche eine PTBS entwickeln können (siehe Kap. 2.8). Die Symptome einer PTBS treten auch bei einem Typ-II-Trauma auf, weshalb diese nun näher erläutert werden.

Der Zustand der **Übererregung (Hyperarousel)** ist nach Scherwath und Friedrich (2012, S. 24-25) durch eine fortwährend erhöhte Wachsamkeit gekennzeichnet. Das innere System ist darauf vorbereitet, dass jederzeit geflohen oder gekämpft werden kann, weshalb der Organismus eine erhöhte Menge des Stresshormons Cortisol bereitstellt (siehe Kap. 2.3.2). Dadurch fällt es der betroffenen Person schwer, zwischen bedrohlichen Situationen und harmlosen Alltagsbelastungen zu unterscheiden. Dies führt oftmals zu einer Überängstlichkeit und einer extremen Stresssensibilität (siehe Kap. 2.9.4) der betroffenen Person. Das Grosshirn ist zudem störanfällig auf Stress, weshalb folgende Symptome auftreten: allgemeine Unruhe, Konzentrations- und Leistungsschwächen, plötzliche aggressive Impulsdurchbrüche, Überschusshandlungen oder Orientierungslosigkeit. Findet die Cortisolausschüttung über längere Zeit statt, werden gemäss Wettig (2010, S. 20) Nervenzellen, Gefässe und der gesamte Stoffwechsel geschädigt. Es ist ausserdem eine genetische Veränderung in wichtigen Hirnzentren feststellbar, welche den Abbau des Cortisols hemmen. Dies hat zur Folge, dass das zirkulierende Stresshormon weder beim Kind noch später beim Erwachsenen adäquat abgebaut werden kann.

Unter **Intrusionen (Wiedererleben)** sind nach Schmid (2008, S. 301) plötzlich auftretende

Bilder oder Fragmente des Traumas zu verstehen, die heftige Angstgefühle auslösen. Gemäss Scherwath und Friedrich (2012, S. 25-28) werden diese auch als Flashbacks bezeichnet. Dabei unterscheidet das Gehirn nicht zwischen Gegenwart und Vergangenheit, sondern verwechselt die aktuelle Situation mit dem ursprünglich traumatischen Erlebnis. Flashbacks können durch sogenannte Trigger (Schlüsselreize) ausgelöst werden, die an Aspekte des Traumas erinnern und deshalb Alarmreaktionen, Zustände und Bilder aufrufen, die während des Traumas erlebt wurden. Die Trigger können auf allen Ebenen der Wahrnehmung wie bspw. durch Worte, Empfindungen, Berührungen oder Gerüche ausgelöst werden. Flashbacks unterscheiden sich von einfachen Erinnerungen, da diese mit heftiger emotionaler und sensorischer Begleitsymptomatik wie Panikzustände, Schwitzen, erhöhter Herzschlag, Zittern, Schwindel, Übelkeit oder plötzlicher Taubheit einhergehen. In Flashbacks können tatsächliche oder unterdrückte Handlungsimpulse aus der traumatischen Ursprungssituation aktiviert werden. Oder auch zu einer Übernahme eines beobachteten Verhaltens während dem traumatischen Erlebnis führen, was eine sogenannte Re-Inszenierung zur Folge haben kann. In Flashbacks erfährt sich die betroffene Person wiederholt als steuerungsunfähig und fühlt sich ausgeliefert, wodurch das Gefühl von Sicherheit und persönlicher Handlungsfähigkeit erneut infrage gestellt wird. Hantke und Görge (2012, S. 66-67) erklären das Wiedererleben anhand der Reaktion des Gehirns in einer Notfallreaktion. Denn dabei wird die Verbindung zum Grosshirn gekappt, weshalb der Prozess der Einordnung in Raum und Zeit verhindert wird. Somit ist es die Aufgabe des Hippocampus, die gespeicherten Erfahrungen immer wieder dem Grosshirn vorzulegen, bis dieser alles einsortiert und für seine eigene Ordnung gesorgt hat. Daraus leiten Hantke und Görge ab, dass deshalb im Schlaf und in anderen ruhigen Situationen Fetzen von Erlebtem als Gefühl, in Bildern und in Körpererinnerungen auftauchen. Denn dadurch soll das Grosshirn diese Erinnerungen verarbeiten und regulär abspeichern.

Die **Vermeidung (Konstriktion)** kann nach Scherwath und Friedrich (2012, S. 28) als der Versuch des Organismus verstanden werden für Beruhigung und Erholung zu sorgen. Dabei meidet die betroffene Person bewusst Situationen, Menschen, Anlässe und Gespräche, die sie an das traumatische Erlebnis erinnern oder starke Stresszustände auslösen. Dies führt zu einer zunehmenden Einengung der eigenen Lebensgestaltung. Eine weitere Form der Vermeidung ist der Drogenkonsum oder ein Suchtverhalten, denn durch dieses Vernebeln kann Abstand zu unverarbeiteten Gefühlen und Bildern gewonnen werden. Die Konstriktion umfasst auch die unwillkürliche und reflexartig vom Organismus herbeigeführte Änderung des Bewusstseins in sogenannte dissoziative Zustände (siehe Kap. 2.9.5).

2.10 Fazit

Ein Trauma kann anhand von Kategorien und Kriterien beschrieben werden, es sind allerdings hauptsächlich die individuellen Faktoren eines Menschen dafür verantwortlich, ob das stressreiche Erlebnis als Trauma erlebt wurde oder nicht. Oftmals schliessen die Studien jedoch von einem äusseren Ereignis, wie bspw. einer Vernachlässigung, auf ein Trauma. Sind in der Kindheit jedoch sequenzielle Traumata (Typ-II-Trauma) vorhanden, haben diese einen bedeutenden Einfluss auf die weitere Entwicklung des Kindes und Jugendlichen. Denn werden die Folgen von komplexen traumatischen Erfahrungen bei Kindern und Jugendlichen mit den Entwicklungsaufgaben abgeglichen, wird deutlich, dass aufgrund der chronischen Traumata zahlreiche Entwicklungsaufgaben unzureichend oder nicht erfüllt werden können. Dies zeigt sich unter anderem an der Bindungsthematik. Während dem ersten Lebensjahr und dem Kleinkindalter ist das Kind insbesondere auf eine tiefe Bindung angewiesen, welche zudem die Voraussetzung für die Reinlichkeitserziehung, eine gute Entwicklung des Gehirns, die moralische Erziehung und die Übernahme der Geschlechterrolle ist. Bei den Folgen des Typ-II-Traumas wurde jedoch ersichtlich, dass die Bindungsfähigkeit aufgrund des Traumata stark gelitten hat und eventuell eine Störung aufweist. Die Entwicklungsaufgabe der Entfaltung der kindlichen Neugierde ist des Weiteren auch beeinträchtigt, da die Vermeidung eine Folge des Traumas darstellt. Ein sequenzielles Trauma führt zudem zu einer eingeschränkten sozialen Kompetenz, welche insbesondere zur Erfüllung der Entwicklungsaufgaben hinsichtlich der Erlangung der Schulfähigkeit sowie des Umgangs in der Peergroup benötigt wird. Die Erlangung der Schulfähigkeit ist ausserdem durch die Störung der exekutiven und kognitiven Funktionen aufgrund des Traumas beeinträchtigt. Die Körperwahrnehmung sowie die Akzeptanz des eigenen Körpers sind bei komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen zudem stark erschwert, wodurch die Bewältigung einer weiteren Entwicklungsaufgabe eingeschränkt ist. Des Weiteren stossen traumatisierte Jugendliche bei der Entwicklungsaufgabe der Identitätsfindung auf grosse Schwierigkeiten, da sie aufgrund der Traumata Selbstwert ungünstige kognitive Schemata aufweisen.

Insgesamt ist ersichtlich, dass die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen sowie die Erfüllung der Entwicklungsaufgaben aufgrund der komplexen Traumata stark erschwert sind. Dies führt zu diversen Folgeerscheinungen, die den Alltag und die Verhaltensweisen dieser Kinder und Jugendlichen entscheidend prägen. Von sozialpädagogischen Fachkräften braucht es somit eine Sensibilisierung sowie eine Aneignung von Fachwissen bezüglich Trauma und dessen Folgen. Denn erst dadurch können sie diesen Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen verständnisvoll begegnen und ihnen spezifische Unterstützung im Umgang mit den Folgen eines chronischen Traumas anbieten.

3 Traumata in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen

Aus dem vorhergehenden Kapitel wurde ersichtlich, was ein Trauma ist, was es bei Kindern und Jugendlichen auslöst und welche Folgen bei ihnen aufgrund des komplexen Traumata auftreten können. Nun stellt sich die Frage: Gibt es überhaupt traumatisierte Kinder und Jugendliche in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen? Wenn ja, inwiefern ist dies im pädagogischen Alltag ersichtlich? Dieses Kapitel klärt zuerst den Begriff und die Ausgangslage der stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen. Daraufhin werden die vorhergehenden Fragen beantwortet, betreffend dem Vorhandensein von traumatisierten Kindern und Jugendlichen in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen und den Auswirkungen von Traumatisierungen im pädagogischen Alltag sowie beim Betreuungspersonal. Anschliessend folgt die Erläuterung der sozialpädagogischen Aufgaben in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen und hinsichtlich traumatisierten Kindern und Jugendlichen in diesen Einrichtungen. Daraufhin wird geklärt, inwiefern sich die sozialpädagogischen und therapeutischen Aufgaben bezüglich traumatisierten Kindern und Jugendlichen unterscheiden. Das Kapitel wird mit einem Fazit hinsichtlich der Aussagen dieses Kapitels abgerundet.

3.1 Stationäre Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen

In diesem Kapitel wird zuerst der Begriff der stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen geklärt. Anschliessend folgt die Darstellung der rechtlichen Rahmenbedingungen sowie die Beschreibung des Bedarfs an solchen Einrichtungen. Abschliessend wird die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in diesen Einrichtungen thematisiert.

3.1.1 Begriffsklärung

In diesem Abschnitt wird zuerst die begriffliche Ausgangslage in der Schweiz beschrieben, anschliessend folgt eine Kurzbeschreibung von Deutschland.

Zur Klärung der Ausgangslage in der Schweiz dient die Verordnung über die ausserfamiliäre Betreuung von Kindern, die sogenannte Kinderbetreuungsverordnung (KiBeV), welche am 1. Januar 2013 in Kraft getreten ist. Den Begriff Kind definieren sie als eine Person unter 18 Jahren. Die Verordnung unterscheidet zwischen der Betreuung in einer Familie oder in einer Einrichtung sowie der Tages- oder Vollzeitbetreuung, was in der Tabelle 1 dargestellt ist.

Tabelle 1

Ausserfamiliäre Betreuung von Kindern

	Betreuung in Familie	Betreuung in Einrichtung
Tagesbetreuung	Tageseltern	Tageseinrichtungen
Vollzeitbetreuung	Pflegeeltern	Vollzeiteinrichtungen

Erläuterung: Die Tabelle ist abgeleitet von den Angaben der KiBeV.

Diese Arbeit fokussiert sich aufgrund der Fragestellung auf Vollzeiteinrichtungen, weshalb die anderen ausserfamiliären Betreuungsformen nicht erläutert werden. Gemäss dem Art. 2 der KiBeV bietet eine Vollzeiteinrichtung eine bestimmte Anzahl entgeltlicher oder unentgeltlicher Vollzeitbetreuungsplätze an. Ein Vollzeitbetreuungsplatz wird als ein Platz zur Betreuung eines Kindes definiert, welcher für mehr als drei Tage und Nächte pro Woche, für mehr als vier aufeinanderfolgende Wochen oder mehr als zehn Wochen pro Jahr bestimmt ist. Die kantonale Behörde ist gemäss dem Art. 3 für die Erteilung von Bewilligungen für diese Einrichtungen mit Wohnsitz im Kanton sowie deren Aufsicht zuständig. Es besteht eine Bewilligungspflicht für diese Einrichtungen gemäss dem Art. 6. Diese Bewilligung wird laut Art. 5 nur erteilt, wenn die Kinder in ihrer körperlichen, geistigen, sozialen und emotionalen Entwicklung gefördert und sie wegen ihres familiären, sozialen, kulturellen, religiösen oder entwicklungsbedingten Hintergrundes nicht diskriminiert werden. Der Art. 27 fügt als Voraussetzung der Bewilligung an, dass die Vollzeiteinrichtung über eine genügende Zahl von Mitarbeitenden mit einer anerkannten Ausbildung im Sinne von Artikel 28 (Sozialpädagogik, Sonderpädagogik, Kindererziehung oder Sozialer Arbeit) verfügt, die sich über die notwendige Eignung sowie angemessene pädagogische Fähigkeiten ausweisen können. Für diese sozialpädagogisch ausgebildeten Personen wird in dieser Arbeit der Begriff der sozialpädagogischen Fachkräfte verwendet. Die Vollzeiteinrichtung muss ausserdem eine ärztliche Notfallversorgung gewährleisten, über eine gesicherte wirtschaftliche Grundlage verfügen und die Voraussetzungen des kantonalen Rechts erfüllen.

Die Vollzeiteinrichtung ist bei behördlichen Platzierungen gemäss Art. 45 verpflichtet, das betreute Kind über seine Rechte, insbesondere Verfahrensrechte, entsprechend seinem Alter aufzuklären. Zugleich muss dem Kind eine Vertrauensperson in oder ausserhalb der Einrichtung zugeteilt werden, an die es sich bei Fragen oder Problemen wenden kann. Das Kind soll ausserdem an allen Entscheidungen, die einen wesentlichen Einfluss auf sein Leben haben, entsprechend seinem Alter beteiligt sein. Die Einrichtung hat zudem die Pflicht, das Kind bei Umplatzierungen und bei der Rückkehr in die Herkunftsfamilie zu unterstützen. Wird es während der Betreuung volljährig und kann nicht selbstständig für sich sorgen, muss es bei der Suche nach einer angemessenen Lösung unterstützt werden. Die

KiBeV verlangt dazu eine Dossierführung über das Kind.

Gemäss der Justiz-, Gemeinde- und Kirchendirektion des Kantons Bern (n.d.) sind ein Teilbereich der Kinder- und Jugendhilfe die sogenannten Kinder- und Jugendheime. Dies sind Pflegefamilien mit mehr als drei Pflegekindern, Tagespflegefamilien mit mehr als fünf Tagespflegekindern, private Kinder- und Ferienheime, private Schulinternate mit mehr als drei Kindern und heimähnliche Organisationen, die Pflegekinder aufnehmen und diese dezentral betreuen lassen. Diese benötigen, wie bereits erwähnt, eine sogenannte Heimbewilligung. Die Ziele einer solchen Einrichtung sind gemäss Bründler, Bürgisser, Lämmli und Bornand (2004, S. 157) die Ermöglichung einer Rückkehr in die eigene oder in eine neue Familie, das Anbieten einer familienähnlichen Lebensform oder die Vorbereitung auf ein selbstständiges Leben.

In dieser Arbeit wird folglich von Kinder- und Jugendheimen gemäss der Justiz-, Gemeinde- und Kirchendirektion des Kantons Bern gesprochen, welche zugleich Vollzeiteinrichtungen gemäss der KiBeV sind. Dafür wird nun der Begriff der stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen verwendet. Dieser Begriff exkludiert somit die Bereiche der Pflegefamilien, Tagespflegefamilien und heimähnlichen Organisationen, die Pflegekinder aufnehmen und dezentral betreuen lassen.

Da in dieser Arbeit auch Literatur aus Deutschland verwendet wird, folgt nun ein Überblick über die Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Die Informationen stammen aus dem Infosystem Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland (2012). Die gesetzliche Grundlage der Kinder- und Jugendhilfe ist das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG). Die Hilfe zur Erziehung ist ein Teilbereich der Kinder- und Jugendhilfe und wird unterteilt in ambulante Erziehungshilfen und Formen der Erziehung ausserhalb der Herkunftsfamilie. Anspruch auf Hilfe zur Erziehung besteht dann, wenn eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist. Die Erziehung ausserhalb der Herkunftsfamilie ist wiederum unterteilt in familienorientierte (Pflegefamilien), gruppenorientierte (Heimerziehung und sonstige betreute Wohnform) und einzelfallorientierte Hilfe (intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung). Diese Arbeit fokussiert sich auf den Bereich der Heimerziehung, wozu der Begriff der stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen in dieser Arbeit verwendet wird.

3.1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

Für die Darstellung der rechtlichen Ausgangslage einer stationären Unterbringung eines Kindes oder Jugendlichen in der Schweiz ist der Kinderschutz einzubeziehen, welcher die Rechtsgrundlagen von Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Geburtstag beschreibt. Der Kinderschutz beinhaltet gemäss Mösch Payot, Schleicher und Häfeli (2013, S. 275) alle institutionalisierten Massnahmen, die eine optimale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen fördern, Schutz vor Gefährdungen bieten und zur Milderung und Behebung der Folgen

von Gefährdungen beitragen. Laut Häfeli (2005, S. 130-131) gibt es einerseits den strafrechtlichen Kindes- und Jugendschutz, welcher unter anderem das Jugendstrafgesetz beinhaltet. Dieses enthält ein Sanktionssystem für Kinder und Jugendliche, die straffällig werden und möglicherweise stationär untergebracht werden. Andererseits gibt es den zivilrechtlichen Kinderschutz, welcher verschiedene Kinderschutzmassnahmen (Art. 307-317 ZGB) beinhaltet und nun näher erläutert wird. Häfeli (2005, S. 131-132) hält fest, dass der schweizerische Gesetzgeber den Eltern die Pflicht überträgt, für eine optimale körperliche, geistige, psychische und soziale Entwicklung des Kindes zu sorgen. Sie sind somit die Inhaber der elterlichen Sorge mit allen Rechten und Pflichten. Wird dieser Auftrag nicht oder unvollständig wahrgenommen und ist dadurch das Wohl des Kindes gefährdet, trifft die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) die geeigneten Massnahmen (Art. 307 ZGB) zum Schutz des Kindes. Die Voraussetzung dafür ist, dass die KESB über diese Gefährdung in Kenntnis gesetzt wird. Betreffend einer stationären Unterbringung eines Kindes oder Jugendlichen sind zwei Massnahmen nennenswert: die Aufhebung der elterlichen Obhut sowie die Entziehung der elterlichen Sorge.

Das Obhutsrecht ist Teil der elterlichen Sorge der Eltern, weshalb sie über den Aufenthaltsort (Obhut) bestimmen können. Die **Aufhebung der elterlichen Obhut** (Art. 310 ZGB) kann aufgrund der Gefährdung des Kindes oder auf Begehren der Eltern oder des Kindes von der KESB angeordnet werden. Häfeli (2005, S. 145-151) sagt, dass nur bei einer Minderheit aller Platzierungen ein Obhutsentzug erfolgt, da die Platzierungen wenn immer möglich im Einverständnis der Eltern erfolgen. Sind Eltern und Kind mit der Platzierung einverstanden oder entscheiden die Eltern über die Platzierung und das Kind gehorcht, wird nur die faktische Obhut übertragen und die Eltern behalten das Obhutsrecht. Wird den Eltern die Obhut entzogen, ist die KESB Inhaberin des Obhutsrechts. Bei einer ausserfamiliären Platzierung haben Eltern und Kind Anspruch auf angemessenen persönlichen Verkehr. Die Massnahme des Obhutsentzugs muss von der KESB periodisch überprüft werden. Für die Finanzierung der Fremdplatzierung sind die Eltern zuständig. Da nur wenige Eltern dazu in der Lage sind, wird ein angemessener Elternbeitrag festgelegt, der nach kantonrechtlichen Grundlagen geregelt ist.

Die **Entziehung der elterlichen Sorge** (Art. 311 ZGB) erfolgt, wenn andere Kinderschutzmassnahmen erfolglos geblieben sind oder vornherein als ungenügend erscheinen. Diese Massnahme wird von der KESB veranlasst, wenn die Eltern objektiv zur Erfüllung der elterlichen Sorge unfähig sind, sich nicht aufrichtig um das Kind gekümmert haben oder ihre Pflichten gegenüber dem Kind gröblich verletzt haben. Häfeli (2005, S. 152-157) hält fest, dass Eltern oder einem Elternteil bei Entzug der elterlichen Sorge auch das Obhutsrecht entfällt und das Kind von Gesetzes wegen bevormundet wird. Wenn beiden Elternteilen die elterliche Sorge entzogen wird, leben die Kinder in einer Pflegefamilie oder in einer statio-

nären Einrichtung. Da Eltern und Kind dennoch Anspruch auf angemessenen persönlichen Kontakt haben, regelt die KESB oder das Gericht (bei eherechtlichen Verfahren) das Besuchsrecht. Bei gewissen Voraussetzungen (Art. 274 ZGB) kann das Recht auf persönlichen Verkehr verweigert oder auch entzogen werden.

3.1.3 Bedarf

Gadow, Peucker, Pluto, Santen und Seckinger (2013) haben eine empirisch fundierte Analyse der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland von 1995 bis im Jahre 2010 gemacht. Sie zeigen einige Befunde bezüglich der stationären Kinder- und Jugendhilfe auf, welche nun näher erläutert werden. Dazu ist anzumerken, dass die stationäre Kinder- und Jugendhilfe aus stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen wie auch aus Pflegefamilien und intensiven sozialpädagogischen Einzelbetreuungen besteht (siehe Kapitel 0).

Gadow et al. (2013, S. 170) haben festgestellt, dass von 1995 bis 2010 die Quote der Inanspruchnahme der stationären Kinder- und Jugendhilfe in allen Altersgruppen in Deutschland gestiegen ist. Am markantesten ist der Anstieg bei den 16- bis 18-Jährigen Jugendlichen und den unter Dreijährigen Kindern festzustellen. Zur Erklärung des Anstiegs sei die öffentliche Aufmerksamkeit zu benennen, da sie erstens die Anzeichen für Kindeswohlgefährdungen in Folge der starken medialen Präsenz vermehrt wahrnimmt. Zweitens stehen die Fachkräfte unter einem erhöhten Druck, keine Fehler zu begehen, da sie persönlich dafür haftbar gemacht werden können. Zugleich führen gesellschaftliche Entwicklungen wie die Zunahme von Armut, eine zunehmend strukturelle Überforderung von Eltern bei der Erziehung ihrer Kinder und andere problematische Lebensverhältnisse zu einer Erhöhung des Bedarfs an der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Aus der Perspektive von Gadow et al. (S. 219) deutet zudem nichts darauf hin, dass sich in Zukunft etwas daran ändern wird, trotz dem Rückgang der Anzahl junger Menschen in der Bevölkerung.

Die Angaben der Anlässe für die stationäre Unterbringung weisen laut Gadow et al. (S. 170-172) immer das Problem der Trennschärfe der Kategorien auf und tragen zudem zur Hierarchisierung zwischen Ursachen und Symptomen bei. Sie nennen aber dennoch die statistisch erfassten Angaben bezüglich der Anlässe: Überforderung der Eltern oder eines Elternteils stellt den häufigsten Anlass (44%) dar, gefolgt von Sonstigem (27%) und Beziehungsproblemen (20%). Sie stellten zudem fest, dass 72% der Kinder und Jugendlichen in die stationäre Kinder- und Jugendhilfe gelangen, da das Jugendamt wegen einer Gefährdung des Kindeswohls aktiv geworden ist. 26% der Kinder und Jugendlichen kamen auf eigenen Wunsch in die stationäre Kinder- und Jugendhilfe. Bei der Mehrzahl der Fälle wird durch eine andere Institution auf das Gefährdungspotenzial aufmerksam gemacht, insbesondere die Polizei nimmt dabei eine bedeutende Rolle ein.

Insgesamt zeigt sich eine Senkung der Verweildauer der Hilfen (S. 181), was zu einer

höheren Fluktuation des Klientels führt, wodurch sich die Gruppendynamik laufend verändert und neue Handlungsstrategien der Mitarbeitenden gefordert sind.

In den letzten zwei Jahrzehnten hat sich gemäss Gadow et al. (2013, S. 172) das Angebotsspektrum der stationären Kinder- und Jugendhilfe deutlich ausdifferenziert. Sie stellten fest (S. 154), dass in Deutschland die ambulanten Hilfen durch ihren rasanten Ausbau in den vergangenen Jahren zum quantitativ wichtigsten Bestandteil des Spektrums der erzieherischen Hilfen (siehe Kapitel 0) geworden sind. Die nach wie vor anhaltende Zunahme der Inanspruchnahme dieser Hilfen signalisiert einen wachsenden Bedarf an Förderungs- und Unterstützungsleistungen für Familien. Gadow et al. (S. 164) halten aber fest, dass die Hoffnung, durch den Ausbau ambulanter Hilfen die Anzahl der Fremdunterbringungen zu reduzieren, sich als unbegründet erweist. Vielmehr scheinen die ambulanten Angebote der erzieherischen Hilfen zusätzliche Adressatengruppen zu erreichen, die mit der Kinder- und Jugendhilfe sonst nicht in Kontakt getreten wären.

In der Studie von Schmid (2007, S. 132) wurden in Deutschland in 20 stationären Jugendhilfeeinrichtungen 689 Kinder und Jugendliche untersucht. Dabei stellte sich heraus, dass der Anteil an Kindern mit Pflegeverhältnissen (13,2%) und Heimaufenthalt (29,6%) in der Vorgeschichte besorgniserregend hoch ist. Hierbei fügt Schmid (S. 157) die Tatsache an, dass Jugendliche, die ihre Massnahmen vorzeitig beenden, kaum vom Aufenthalt in der stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung profitieren konnten. Zudem haben sie gemäss Schmid, Schröder et al. (2012, S. 135) aufgrund des wiederholten Beziehungsabbruchs langfristige negative Folgen im Bereich der psychischen und somatischen Gesundheit, der sozialen Teilhabe und der Bindungsfähigkeit, welche weitreichende Folgekosten verursachen.

3.1.4 Psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen

Zur Erfassung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen veranlasste Schmid (2007, S. 67-79) eine Untersuchung. Dazu wurden die Kinder und Jugendlichen und ihre pädagogischen Mitarbeitende über das Verhalten der Kinder und Jugendlichen mit klinischen Fragebögen (Selbst- und Fremdurteil) befragt. Kinder und Jugendliche, die in den Ergebnissen über dem Mittelwert der deutschen Normierungsstichprobe lagen, wurden in einem zweiten Schritt unter Zuhilfenahme von Diagnose-Checklisten "face to face" unter aktiver Beteiligung eines Betreuenden genauer untersucht. Dabei wurde das Ziel verfolgt, eine ICD-10-Diagnose abzusichern oder diese zu verwerfen.

In dieser Untersuchung erreichten 82% der Kinder und Jugendlichen im Fremd- oder Selbsturteil Ergebnisse im klinisch auffälligen Bereich. Bei 30% war ein derart extrem auffälliger Wert vorzufinden, wie er nur bei 2% der Allgemeinbevölkerung vorhanden ist.

Insgesamt hat sich eine sehr hohe Präsenz von psychischen Störungen gezeigt, insbesondere der externalisierenden Störungen. (Schmid, 2007, S. 180) Dabei zeigte sich, dass Jungen noch stärker zu externalisierenden und Mädchen noch stärker zu internalisierenden Störungen als in der Allgemeinbevölkerung neigen (S. 130). 60% der Kinder und Jugendlichen erfüllten die Diagnosekriterien für eine psychische Störung und 37,7% für mehrere psychische Störungen. Es ist zudem eine kinder- und jugendpsychiatrische Unterversorgung vorhanden, da nur 50% der Kinder und Jugendlichen mit einer Diagnose eine psychologische, psychotherapeutische oder kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung erhielten. Desweiteren wurden nur 12% aller Kinder und Jugendlichen medikamentös behandelt. (S. 180) Diese Unterversorgung zeigt gemäss Schmid (S. 130) auf, dass kinder- und jugendpsychiatrisches Wissen und eine Zusammenarbeit der medizinischen und pädagogischen Professionen in einem zu geringen Mass zur Anwendung kommt. Bezüglich der Lebensqualität stellte Schmid fest, dass die Haupteinschränkungen der Jugendlichen vor allem im schulischen Bereich liegen. Insgesamt ist ersichtlich, dass die Lebensqualität wie auch das psychosoziale Funktionsniveau von Kindern und Jugendlichen mit kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildern wesentlich stärker beeinträchtigt sind als bei anderen Kindern und Jugendlichen in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen.

Schmid (2010, S. 119) hält insgesamt fest, dass psychisch belastete Kinder und Jugendliche mit vielfältigen psychopathologischen Symptomen in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen eher die Regel als die Ausnahme sind. Gemäss Schmid, Schröder et al. (2012, S. 134-135) nimmt mit dem Ausbau ambulanter Jugendhilfemassnahmen die psychische und psychosoziale Belastung von Kindern und Jugendlichen in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen weiter zu. Dies begründen sie damit, dass in diese Einrichtungen nur noch jene Kinder und Jugendliche gelangen, bei denen ambulante Massnahmen als wenig Erfolg versprechend angesehen wurden oder bereits gescheitert sind. In Anbetracht der immer kürzer werdenden stationären Behandlungszeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden zudem immer mehr psychisch stark belastete Kinder und Jugendliche in stationäre Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen entlassen.

3.2 Traumata in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen

Aus dem vorhergehenden Kapitel wurde ersichtlich, was unter dem Begriff der stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen zu verstehen ist und inwiefern dieser aktuell ausgestaltet ist. Nun stellt sich die Frage: Gibt es überhaupt traumatisierte Kinder und Jugendliche in diesen Einrichtungen? Ist überhaupt ein Bedarf vorhanden, sich mit der Thematik traumatisierter Kinder und Jugendlicher auseinander zu setzen? Dieses Kapitel liefert Antworten auf diese Fragen und beleuchtet, welche Auswirkungen von traumatisierten Kindern und

Jugendlichen im pädagogischen Alltag sowie beim Betreuungspersonal innerhalb der stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen ersichtlich sind.

3.2.1 Traumatisierte Kinder und Jugendliche in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen

Gemäss Schmid, Lang, Gahleitner, Weiss und Kühn (2010) leiden viele Kinder und Jugendliche in der stationären Kinder- und Jugendhilfe unter komplexen Traumafolgestörungen. Schmid (2008, S. 288) hält dazu fest, dass bei der Biographiebetrachtung von Kindern und Jugendlichen in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen feststellbar ist, dass deren Leben häufig von einer Reihe miteinander verknüpfter Traumata geprägt ist. Krautkrämer-Oberhoff und Haaser (2013, S.85) berichten, dass in der Kinder- und Jugendhilfe St. Mauritz nach Angaben der Mitarbeitenden 63% der Kinder nachweislich und zusätzliche 25% mit hoher Wahrscheinlichkeit mindestens ein nachhaltiges traumatisches Ereignis in der Ursprungsfamilie erfahren hatten. Inwiefern diese Daten gewonnen wurden und aufgrund welcher Kriterien auf ein Trauma geschlossen wurde, erwähnen sie jedoch nicht. Dass sich in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen Kinder und Jugendliche befinden, die traumatische Lebenserfahrungen gemacht haben, zeigen unterschiedliche Studien auf. Schmid, Wiesinger, Lang, Jaszkowic und Fegert (2007, S. 332) nehmen Bezug auf die Studien von Meltzer, Lader, Corbin, Goodman und Ford (2003) und Burns et al. (2004). Aus diesen amerikanischen und britischen Untersuchungen in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen resultiert, dass über 60% der darin lebenden Kinder Missbrauchs-, Misshandlungs- oder Vernachlässigungserfahrungen haben.

Dies zeigt auch der Abschlussbericht von Schmid, Kölch et al. (2012, S. 48-52) auf, welcher die wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse des Modellversuchs Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen (MAZ.) zusammenfasst. Dieser Modellversuch wurde vom schweizerischen Bundesamt für Justiz in Auftrag gegeben. Dabei wurden die Daten von 263 Jugendlichen und jungen Erwachsenen aus insgesamt elf stationären Institutionen für Jugendliche im Zeitraum zwischen 2006 und 2011 analysiert, um unter anderem deren psychische und psychosoziale Belastung zu erfassen. Das Durchschnittsalter der Heranwachsenden betrug 16,1 Jahre. Bei der Erfassung der Vorgeschichte der Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurde unter anderem traumatische Lebensereignisse ermittelt. Mit einem Selbstbeurteilungsfragebogen, dem Essener Trauma Inventar (ETI), wurden die Jugendlichen nach traumatischen Lebensereignissen gefragt, die sie persönlich, als Zeuge oder in beiden Erlebensformen erfahren haben. Dem ETI wurden gemäss der Universität Duisburg-Essen (n.d.) sehr gute psychometrische Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität und Validität) nachgewiesen. In der MAZ. Studie berichteten 80% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen von mindestens einem traumatischen Erlebnis, über ein Drittel der Jugendlichen und

jungen Erwachsenen von mehr als drei traumatischen Erlebnissen. Die Prävalenz traumatischer Lebensereignisse im ETI differenziert nach Geschlecht ist auf der Abbildung 3 ersichtlich.

	Anzahl traumatischer Erlebnisse in Prozent					
	0	1	2	3	4	>5
Jungen	21.0%	15.9%	16.9%	16.6%	11.7%	17.9%
Mädchen	17.7%	17.7%	12.3%	16.2%	10.8%	25.4%
Gesamt	20.0%	16.4%	15.5%	16.4%	11.4%	20.2%

Abbildung 3. Prävalenz traumatischer Lebensereignisse im ETI (N=592). Nach Schmid, Kölch et al., 2012, S. 50.

Schmid et al. (2007, S. 333) weisen darauf hin, dass der Anteil an traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe aufgrund des Ausbaus der ambulanten Hilfen tendenziell zunehmen wird, da nur Kinder mit einem besonders belasteten sozialem Umfeld in stationäre Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen gelangen. Somit werden sich praktisch auf jeder Wohngruppe traumatisierte Kinder und Jugendliche befinden.

3.2.2 Auswirkungen auf den pädagogischen Alltag

Gemäss Schmid (2008, S. 291) stellen die psychopathologischen Konsequenzen von sequentieller Traumatisierung die für den pädagogischen Umgang mit Kindern und Jugendlichen wichtigsten Förderbereiche dar (siehe Kap. 2.9). Deshalb werden in diesem Kapitel die Auswirkungen von komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen beleuchtet, welche im pädagogischen Alltag der stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen ersichtlich sein können. Dieses Kapitel ist ergänzend zu den Folgen von Traumata (siehe Kap. 2.9) und beleuchtet spezifische Auswirkungen im pädagogischen Alltag. Es handelt sich hierbei um einen Kurzüberblick, weshalb es keine abschliessende Aufzählung ist. Schmid (2008, S. 290) erwähnt ausserdem, dass sich die Auswirkungen von komplexen Traumata in jedem Altersbereich ganz unterschiedlich auswirken. Ein 8-Jähriges Mädchen mit Schwierigkeiten bei der Regulierung von Affekten zeigt sich in der Schule beispielsweise aggressiv. Jugendliche mit derselben Grundproblematik beginnen hingegen beispielsweise mit Drogenkonsum oder Selbstverletzungen.

Schwierigkeiten bei der **Emotionsregulation** und einschliessende negative Emotionen führen laut Schmid (2008, S. 292) zu vielgestaltigen Problemen im Alltag, wie z.B. zu plötzlich auftretenden depressiven Einbrüchen, Selbstverletzungen, Substanzkonsum oder aggressiven Handlungen gegenüber Mitbewohnenden oder Mitarbeitenden.

Schmid (2008, S. 293-294) sagt, dass die **Bindungsfähigkeit** den grössten Einfluss auf die Gestaltung des pädagogischen Alltags der stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen

habe. Denn jegliche Erziehung basiere letztendlich auf Beziehung sowie Bindung. Kinder und Jugendliche mit einem unsicheren oder desorganisierten Bindungsstil zeigen beispielsweise beim erneuten Zusammentreffen nach Trennungssituationen widersprüchliche Verhaltensmuster. So nähern sie sich der Person an und gleichzeitig können sie aggressive und ängstliche Reaktionen zeigen. Zudem kann die Mimik und Gestik eingefroren wirken oder auch bizarre Bewegungen und teilweise eindeutige Anzeichen von Angst können auftreten. Die gesamte Beziehungsgestaltung traumatisierter Kinder und Jugendlicher ist insgesamt geprägt von einer Ambivalenz. Denn sie verspüren den grossen Wunsch nach Bindung und Versorgung, doch sobald eine intensive Beziehung eingegangen wird, empfinden sie einen Kontrollverlust. Zudem haben sie eine panische Angst vor dem Verlassen werden und der damit verbundenen Nichterfüllung der grundlegendsten Bedürfnisse. Traumatisierte Kinder versuchen laut Schmid (2008, S. 294) unbewusst, eine exquisite Beziehung zur sozialpädagogischen Fachkraft aufzubauen, was als sogenannte Narzissmusfalle bezeichnet wird. Dabei versucht das Kind, der sozialpädagogischen Fachkraft zu vermitteln, dass nur sie in der Lage sei, seine Bedürfnisse zu erfüllen und nur sie ihn verstehen würde. Dies führt zu einer Intensivierung der Beziehung, welche beide Parteien früher oder später aufgrund der Stärke der Intensität nicht mehr aushalten können. Vielfach testen diese Kinder und Jugendlichen dann die Grenzen der Beziehung immer stärker und reinszenieren unbewusst ihre bekannten Beziehungsmuster. Die sozialpädagogische Fachkraft zieht sich bei Zeichen und Gefühlen der Überforderung aus der Beziehung zurück, was zu heftigen emotionalen Anspannungszuständen und zu einem erneuten Ausbruch der Symptomatik der Kinder und Jugendlichen führen kann (z.B. Aggression, Weglaufen, Selbstverletzung). Denn Kinder und Jugendliche mit unsicheren oder desorganisierten Bindungsstilen können bei minimaler Zurückweisung der sozialpädagogischen Fachkraft mit einem heftigen Gefühlsausbruch reagieren.

Traumatisierte Kinder und Jugendliche konnten gemäss Schmid et al. (2010, S. 242) meist die Lernerfahrung bezüglich der Einhaltung von zwischenmenschlichen Grenzen nicht machen. Zuwendung erhielten sie ausserdem nur durch negative Aufmerksamkeit, indem sie sich erniedrigt oder sexuell angeboten haben. Für diese Kinder und Jugendliche ist es aufgrund ihrer Lerngeschichte deshalb meist unverständlich, dass eine sozialpädagogische Fachkraft ihnen ohne Gegenleistung positiv begegnet. Diese Irritation führt dann oftmals zu Verhaltensweisen, die altvertraute und bekannte Reaktionen beim Gegenüber provozieren. Schmid, Schröder et al. (2012, S. 135) weisen darauf hin, dass viele besonders belastete und gefährdete Kinder und Jugendliche mehrere Pflegefamilien und Einrichtungen durchlaufen (siehe Kap. 3.1.3). Dieser wiederholte Beziehungsabbruch hat langfristige Folgen und wirkt sich wiederum auf die Bindungsfähigkeit des Heranwachsenden aus. Diese Abbrüche entstehen oft aufgrund von Wiederholungen eines erlernten Interaktionsmusters. Dabei lösen

die Kinder und Jugendlichen mit ihrem Verhalten unbewusst bei ihren sozialpädagogischen Fachkräften ähnliche Reaktionen (z.B. Ausstossungstendenzen, Gefühl der Überforderung) aus, die sie zuvor bei ihren Bezugspersonen erfahren haben. Die desorganisierte Bindung weist gemäss Schmid (2008, S. 293) ausserdem eine grosse Nähe zum Dissoziationsbegriff auf. Denn die Dissoziation ermöglicht, diese Form der Bindung aushalten und gestalten zu können.

Schmid (2008, S. 296-297) sagt, dass die **Dissoziationsneigung** im pädagogischen Bereich fast zwangsläufig zu grossen Schwierigkeiten führt. Dissoziierende Kinder und Jugendliche können beispielsweise die an sie gestellten Anforderungen nicht mehr bewältigen, obwohl die dafür erforderlichen Fertigkeiten in nicht dissoziativem Zustand für sie leicht abrufbar wären. Denn dissoziierenden Kindern und Jugendlichen ist es kaum möglich, Informationen aufzunehmen und zu lernen. Folglich sind sie in dissoziativem Zustand schwer für therapeutische und pädagogische Interventionen erreichbar. Deshalb können sie beispielsweise Regeln nicht aufnehmen oder sich nicht mehr an getroffene Absprachen erinnern. Folglich setzen sie diese auch nicht um, was häufig als willentliche Nicht-Beachtung interpretiert wird. Bei stärkeren Konflikten mit den sozialpädagogischen Fachkräften tritt bei komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen oft ein dissoziativer Zustand ein. Deshalb fehlt eine klare Reaktion der Kinder und Jugendlichen innerhalb dieses Konfliktes, was die sozialpädagogischen Fachkräfte häufig dazu verleitet, immer mehr und immer lauter und ärgerlicher auf diese einzureden. Doch die Ermahnungen können ihnen aufgrund des dissoziativen Zustandes nicht mehr adäquat verarbeitet werden. Dies verbildlicht die Abbildung 4 und benennt dies als Teufelskreis der dissoziativen "Nichtreaktion".

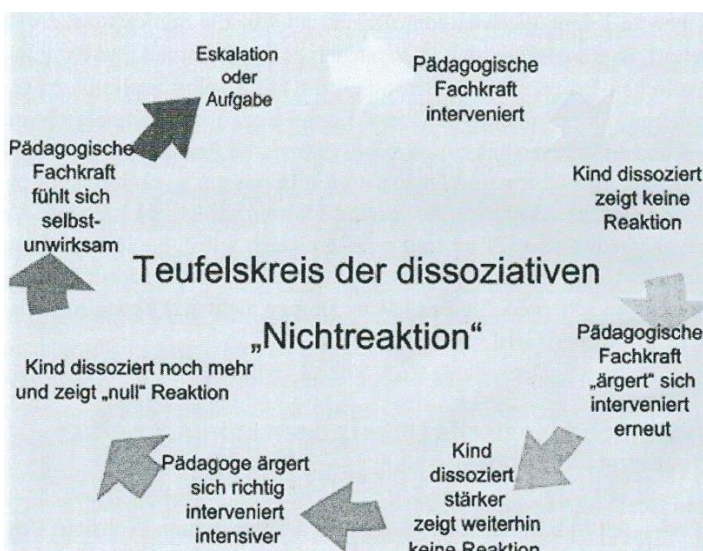


Abbildung 4. Teufelskreis der dissoziativen Nichtreaktion. Nach Weiss, 2014, S. 106.

Aufgrund der Dissoziation treten oft auch Erinnerungslücken auf, was zur Folge haben kann, dass der Tagesablauf mit Kindern und Jugendlichen häufig nicht lückenlos rekonstruiert werden kann. Die Dissoziation ist innerhalb einer Wohngruppe insbesondere dann proble-

matisch, wenn Jugendliche mit aggressivem oder grenzüberschreitendem Verhalten dissoziative Phänomene bei traumatisierten Jugendlichen auslösen. Desweiteren hat die Dissoziation einen Einfluss auf die Hierarchie in der Gruppe. Wenn sozial kompetente Jugendliche in schwierigen Gruppensituationen dissoziieren, nehmen sie ihre Position in der Gruppe kaum mehr adäquat wahr und können dadurch die Gruppe nicht mehr wie gewohnt stabilisieren und beeinflussen.

Der Alltag in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen wird laut Schmid (2008, S. 297) von der gering geprägten **Empathiefähigkeit** der traumatisierten Kindern und Jugendlichen wesentlich beeinflusst. Denn diese zeigen eine weitgehende Unabhängigkeit des Handelns von den emotionalen Reaktionen der sozialpädagogischen Fachkräfte und anderer Menschen. Deshalb ist auch der Schutz der anderen Bewohnenden vor potentieller Ausnutzung so bedeutend sowie die Sicherstellung der Einhaltung von wichtigen Regeln. Kinder und Jugendliche, die ihr Verhalten nicht an der emotionalen Reaktion der sozialpädagogischen Fachkräfte ausrichten, sind wesentlich schwerer zu steuern und Regeln werden später oder unter Umständen gar nicht erst internalisiert.

Werden Kinder und Jugendliche in stationäre Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen platziert, führt dies erneut zu Trennungserfahrungen und zu wechselnden Bezugspersonen. Schmid (2008, S. 298) sagt, dass Kindern und Jugendlichen mit vielen Trennungserfahrungen und wechselnden Bezugspersonen die **Identitätsentwicklung** oft sehr schwer fällt. Insbesondere dann, wenn sie kein realistisches Bild von ihren leiblichen Eltern ausbilden konnten. Schmid (S. 299) hält fest, dass Kinder und Jugendliche aus gewalttätigen Elternhäusern keine Modelle für adäquates Sozialverhalten oder für interpersonelles Problemlösen haben. Deshalb müssen sie viele Facetten der **sozialen Kompetenz** in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen neu lernen.

Aufgrund einer Assoziation mit dem früheren traumatischen Erlebnis können gemäss Schmid et al. (2010, S. 240) sogenannte **Flashbacks** (siehe Kap. 2.9.10) ausgelöst werden. Diese Flashbacks führen zu heftigen Verhaltensweisen und es können pädagogische Krisen ausgelöst werden. Aus Sicht der sozialpädagogischen Fachkräfte kann eine scheinbar harmlose Situation zu dieser Assoziation führen.

Bezüglich der Störungen des **Körperselbst** und der **Körperwahrnehmung** erwähnt Schmid (2008, S. 299), dass viele in der Kindheit sexuell traumatisierte Mädchen ihre Symptomatik recht gut kompensieren können. Nehmen diese Mädchen sexuelle Kontakte auf, werden sie häufig retraumatisiert. Geschieht diese Aufnahme von sexuellen Kontakten während des Aufenthaltes in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, ist mit einer heftigen Symptomatik zu rechnen.

3.2.3 Auswirkungen auf die sozialpädagogischen Fachkräfte

Im vorhergehenden Kapitel ist ersichtlich, dass die Auswirkungen von traumatisierten Kindern und Jugendlichen in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen den pädagogischen Alltag stark prägen. Gemäss Gahleitner (2013, S. 47-51) sind die sozialpädagogischen Fachkräfte daher viele Stunden am Tag **grossen fachlichen Anforderungen** ausgesetzt und erhalten dabei immer noch zu wenig Unterstützung. In der Praxis verfügen sie über einen grossen Schatz an wichtigen fachrelevanten Erfahrungen. Doch fällt es ihnen aufgrund des komplexen Arbeitsalltages häufig schwer, das erworbene Erfahrungswissen systematisch an Konzepte und Theoriebestände zurückzubinden und selbstbewusst auf die eigene Berufsidentität zurückzugreifen.

Schmid (2008, S. 302) bestätigt, dass die tagtägliche enge Betreuung von komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen sehr belastend sein kann. Unter anderem aufgrund der **Gegenübertragung**. Unter Gegenübertragung ist die Gesamtheit des emotionalen Erlebens und der Einstellungen zu verstehen, die eine sozialpädagogische Fachkraft im Rahmen der Beziehung dem Kind oder Jugendlichen gegenüber empfindet. Dieses emotionale Erleben kann vom Verhalten, der individuellen Lerngeschichte oder den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen beeinflusst sein. Des Weiteren können auch das Verhaltensrepertoire und die individuelle Lerngeschichte der sozialpädagogischen Fachkraft darauf einwirken. Aufgrund der ausgeprägten Dissoziation nehmen diese Kinder und Jugendlichen abgespaltene Gefühle nicht wahr, was bei der sozialpädagogischen Fachkraft oftmals Stellvertretergefühle auslöst und sie diese sehr stark empfindet. Werden diese Gegenübertragungsgefühle von der Fachkraft nicht reflektiert, stellt dies gemäss Schmid et al. (2010, S. 241-243) eine Gefahr für erneute Beziehungsabbrüche oder Grenzverletzungen dar. Treffen extreme emotionale Drucksituationen mit unbefriedigten Beziehungsbedürfnisse der sozialpädagogischen Fachkräften aufeinander, kann dies zu unreflektierten Reaktionen der sozialpädagogischen Fachkräfte auf die unbewusst angebotenen Beziehungsangebote der Kinder und Jugendlichen führen. Im Extremfall resultieren daraus beispielsweise erneute Misshandlungen oder die Reinszenierung eines sexuellen Missbrauchs. Wichtig zu erwähnen ist hierbei, dass dies für die Kinder und Jugendlichen gleich schlimme Folgen hat und diese für die Tat nie verantwortlich und somit unschuldig sind.

Für die Arbeit mit traumatisierten Menschen wurde gemäss Schmid (2008, S. 302) der Begriff der **sekundären Traumatisierung** eingeführt. Dabei werden die Erzählungen, Bilder, emotionalen Inhalte oder andere Fragmente der Traumageschehnisse der Kinder und Jugendlichen für die sozialpädagogische Fachkraft plastisch und belastend. Dies kann dazu führen, dass sie selbst Intrusionen mit Bildern und anderen Eindrücken der traumatischen Erlebnisse der Kinder und Jugendlichen entwickelt und emotional auch entsprechend heftig reagiert. Obwohl in der Betreuung keine Traumakonfrontation stattfindet, ist es möglich, dass

sozialpädagogische Fachkräfte allein durch die Interaktion mit dem traumatisierten Kind oder Jugendlichen Aspekte und Fragmente des Traumas miterleben. Die Situationen im Alltag sind ausserdem bei weitem nicht so gut zu strukturieren und vorzubereiten wie Therapiestunden, weshalb emotionale Ausbrüche, Albträume und Selbstverletzungen direkt miterlebt werden. Umfassendere Darstellungen dieser Thematik sind bei Lemke (2006) und Stamm (2002) vorzufinden.

3.3 Sozialpädagogische Aufgaben

Im vorhergehenden Kapitel wurde ersichtlich, dass es traumatisierte Kinder und Jugendliche in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen gibt und die Folgen eines komplexen Traumas zu grossen Herausforderungen für die sozialpädagogischen Fachkräfte führen. Nun stellt sich die Frage: Inwiefern können sozialpädagogische Fachkräfte die Entwicklung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen fördern? Dafür ist die Auseinandersetzung mit den allgemeinen Aufgaben der Sozialpädagogik nötig, welche von der allgemeinen Pädagogik entnommen werden. Diese werden wiederum auf das Setting der stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen abgeleitet und anschliessend mit den Folgen eines komplexen Traumas bei Kindern und Jugendlichen in Verbindung gesetzt. Anschliessend ist die Abgrenzung der sozialpädagogischen zu den therapeutischen Aufgaben bezüglich traumatisierten Kindern und Jugendlichen ersichtlich.

3.3.1 Pädagogische Aufgaben

Zur Beschreibung der Aufgaben der Pädagogik werden die konstitutiven Prinzipien pädagogischen Denkens und Handelns von Benner (2012) erläutert.

Gemäss Benner (2012, S. 58) beinhalten die konstitutiven Prinzipien pädagogischen Denkens und Handelns das Prinzip der Bildsamkeit und der Aufforderung zur Selbsttätigkeit. Diese beiden Prinzipien legen den Fokus auf die individuelle Seite der Erziehungspraxis, weshalb diese Prinzipien erläutert werden.

Die **Bildsamkeit** ist gemäss Benner (2012, S. 70-74) das erste konstitutive Prinzip pädagogischen Denkens und Handelns. Er versteht dies nicht als anlagebestimmte Determination des Menschen, sondern als eine Bestimmung des Menschen zum einen zur Mitwirkung an der menschlichen Gesamtpraxis. Zum anderen zur rezeptiven und spontanen Leiblichkeit, Freiheit, Geschichtlichkeit und Sprache menschlicher Praxis. Das Prinzip der Bildsamkeit erhebt die Unbestimmtheit der menschlichen Bestimmung zum Ausgangspunkt pädagogischer Verantwortung. Bildsamkeit ist als ein Prinzip der pädagogischen Interaktion zu verstehen, das sich auf die pädagogische Praxis als eine individuelle, intersubjektive und intergenerationelle Praxis bezieht. Das Prinzip besagt, dass dem Erziehungsbedürftigen in einer Weise begegnet werden soll, dass ihm weder bestimmte Anlagen zu- noch

abgesprochen werden. Dies bedeutet insgesamt, dass auf die Erziehungsbedürftigen so eingewirkt wird, dass diese an der Erlangung ihrer Bestimmtheit mitwirken und sie als bildsam aufgrund der pädagogischen Interaktion betrachtet werden. Benner nimmt Bezug auf Rousseau (1762/1979), welcher unter der bildsamen Natur eines unbestimmten Menschen die Kompetenz versteht, Fähigkeiten zu entwickeln. Rousseau verlangt deshalb von der pädagogischen Praxis, dass die Bildsamkeit des Zu-Erziehenden interaktiv anerkannt werden soll. Durch pädagogische Interaktionen sollen Zu-Erziehende in die Lage versetzt werden, die Selbsthilfe schrittweise zu lernen. Durch diese pädagogische Interaktion machen sie die Erfahrung einer Hilfe, welche auf ihre Mitwirkungsmöglichkeiten am eigenen Bildungsprozess ausgerichtet sind und nicht eine Hilflosigkeit eines herrschaftlichen oder knechtischen Bewusstseins vermittelt. Zur Beachtung des Prinzips der Bildsamkeit in der pädagogischen Interaktion reicht gemäss Benner (2012, S. 77) nicht nur die Gewährung der Meinungs- und Handlungsfreiheit der Heranwachsenden. Denn das Gelingen pädagogischer Interaktionen ist vielmehr daran gebunden, dass die Lernenden von solcher Freiheit tatsächlich auch Gebrauch machen können. Dazu braucht es ein weiteres Prinzip, welches auf die Selbsttätigkeit der Heranwachsenden bezogen ist und anschliessend beschrieben wird. Das Prinzip der Bildsamkeit ist somit eine Verhältnisbestimmung der pädagogischen Interaktion selbst und bezieht sich auf die Möglichkeiten der Mitwirkung der Zu-Erziehenden an der pädagogischen Interaktion. Die Bildsamkeit eines Menschen ist durchaus begrenzt, jedoch zeitlich nicht fixierbar, da der Mensch bis in hohe Alter bildsam ist. Die Aberkennung der Bildsamkeit von jemanden bedeutet die Entziehung des Rechts zur Mitwirkung an der menschlichen Gesamtpraxis und somit die Wegnahme seiner Menschlichkeit.

Inwiefern sollen somit Heranwachsende erzogen und gebildet werden, sodass ihre Bildsamkeit anerkannt und nicht verkümmert oder beschädigt wird? Dazu ist das zweite Prinzip von Benner (2012, S. 78-91) notwendig, welches er als **Aufforderung zur Selbsttätigkeit** beschreibt. Dieses Prinzip macht Grundaussagen darüber, wie in pädagogischen Interaktionen gewirkt werden kann, sodass Heranwachsende auch tatsächlich als bildsam anerkannt werden. Der Zu-Erziehende kann gemäss dem Prinzip der Bildsamkeit seine Bestimmung zur rezeptiven und spontanen Leiblichkeit, Freiheit, Geschichtlichkeit und Sprache nur finden, wenn er durch die pädagogische Interaktion zur selbstständigen Mitwirkung an seinem Bildungsprozess aufgefordert wird. Diese Aufforderung zur Selbsttätigkeit ist wiederum nur möglich, wenn die Interaktion als eine Interaktion bildsamer Wesen verstanden wird. In der Aufforderung zur Selbsttätigkeit geht es darum, dass den Zu-Erziehenden eine Wahlfreiheit gewährleistet wird und sie neue Erfahrungen machen können. Diese schliessen sich jeweils an zurückliegende an und die zurückliegenden werden durch neue und andersartige Erfahrungen erweitert. Die Erziehenden sollen dabei herausfinden, wie die Lernenden die persönlichen Erfahrungen selbst interpretieren. Zudem sollen die

Erziehenden Vorkehrungen dafür treffen, dass die Lernenden ihre Erfahrungen als Welterfahrungen und als Erfolge und Misserfolge der eigenen Versuche deuten. Die Aufforderung zur Selbsttätigkeit sollte darauf ausgerichtet sein, dass im denkenden und tätigen Subjekt Wechselwirkungen zwischen dessen eigenem Denken und Tun sowie Tun und Denken herbeigeführt werden. Im Medium der Sprache, einschliesslich der mimisch-gestisch-symbolischen Aspekte menschlicher Interaktion, kann in pädagogischen Interaktionen an die Bildsamkeit des Zu-Erziehenden so angeknüpft werden, dass durch reflektierende Akte die künftigen Denk- und Welttätigkeiten, Entwürfe und Erfahrungen der Zu-Erziehenden selbst provoziert werden. Gemäss Benner (2012, S. 91-92) ist pädagogisches Handeln nur dort erlaubt, wo der Zu-Erziehende der Fremdaufforderung zur Selbsttätigkeit bedarf. Die Erziehung muss zudem dort an ihr Ende kommen, wo pädagogische Fremdaufforderung zur Selbsttätigkeit in Selbstaufforderung übergehen kann. Denn überall dort, wo wir ohne pädagogische Hilfe selbsttätig sein können, ist bereits das Ende der Erziehung erreicht. Jedes Zuwenig oder Zuviel an pädagogischer Sorge verstösst somit gegen die besondere Finalität der Erziehungspraxis. Die pädagogisch Bedürftigen sollen somit weder in antipädagogischer Einstellung überfordert noch in parapädagogischer Einstellung unterfordert werden. Insgesamt ist ersichtlich, dass durch die Selbsttätigkeit der Zu-Erziehenden sie zu jemandem werden, was die Besonderheit der pädagogischen Praxis deutlich macht und sie sich dadurch von allen anderen Praxen unterscheidet.

3.3.2 Sozialpädagogische Aufgaben in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen

Zum Anspruch der allgemeinen Pädagogik gehört es, dass diese auch für die Sozialpädagogik gültig ist. Deshalb werden nun von den konstitutiven Prinzipien von Benner (2012) sozialpädagogische Aufgaben abgeleitet, welche auf das Setting der stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen ausgerichtet sind. Es ist die Aufgabe der sozialpädagogischen Fachkräfte, die Kinder und Jugendlichen aufgrund der pädagogischen Interaktion als bildsam anzuerkennen. Hiermit wird deutlich, dass die Grundlage des sozialpädagogischen Auftrags folglich die Beziehung zwischen den Kindern oder Jugendlichen und den sozialpädagogischen Fachkräften ist. Auf die Kinder und Jugendlichen soll so eingewirkt werden, dass diese an der Erlangung ihrer Bestimmtheit mitwirken können. Zur Anerkennung der Bildsamkeit ist deshalb das zweite Prinzip der Aufforderung zur Selbsttätigkeit notwendig. Denn dadurch sollen Kinder und Jugendliche von ihrer Meinungs- und Handlungsfähigkeit Gebrauch machen und die Selbsttätigkeit wie auch die Selbsthilfe lernen. Dies fordert von Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, dass die Rahmenbedingungen der Institution sowie das Handeln der sozialpädagogischen Fachkräfte auf das Prinzip der Aufforderung zur Selbsttätigkeit ausgerichtet sind. Kinder und Jugendliche sollen

dadurch neue Erfahrungen machen und die Wechselwirkung zwischen eigenem Denken und Tun erkennen. Die Unterstützung, die sozialpädagogische Fachkräfte den Kindern und Jugendlichen zur Verfügung stellen, sollte darauf ausgerichtet sein, dass die Kinder und Jugendlichen weder überfordert noch unterfordert werden. Die Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen müssen zudem beachten, dass es auch ein Ende der Erziehung gibt. Denn dort, wo pädagogische Fremdaufforderung zur Selbsttätigkeit in Selbstaufforderung übergehen kann, endet der sozialpädagogische Auftrag. (vgl. Kap. 3.3.1)

Heidemann und Greving (2011, S. 235-242) schliessen sich der Bedeutung der Selbsttätigkeit an. Denn diese beschreiben die Erlangung der Selbstständigkeit und Autonomie als das zentrale Ziel stationärer Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen. Dazu haben sie zentrale Inhalte verfasst, welche für die Förderung von Selbstständigkeit und Autonomie zentral sind. Diese sind auf der Tabelle 2 zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 2
Förderung der Selbstständigkeit und Autonomie

▶ Kompetenzaneignung	▶ Aus sich selbst heraus aktiv sein	▶ Sich Eigenräume schaffen
▶ Eigene Gefühle wahrnehmen	▶ Eigener Standpunkt erarbeiten	▶ Erarbeitung eigener Lebenssinn
▶ Unabhängigkeit von anderen Menschen erfahren und erproben	▶ Eigene und fremde Ansprüche wahrnehmen	▶ Scheitern, Rückschläge be- und verarbeiten
▶ Eine realistische Anspruchshaltung entwickeln	▶ Selbstbewusstsein erfahren und entwickeln	▶ Die eigene Würde achten und vertreten
▶ Recht und Unrecht erleben und verarbeiten	▶ Erfahrungen und Erlebnisse mit Selbstverantwortung verschaffen	▶ Seine Eigenheiten entdecken und sich mit ihnen auseinander setzen
▶ Eigene Gefühle ausdrücken und bearbeiten	▶ Eigene Interessen, Wünsche, Neigungen entwickeln und verfolgen	▶ Schonräume wie Abkapselungen oder Scheinwelten vermeiden
▶ Eigene und fremde Ansprüche wahrnehmen und vertreten, andere Ansprüche und Meinungen respektieren	▶ Sich am sozialen Leben beteiligen und Mitverantwortung für andere Menschen übernehmen	▶ Eigenverantwortliches Handeln realisieren und erfahren

Erläuterung: Diese Inhalte sind für die Förderung der Selbstständigkeit und Autonomie von Kindern und Jugendlichen in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen zentral.

Diese Inhalte wurden aus Heidemann und Greving (2011, S. 235-242) entnommen und zusammenfassend dargestellt.

Dörr (2013, S. 17-22) weist Parallelen zum Inhalt von Heidemann und Greving (2011) auf. Stationäre Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen sollen sich gemäss Dörr dadurch auszeichnen, dass sie den darin involvierten Menschen wesentliche Erfahrungsmodi zur Entwicklung einer starken psychischen Widerstandsfähigkeit ermöglichen. Dies sind

Erfahrungen der Selbstwirksamkeit über ein erfolgreiches Handeln in der Alltagswelt, Erfahrungen des Selbstwertes über Rückmeldungen durch signifikant andere sowie Erfahrungen der Selbst-Einbindung über eine Integration in eine grössere Gemeinschaft. Den Kindern und Jugendlichen soll zudem ermöglicht werden, dass sie sich mit ihren tiefgreifenden Ambivalenzen, Ängsten, ihrem Hass und ihren Qualen auseinandersetzen und einbringen können.

3.3.3 Sozialpädagogische Aufgaben bezüglich traumatisierten Kindern und Jugendlichen in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen

In diesem Abschnitt werden die Erkenntnisse von Benner (siehe Kap. 3.3.1 und Kap. 3.3.2) mit den Folgen einer Traumatisierung (siehe Kap. 2.9) miteinander verbunden, woraus die sozialpädagogischen Aufgaben bezüglich traumatisierten Kindern und Jugendlichen in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen entstehen. Gemäss Benner stellt die Interaktion zwischen Kindern und Jugendlichen und den sozialpädagogischen Fachkräften die Grundlage für die Umsetzung der Prinzipien der Bildsamkeit und der Aufforderung zur Selbstwirksamkeit dar. Komplex traumatisierte Kinder und Jugendliche sind meist von negativen Interaktionserfahrungen geprägt, was eine negative Einwirkung auf ihre Bindungsfähigkeit hatte. Denn diese wurde meist stark beschädigt und es resultierten daraus eventuell Bindungsstörungen.

Bei den Auswirkungen von traumatisierten Kindern und Jugendlichen in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen wurde ebenfalls die Bedeutung der Bindung ersichtlich (siehe Kap. 3.2.2). Insgesamt ist erkennbar, dass die Beziehungsgestaltung zwischen Kindern oder Jugendlichen und den sozialpädagogischen Fachkräften zentral ist. Es ist folglich die Aufgabe der sozialpädagogischen Fachkräfte, die Bindungsbedürfnisse der Kinder und Jugendlichen wahrzunehmen und ihre Bindungsfähigkeit zu begünstigen.

Eng mit der Bindungsfähigkeit ist die Dissoziation verknüpft, da Kinder und Jugendliche dank der Dissoziation desorganisierte und unsichere Bindungsformen von Bezugspersonen aushalten und gestalten konnten (siehe Kap. 2.9.5). Wenn also die Bindungsfähigkeit gestärkt werden soll, müssen dissoziative Zustände von den sozialpädagogischen Fachkräften erkannt werden. Dissoziierende Kinder und Jugendliche sollen dabei unterstützt werden, einen Umgang mit dissoziativen Verhaltenssequenzen zu lernen, welcher für sie längerfristig nützlich ist. Eine weitere Bestätigung dieser Aufgabe kann von Benner abgeleitet werden (siehe Kap. 3.3.1). Denn er sagt, dass es die Aufgabe der Pädagogik ist, dass Kinder und Jugendliche die Wechselwirkung zwischen Denken und Tun erkennen sowie erleben. Befinden sich Kinder und Jugendliche in einem dissoziativen Zustand, ist die Erkennung dieser Wechselwirkung nicht oder nur begrenzt möglich. Zumal in dissoziativen Zuständen das Lernen, eine Informationsaufnahme sowie die Erkenntnis verhindert sind.

Als zweites Prinzip der Pädagogik nennt Benner die Aufforderung zur Selbsttätigkeit (siehe Kap. 3.3.1), woran die Überlegungen von Heidemann und Greving anschliessen. Denn diese beschreiben die Erlangung der Selbständigkeit und Autonomie (siehe Kap. 3.3.2) als zentrale Aufgabe der stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen. Dörr umschreibt dies als Erfahrungen der Selbstwirksamkeit (siehe Kap. 3.3.2). Bei den Folgen der komplexen Traumata wurde ersichtlich (siehe Kap. 2.9.7), dass traumatisierte Kinder und Jugendliche sich in der traumatisierenden Situation anderen Menschen völlig ausgeliefert erlebten. Ausserdem konnten sie auf ihre eigene Handlungsfähigkeit und ihre Ressourcen nicht mehr zurückgreifen. Sie erleben sich dadurch als nicht selbstwirksam im Kontakt mit anderen Menschen und die Entwicklung eines gesunden Selbstkonzeptes ist deshalb wesentlich erschwert. Aus den Aufgaben der Pädagogik sowie den Folgen einer Traumatisierung ist nun ein sozialpädagogischer Auftrag hinsichtlich traumatisierten Kindern und Jugendlichen in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen ableitbar. Den Kindern und Jugendlichen sollen Erfahrungen ermöglicht werden, bei denen sie selbst handeln und darin Selbstwirksamkeit erfahren. Somit sollen sozialpädagogische Fachkräfte die pädagogische Fremdaufforderung zur Selbsttätigkeit ausführen. Das Ziel dabei ist aber, dass diese in pädagogische Selbstaufforderung übergehen kann.

3.3.4 Abgrenzung von den sozialpädagogischen zu den therapeutischen Aufgaben bezüglich traumatisierten Kindern und Jugendlichen

Gemäss Weiss (2011, S. 180) sind die Aufgaben der Therapie vielfältig und richten sich dem Wunsch, dem Alter, der Lebensgeschichte, dem aktuellen Wohlbefinden und der Stabilität der Kinder und Jugendlichen aus. Als Therapieziele beschreibt sie korrigierende und wiedergutmachende Erfahrungen, das Nachnähren und die Unterstützung bei der Entwicklung der Ich-Kräfte. Therapierende müssen somit in der Lage sein, die Geschichte der Kinder und Jugendlichen zu benennen, diese besprechbar zu machen und sie bei der Durcharbeitung der Gefühle zu begleiten. Für die Traumaverarbeitung wurden einige Verfahren und Methoden entwickelt, wie beispielsweise die strukturierte Trauma-Intervention, die traumabezogene Spieltherapie oder das Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Schmid et al. (2007, S. 334-336) sind der Meinung, dass innerhalb der Traumatherapie eine Traumaexposition¹⁶ durchgeführt werden kann. Dabei seien die verlangsamte Konfrontation und die Distanzierung vom Erlebten die wichtigsten Wirkfaktoren. Traumaexposition im klassischen therapeutischen Rahmen stellt gemäss Krüger und

¹⁶ Die Traumaexposition wird auch als Konfrontationsverfahren bezeichnet. Dabei wird ein mehrfaches Wiedererleben des Traumas erzeugt, wodurch die Verarbeitung der Erinnerung erleichtert werden soll. Denn durch die Gewöhnung an die angstausslösende Situation soll die traumatische Situation schliesslich ohne starke Angstreaktion erinnert werden können. (Sack, 2000, S. 95)

Reddemann (2007, S. 34) nur einen geringen Baustein im Sinne der Heilung, Verarbeitung und Heilung von traumatischen Lebenserfahrungen dar. Schmid, Schröder et al. (2012, S. 133-134) zeigen hingegen aktuelle und positive Ergebnisse der Psychotherapieforschung bezüglich der Traumaexposition auf. Dabei ist ersichtlich, dass eine gezielte Expositionsbehandlung, die auf traumatische Erlebnisse und deren Bewertung zielt, zu einem Zugewinn im Bereich der Emotionsregulation und der sozialen Kompetenz führt. Voraussetzung für eine Expositionsbehandlung ist jedoch eine erfolgreiche Stabilisierung, was ein Schaffen einer äusseren und inneren Sicherheit und einer stabilen sowie sicheren Lebenssituation voraussetzt. Dies bedeutet für viele komplex traumatisierte Kinder und Jugendliche eine Fremdplatzierung in stationäre Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen.

Schmid et al. (2007, S. 334-336) weisen auf eine deutliche Abgrenzung von den sozialpädagogischen Aufgaben zur psychotherapeutischen Intervention hin. Denn innerhalb der Traumatherapie soll wie bereits erwähnt eine Traumaexposition ermöglicht werden. In stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen soll keinesfalls versucht werden, psychotherapeutische Konzepte zur Traumakonfrontation im pädagogischen Alltag zu integrieren. Im pädagogischen Alltag soll hingegen ganz bewusst versucht werden, symptomatische Verhaltensauffälligkeiten als Traumafolgen zu erkennen und darauf adäquat zu reagieren. Es geht folglich um das Verstehen der Folgen des Traumageschehens und die Stabilisierung der Kinder und Jugendlichen im Alltag. Belastende Gespräche über das traumatische Erlebnis sollten nicht geführt werden. Die sozialpädagogischen Fachkräfte sollen dabei die Kinder und Jugendlichen auf den sicheren Rahmen ihrer Psychotherapiestunden verweisen. Der pädagogische Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen soll somit das Ziel verfolgen, die Kompetenz der Erziehenden im Umgang mit den traumabedingten Symptomen und die Vermittlung von alternativen Verhaltensweisen im Alltag der Kinder und Jugendlichen zu fördern. Dies bestätigt auch Gahleitner (2012, S. 128), denn es soll insgesamt um eine fachkompetente Wahrnehmung der Kinder und Jugendlichen im Hinblick auf den Umgang mit Störungsbildern, Krisenanfälligkeiten, Dynamiken und Ressourcen gehen.

3.4 Fazit

Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen sind dadurch definiert, dass sie eine ausserfamiliäre Vollzeitbetreuung in einer Einrichtung gewährleisten. Die KESB ist die Behörde, welche im zivilrechtlichen Bereich entscheidet, ob es zu einer stationären Unterbringung eines Kindes oder Jugendlichen kommt. Ist die Indikation für eine stationäre Unterbringung gegeben und sind die Eltern mit dieser Massnahme einverstanden, wird die faktische Obhut übertragen und die Inhaber der elterlichen Sorge behalten das Obhutsrecht. Weigern sich die Inhaber der elterlichen Sorge gegen diese Massnahme, entzieht die KESB ihnen das Obhutsrecht und sie wird Inhaberin des Obhutsrechts. Wenn diese und andere Kindesschutzmassnah-

men erfolglos geblieben sind oder von vornherein als ungenügend erscheinen, erfolgt durch die KESB eine Entziehung der elterlichen Sorge. Aufgrund dieser rechtlichen Rahmenbedingungen ist ersichtlich, dass Kinder und Jugendliche in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen unterschiedliche rechtliche Ausgangslagen aufweisen. Diese sollten von den sozialpädagogischen Fachkräften wahrgenommen und bei Interventionen beachtet werden, bspw. hinsichtlich des Einbezugs der Eltern.

Es wurde aufgezeigt (siehe Kap. 3.1.3), dass die Inanspruchnahme der stationären Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland von 2005 bis 2010 trotz des Ausbaus der ambulanten Hilfen gestiegen ist. Aufgrund dieser Tatsache ist davon auszugehen, dass der Bedarf an stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen in den kommenden Jahren in ähnlicher Form vorhanden sein wird. Die Einrichtungen wiesen bereits im Jahre 2007 eine starke psychische und psychosoziale Belastung der Kinder und Jugendlichen auf. In den kommenden Jahren ist sogar mit einer Erhöhung dessen zu erwarten, wodurch sozialpädagogische Fachkräfte im Erkennen und dem Umgang von psychischen und psychosozialen Belastungen noch stärker gefordert werden. Folglich zeigt sich ein Bedarf an sozialpädagogischen Handlungsansätzen, welche die starken psychischen und psychosozialen Belastungen der Kinder und Jugendlichen berücksichtigen.

Dank diversen Studien wurde ersichtlich, dass sich eine hohe Anzahl traumatisierter Kinder und Jugendlicher in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen befinden (siehe Kap. 3.2.1). Aufgrund des Ausbaus der ambulanten Hilfen ist in Zukunft mit derselben oder einer erhöhten Anzahl traumatisierter Kinder und Jugendlichen zu rechnen. Die komplexen Traumatisierungen der Kinder und Jugendlichen zeigen im pädagogischen Alltag der stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen verschiedene Auswirkungen. Insbesondere die beeinträchtigte Bindungsfähigkeit, die erhöhte Dissoziationsneigung, die gering geprägte Empathiefähigkeit, die erschwerte Identitätsentwicklung, die Störungen des Körper selbst und der Körperwahrnehmung und das Auftreten von Flashbacks sind im pädagogischen Alltag ersichtlich (siehe Kap. 3.2.2). Dies führt zu einer hohen fachlichen Anforderung der sozialpädagogischen Fachkräfte, Gegenübertragungen finden statt und es kann zu einer sekundären Traumatisierung der sozialpädagogischen Fachkräfte führen (siehe Kap. 3.2.3). Die sozialpädagogischen Aufgaben wurden von den konstitutiven Prinzipien von Benner abgeleitet (siehe Kap. 3.3.1) und umfassen das Prinzip der Bildsamkeit sowie der Aufforderung zur Selbsttätigkeit. Für die stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen folgt daraus der Auftrag, die Kinder und Jugendlichen als bildsam anzuerkennen und die pädagogische Interaktion darauf auszurichten, dass die Kinder und Jugendlichen an der Erlangung ihrer Bestimmtheit mitwirken. Dazu ist das Prinzip der Aufforderung zur Selbsttätigkeit notwendig, welches durch die Selbstaufforderung des Kindes oder Jugendlichen abgelöst werden sollte. Heidemann und Greving (2011, S. 239-242) beschreiben die Erlan-

gung der Selbständigkeit und Autonomie als das zentrale Ziel stationärer Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen und Dörr (2013, S. 17-22) stellt die Erfahrungen der Selbstwirksamkeit als zentrale Aufgabe dar.

Werden diese Aufträge mit den Folgen von Traumatisierungen verbunden, ergeben sich folgende Aufgaben der Sozialpädagogik mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen (siehe Kap. 3.3.3): Erstens ist die Bedeutung der Bindung sowie der Beziehungsgestaltung zwischen den Kindern oder Jugendlichen zu deren sozialpädagogischen Fachkräfte ersichtlich. Daraus ergibt sich der Auftrag, die Bindungsfähigkeit der Kinder und Jugendlichen zu stärken und die Beziehung aktiv zu gestalten. Als zweiter Auftrag ist die Reduktion der Dissoziationsneigung sichtbar geworden, da den Kindern und Jugendlichen erst dadurch das Lernen, die Informationsaufnahme sowie die Erlangung von Erkenntnissen ermöglicht werden. Die Dissoziation stellt aber auch einen wichtigen Bewältigungsmechanismus dar. Deshalb sollen dissoziierende Kinder und Jugendliche dabei unterstützt werden, einen Umgang mit dissoziativen Verhaltenssequenzen zu lernen, welcher für sie längerfristig nützlich ist. Die dritte Aufgabe besteht darin, dass komplex traumatisierte Kinder und Jugendliche innerhalb der stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen die Erfahrung von Selbsttätigkeit und Selbstwirksamkeit machen. Bei der Abgrenzung der sozialpädagogischen zu den therapeutischen Aufgaben bezüglich traumatisierten Kindern und Jugendlichen wurde ersichtlich, dass die Therapie korrigierende und wiedergutmachende Erfahrungen ermöglichen wie auch Unterstützung bei der Entwicklung der Ich-Kräfte anbieten soll. Beim den sozialpädagogischen Aufgaben geht es hingegen um das Verstehen der Traumafolgen, die Stabilisierung der Kinder und Jugendlichen im Alltag und die Vermittlung von alternativen Verhaltensweisen. Da jedoch beide Disziplinen auch über beratende Aufgaben verfügen, kann es zu Überschneidungen der Hilfeangebote kommen. Wenn die Disziplinen den Austausch und die Zusammenarbeit fördern würden, könnte dies für die traumatisierten Kindern und Jugendlichen eine bedeutende Hilfestellung sein (siehe Kap. 4.2.7).

4 Pädagogische Handlungsansätze mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen

Die Betreuung von psychisch schwer belasteten und hochtraumatisierten Kindern und Jugendlichen ist gemäss Schmid (2010, S. 119) für stationäre Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen eine grosse Herausforderung. Folglich besteht ein Bedarf an Handlungsansätzen im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen. Deshalb werden in diesem Kapitel drei pädagogische Handlungsansätze bezüglich traumatisierten Kindern und Jugendlichen in stationären Kinder- und Jugendhilfe-

einrichtungen erläutert, die von sozialpädagogischen Fachkräften umgesetzt werden können. Diese entstanden aus der Verbindung der sozialpädagogischen Aufgaben und der Folgen eines komplexen Traumas (siehe Kap. 3.3.3). Die Thematik des pädagogischen Umgangs mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen ist jedoch weit umfassender und wird in dieser Arbeit auf diese drei Handlungsansätze begrenzt.

Die Umsetzung konkreter Handlungsansätze fordert gemäss Schmid (2010, S. 119) viele Ressourcen, weshalb förderliche Rahmenbedingungen zur Verwirklichung dieser drei Handlungsansätze anschliessend erläutert werden.

4.1 Pädagogische Handlungsansätze

Schmid (2008, S. 304) ist der Überzeugung, dass wichtige Fertigkeiten, die sich chronisch traumatisierte Kinder und Jugendliche in ihren Ursprungsfamilien nicht aneignen konnten, vermutlich nur über eine kontinuierliche und konsequente Förderung dieser Verhaltensweisen im Alltagsleben erlernbar sind. Diese unzureichend entwickelten Fertigkeiten sollten deshalb im Rahmen des pädagogischen Alltags in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen gezielt gefördert werden (2010, S. 118). Deshalb werden in diesem Unterkapitel drei pädagogische Handlungsansätze beschrieben, die für die Entwicklung von komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen fördernd sein können. Der erste pädagogische Handlungsansatz beschreibt die Begünstigung der Bindungssicherheit und der zweite stellt die Förderung der Selbstwirksamkeit dar. Beim dritten Handlungsansatz sollen Kinder und Jugendliche unterstützt werden, einen Umgang mit dissoziativen Verhaltenssequenzen zu lernen, welcher für sie längerfristig nützlich ist. Diese drei pädagogischen Umsetzungsmöglichkeiten werden nun einzeln dargestellt, wobei es jedoch viele inhaltliche Überschneidungen zwischen den verschiedenen Handlungsansätzen gibt.

4.1.1 Begünstigung der Bindungssicherheit

Bei der Verbindung der Folgen einer Traumatisierung, den Entwicklungsaufgaben sowie dem pädagogischen Auftrag wurde ersichtlich, dass die Bindungssicherheit für traumatisierte Kinder und Jugendliche in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen sehr bedeutend ist. Dies bestätigen auch diverse Autoren. Gemäss Gahleitner und Schleiffer (2010, S. 37) fließt jede Intervention durch die Qualität der Bindungs- und Beziehungsarbeit. Deshalb soll der Beziehungsgestaltung eine zentrale Bedeutung in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen gegeben und ihr den Vorrang vor methodischen Aspekten eingeräumt werden. Auch Schmid et al. (2010, S. 240) betonen, dass der zentrale Erfolgsfaktor einer Fremdunterbringung die alternative Beziehungserfahrung von Kindern und Jugendlichen sei. Laut Huber (2011, S. 204) sind sichere Bindungserfahrungen dafür zuständig, dass in den Genen

bestimmte Eiweisse freigesetzt werden, welche die Nervenzellen ausbilden, die sich dann verzweigen und Netzwerke bilden. Mithilfe derer kann eine haltgebende Struktur aufgebaut werden, welche ermöglicht, dass eine schreckliche Erfahrung ausreichend verarbeitet werden kann. Laut Schmid (2008, S. 293-294) ist das Erlernen der Bindungsfähigkeit sehr bedeutsam, da sie eine der wichtigsten Resilienzfaktoren darstellt. Denn eine sichere Bindung schützt vor weiteren Traumatisierungen, da sicher gebundene Kinder nicht so leicht Kontakt mit fremden Personen aufnehmen. In nicht einschätzbaren Situationen suchen sie ausserdem den Kontakt zu ihren Bindungspersonen und lassen sich dadurch im Alltag leichter steuern und schützen. Auch Scherwath und Friedrich (2012, S. 81) sagen, dass eine sichere Bindung einer der bekanntesten Schutzfaktoren ist. Daraus leiten sie ab, dass das primäre Ziel professioneller Sozialer Arbeit die Entwicklung und Stabilisierung einer sicheren Bindung sein sollte. Das Bindungssystem bleibt gemäss Brisch (2013, S. 154) zeitlebens offen für neue Bindungserfahrungen und Veränderungen. Somit kann durch feinfühlig Interaktionserfahrungen eine sichere Bindung auch noch in der Adoleszenz entwickelt werden. Diese neuen und emotional verfügbaren Interaktionserfahrungen sollten über einen längeren Zeitraum vorgesehen und die Bindungsperson sollte dabei emotional für die Signale des Gegenübers verfügbar sein. Dadurch ist es dem Gehirn möglich, sich neu zu strukturieren und es besteht nochmals eine Chance für eine sichere emotionale Entwicklung. Diese Erkenntnis ist besonders für die pädagogische Arbeit von Bedeutung, da den Kindern und Jugendlichen mit Bindungsstörungen neue emotionale Erfahrungen in Beziehungen ermöglicht werden sollen. Gemäss Gahleitner (2012, S. 50) wird die Möglichkeit des Erwerbs der Bindungssicherheit im späteren Lebensverlauf dank Alternativerfahrungen auch als "earned secure" bezeichnet. Dies bedeutet eine "nachträglich verdiente Sicherheit".

Doch es stellt sich nun die Frage: Inwiefern soll diese Beziehung gestaltet werden? Was sind wichtige Faktoren beim Aufbau einer sicheren Bindung? Auf die wichtigsten Faktoren wird nachfolgend kurz eingegangen und damit der Abschnitt zur Bindungssicherheit abgeschlossen.

Feinfühligkeit

In der Bindungstheorie gilt laut Scherwath und Friedrich (2012, S. 83-84) das Konzept der Feinfühligkeit als entscheidender Faktor der Bindungsentwicklung. Denn die Feinfühligkeit der Bindungsperson ist für die entwickelnde Bindungsqualität des Kindes ausschlaggebend. Feinfühlig Interaktionen beinhalten die Wahrnehmung und richtige Interpretation der Signale des Kindes. Folglich sollen die darin enthaltenen Bedürfnisse, Empfindungen, Nöte oder positive Absichten des Kindes erkannt werden und eine dementsprechend angemessene und prompt Reaktion erfolgen. Unter angemessener und prompter Reaktion verstehen Scherwath und Friedrich (S. 85), dass das jeweilige Entwicklungsalter und damit auch das Bindungsstadium des Kindes berücksichtigt werden. Die feinfühlig Reaktion kann

über Signale der verbalen Sprache, einem ruhigen und liebevollen Tonfall sowie einem gut auf den anderen abgestimmten Rhythmus vermittelt werden. Aber auch die nonverbale Sprache wie Blickkontakt und eine dem Kind zugewandten Körperhaltung eignen sich. Huber (2003a, S. 108) ergänzt die Signale des Gesichtsausdrucks, der Stimmlage, der Körpergesten und des Zeitpunkts sowie der Intensität der Reaktion.

Feinfühligkeit in der Arbeit mit traumatisierten Kindern ist nach Scherwath und Friedrich (2012, S. 83-84) eine Herausforderung, da Übertragungen negativer Vorerfahrungen auf die sozialpädagogische Fachkraft stattfinden. Deshalb soll das Klammerverhalten oder auch die bekundete Ablehnung oder Vermeidung des Kontakts zur sozialpädagogischen Fachkraft nicht als persönliche Abwertung verstanden werden. Stattdessen sind diese als Schutz vor Zurückweisung und Verletzung vor dem Hintergrund verinnerlichter negativer Erwartungshaltungen zu übersetzen. Die Übertragungen negativer Vorerfahrungen erklärt sich Gahleitner (2012, S. 102) dadurch, dass Kinder und Jugendliche aufgrund der gefühlten Sicherheit in den Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen ihre traumatischen Erfahrungen mit ihren Bindungspersonen zu reinszenieren beginnen. Dies bietet die Chance, dass die Kinder und Jugendlichen erfahren, dass sie in ihrem Leid angenommen und nicht erneut verletzt werden. Schmid et al. (2010, S. 241) beschreiben deshalb die professionelle Beziehungsgestaltung als sehr anspruchsvoll. Sie ergänzen ausserdem, dass sich die Kinder und Jugendlichen oftmals in einem ständigem Wechsel zwischen grossem Misstrauen gegenüber Menschen und einer extremen Sehnsucht nach versorgenden Beziehungen befinden.

Präsenz

Damit dem Kind Aufmerksamkeit gewidmet werden kann, wird eine innere und äussere Präsenz der sozialpädagogischen Fachkraft vorausgesetzt. Denn in der frühkindlichen Bindungsentwicklung ist Präsenz die Garantie für das Überleben des Säuglings. Aufgrund der möglicherweise tiefen Verunsicherung in der Phase der Objekt-Konstanz-Entwicklung¹⁷ zeigt sich bei traumatisierten Kindern ein überhöhter Bedarf an Präsenz. Bei vielen traumatisierten Menschen ist feststellbar, dass der Unruhepegel deutlich ansteigt und das Explorationsverhalten nachlässt, sobald die Bindungsperson nicht anwesend ist oder den Raum verlässt. Diese Abwesenheit aktiviert das Stresssystem derart, dass andere Tätigkeiten wie bspw. Hausaufgaben nicht durchgeführt werden können und dies zu Inszenierungen führt, die die Aufmerksamkeit und die Rückkehr der Bindungsperson erzeugen. Präsenz ist für die Kinder erlebbar, wenn Anwesenheit und Erreichbarkeit gewährleistet sind und ein hohes Mass an Aufmerksamkeit, Achtsamkeit und Zuwendung zur Verfügung gestellt wird. Dem

¹⁷ Die Objektkonstanz beinhaltet die Sicherheit, dass etwas oder jemand beim Verschwinden aus dem eigenen Blickfeld trotzdem existiert. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass sich jemand auch ohne die dauernde Anwesenheit der anderen Person in ausreichender Sicherheit befindet. (Scherwath & Friedrich, 2012, S. 85)

Sicherheitsbedürfnis von traumatisierten Kindern soll Rechnung getragen werden, indem transparent vermittelt wird, wann und wie jemand erreichbar oder welche Person zuständig ist. Bei traumatisierten Kindern sind extreme Verhaltensphänomene meist ein Ausdruck einer inneren Not, die zugleich von einem aktivierten Bindungssystem begleitet sind. Deshalb soll in solchen Situationen die Präsenz der sozialpädagogischen Fachkräfte erhöht werden und beziehungsfördernde Angebote gemacht werden, bis eine Beruhigung eingetreten ist. Traumatisierte Kinder zeigen ausserdem eine besondere Sensibilität und hohe Verletzlichkeit gegenüber unachtsamen Verhalten in der Aufmerksamkeit. Dafür ist beispielsweise der aufmerksame Umgang mit dem Blickkontakt sehr wichtig. (Scherwath & Friedrich, 2012, S. 85-86)

Beziehungskontinuität

Die Gewährleistung einer Beziehungskontinuität ist für die Entwicklung von komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen sehr bedeutend. Im Rahmen der stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen gibt es erheblichen Optimierungsbedarf bezüglich der Wahrung der Beziehungskontinuität. Beispielsweise die Frage nach der Ressourcenverteilung innerhalb eines Teams, so dass die Belastungen des Alltags verkraftbar sind und die sozialpädagogischen Fachkräfte in Krisensituationen handlungsfähig bleiben. Oder auch die mögliche Begrenzung der Personalfuktuation durch vorausschauende Personalentwicklung, sodass die Kinder und Jugendlichen nicht immer mit neuen Mitarbeitenden konfrontiert werden. Schmid (2008, S. 303) wirft ausserdem die Frage auf, inwiefern Bindungen im pädagogischen Alltag gestaltet werden können, dass das Kind eine besondere Beziehung zu einer sozialpädagogischen Fachkraft eingehen kann, ohne diese Beziehung zu überlasten. Oder auch die Frage, wie Gruppenwechsel organisiert werden können, sodass der Kontakt zu damaligen sozialpädagogischen Fachkräften aufrechterhalten werden kann. Denn gemäss Weiss (2011, S. 113) stellt für ein Kind jeder Abbruch von Beziehung einen Verlust dar.

Huber (2003a, S. 108-109) ergänzt hierzu, dass auch nach Konfliktsituationen die Beziehungskontinuität gewährleistet sein sollte. Denn das Wiederanknüpfen an eine unterbrochene Zweierkommunikation ist für das Kind wichtig und heilsam. Somit sollten längere Kontaktunterbrechungen, besonders in Verbindung mit Feindseligkeit und Demütigung, vermieden werden. Denn diese können sich auf das sich entwickelnde Selbst des Kindes verheerend auswirken.

Sprachliche Interaktion - Resonanz

Die Fähigkeit, inneren Prozessen, Gefühlen, Empfindungen, Vorgängen und Erlebnissen des Gegenübers einen verbalen Ausdruck verleihen zu können, ist ein Aspekt der feinfühligem Intervention. Die Versprachlichung dieser inneren Prozesse wird auch als verbale Resonanz bezeichnet und hat für die Entwicklung der psychischen Sicherheit eine wichtige Bedeutung.

Denn die verbale Resonanz trägt zur Beruhigung des inneren Systems, zur Festigung des Bindungserlebens und zur Stabilisierung der Persönlichkeit bei. Gemäss Gahleitner (2012, S. 96) sind daher klientenzentrierte Formen der Gesprächsführung für den bindungs-sensiblen Zugang zu traumatisierten Kindern und Jugendlichen geeignet. Nach Scherwath und Friedrich (2012, S. 87-88) ist das Handwerkszeug für die Erzeugung dieser Resonanz im Kommunikationsansatz des Aktiven Zuhörens von Carl Rogers auffindbar. Die Resonanz wird durch das Spiegeln des Inhalts der Aussagen des Gegenübers erzeugt. Insbesondere durch das Identifizieren und Verbalisieren von Gefühlen und Intentionen, welche in Äusserungen ersichtlich sind, sowie durch handlungsbegleitende Kommentare. Der Fokus dieses Ansatzes liegt somit auf dem wertschätzenden Verstehen des Gegenübers.

Unterstützung bei der Stressregulation

Die faktische Präsenz und Anwesenheit in Stresssituationen ist gemäss Scherwath und Friedrich (2012, S. 86-89) entscheidend wichtig, da dadurch die Vertrauensgrundlage geschaffen wird. Macht das Kind die Erfahrung, in der Stresssituation beruhigt zu werden, steigt auch seine Fähigkeit zur Stressregulation. Die sozialpädagogische Fachkraft soll somit die Bereitschaft zeigen, dass sie zur Beruhigung unabhängig des Anlasses, des Hintergrundes oder der Art und Weise der Stressäusserungen beitragen will. Inwiefern Unterstützung geboten werden kann, ist in Kapitel 4.1.2 ersichtlich.

Nähe, Trost und Körperkontakt

Die Entwicklung einer sicheren Bindungsbeziehung ist gemäss Scherwath und Friedrich (2012, S. 89-90) auf Berührungen und Körperkontakt angewiesen. Ausserdem festigen Nähe, Trost und Körperkontakt den Bindungsprozess physiologisch. Die körperlichen Bindungsangebote sollten individuell und entlang den subjektiven Bedürfnissen und Ressourcen des Kindes gestaltet werden. Brisch (2013, S. 154) bestätigt die Bedeutung der feinfühli-gen Körpererfahrungen. Erleben Kinder und Jugendliche in stationären Kinder- und Jugendhilfe-einrichtungen keine feinfühli-gen Körpererfahrungen, werden sie entweder grosse Angst vor Körperkontakt haben und ihn zurückweisen oder ihn bei jedem Menschen beliebig suchen. Die sozialpädagogischen Fachkräfte sollten vor dem Körperkontakt immer das Einverständnis des Kindes einholen. Es gibt auch Kinder, die aufgrund eines Traumas wahllos sexuellen Körperkontakt in affektiven Erregungssituationen unterschiedlichster Art suchen. Hierbei ist die sozialpädagogische Fachkraft herausgefordert, eine respektvolle Grenzziehung bei der Körperkontaktsuche zu zeigen. Ansonsten besteht die Gefahr der Sexualisierung der Beziehung und es kann zu einer Reinszenierung früher erlebter Missbrauchssituationen kommen. Die Benennung der jeweils wahrgenommenen Affekte durch die Bezugsperson ist eine weitere hilfreiche Handlung (siehe Kap. 4.1.2).

Bezugspersonenarbeit

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik (2011) in Deutschland hat ein Positionspapier mit Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe erstellt. Dort halten sie fest, dass Kinder und Jugendliche eine verlässliche Bezugsperson erhalten sollen, die ihre Bindungsbedürfnisse analysiert und eine mögliche Versorgung erarbeitet. Dazu gehören regelmässige und verlässliche Einzelkontakte. Gahleitner (2012, S. 97) erwähnt die Bedeutung der Bezugsbetreuung. Denn dadurch soll eine vertrauensvolle pädagogische Beziehung im Alltag ermöglicht werden, welche wiederum die Bindungsfähigkeit der Kinder und Jugendlichen stärkt. Lang, Wiesinger und Schmid (2009, S. 4) beleuchten die Praxisumsetzung hinsichtlich der Bezugspersonenarbeit anhand der Wohngruppe *Greccio*. Dies ist eine stationäre Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung, die auf den pädagogischen Umgang mit traumatisierten Kinder und Jugendlichen ausgerichtet ist. Zur Förderung einer verlässlichen Beziehungsgestaltung richteten sie speziell dafür vorgesehene Einzelstunden ein. Diese Einzelstunden gelten zum einen der spezifischen Förderung von Fertigkeiten, sollen aber auch für die sozialpädagogischen Fachkräfte einen klar definierten Rahmen bieten, in welchem sie besonders intensiv mit dem Kind arbeiten. Durch diese äussere Struktur unterstützt es den Balanceakt der sozialpädagogischen Fachkraft zwischen emotionalem Engagement und reflektierender Distanz und fördert die Achtung der eigenen Grenzen und ausreichender Psychohygiene. Die Kinder und Jugendlichen erhalten in dieser Einzelstunde ungeteilte Aufmerksamkeit, was sie oftmals sehr geniessen und schätzen. Ein weiterer Vorteil der Einzelstunde liegt darin, dass diese jede Woche unabhängig von allfälligen problematischen Verhaltensweisen stattfindet. Durch die Vorgabe dieser Struktur wird besser sichergestellt, dass die Ressourcen der Kinder und Jugendlichen auch in Krisenzeiten von ihrer Bezugsperson wahrgenommen werden. Abgeleitet von Huber (2003a, S. 109) entsteht durch die wachsende Beziehung zwischen dem Kind und der Bezugsperson eine gemeinsame Geschichte. Zur Unterstützung des Kindes beim Verstehen seiner eigenen Entwicklung kann diese Geschichte gemeinsam erinnert werden, insbesondere im Hinblick auf die Handlungen und den Charakter des Kindes.

Sozialpädagogische Fachkraft als primäre Bindungsperson

Das Erleben einer sicheren Bindung zu mindestens einer Bezugsperson stellt einen zentralen Schutzfaktor des Kindes dar. Hat das Kind eine sichere Bindung zu einer primären Bindungsperson aufgebaut, kann es diese positive Bindungserfahrung auf andere Bindungen übertragen. Das Bevorzugen einer sozialpädagogischen Fachkraft kann des Weiteren als Erfolg einer sich anbahnenden sicheren Bindung gewertet werden. Die sozialpädagogische Fachkraft als verlässliche Bindungsperson ist somit ein entscheidender Erfolgsfaktor in der Hilfeplanung. Gelingt die Anbahnung einer sicheren Bindung, kann dies zu einer inneren Repräsentanz und somit zur Verinnerlichung eines liebevollen und freundlichen Persönlich-

keitsanteils (siehe inneres Team im Kap. 4.1.2) führen. Dies wiederum unterstützt langfristig die Prozesse der Selbststärkung, der Selbstbemächtigung und der Selbstfürsorge. Sichere Bindungen zwischen sozialpädagogischen Fachkräften und Kindern führen somit nicht zu einer Zunahme der Abhängigkeit des Kindes, sondern ermöglichen den Weg für autonome Entwicklungen. (Scherwath & Friedrich, 2012, S. 90-92)

Schmid (2010, S. 118) legt sozialpädagogischen Fachkräften nahe, dass sie sich mit ihrer eigenen Emotionalität in die Beziehungsgestaltung einbringen und dennoch eine professionelle Beziehung zu den Kindern und Jugendlichen aufbauen sollen. Diese pädagogische Beziehung muss regelmässig reflektiert werden. Insgesamt handelt es sich um einen Balanceakt, denn die sozialpädagogische Fachkraft soll einerseits emotional berührbar bleiben und die Gefühle sowie Bedürfnisse des Kindes bemerken und erkennen. Andererseits hat sie die Aufgabe, Aggressionen und Beleidigungen den Kindern und nicht nachzutragen. Die sozialpädagogische Fachkraft nimmt dazu eine Vorbildfunktion in der Kommunikationsart und der eigenen Problemlösung ein. Leitner (2010, S. 90) fasst dies zusammen, indem er an die sozialpädagogischen Fachkräfte die Aufgabe stellt, sich emotional berühren zu lassen, sich auf die Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen einzulassen und auf Zeit Teil dieser Lebenswelt zu werden. Nach Weiss (2011, S. 114) kann eine vertrauensvolle und exklusive Beziehung nur dann entstehen, wenn die Herkunftsfamilie sowie die Lebensgeschichte des Kindes nicht verleugnet werden. Frühere Beziehungserfahrungen sollen ausserdem bewusst kommunizierbar gemacht werden. Für diese beiden Aspekte eignet sich beispielsweise die Biografiearbeit (vgl. Lattschar & Wiemann, 2008; Ryan & Walker, 2003). Weiss (2011, S. 114) empfiehlt, dass sozialpädagogische Fachkräfte das Kind beim Vergleich der alten Bindungserfahrungen mit aktuellen Bindungserfahrungen unterstützen sollen. Gemäss Loch (2012, S. 165) ist es ausserdem wichtig, dass die Kinder und Jugendlichen nicht ausschliesslich eine Beziehung zu einer sozialpädagogischen Fachkraft haben, sondern auch zu anderen Fachkräften und anderen Kindern und Jugendlichen in der Einrichtung. Es ist aber auch die Aufgabe von sozialpädagogischen Fachkräften, dass dem Kind oder Jugendlichen neue Beziehungserfahrungen ausserhalb des Helfersettings ermöglicht werden (S. 152).

Ein starker Antrieb für die Bindungskompetenz ist die Förderung der Selbstwirksamkeit (Loch, 2012, S. 157), welche nun näher erläutert wird.

4.1.2 Förderung der Selbstwirksamkeit

Erfahrungen der Selbstwirksamkeit¹⁸ sind für komplex traumatisierte Kinder und Jugendliche bedeutend. Denn sie stellen eine notwendige Korrektur zum traumatischen Umfeld dar, da

¹⁸ Selbstwirksamkeit bedeutet, dass ein Mensch sich sicher ist, dass konkrete Ziele erreicht und Veränderungen in der Mit- und Umwelt bewirkt werden können (Loch, 2012, S. 157).

sie die Befreiung von Abhängigkeit und Ohnmacht ermöglichen. Menschen, die sich ihrer selbst bemächtigen, werden zu aktiv handelnden Akteuren, die sich ein Mehr an Selbstwirksamkeit, Selbstbestimmung, Autonomie und Lebensregie erstreiten. (Weiss, 2013b, S. 145-147)

Bei den Folgen von Traumata wurde jedoch ersichtlich (siehe Kap. 2.9), dass traumatisierte Kinder und Jugendliche starke Ohnmachtsgefühle erlitten haben und Opfer von Fremdbestimmung wurden. Durch Erfahrungen der Selbstwirksamkeit sollen sie von der Opfer- bzw. der Objektkontrolle wieder in die Subjektkontrolle gelangen. Dazu dienen die Förderung des Selbstverstehens, der Körper- und Selbstwahrnehmung, der Selbstregulation und der Partizipation, welche nun näher erläutert werden.

Selbstverstehen

Das kognitive Selbstverstehen ist gemäss Weiss (2013b, S. 147) die Grundlage für das Akzeptieren der eigenen Verhaltensweisen und der erste Schritt zu einem positiven Selbstkonzept. Bei den Folgen von Traumatisierungen wurde deutlich (siehe Kap. 2.9), dass das Selbstkonzept von negativen kognitiven Schemata geprägt ist, welche nun durchbrochen werden sollen.

Dazu eignet sich das Konzept des **guten Grundes** von Weiss (2011, S. 122-124). Dabei wird dem traumatisierten Kind vermittelt, dass sein gezeigtes Verhalten einen guten Grund hat und als normale Reaktion auf eine abnormale Situation zu verstehen ist. Denn dies soll das Kind von Schuld und Scham entlasten und ihm ein Stück Selbstvertrauen zurückgeben. Gemäss Weiss (2014, S. 123-124) ist es wichtig, dass die sozialpädagogische Fachkraft die Bewältigungsstrategien des Kindes anerkennt und Wertschätzung dafür zeigt. Dadurch kann das Kind Stück für Stück Selbstakzeptanz finden. Dazu eignet sich die Frage *"Du tust das, weil?"*. Dabei werden die Kinder beim Kennenlernen ihrer Verhaltensweisen mit respektvollem und liebevollem Interesse unterstützt. Das Wort *"weil"* eignet sich dazu sehr, da es zum Antworten und über sich nachdenken einlädt, eine wertschätzende Haltung vermittelt und die Suche nach alternativem Verhalten ermöglicht (S. 103-104). Auf der Suche nach alternativen Verhaltensweisen sollte gemäss Weiss beachtet werden: „In traumatisierenden Situationen gelernte Überlebensstrategien werden wegen ihrer hohen Funktionalität und Relevanz für das Überleben besonders schwer wieder 'verlernt'.“ (2014, S. 123-124)

Im Umgang mit "störenden" Verhaltensweisen empfiehlt Weiss (2011, S. 123-124) folglich, dass zuerst die Symptome im Zusammenhang mit der Entstehungsgeschichte verstanden werden sollen und diesen Verhaltensweisen mit Verständnis und Wertschätzung begegnet wird. Daraufhin soll überprüft werden, ob dieses Verhalten weiterhin notwendig ist oder ob alternative Handlungsmöglichkeiten erarbeitet werden können und sich der Verhaltensspielraum erweitern kann. Denn dadurch werden die Kinder zum Subjekt ihres Tuns.

Als zweite Aufgabe zur Förderung des Selbstverstehens soll dem Kind **Wissen** bezüglich

Traumata kindgerecht zur Verfügung gestellt werden. Denn dies dient zur kognitiven Bewältigung der erlebten Ereignisse und ist zugleich ein wichtiger Bestandteil zur Klärung der eigenen Identität. Es geht dabei darum, die Funktionen des Gehirns dem Kind und Jugendlichen altersgemäss zu erklären sowie die Mechanismen bei Stress, bei einem Trauma sowie bei einem Flashback oder einer Dissoziation aufzuzeigen (siehe Kap. 2.3). (Weiss, 2014, S. 103)

Es gibt verschiedene Darstellungsarten bezüglich Trauma und Dissoziation, welche für die Wissensvermittlung genutzt werden können. Die Abbildung 5 zeigt eine kindergerechte Darstellung eines dreistöckigen Hauses, mit welcher die verschiedenen Teile des Gehirns und deren Reaktion auf ein Trauma erklärt werden können. Abbildung 6 präsentiert eine weitere Illustration des dreigliedrigen Gehirns für Kinder. Die Abbildung 7 ist für ältere Kinder oder Jugendliche geeignet, da das Gehirn mit Fachausdrücken beschriftet ist. Im Anhang A sind zwei weitere Illustrationen ersichtlich, welche zur Erklärung des Gehirns und der Dissoziation genutzt werden können. Die Vermittlung dieses Wissens ist für die Kinder entlastend, weil dadurch das für sie selbst unverständliche Reagieren nun erklärbar wird und sie es als eine normale Reaktion auf eine grosse Stressbelastung verstehen können (Weiss, 2013b, S. 150). Zudem entlastet es von Scham- und Schuldgefühlen, Isolation, Hilflosigkeit sowie Verwirrung und dient zur Klärung der eigenen Identität und der Bewältigung der belastenden Erfahrungen (2011, S. 126).

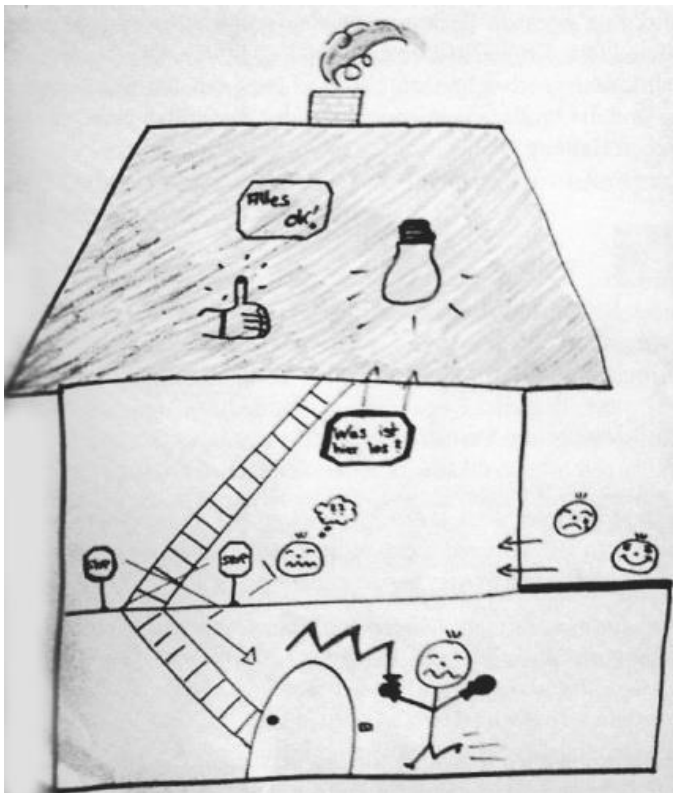


Abbildung 5. Ein Haus als dreigliedriges Gehirn. Nach Weiss, 2013a, S. 149.

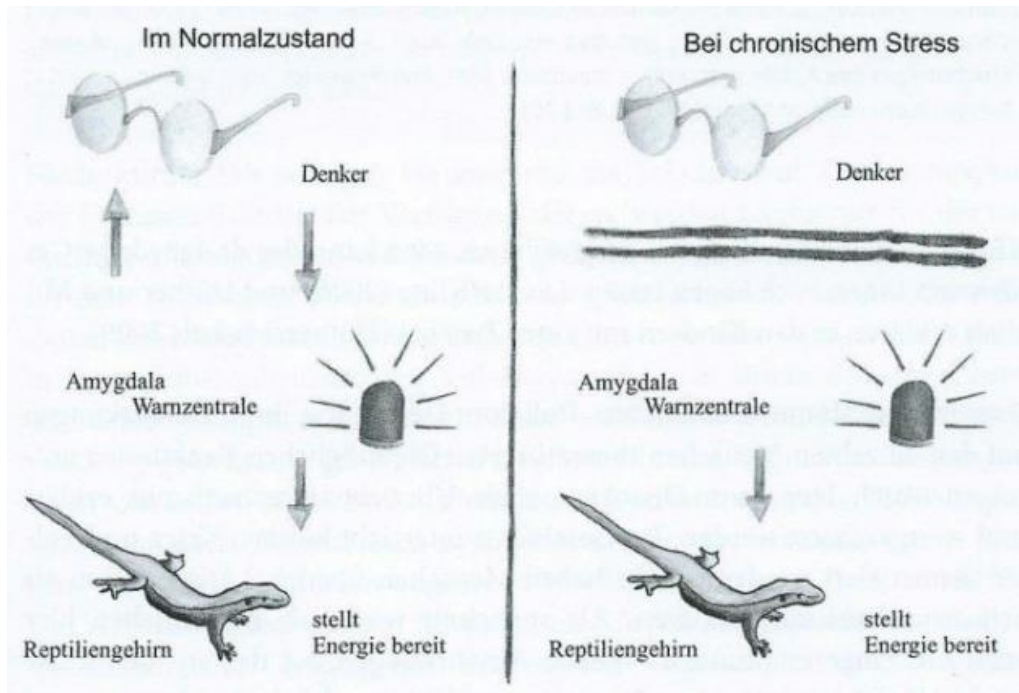


Abbildung 6. Das dreigliedrige Gehirn für Kinder. Nach Weiss, 2014, S. 211.

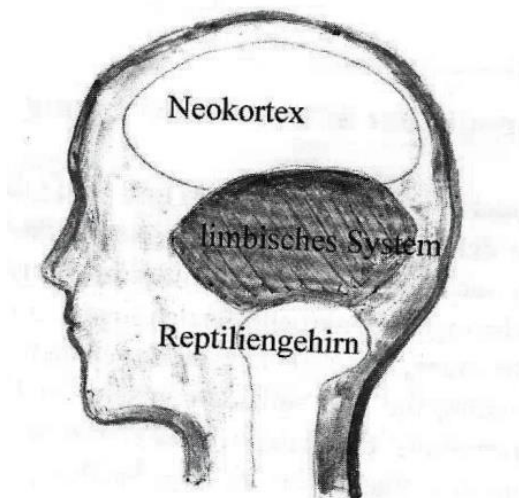


Abbildung 7. Das Gehirn. Nach Weiss, 2014, S. 102.

Bezüglich der Dissoziation soll das Kind in Kenntnis gesetzt werden, dass die Dissoziation eine universale menschliche Fähigkeit ist und diese sehr hilfreich sein kann. Denn sie kann jemanden vor einem Zuviel an Eindrücken und schmerzhaften Erinnerungen schützen. Dem Kind ist zudem mitzuteilen, dass die Dissoziation eine normale Reaktion auf grossen Stress ist und als ein Notfallprogramm zu verstehen sei. (Weiss, 2014, S. 122-123)

Zur Förderung des Selbstverstehens von Kindern und Jugendlichen eignet sich laut Friedrich (2014, S. 56-58) das Modell des **inneren Teams** von Schulz von Thun. Dies stärkt des Weiteren das Selbstwertgefühl der Kinder und Jugendlichen, da sie dabei ihren inneren Reich-

tum entdecken können. Diese Methode geht davon aus, dass im Kind ein inneres Team ist, welches aus verschiedenen Teammitgliedern besteht. Jedes Teammitglied steht für eine zentrale Aussage oder ein bestimmtes Gefühl, nachdem es auch benannt wird. Dies ist auf der Abbildung 8 dargestellt. Die Teammitglieder erkämpfen sich untereinander eine Rangordnung und ein Mitglied oder mehrere Mitglieder übernehmen die Führungsrolle über das Denken und Handeln des Kindes, welches die sogenannten lauten Anteile sind. Die leisen Anteile werden eher in den Hintergrund gedrängt, können jedoch einen starken und oft unbewussten Einfluss nehmen. Bei den verdrängten Anteilen handelt es sich häufig um traumatisierte und verletzte Anteile im Kind. Es wird zudem zwischen Früh- und Spätmeldern unterschieden. Die Frühmelder sind jene Stimmen, die sich in einer aktuellen Situation zuerst zu Wort melden, während die Spätmelder sich erst nach einiger Zeit beteiligen. Die sozialpädagogische Fachkraft hat die Aufgabe, dass sich das Kind seiner inneren Anteile bewusst wird und sich das innere Team durch einen Prozess von einem konkurrierenden zu einem zusammenarbeitenden Team verwandelt. Da dieser Ansatz durch Einfachheit und Anschaulichkeit geprägt ist, eignet sich diese Methode für den Umgang mit dissoziierenden Kindern.

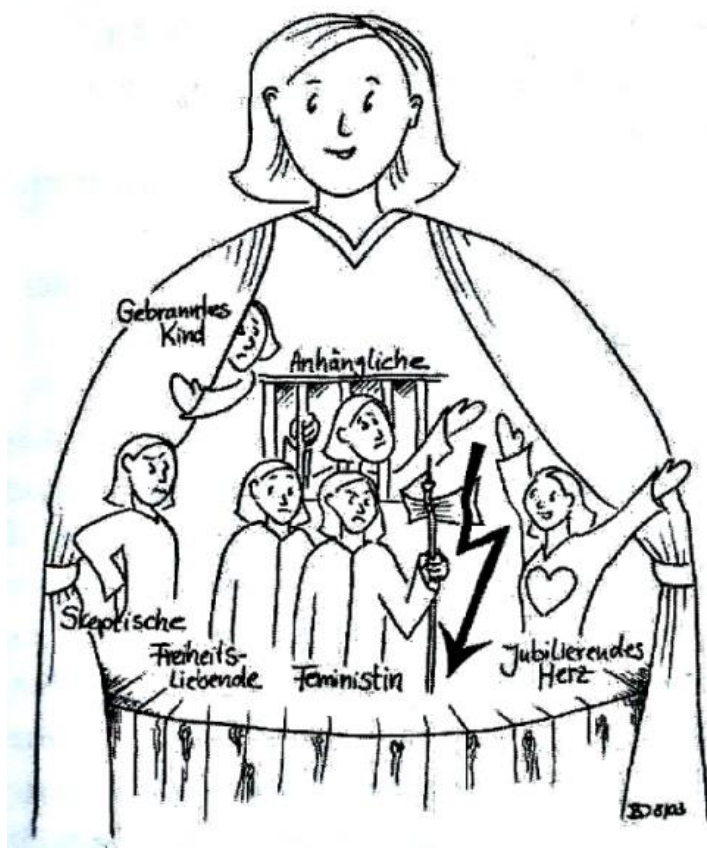


Abbildung 8. Aufstellung der inneren Teammitglieder. Nach Friedrich, 2014, S. 57.

Diese Methode kann gemäss Weiss (2014, S. 141-144) als Einzelarbeit oder Gruppenarbeit genutzt werden und mit kreativen Methoden wie Zeichnen oder Aufstellen mit Stühlen oder

Figuren erfolgen. Bei der Ausführung dieser Methode sollte zuerst eine altersentsprechende Erklärung für das Kind erfolgen, anschliessend folgt die Aufforderung zur Beschreibung des inneren Teams. Es sollte darauf hingewiesen werden, dass es laute und leise Teammitglieder gibt, doch möglichst alle identifiziert werden sollen. Anschliessend kann jedes Kind sein Team vorstellen, beispielsweise mit einem Satz in der jeweiligen Rolle, wie „*Ich verliere ja doch immer!*“. Bei einer Gruppenarbeit empfiehlt Weiss eine Gruppengrösse von bis zu vier Personen, in welcher sie sich gegenseitig die inneren Teammitglieder vorstellen und anschliessend die Unterschiede, Gemeinsamkeiten und Ressourcen der verschiedenen inneren Teammitglieder entdecken. Die sozialpädagogische Fachkraft sollte darauf achten, dass beim inneren Team des Kindes auch positive Anteile zum Vorschein kommen oder dass negative Selbstbewertungen mit positiven ergänzt werden. Beispielsweise mit der Benennung der Vorteile eines ängstlichen Teammitgliedes. Dank dieser Methode werden Ich-Zustände externalisiert, wodurch diese miteinander in Kontakt kommen, miteinander verhandeln können und zunehmend in Übereinstimmung kommen sollten.

Selbstwahrnehmung

Unter Selbstwahrnehmung versteht Weiss (2011, S. 126-129) die Wahrnehmung des Selbst der eigenen Person, insbesondere die Wahrnehmung der eigenen Gefühle. Die Selbstwahrnehmung hat aufgrund der Traumata jedoch stark gelitten (siehe Kap. 2.9.2), weshalb dies traumatisierten Kindern und Jugendlichen schwer fällt. Sie spüren die Gefühle eher in Form von Empfindungen¹⁹ und Körperreaktionen. Kindern dient deshalb die Erklärung der Unterschiede zwischen Gefühlen und Empfindungen. Dazu kann bspw. eine Liste erstellt werden, bei welcher zuerst ein Gefühl genannt wird, anschliessend die Empfindung diskutiert sowie das mögliche Verhalten besprochen wird. Da Empfindungen leichter zu identifizieren sind, können diese von den Kindern eher wahrgenommen werden. Durch ein frühzeitiges Wahrnehmen der negativen Empfindungen kann ein Anstieg des Stresspegels rechtzeitig bemerkt werden, wodurch ein Ausrasten, eine Dissoziation oder ein Erstarren möglicherweise vermieden werden kann. Daraus ergibt sich das Ziel, dass Kinder und Jugendliche lernen, Empfindungen im Körper wahrzunehmen und diese als Frühwarnsystem zu nutzen. Anschliessend sollen sie die Versorgung dieser Empfindungen lernen, sodass die Bedrohlichkeit der Situation und dadurch auch die Stressreaktion verringert werden kann. (Weiss, 2014, S. 104)

Die Aneignung eines Wortschatzes für Empfindungen stellt die Grundlage der Selbstwahrnehmung dar. In Abbildung 9 sind verschiedene Empfindungen beschrieben, die mit Kindern besprochen und Gefühlen zugeordnet werden können. Zur Verankerung dessen ist das

¹⁹ Wahrnehmung physiologischer Ereignisse im Innern eines Menschen wie Wärme, zittrig sei oder Schwitzen (Weiss, 2011, S. 128).

Einzeichnen von Empfindungen bspw. in ein Lebkuchenmännchen dienlich, welches auf Abbildung 10 dargestellt ist. (Weiss, 2014, S.125-126)

kalt/warm/heiß/eisig	fließend/sich ausdehnend
scharf/dumpf/juckend	stark/eng/angespannt
zappelig/Schmetterlinge im Bauch	schwindelig/undeutlich/verschwommen
wackelig/zitterig/kribbelnd	betäubt/prickelnd/kribbelig
hart/weich/festgefahren	tut weh/weinerlich/Gänsehaut
hibbelig/eisig/schwach	leicht/schwer/offen
entspannt/ruhig/friedlich	kitzelt/kühl/seidig
leer/voll/trocken/feucht	still/klebrig/locker

Abbildung 9. Wortschatz für Empfindungen. Nach Weiss, 2014, S. 125.

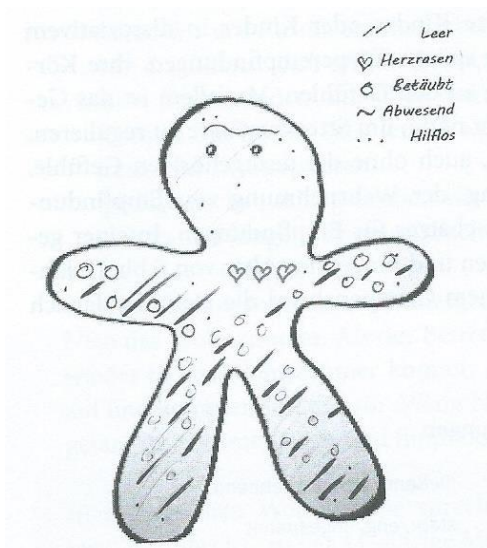


Abbildung 10. Eingezeichnete Körperempfindungen. Nach Weiss, 2014, S. 126.

Die Thematisierung der Gefühle kann auch kreativ sowie spielerisch umgesetzt werden. Dazu eignet sich die Anfertigung einer Gefühlsuhr und der Erwerb von Büchern (vgl. Löffel & Manske, 1996) und Spiele bspw. wie ein Memory, die Gefühle darstellen. Belastende Gefühle sollen im Alltag ausgelebt werden können, wozu Möglichkeiten der Abreaktion geschaffen werden sollen, wie z.B. Wutkissen, Batakas²⁰ oder körperliche Aktivitäten. Kinder sollen zudem spüren, dass Gefühle erlaubt sind und sie ermutigt werden, ihre Gefühle verbal und im Spiel auszudrücken. (Weiss, 2011, S. 128-129)

Lang et al. (2009, S. 7-8) beschreiben Umsetzungen bezüglich der Selbstwahrnehmung auf der Wohngruppe "Greccio". Sie empfehlen, dass den Kindern und Jugendlichen Angebote

²⁰ Backjack (2011) verkauft Batakas und benennt diese als sogenannte Aggressionsübungsschläger, die den Aggressionsabbau auf spielerische Art ermöglichen.

für die Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen gemacht werden und zudem eine möglichst konsequente emotionale Validierung stattfindet. Sozialpädagogische Fachkräfte sollen die im Alltag wahrgenommenen Gefühle der Kinder und Jugendlichen möglichst häufig benennen. Dazu nutzen sie unter anderem die aus der Übertragung und Gegenübertragung (siehe Kap. 3.2.3) entstandenen Gefühle, indem sie diese verbalisieren und diese mit dem Kind validiert werden können. Dadurch soll sich das Kind in seiner Emotionalität und seinen Bedürfnissen verstanden fühlen. Für die Förderung der Emotionsregulation hat die Wohngruppe "Greccio" einen Gefühlsraum eingerichtet, in welchem Materialien für die Arbeit mit den Gefühlen zur Verfügung stehen, wie bspw. Bilder, Karten, Musik, Spiegel, Stifte, Bastelutensilien oder Bücher. Der Raum bietet die nötige Ruhe und Atmosphäre, sodass sich die Kinder auf ihre Emotionen einlassen können. Die sozialpädagogischen Fachkräfte nutzen zur Tagesreflexion mit den Kindern Skalierungsfragebögen betreffend den Emotionen. Dadurch sollen die Kinder ihre Emotionen wahrnehmen und hören, wie sie von anderen wahrgenommen werden.

Weiss (2014, S. 130) bestätigt diese Umsetzungsmöglichkeit und benennt diese als Tagesreflexion, bei welcher die schwierigsten und schönsten Gefühle des Tages benannt werden können.

Im Anhang D sind weitere Übungen ersichtlich, mit welchen an der Selbstwahrnehmung gearbeitet werden kann. Diese wurden vom Zentrum für Traumapädagogik (2013b) publiziert.

Selbstregulation

Für das Erlernen einer ausreichenden Selbstregulation ist das Kind gemäss Schmid (2008, S. 291) auf einen Austausch mit einer feinfühligem Bezugsperson angewiesen. Die Selbstregulation verfolgt das Ziel, dass die traumatisierten Kinder lernen, mit Stress auslösenden Situationen umzugehen und dissoziative Zustände zu regulieren lernen. Die Selbstregulation bezüglich dissoziativen Zuständen ist im anschliessenden Abschnitt näher erläutert.

Es gibt laut Weiss (2014, S. 127-128) Standardsituationen, die das Kind als Stress auslösend erlebt, jedoch keine dissoziativen Zustände bewirken, wie z.B. die Schule, das Badezimmer oder das gemeinsame Essen. Zur Bearbeitung dieser Standardsituationen eignet sich die Verwendung eines Stressbarometers, welches auf der Abbildung 11 dargestellt ist. Anhand dessen kann das Kind den Stress skalieren und überlegen, mit welchen Möglichkeiten es den Stress senken kann, bspw. durch Atmen oder Trampeln.

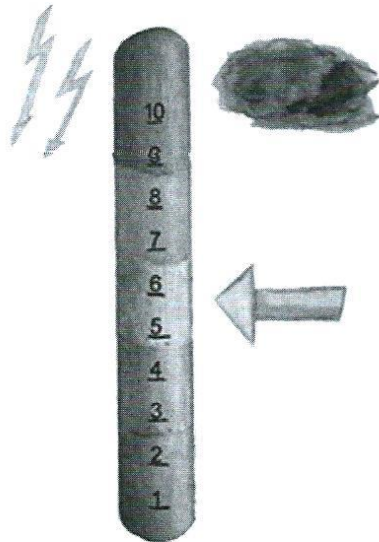


Abbildung 11. Stressbarometer mit Schieberegler. Nach Weiss, 2014, S. 128.

In der pädagogischen Praxis hat sich gezeigt, dass es traumatisierten Kindern schwer fällt, sich neutralen oder angenehmen Stimuli zuzuwenden. Deshalb sollen die Kinder dabei unterstützt werden, angenehme Reize zu geniessen, da auch dies ein Teil der Selbstregulation ist. (Weiss, 2013a, S. 176-177) Dazu eignet sich beispielsweise die Durchführung eines Genusstrainings (vgl. Baierl, 2008).

Die Gesundheitsfürsorge ist ein weiterer wichtiger Bestandteil der Selbstregulation, denn dadurch sollen gesundheitsbezogene Stärken und Entwicklungspotenziale gefördert werden. Dazu können beispielsweise Sport, Entspannungs- und Imaginationsübungen eingesetzt oder gesundheitsförderndes Essverhalten thematisiert werden. (Weiss, 2011, S. 132)

Bei Entspannungsübungen soll darauf geachtet werden, dass die Übung zu Beginn genau beschrieben wird. Kinder, die schnell in dissoziative Zustände gelangen, sollten zudem die Augen offen halten. Am Ende der Übung ist es notwendig, dass die Kinder gut in ihrem Körper verankert werden, sich im Raum orientieren und mit anderen wieder in Beziehung gebracht werden. Denn dissoziative Kinder können sich in inneren Bildern verlieren. Den Kindern kann zudem mitgeteilt werden, dass sie die Imagination oder Entspannungsübung bei schlechten Bildern jederzeit beenden können. (2014, S. 129-130)

Körperwahrnehmung

Bei den Folgen einer komplexen Traumatisierung wurde deutlich und von Weiss (2014, S. 133) wird bestätigt, dass traumatische Erfahrungen das Körpererleben stören oder eventuell sogar zerstören. Komplex traumatisierte Kinder und Jugendliche erleben sich von ihrem Körper oft als abgetrennt, halten in belastenden Situationen den Atem an, das Gefühl für den eigenen Körper fällt weg und die Wahrnehmung von Schmerzen ist oftmals geschwächt (siehe Kap. 2.9.6). Gemäss Weiss (2014, S. 131-134) ist die Körperlichkeit die Voraus-

setzung der Selbstwahrnehmung und des Spürens von Empfindungen und Gefühlen. Ausserdem ist das Identitätsgefühl mit dem Körpererleben eng verbunden. Sie sagt, dass zur Förderung der Körperwahrnehmung insbesondere die Sinneswahrnehmung, die Körperfürsorge und Körperbewegungen bedeutend sind, welche nun näher beleuchtet werden. Schmid (2008, S. 300) bestätigt die Bedeutung der Körperlichkeit und empfiehlt, dass im Betreuungsalltag von traumatisierten Kindern und Jugendlichen viele Möglichkeiten der positiven Körperwahrnehmung eingebaut werden sollten, da über die Körperlichkeit die Selbstfürsorge systematisch gefördert wird.

Die **Sinneswahrnehmung** ist ein wesentlicher Bestandteil der Körperwahrnehmung. Zur sensorischen Integration und Förderung des Körpererlebens gibt es vielfältige Übungen und Ansätze. Weiss (2014, S. 135-136) nennt vier Übungsbeispiele:

- Den Körperumriss zeichnen und darin markieren, wo Berührungen in Ordnung sind und wo nicht.
- Das Kind benennt zwei Sachen, die es an seinem Körper mag, und zwei Sachen, die es nicht mag.
- Das Kind spürt bewusst den Atem.
- Das Kind soll Wirbel für Wirbel seiner Wirbelsäule wahrnehmen und diese spüren. Dem Kind soll zudem mitgeteilt werden, dass die Wirbelsäule alle Körperteile miteinander verbindet und die Nervenbahnen dort sind, weshalb die Wirbelsäule sehr wichtig ist.

Lang et al. (2009, S. 6-7) beschreiben die Umsetzungen der Wohngruppe "Greccio" bezüglich der Förderung der Sinneswahrnehmung. Die Wohngruppe hat dazu ein Farbkonzept für die Gruppe entwickelt, welches auf die Wirkung der Farben auf Körper und Geist abgestimmt ist. Die sozialpädagogischen Fachkräfte sorgen zudem dafür, dass eine warme, saubere und ordentliche Umgebung vorhanden ist und keine kaputten Gegenstände vorzufinden sind. Zur Sinnesanregung können Kinder um eine Massage bitten, da diese hilft, den Körper zu spüren sowie Anspannungen zu lösen. Deshalb sind auf der Wohngruppe eine Auswahl an Massageölen, Duftlampen und Badeessenzen vorhanden, wodurch unterschiedliche Düfte wahrgenommen und deren unterschiedliche Wirkung erlebt werden soll. Beim Selber-Kochen verfügen sie über eine grosse Auswahl an Gewürzen und frischen Kräutern. Die Kinder helfen beim Kochen mit und es wird gemeinsam über feine Geschmäcke diskutiert. Windklangelemente sind auf der Wohngruppe vorhanden, da diese die Sinne anregen und ausgleichend wirken. Im Alltag sollen die Kinder des Weiteren auf die verschiedenen Sinneswahrnehmungen im Haus sowie draussen aufmerksam gemacht werden. Wetterunabhängige Bewegung im Freien ist ein wichtiger Bestandteil dieser Wohngruppe, da die Kinder dadurch das Wetter spüren sowie erleben und folglich ihre Körperwahrnehmung

angeregt wird.

Huber (2003a, S. 106) empfiehlt sozialpädagogischen Fachkräften, dass sie traumatisierte Kinder auch mit körperlicher Nähe umsorgen. Denn insbesondere kleine Kinder schätzen und brauchen es, gehalten, gewiegt und geherzt zu werden. Dabei ist Acht darauf zu geben, dass dies nur auf Wunsch des Kindes getan wird. Weiss (2014, S. 139) bestätigt dies und fordert, dass dem Kind und Jugendlichen dazu Anregungen angeboten werden. Einerseits sollen sie dabei angenehme und unangenehme körperliche Nähe unterscheiden lernen. Andererseits mit gestärktem Bewusstsein entscheiden, welche Nähe sie von wem und wann zulassen möchten. Des Weiteren sollen im Alltag wiederholt Bewegungs- und Entspannungseinheiten zur Versorgung der traumaspezifischen Auswirkungen auf den Körper eingebaut sein.

Unter **Körperfürsorge** ist das Schaffen eines körperlichen Wohlbefindens gemeint, die sogenannte körperliche Selbstfürsorge. Wenn Kinder bereit sind, sich körperlich versorgen zu lassen, dann können sie dadurch lernen, sich selbst zu versorgen. Dazu können Bauchwickel, Fussmassagen, Fuss- und Salzbäder oder auch gutes Essen verwendet werden. (Weiss, 2014, S. 134)

Zur Förderung der Körperwahrnehmung sind nach Weiss (S. 134-140) **Körperbewegungen** einflussreich. Denn durch das bewusste Wahrnehmen des Körpers und seiner Bewegungen wird auch zu Selbstbewusstsein verholfen. Bewegung hat sehr viele positive Auswirkungen, wie die Verbesserung des nächtlichen Schlafs, die Linderung von Konzentrationsstörungen, die Verbesserung der Körperhaltung, die Neubildung von Nervenzellen im Hippocampus, die Stärkung des Selbstwertgefühles, die Lenkung der Aufmerksamkeit auf das Hier und Jetzt sowie die Reduktion der Dissoziationsneigung. Daraus folgert Weiss, dass die Bewegung ein zentraler Bestandteil der pädagogischen Praxis sein muss. Sie verweist darauf, dass somit auch die sozialpädagogischen Fachkräfte gefordert sind, sich gerne zu bewegen und die Kinder und Jugendlichen für Bewegung und neue Formen der Bewegung zu begeistern. Körperliche Aktivitäten sollen laut Krautkrämer-Oberhoff und Haaser (2013, S. 88-89) das Ziel verfolgen, dass die Ressourcen der Kinder entwickelt, ihre Talente erkannt und diesen ein Betätigungs- und Entwicklungsfeld gegeben wird, wie z.B. in Sportclubs oder Feriencamps. Glücksmomente sollen zudem mit den Kindern gemeinsam erlebt und Erfolge gebührend gefeiert werden. Als sehr hilfreich benennt Huber (2011, S. 220) das Ausüben von Sport, beispielsweise Walken, Joggen, Wanderungen, Tai-Chi, Boxen, Schwimmen, Golf, Training an Fitnessgeräten oder auch Bogenschiessen. Denn dies sind gemäss Huber sehr gute Trainingsmöglichkeiten, die zudem noch stressreduzierend und kreislaufstabilisierend wirken. Bei der Ausübung dieser Sportarten ist jedoch wichtig zu wissen, dass dissoziierende Kinder und Jugendliche die Tendenz haben, dass sie am Anfang der sportlichen Tätigkeit ihren Körper oftmals wenig spüren und dadurch ihre Grenzen nicht

wahrnehmen. Dies kann zu Verletzungen und Überforderungen des eigenen Körpers führen sowie den Sport zu einer Sucht werden lassen.

Weiss (2014, S. 137-138) beschreibt die wechselseitige Beeinflussung der Gefühle eines Menschen und dessen Körperhaltung. Beispielsweise spannt sich bei Gefahr die Schultermuskulatur an und führt zu einem Hochziehen der Schultern. Kinder und Jugendliche, die viele Gefahren überstanden haben, speichern oftmals diese Körperhaltung. Diese Haltung vermittelt dem Gehirn wiederum, dass eine mögliche Gefahr vorhanden ist, was die Körperhaltung bestärkt und das Kind dadurch eventuell Gefühle der Angst empfindet. Weiss empfiehlt deshalb die Körperarbeit und ein aufmerksames Wahrnehmen der körperlichen Prozesse. Denn oft zeigen sich in feinen Signalen des Körpers Lösungswege aus Erstarrung, Dissoziation und Übererregung. Dazu empfiehlt sie das Buch von Croos-Müller (2011), welches 12 Sofortübungen für den Körper beschreibt, welche einen positiven Einfluss auf die Psyche eines Menschen haben.

Partizipation

Die Erfahrung von Selbstwirksamkeit muss gemäss Weiss (2011, S. 134) durch Partizipation im pädagogischen Alltag erlebbar und in der Hilfeplanung integriert sein. Denn durch Partizipation können die Erfahrungen von Ohnmacht korrigiert werden, das Kind nimmt sich als Subjekt wahr, es erfährt sein Leben als steuerbar, es übernimmt Verantwortung für sich und andere, die Gefahr der inneren Abhängigkeit von sozialpädagogischen Fachkräften wird minimiert und das strukturelle Machtgefälle wird abgebaut.

Gemäss Kühn (2013, S. 140-144) gibt es verschiedene Stufen der Partizipation, die das sozialpädagogische Fachpersonal kennen und sachgemäss berücksichtigen sollte.

Stufe 0 - Nicht-Information, Manipulation: Auf dieser Stufe besteht eine erhöhte Gefährdung, dass ein traumatisiertes Kind alte Erfahrungen von Fremdkontrolle macht. Dem Kind sind Prozesse und Massnahmen nicht transparent und es fühlt sich in den Entscheidungen den sozialpädagogischen Fachkräften ausgeliefert.

Stufe 1 - Information: Das Kind wird über alle Dinge, die es betrifft, umgehend informiert, wie bspw. neue Entwicklungen oder Planungen. Das Kind lernt dadurch Prozesse einzuschätzen, wodurch diese für das Kind verständlicher werden. Dadurch können zudem Ängste und Befürchtungen an reale Vorgänge und Ereignisse gekoppelt werden.

Stufe 2 - Mitsprache: In dieser Stufe wird das Kind nach seiner Sichtweise und Meinung gefragt, die Entscheidungen fällen aber die sozialpädagogischen Fachkräfte. Dem Kind soll jeweils das Angebot der Mitsprache gemacht werden, es soll aber unter keinen Umständen dazu gedrängt werden. Denn ein traumatisiertes Kind benötigt oft Zeit und positive Erfahrungen, damit es Mitsprache für sich beanspruchen will.

Stufe 3 - Mitbestimmung: Wenn das Kind für eine gleichberechtigte Teilnahme am Entscheidungsverfahren bereit ist und dies ihm ermöglicht wird, kann dadurch eine

umfangreiche Kontroll- und Wahlmöglichkeit für das Kind gewährleistet werden.

Stufe 4 - Selbstbestimmung: In dieser Stufe erlebt das Kind Eigenverantwortlichkeit, da dem Kind möglichst oft Selbstbestimmung gestattet wird. Dadurch wird eine zunehmend grösser werdende Wahrnehmung der eigenen Selbstwirksamkeit des Kindes gefördert.

Die Stufe 0 sollte laut Kühn (2013, S. 143-144) in der Arbeit mit traumatisierten Kindern in jedem Fall vermieden werden. Denn dies bedeutet für das Kind eine Fortsetzung der bereits erfahrenen isolierenden Bedingungen. Als eine Mindestleistung der sozialpädagogischen Fachkräfte definiert Kühne die Stufe 1. Im Speziellen ist in Konfliktsituationen darauf zu achten, dass das Kind über die nächsten Handlungsschritte der sozialpädagogischen Fachkräfte fortlaufend informiert wird. Bei der Stufe 2 bis 4 ist das Kind auf Unterstützung angewiesen, denn es sollte sich auf keinen Fall überfordert oder mit Entscheidungen alleine gelassen fühlen. In Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen ist gemäss Kühne meist eine Mischung der verschiedenen Stufen feststellbar. Für die Kinder und Jugendlichen ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Beteiligung unmittelbare Ergebnisse hervorbringt. Denn erst dadurch erfahren sie die gelebte Mitgestaltung als einen Prozess erlebter Mitwirkung und Selbstwirksamkeit.

Damit die Kinder die Erfahrung von Selbstwirksamkeit machen, hat die Wohngruppe "Greccio" zwei vorgegebene Gruppenregeln: Erstens gelten alle Grundrechte und Gesetze. Zweitens hat jede Person ein Recht auf eine Erklärung. Alle anderen Regeln und Absprachen werden mit den Kindern einzeln entlang ihrer Möglichkeiten und Hintergründe getroffen, was eine deutliche Partizipation aufzeigt. Diese individuellen Regeln können von den sozialpädagogischen Fachkräften zudem der individuellen Situation eines Kindes täglich angepasst werden. (Lang et al., 2009, S. 8)

4.1.3 Umgang mit dissoziativen Verhaltenssequenzen

Dissoziation und Trauma sind gemäss Weiss (2014, S. 155-164) untrennbar verbunden, weshalb diese Thematik einer Beachtung in der pädagogischen Praxis bedarf. Abgeleitet von Benners Prinzipien wurde ersichtlich, dass die Reduktion der Dissoziationsneigung die Voraussetzung für das Lernen, die Informationsaufnahme sowie die Erlangung von Erkenntnis ist (siehe Kap. 3.3.3). Die Unterstützung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen mit einer störungswertigen Dissoziationsneigung ist ein anspruchsvolles Unterfangen, das sich aber lohnt. Die Voraussetzung der Handlungswirksamkeit der sozialpädagogischen Fachkräfte ist die allgemeine Anerkennung des Phänomens der Dissoziation in der Institution. Dissoziative Zustände sollen zudem als normale Reaktion auf Stressbelastungen betrachtet werden und diese Haltung gegenüber den Kindern und Jugendlichen vermittelt werden. Dazu ist die Aneignung von Wissen für die sozialpädagogischen Fachkräfte unabdingbar, wofür die Leitungspersonen einer Einrichtung verantwortlich sind.

Gemäss Weiss (2014, S. 113-114) ist es wichtig, dass sozialpädagogische Fachkräfte über ein **pädagogisch-diagnostisches Fallverstehen** bezüglich traumatisierten Kindern und Jugendlichen verfügen. Denn dieses dient dem Schutz der Kinder und Jugendlichen, fördert deren Selbstbemächtigung und nützt der Handlungssicherheit der sozialpädagogischen Fachkräfte. Das Wort Diagnose bedeutet "unterscheiden" oder "durch und durch erkennen". Diese Erkenntnis ist laut Weiss notwendig, sodass im pädagogischen Alltag zwischen störungswertiger und entwicklungsbedingter Dissoziation unterschieden werden kann.

Unter Zuhilfenahme von Fragebögen, diagnostischen Manualen oder anderen Hilfsmitteln wird laut Friedrich und Weiss (2014, S. 63-65) versucht, die Symptome des Kindes zu erfassen. Diese Erkenntnis soll dazu dienen, dass dem Kind und seiner Umwelt Verständnis und Erleichterung verschaffen wird. Dissozierende Zustände sind mit Fragebögen nur schwer zu erfassen, weshalb sozialpädagogische Alltagsbeobachtungen von grossem diagnostischem Wert sind. Die sozialpädagogischen Fachkräfte können dazu eine beschreibende Darstellung dissoziativer Phänomene vornehmen, wozu sich Fremd- und Selbstberichtsbögen eignen. Denn diese können einen Hinweis auf eine störungswertige Dissoziation geben. Die Beobachtungen und ausgefüllten Fragebögen sollten anschliessend mit einem therapeutischen oder psychiatrischen Fachpersonal besprochen und überprüft werden. Friedrich und Weiss (2014, S. 74-75) empfehlen den international gebräuchlichsten Beobachtungsbogen (siehe Anhang E): die Child Dissociative Checklist (CDC). Die sozialpädagogische Fachkraft, die die Checkliste ausfüllt, sollte das Kind gut kennen. Sie kann den Fragebogen zusätzlich vom Kind selbst ausfüllen lassen oder auch gemeinsam mit dem Kind ausfüllen, wobei auch einzelne Fragen weggelassen werden können. Friedrich und Weiss empfehlen CDC, da diese das von aussen beobachtbare dissoziative Verhalten erfasst, Gültigkeit in Augen der Expertenschaft hat und vielfach verwendet wird. Eine genaue Diagnose ist dann Aufgabe von erfahrenen therapeutischen oder psychiatrischen Fachkräften.

Zur Messung von Belastungsreaktionen gibt es eine Cartoon-Form (LEVONN)²¹, die für Kinder geeignet ist. Für Kinder und Jugendliche gibt es zudem den Fragebogen „Somatogene Dissoziation“ von Wilfried Huck und Regina Hiller, womit körperliche Auffälligkeiten aufgrund der Dissoziation erfasst werden können (siehe Anhang F).

Weiss (2014, S.122-124) fügt hinzu, dass traumatisierte Kinder und Jugendlichen Expertenwissen bezüglich traumatischen Lebenssituationen und dissoziativen Zustände aufweisen. Dieses Wissen kann unter Anleitung einer sozialpädagogischen Fachkraft in Gruppengesprächen wie der Ampelrunde²² genützt werden. Dadurch wird zusätzlich die Schuld

²¹ LEVONN ist auf www.kindertraumainstitut.de/materialien kostenlos verfügbar.

²² Das Zentrum für Traumapädagogik (2013a) beschreibt die Übung der Ampelrunde. Die Ampelrunde ist eine täglich stattfindende Reflexions- und Feedbackrunde, bei welchem sich die Kinder mit dem eigenen und dem

und Scham von ihnen genommen und eine gemeinsame Suche nach alternativen Verhaltensweisen kann stattfinden. Die Formen dissoziativer Zustände umschreiben die betroffenen Kinder und Jugendlichen meist als im Nebel sein, träumen, keine Angst spüren, es tut nichts weh, neben sich stehen, sich an die Decke beamen und von oben zuschauen. Bezüglich der Dissoziation verweist Weiss (2014, S. 110-113) auf die Gratwanderung zwischen Pathologisierung und Bagatellisierung. Denn die Unterscheidung zwischen normalen entwicklungsbezogenen Aspekten der Identitätsbildung, wie imaginäre Spielgefährten oder exzessive Tagträume und störungswertige dissoziative Zustände ist sehr schwierig. Weiss verweist darauf, dass auch sozialpädagogische Fachkräfte dissoziative Zustände zeigen können, insbesondere in Belastungssituationen. In diesem Zustand wird der Kopf innerlich vom Körper getrennt, wodurch Empfindungen und Gefühle ausgeschaltet werden und Belastungen schwächer wahrgenommen werden. Nimmt die sozialpädagogische Fachkraft ihre Gefühle sowie die des Gegenübers nicht mehr wahr, kommt es zu einem dissoziierenden Gegenagieren. Dadurch findet keine wirkliche Begegnung mehr statt. Weiss sagt hierbei, dass es sich um einen schmalen Grat zwischen entlastendem Ausblenden von Reizen und einer dissoziativen Nichtreaktion handelt (siehe Kap. 3.2.3). Gemäss Weiss (2014, S. 164) verfolgt der pädagogische Umgang mit der Dissoziation das Ziel, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen Unterstützung bei der Selbstwahrnehmung und der Selbstregulierung von störungswertigen dissoziativen Zuständen erhalten. Dafür sollen einerseits Situationen gemieden werden, in welchen das Kind den dissoziativen Überlastungsschutz benötigt. Andererseits soll der Beginn von dissoziierenden Zuständen vom Kind rechtzeitig bemerkt werden und es soll anschliessend Dissoziationstopps einsetzen. Weiss (S. 107-108) erklärt zudem die Beachtung der Körperlichkeit und die gesamte Pädagogik der Selbstbemächtigung als sehr bedeutsam im Umgang mit der Dissoziation. Diese beiden Aufgaben wurden bereits im vorhergehenden Abschnitt (siehe Kap. 4.1.2) dargestellt, weshalb nun die Minimierung der Dissoziation sowie das Unterbrechen von dissoziativen Zuständen näher erläutert werden. Zur Ausführung dieser Aufgaben ist jedoch zu beachten, dass dafür eine tragfähige Bindung und eine präsente Bezugsperson vorausgesetzt wird (siehe Kap. 4.1.1).

Minimierung der Dissoziation

Ein Ziel der pädagogischen Handlungsansätze bei komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen ist die Minimierung von dissoziativen Zuständen. Dafür ist die Schaffung eines so weit als möglich sicherer Ort, die Verankerung im Hier und Jetzt sowie die Förderung der Körperwahrnehmung (siehe Kap. 4.1.2) hilfreich. Dissoziation ist wie bereits erwähnt ein

Verhalten anderer auseinandersetzen. Dadurch lernen sie anderen Kindern kritische und positive Rückmeldungen zu geben. Die Umsetzung dessen ist im Anhang D ersichtlich.

Alltagsphänomen, der Erholung dienlich, kann kreative Prozesse bewirken und Abstand von Stresserfahrungen ermöglichen. Deshalb geht es hierbei nur um die Verringerung von dissoziativen Zuständen, welche die betroffenen Kinder und Jugendlichen für sich als störungswertig empfinden. (Weiss, 2014, S. 115)

Laut Schmid (2008, S. 297) ist dabei zu beachten, dass der Abbau von Dissoziation und der Aufbau von Entspannung und Achtsamkeit nur in einem sicheren Rahmen und einer tragfähigen Lebenssituation ausführbar ist. Ansonsten entzieht man den Kindern und Jugendlichen wichtige Bewältigungsstrategien, bevor sie andere Möglichkeiten zum eigenen Schutz entwickeln konnten. Grundvoraussetzung dazu ist ein **soweit als möglich sicherer Ort**, welcher durch Transparenz, Partizipation der Kinder und Jugendlichen, grösstmöglichen Schutz vor Täterkontakt und Präsenz der pädagogischen Fachkräfte mit reflektierten Bindungsangeboten geprägt sein soll. Deshalb sollen beispielsweise Dienstpläne für die Kinder und Jugendlichen öffentlich zugänglich sein.

Für die **Minimierung von Flashbacks** ist einerseits Vermittlung von Wissen an die Kinder und Jugendlichen bezüglich der Entwicklung von Flashbacks nötig (siehe Kap. 4.1.2). Andererseits soll eine gemeinsame Informationssuche der Kinder und Jugendlichen mit deren sozialpädagogischen Fachkräften bezüglich Triggern stattfinden und ein Erkennen des eingeübten Verhaltens ermöglicht werden. Zur Unterstützung der Suche nach Triggern können dem Kind folgende Fragen gestellt werden: *"Welche Situationen sind während eines Tages für dich stark stressend? Wo hast du zu viel Stress? Was passiert, bevor du dich wegbeamst?"*

Zur Selbstregulation bezüglich dissoziativer Zustände eignet sich die Erstellung eines Notfallkoffers. In diesem sind Materialien vorhanden, mit welchen die Sinne irritiert werden können, sodass ein dissoziativer Zustand verhindert oder unterbrochen werden kann. (Weiss, 2014, S. 126-129) Die Wohngruppe "Greccio" hat gemäss Lang et al. (2009, S. 9) positive Erfahrung mit der Anwendung dieser Übung gemacht. Hantke und Görges (2012, S. 381-390) haben für die Übung des Notfallkoffers eine Anleitung erstellt, welche im Anhang D angefügt ist.

Traumatisierte Kinder und Jugendliche haben nach Weiss (2014, S. 117-118) meist ein sehr belastendes Selbstkonzept, was sie für Stress und Selbstwertbedrohungen anfälliger macht. Da diese dissoziative Zustände auslösen können, sollen **Selbstwertbedrohungen vermindert** werden. Dafür ist das Konzept des guten Grundes (siehe Kap. 4.1.2) bedeutend, da dies den Kindern und Jugendlichen Wertschätzung vermittelt und sie dadurch ihre Bewältigungsfähigkeiten schätzen lernen. Somit wird das Selbstwertgefühl der Kinder und Jugendlichen gestärkt, wodurch Stress und Dissoziation verringert werden. Ausserdem sind Erfahrungen von Selbstwirksamkeit mit möglichst wenig Stress und mit viel Spass förderlich, wie bspw. ein Zirkusprojekt, eine Wanderung, eine Schlittenfahrt, ein Kletterausflug, kreative Me-

thoden mit Ton oder Bastelutensilien oder Ausdrucksmalen (vgl. Bundschuh & Picard, 2013). Die Dissoziation führt oftmals zu einem Verlust der Aussenwahrnehmung, des Körpergefühls sowie der Selbstwahrnehmung, weshalb dissoziierende Kinder und Jugendliche im Hier und Jetzt nicht mehr anwesend sind (siehe Kap. 2.9.6). Daraus leitet Weiss (2014, S. 118-119) ab, dass diese Kinder und Jugendlichen im **Hier und Jetzt verankert** werden sollen. Dies kann anhand kognitiver Auswertungen der alltäglichen Erfahrungen wie beispielsweise einem Freudentagebuch, einer Fähigkeitsliste oder Reflexionsrunden stattfinden. Dabei empfiehlt sich eine regelhafte Anwendung, da dies die Kinder und Jugendlichen zusätzlich in der Entwicklung eines Zeitgefühls unterstützt, welches aufgrund der traumatischen Erfahrungen gestört oder zerstört wurde. Zur Verankerung im Hier und Jetzt sind auch räumliche Ausstattungen dienlich, die das Wohlbefinden fördern. Des Weiteren unterstützt die Wahrnehmung mit allen Sinneskanälen die Reduktion der Dissoziationsneigung und bietet zugleich Wege, beginnende dissoziative Zustände zu unterbrechen. Positive Sinnesreize wirken stimmungsaufhellend, wie beispielsweise gutes Essen, schöne Musik oder Bilder wie auch Kochen und Backen mit Gewürzen. Zur Anregung des Tastsinns wurden in einer Institution an der Wand weiche Bürstenborsten, Fell, Sandpapier, Seidenpapier und Schmirgelpapier angebracht.

Huber (2011, S. 217-220) verweist zur Verankerung im Hier und Jetzt auf das **Achtsamkeitstraining**. Die Achtsamkeit definiert Huber als ein neugieriges und offenes Wahrnehmen und als Zustand, in welchem die Person ihre Emotionen regulieren kann. Huber hat erlebt, dass die Kinder und Jugendlichen fast immer von Achtsamkeitsübungen profitiert haben. Deshalb stellt sie einige Übungen zum Training von Achtsamkeit dar, auch benennbar als "Anti-Dissoziations-Übungen". Sie sagt aber, dass dies nur einige Beispiele sind und mit dem Kind oder Jugendlichen gemeinsam Übungen ausgedacht werden können, die die Achtsamkeit fördern. Als ein erster wichtiger Schritt beschreibt Huber das Üben der Achtsamkeit von aussen nach innen. Es geht dabei darum, langsam und sorgfältig etwas zu tun und dabei zu versuchen, die Gedanken immer wieder zu bündeln und auf das zu lenken, was man gerade tut. Beispielsweise auf das Putzen des Fahrrades oder des Autos. Einfache Atemübungen können ausserdem zur Anregung des vegetativen Nervensystems hilfreich sein. Dazu eignen sich folgende Atemübungen:

- Langsam ein- und ausatmen.
- Beim Gehen auf zwei Schritte einmal einatmen und dann auf vier Schritte ausatmen und dies mehrfach wiederholen.
- Sich hinsetzen, die Hände offen in den Schooss legen und eine Weile "in die Hände ausatmen".

Für traumatisierte Kinder und Jugendliche, die oft wenig Geduld haben und eventuell hyperaktiv sind, hat Huber kleine Übungen entwickelt, die nur wenige Sekunden oder Minuten dauern. Hier einige Beispiele, weitere Übungen sind im Anhang B ersichtlich.

- Etwas einzeln essen (Apfel, Pflaume, Rosine, Mandel, etc.) und dies solange kauen, bis sich die Geschmackswahrnehmung deutlich ändert und erst dann herunterschlucken.
- Im Zeitlupentempo die Schnürsenkel zubinden.
- Jonglier- und Auffang-Übungen
- 5-4-3-2-1-Übung: Zuerst 5 Dinge die man sieht, dann 5 Geräusche, die man hört, wahrnehmen. Anschliessend 4 Dinge, die man sieht, dann 4 Geräusche, die man hört, wahrnehmen. Damit weiterfahren, bis man sich nur noch auf ein Ding und ein Geräusch achtet.

Dissoziative Zustände unterbrechen

Nach Weiss (2014, S. 120-121) sollen Kinder und Jugendliche lernen, die störungswertigen dissoziativen Zustände selbst zu unterbrechen. Die sozialpädagogischen Fachkräfte sollen die Kinder und Jugendlichen bei der Entwicklung der Fähigkeit der Dissoziationsstopps unterstützen. Als Möglichkeiten der Dissoziationsstopps eignen sich aufstehen, Fenster öffnen, bewusst atmen, bewegen, viel trinken, Überkreuzungen, Handmassage, Musik und viele andere Sinnesreize. Falls dem Kind der Dissoziationsstopp nicht gelingt, können die sozialpädagogischen Fachkräfte den Dissoziationsstopp ermöglichen. Folgende Fragen sollen zuvor mit den Kindern und Jugendlichen im nicht-dissoziativen Zustand geklärt werden:

- *Wie viel und wo ist Körperkontakt erlaubt?*
- *Welche Lautstärke ist zulässig?*
- *Welche Sinnesreize erinnern an negative Erfahrungen?*
- *Was hat bisher geholfen?*
- *Was darf ich tun, wenn du nicht aus der Dissoziation rauskommst?*

Durch diese Fragen soll die Selbstbestimmung der Kinder und Jugendlichen soweit als möglich erhalten bleiben und mögliche Trigger während einem Dissoziationsstopp ausgeschaltet werden. Als wirksam erweist sich die Irritation des Gehirns durch beispielsweise Ansprechen des Kindes mit einem anderen Namen und anderer Wortmelodie oder durch das Auszählen in umgekehrter Richtung (10, 9, 8, 7). Wenn Sinnesreize eingesetzt werden, sollten diese stark sein, wie scharfe, beissende Gerüche; scharfe, saure oder bittere Geschmacksvarianten; kalte, harte oder stachelige taktile Reize oder laute und dissonante Klänge. Nach der Anwendung von Dissoziationsstopps ist eine gemeinsame

Besprechung und Reflexion geeignet. Dabei soll thematisiert werden, was besonders gut geholfen hat, welcher Sinneskanal besonders wirkt und was schlecht verträglich war. Denn dadurch können sich eventuell neue Möglichkeiten der Selbstregulation ergeben. Nach diesem Austausch empfiehlt Weiss eine gemeinsame Belohnung mit einem schönen Sinnesreiz wie beispielsweise mit einem Eisbecher oder einem schönen Kinderfilm. (Weiss, 2014, S. 120-121)

4.2 Förderliche Rahmenbedingungen

Damit die Handlungsansätze umgesetzt werden können, sind gewisse Voraussetzungen im äusseren sowie inneren Rahmen der stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen unabdingbar und unbedingt zu beachten. Deshalb folgt eine Darstellung wesentlicher Aspekte. Die Aufzählung dieser Aspekte ist jedoch nicht abschliessend, da es sich dabei meist um weitreichende Themenfelder handelt. Diese Aspekte wurden aufgrund der Häufigkeit des Auftretens in der verwendeten Literatur bezüglich dem pädagogischen Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen ausgewählt. Denn es gäbe einige weitere Aspekte wie bspw. die politischen Rahmenbedingungen oder der Lohn von sozialpädagogischen Fachkräften, die in dieser Arbeit nicht erläutert werden. In diesem Kapitel werden der Schutz vor Retraumatisierung, die Gestaltung des Wohnraums, das Team, das Kompetenzprofil der sozialpädagogischen Fachkraft, die Zusammenarbeit zwischen Therapie und Sozialpädagogik, förderliche Strukturen, die Weiterbildung und Supervision, die Ausbildungsstätten der Sozialpädagogik, die Forschung und die Kinderschutzmassnahmen beleuchtet.

4.2.1 Schutz vor Retraumatisierung

Gemäss Schmid (2008, S. 301-302) ist es für den Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen bedeutend, dass ein sicherer Ort und ein möglichst optimaler Schutz vor Retraumatisierungen gewährleistet wird. Dies bedeutet, dass keine fremde Menschen und insbesondere potentielle Täter nicht auf die Wohngruppe kommen. Denn neue Erfahrungen, heilende Entwicklungen und dauerhafte Stabilisierung kann laut Scherwath und Friedrich (2012, S. 79-80) nur dann ermöglicht werden, wenn es eine **Trennung zur Täterschaft** oder den Tatverdächtigen gibt. Neue sichere Bindungsentwicklungen können nämlich erst dann stattfinden, wenn alte Bindungsmuster und -erfahrungen unterbrochen werden. Die Umgangsregelung mit den Eltern und die Rückführung in die Familie muss sich demzufolge einzig am Kindeswohl ausrichten. Dies bestätigt auch Schmid (2007, S. 158-159), indem er sagt, dass bei Rückführungen in die Familie die Sicherheit der Kinder oder Jugendlichen sowie deren positive Entwicklung das höchste Gut sein sollte. Die Ausgangslage und die Position der Kinder und Jugendlichen müssen dabei von sozialpädagogischen Fachkräften

aktiver unterstützt werden, da der Gesetzgebende die Rechte der Eltern und der Familie tendenziell überbetont. Folglich ist die Aufgabe der sozialpädagogischen Fachkräfte, die beobachteten Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen der zuständigen Behörde weiterzuleiten und um Unterstützung bei der Sicherung des Lebens- und Entwicklungsraumes des Kindes zu bitten (Friedrich & Scherwath, 2012, S. 80).

Krautkrämer-Oberhoff und Haaser (2013, S.87) erwähnen, dass beim **Aufnahmeprozedere** in der Kinder- und Jugendhilfe St. Mauritz auch die Kinder und Jugendlichen nach ihren Einschätzungen der Gründe für die Unterbringung gefragt werden. Speziell für Jugendliche wurde ein Fragebogen entwickelt, der mit ihnen alleine bearbeitet wird. Dieser bietet ihnen die Chance, unabhängig von den Erziehungsberechtigten und dem Jugendamt, ihre Gedanken, Gefühle und Überlebensstrategien mitzuteilen. Dadurch sollen traumatische Erfahrungen so weit wie möglich erfasst und infolgedessen besseren Schutz vor Retraumatisierungen gewährleistet werden.

Krautkrämer-Oberhoff und Haaser (2013, S.87-88) empfehlen die Etablierung eines hausinternen **Schutzkonzeptes**, das im Falle von Gewaltanwendung sowohl zum Schutz der Kinder und der sozialpädagogischen Fachkräfte zur Anwendung kommt. Dies verlangt, dass nach Gewaltsituationen aus Sicht der Kinder sowie der sozialpädagogischen Fachkräfte festgehalten wird, was genau passiert ist und wie es dazu kommen konnte. Anschliessend wird über Handlungsalternativen gesprochen und die Versursachenden werden dazu aufgefordert, Massnahmen der Wiedergutmachung und Versöhnung zu benennen. Dieses Schutzkonzept trägt dazu bei, dass die Wohngruppe als möglichst sicheren Ort gestaltet und der Schutz vor Retraumatisierungen gefördert wird.

4.2.2 Gestaltung Wohnraum

Die Umgebung sollte gemäss Schmid (2008, S. 302) ruhig, hell und weitläufig gestaltet sein. Zudem sei es wichtig darauf zu achten, dass keine kaputten Gegenstände und Möbelstücke herumliegen. Weiss (2014, S. 161) fügt hinzu, dass die Räume hell sein sollten und Angst machende Orte vermieden werden. Laut Scherwath und Friedrich (2012, S. 74) benötigen traumatisierte Kinder und Jugendliche Räume, die ihnen Geborgenheit vermitteln. Deshalb sollten Räume in Einrichtungen dieselbe Fürsorge erhalten wie die Menschen, die in ihnen leben. Damit dies gewährleistet werden kann, sind Verantwortlichkeiten für die Raumfürsorge zu klären und eine Verständigung bezüglich der gemeinsamen Ordnungskultur ist empfehlenswert. Bei der Gestaltung der Räume sowie bei Reparaturtätigkeiten ist es sinnvoll, die Kinder so oft wie möglich einzubeziehen. Dörr (2013, S. 19) erwähnt, dass grosszügige räumliche Gegebenheiten vorhanden sein sollten, welche die Freizeitgestaltung der Kinder und Jugendlichen wie auch Bedürfnisse der sozialpädagogischen Fachkräfte berücksichtigen.

Gemäss Dörr (2013, S. 19) sollten die Kinder und Jugendlichen über ein Einzelzimmer und die dazugehörigen Schlüssel verfügen. Dadurch wird die Intimität gesichert und werden gegenseitige Grenzverletzungen minimiert. Dies dient zudem als Rückzugsmöglichkeit, was insbesondere bei der Krisenintervention von Bedeutung ist. Das Zimmer kann ausserdem als Ausdruck eines inneren Zustandes des Kindes und Jugendlichen verstanden werden.

Scherwath und Friedrich (2012, S. 75) fügen hierbei hinzu, dass Regeln zum Betreten der Zimmer abgemacht werden sollen, Türschilder angebracht werden, vor dem Betreten des Zimmers jeweils angeklopft wird, Möglichkeiten zum Abschliessen ermöglicht werden und über private Aufbewahrungsmöglichkeiten wie kleine Tresore für eigene Wertgegenstände nachgedacht wird.

4.2.3 Team

Der pädagogische Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen führt gemäss Weiss (2014, S. 159) zu Belastungen auf Seiten der sozialpädagogischen Fachkräfte. Um diese Belastungen auffangen zu können, ist es unabdingbar, dass im Team über diese Belastungen gesprochen werden kann und eine Kultur der gegenseitigen Hilfe und Unterstützung vorhanden ist. Deshalb beschreibt Dörr (2013, S. 28) die Teamarbeit als sehr bedeutsam. Die Reflexionsfähigkeit des Teams bestimmt nämlich im Wesentlichen die qualitative Beziehungspraxis. Die Kultur der gegenseitigen Hilfe und Unterstützung stellt für das Team sowie für traumatisierte Kinder und Jugendliche einen schützenden Faktor dar, weshalb sorgfältig darauf geachtet werden sollte. Ein gutes Team kann somit zu einer Kraftquelle für alle Beteiligten werden.

4.2.4 Kompetenzprofil der sozialpädagogischen Fachkraft

Gemäss Schmid (2008, S. 301) ist es sehr wichtig, dass eine sozialpädagogische Fachkraft Verständnis und Wissen bezüglich den Folgen von traumatischen Erfahrungen bei Kindern und Jugendlichen hat. Huber (2003b, S. 378) ergänzt dies damit, dass sozialpädagogische Fachkräfte, die mit dissoziativen Kindern und Jugendlichen arbeiten, ein grundlegendes Verständnis von dissoziativen Reaktionen besitzen sowie über Wissen verfügen sollen, inwiefern Kindern und Jugendlichen bei Flashbacks geholfen werden kann. Schmid et al. (2010, S. 239) halten fest, dass sozialpädagogische Fachkräfte in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen zwingend über klinische Kompetenzen verfügen. Dazu gehört laut Scherwath und Friedrich (2012, S. 165) auch das Wissen über traumatherapeutische Hilfemöglichkeiten, sodass die sozialpädagogischen Fachkräfte die Kinder und Jugendlichen bezüglich geeigneten therapeutischen Angeboten beraten können.

Schmid (2008, S. 303) sagt, dass die Betreuung von komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen nur dann möglich ist, wenn die beteiligten sozialpädagogischen Fachkräfte

ausreichend belastbar sind. Ihr Verhalten sollte laut Huber (2003a, S. 107) konsequent, vorhersehbar und wiederholend sein. Denn viele traumatisierte Kinder mögen keine Überraschungen und reagieren auf Veränderungen im Tagesablauf sowie auf chaotische und unübersichtliche Situationen empfindlich. Für Dörr (2013, S. 25) ist unerlässlich, dass Kinder und Jugendliche die Chance haben, sich persönlich mit der sozialpädagogischen Fachkraft auseinanderzusetzen und Identifikationsmöglichkeiten ermöglicht werden.

Gemäss Schmid et al. (2012, S. 135) sollten sozialpädagogische Fachkräfte die Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle unter Berücksichtigung vorheriger Beziehungserfahrungen der Kinder und Jugendlichen analysieren. Anschliessend sollen sich die Fachkräfte auf diese Gefühle und die Reinszenierung von früheren Beziehungsmustern vorbereiten. Da mit grosser Wahrscheinlichkeit ähnliche Beziehungsmuster wie in den Ursprungsfamilien ihnen gegenüber reinszeniert werden. Schmid et al. (2010, S. 243) verweisen darauf, dass die sozialpädagogischen Fachkräfte Mechanismen lernen sollen, um mit heftigen Gegenübertragungsgefühlen umzugehen und diese wenn möglich für ihre Arbeit zu nutzen.

Weiss (2013b, S. 154-158) legt nahe, dass zur Förderung der Selbstwirksamkeit der Kinder und Jugendlichen, auch die Körper- und Sinneswahrnehmungen sowie die Emotionsregulation der sozialpädagogischen Fachkräfte gefördert werden sollten. Denn Selbstregulationsmöglichkeiten sind für den pädagogischen Alltag von elementarer Bedeutung und die Entwicklung von Fähigkeiten zur Selbstreflexion und Selbstfürsorge sind unabdingbar. Dazu empfiehlt Huber (2003a, S. 107) das Kennenlernen, die Wiederentdeckung sowie die aktive Pflege der eigenen Ressourcen. Dazu sollen auch Entspannungsmöglichkeiten gehören, die nichts mit der Arbeit und der Tätigkeit für das Kind zu tun haben.

Scherwath und Friedrich (2012, S. 92) nennen personale Kompetenzen, die eine Voraussetzung für eine bindungsorientierte Pädagogik darstellen. Dazu zählt die emotionale Verfügbarkeit, bei welcher dem Kind Raum und Aufmerksamkeit gegeben wird, ohne sich von eigenen inneren Vorgängen zu stark ablenken oder beeinträchtigen zu lassen. Als weitere Kompetenz nennen sie die Herzlichkeit, durch welche authentische Feinfühligkeit und Empathie dem Kind zur Verfügung gestellt werden können. Die sozialpädagogische Fachkraft soll des Weiteren über eine ausreichende Selbst- und Stressregulation verfügen, so dass eigene Impulse und Affekte im Geschehen wahrgenommen werden. Scherwath und Friedrich erwähnen ebenfalls die Kompetenz der Selbstreflexion, worunter sie insbesondere die gründliche Be- und Verarbeitung eigener traumatischer Erlebnisse und bindungsgeschichtlicher Aspekte verstehen. Dem schliesst sich Brisch (2013, S. 164) an, da er sich wünscht, dass Eltern und sozialpädagogische Fachkräfte vermehrt die eigenen Traumata verarbeiten. Denn dadurch können sie für die Sorgen und Nöte der Kinder feinfühlicher

verfügbar sein, ihre Empathie steigern sowie beziehungsfähiger werden. Demzufolge können sie die selbst erworbene sichere Bindungsrepräsentation als Ressource für die Entwicklungsförderung einer sicheren Bindung zu den Kindern nutzen.

4.2.5 Strukturen

Schmid (2008, S. 303) bezeichnet die emotionalen Reaktionen der sozialpädagogischen Fachkräften und die Gegenübertragungen als das wichtigste Werkzeug für das Erkennen der adäquaten pädagogischen Reaktion. Damit dieses Werkzeug geeignet eingesetzt werden kann, braucht es Strukturen und zeitliche Ressourcen, die einen regelmässigen Austausch und eine Reflexion der Gegenübertragungsgefühle ermöglichen. Von Seiten der pädagogischen Leitung sollte darauf geachtet werden, dass alle sozialpädagogischen Fachkräfte trotz ihrer Gegenübertragungsgefühle eine professionelle reflektierende Beziehung zum Kind aufrechterhalten können. Falls sie ihre Fähigkeit des Mitfühlens verlieren und der Perspektivenwechsel auf die Bedürfnisse der zu betreuenden Kinder oder Jugendlichen nicht mehr regelmässig gelingt, ist eine erfolgreiche stationäre Betreuung kaum noch möglich. Das zentrale Ziel soll demnach die Balance zwischen emotionalem Engagement, reflektierender Distanz und der Einhaltung einer professionellen, verlässlichen und emotional zugewandten Beziehung sein. Die Leitung sollte gemäss Weiss (2014, S. 161) auf die Belastungen der sozialpädagogischen Fachkräfte Acht geben und Vorkehrungen dafür treffen, dass diese vor sekundärer Traumatisierung so gut wie möglich geschützt werden. Daran ist die Struktur der personellen Besetzung zu thematisieren. Gemäss Dörr (2013, S. 20) ist der ideale Personenschlüssel 1:1. Eine Doppelbesetzung bei acht bis zehn Kindern und Jugendlichen sei eine personelle Grundvoraussetzung. Die Doppelbesetzung ist im Idealfall gemischt-geschlechtlich, damit den Kindern und Jugendlichen ein Mann oder eine Frau als Ansprechperson zur Verfügung steht.

Gemäss Schmid et al. (2010, S. 243) soll die Institution durch Aufklärung und Transparenz das Risiko der Übergriffe minimieren, weshalb die Installierung eines Beschwerdesystems für Kinder und Jugendliche vollzogen werden soll. Sie empfehlen zudem die Förderung einer Kultur der Achtsamkeit.

Krautkrämer-Oberhoff und Haaser (2013, S. 87) beschreiben, dass in der Kinder- und Jugendhilfe St. Mauritz die Transparenz und Vorhersehbarkeit im Alltag ein wesentlicher Faktor ist, welcher im Gruppenalltag beachtet werden sollte. Die Kinder und Jugendlichen werden deshalb über die An- und Abwesenheit der sozialpädagogischen Fachkräfte verlässlich und visuell anschaulich informiert. Zudem sollen Übergangssituationen von den sozialpädagogischen Fachkräften achtsam gestaltet werden, wie beispielsweise der Übergang von der Wohngruppe zur Spieltherapie oder der Besuchskontakt zu den Eltern. Dabei soll dem Kind mitgeteilt werden, wer es abholt bzw. zurückbringt und welche Person

anschliessend anwesend ist. Insgesamt gilt es, die Befindlichkeit der Kinder und Jugendlichen möglichst präzise wahrzunehmen und darauf stabilisierend einzugehen. Weitere stabile Alltagsphasen sind in dieser Institution Zubettgehrituale, Reflexionsrunden und Einzelstunden mit der Bezugsperson.

Laut Dörr (2013, S. 20) sollten zudem hinreichende Angebote von Aussenaktivitäten vorhanden sein, da sich diese oft als Meilensteine in der Biographie von Kindern und Jugendlichen erweisen.

4.2.6 Weiterbildung und Supervision

Die sozialpädagogischen Fachkräfte sollten gemäss Schmid (2008, S. 303) die notwendige Unterstützung in Form von Aus- und Weiterbildungen, Fachberatungen sowie Supervision erhalten. Der regelmässigen Fort- und Weiterbildung der sozialpädagogischen Fachkräfte verleiht Schmid (2010, S. 118) grosse Bedeutung. Denn dadurch sollen sie für die Schwierigkeiten der Kinder und Jugendlichen sensibilisiert werden. Gleichzeitig findet Aufklärungsarbeit statt, inwiefern die Kinder und Jugendlichen aufgrund der psychischen Störung reagieren. Zudem ist auf die Psychohygiene der sozialpädagogischen Fachkräfte Acht zu geben und entsprechende Massnahmen zu dessen Förderung im Alltag sollten konsequent eingeplant werden (2008, S. 17).

Dörr (2013, S. 27) beschreibt die Supervision sowie die Fortbildung als institutionalisierte und methodische Sicherung der Selbstreflexion, was für die sozialpädagogischen Fachkräfte somit als handlungsentlastender Ort erlebbar sein soll.

4.2.7 Zusammenarbeit Therapie und Sozialpädagogik

Im Kapitel 3.1.4 wurde ersichtlich, dass viele Kinder und Jugendliche in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen psychisch auffällig sind. Daraus folgert Schmid (2010, S. 116), dass es für einen erfolgreichen Prozess eine fundierte sozialpädagogische Betreuung sowie eine gute kinder- und jugendpsychiatrische oder -psychotherapeutische Behandlung benötigt. Eine enge Zusammenarbeit ist dafür unabdingbar und die Zusammenarbeitsstrukturen sollten unabhängig vom einzelnen Fall aufgebaut werden (2007, S. 181). Denn eine ausreichend gute pädagogische und kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik sowie eine konsequent längerfristige Planung könnten eventuell einen Abbruch der ersten Jugendhilfemassnahme verhindern (S. 132). Dies ermöglicht wiederum eine Beziehungskontinuität, was für die Erlangung einer sicheren Bindung sehr bedeutend ist (siehe Kap. 4.1.1). Die Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen Therapie und Sozialpädagogik sehen auch Huber (2003b, S. 379) und Dörr (2013, S. 20). Schmid (2008, S. 303-304) sagt sogar, dass ohne eine entsprechende Stabilisierung im Alltag und Nutzung der Ressourcen der sozialpädagogischen Wohngruppen psychotherapeutische Interventionen ihre Wirksamkeit nicht vollum-

fänglich entfalten können.

Deshalb fordert Dörr (2013, S. 17), dass **Kooperationsmodelle** zwischen Fachkräften der Psychiatrie und Psychotherapie, den Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und den stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen aufgebaut werden. Dem schliesst sich Schmid (2010, S. 116-117) an und empfiehlt die Erstellung einer Kooperationsvereinbarung, bei welcher die Indikation einer notwendigen stationären Krisenintervention festgelegt wird und Bewältigungsversuche innerhalb der stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung festgehalten werden. Es soll sich insgesamt um einen niederschweligen und rechtzeitigen Kontakt zu kinder- und jugendpsychiatrischen Fachkräften handeln, der nicht erst in Krisenfällen beansprucht wird. Denn durch eine gute Kooperation können Krisen und stationäre Massnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie verhindert und eine gemeinsame kontinuierliche ambulante Behandlung in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen realisiert werden. Ein Aufenthalt in einer stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie ist gemäss Schmid nur bei einem therapeutischen oder milieuthera-
peutischen Auftrag notwendig, welcher im Setting einer stationären Wohngruppe nur schwer realisiert werden kann. Er nennt dabei bspw. Indikationen wie Essstörung, Ausscheidungs-
störung oder gezielte Therapie. Ansonsten sollte das Problem möglichst am Entstehungsort gelöst werden. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie soll dabei aber durch eine intensive ambulante Begleitung und gegebenenfalls durch zuverlässige stationäre Krisenintervention Unterstützung bieten.

Als Hauptaufgabe der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie nennt Schmid (2010, S. 117) die kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Beratung. Insbesondere die Übersetzung und Rückübersetzung der diagnostizierten psychischen Störung in die Probleme des pädagogischen Alltags sei unabdingbar. Er befürwortet die Zusammenarbeit der Therapie und Sozialpädagogik sehr stark, wobei er auch die gemeinsame Falldefinition erwähnt. Er sagt, dass die kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik einen neuen Blick von aussen ermöglicht und diese zur sozialpädagogischen Diagnostik hinzugefügt werden sollte. Darunter versteht er, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie ihre Interventionen im Therapie- und Medikationsbereich thematisieren und den sozialpädagogischen Fachkräften Wissen vermitteln, inwiefern auf pädagogische Probleme aufgrund psychischer Störungen reagiert werden soll. Er benennt den Alltag insgesamt als Übungsfeld für das in der Therapie gelernte Verhalten. Schmid (2010, S. 117) nimmt hierbei Bezug zur 2. Ulmer Heim-
kinderstudie von Besier, Fegert und Goldbeck (2009). Diese zeigt auf, dass sich durch eine enge Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe die stationären Behandlungstage in der Kinder- und Jugendpsychiatrie reduzieren lassen. Des Weiteren erhalten dadurch mehr Kinder und Jugendliche in der stationären Kinder- und Jugendhilfe eine genügende psychiatrische oder psychothera-

apeutische Behandlung.

Schmid (2010, S. 117) empfiehlt die Schaffung eines sogenannten **Fachdienstes** innerhalb einer Jugendhilfeeinrichtung, der als natürliche Schnittstelle zur Kinder- und Jugendpsychiatrie dient, die Zusammenarbeit koordiniert, die Kinder und Jugendlichen auf Sprechstunden vor- und nachbereitet, für einen Transfer des Wissens ins Team sorgt, individuelle Behandlungsstrategien gemeinsam mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie erarbeitet und den sozialpädagogischen Fachkräften fachlich und emotional in diesem Themenbereich Unterstützung anbietet.

Laut Krautkrämer-Oberhoff und Haaser (2013, S. 88) ist es hilfreich, wenn die beiden Professionen Therapie und Sozialpädagogik einen gleichen **Kenntnisstand**, ein gleiches Verständnis und eine gemeinsame Haltung gegenüber dem Auftreten traumabedingter Verhaltensweisen haben. Denn dies hilft einerseits, den Spaltungs- und Abwehrprozessen bei Kindern gezielter entgegenzuwirken. Andererseits ermöglicht dies im therapeutischen sowie im pädagogischen Setting einen ähnlichen Umgang mit den auftretenden Folgen eines Traumas. Dadurch erlebt das Kind beide Felder als Orte, an denen seine traumatischen Erfahrungen anerkannt sind und wo über sie gesprochen werden kann.

Die **Motivation** der Kinder und Jugendlichen für eine kinder- und jugendpsychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung muss gemäss Schmid et al. (2012, S. 136) oft zeitintensiv aufgebaut werden. Es stellt somit den ersten Erfolg dar, wenn Kinder und Jugendliche sich auf Kontakte mit Fachpersonen der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder der Psychotherapie einlassen. Durch kontinuierliche niederschwellige Kontakte in aufsuchenden oder institutionsinternen Behandlungsangeboten ist dies eher erreichbar. Wenn Kinder und Jugendliche in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen von therapeutischen Angeboten profitieren können, ist dies gemäss Weiss (2013c, S. 39) hilfreich, sofern ein Bedarf an Therapie vorhanden ist und dies die Kinder und Jugendlichen nicht als Zumutung empfinden. In der Wohngruppe *"Myrrha"*, welche auf den pädagogischen Umgang mit traumatisierten Mädchen ausgerichtet ist, finden die Therapien wöchentlich im Einzelsetting und für die Mädchen verbindlich statt (Grimme & Hornbogen, 2012).

Halper und Orville (2013, S. 105) thematisieren die Zusammenarbeit der Sozialpädagogik und Traumatherapie am **Praxisbeispiel** der Einrichtungen *"Ubuntu"* und *"ReethiRa"*, welche spezifisch auf den pädagogischen Umgang mit traumatisierten jungen Erwachsenen ausgerichtet sind. In diesen Einrichtungen wurde ein neues Konzept erarbeitet, welches die Zusammenarbeit zwischen dem Betreuungsteam und den Therapierenden klärt. Im Konzept ist ersichtlich, dass das Vertrauen zwischen dem Betreuungsteam, den Therapierenden und dem Klientel gefördert werden soll. Deshalb wird in einem ersten Schritt in einem Gruppengespräch mit allen Bewohnenden abgeklärt, ob sie sich vorstellen können, gemeinsam mit ihrer Bezugsbetreuung zu den therapeutischen Einheiten zu gehen. Die Institutionen

haben die Erfahrung gemacht, dass die Bewohnenden dies als entlastend wahrnehmen und sich durch die Begleitung der Bezugsperson sicherer fühlen. Anschliessend wird vereinbart, dass die ersten Therapieeinheiten gemeinsam besucht werden, um damit die Vertrauensbildung zu fördern. Bei der ersten begleiteten Therapieeinheit wird der Klientel jeweils mitgeteilt, dass Regelverstösse nicht unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Die Therapierenden unterstützen die Klientel aber bei der Aussprache mit der Bezugsbetreuung und erarbeiten dafür mit der Klientel gemeinsame Strategien. Dieser transparente Umgang mit Geheimnissen stellt für die Klientel einen wichtigen Lernschritt dar und sie erkennen dadurch, dass Spaltungsversuche fehlschlagen. Daraufhin werden Einheiten der Traumaverarbeitung absolviert, welche ohne Begleitung der Betreuungsperson erfolgen. Die Bezugsperson ist währenddessen im Dienst und kann jederzeit hinzugeholt werden. Am Ende jeder therapeutischen Einheit sollte vom Therapierenden darauf geachtet werden, dass die Klientel stabil ist. Falls dies nicht möglich ist, wird gemeinsam mit der Klientel und der Bezugsperson ein Krisenplan erarbeitet, welcher anzuwendende Skills, Notfallmedikamente und andere Stabilisierungsmöglichkeiten beinhaltet. Dieser Krisenplan sollte dem Team mitgeteilt werden. Aufgrund der Schweigepflicht zwischen Therapierenden und dem Betreuungsteam werden nach den Therapieeinheiten jeweils keine konkreten Inhalte besprochen, sondern es erfolgt ein Informationsaustausch bezüglich Medikation, Alltagsproblematik und Allgemeinzustand. Befindet sich die Klientel in hoher Instabilität, sollten die therapeutischen Fachkräfte in Rufbereitschaft sein, damit das Betreuungsteam bei Entlastungsbedarf jederzeit anrufen kann. Nach Therapieeinheiten sollte grundsätzlich gewährleistet sein, dass die zuständige Bezugsperson ausreichend Zeit zur Stabilisierung und Nachbetreuung hat. Die Bewohnenden haben ausserdem die ausdrückliche Erlaubnis, mit ihrer Bezugsperson in einem geschützten Rahmen über Traumata zu sprechen. Denn im familiären Umfeld fanden Traumatisierungen meist hinter verschlossenen Türen und unter dem Gebot der Verschwiegenheit statt. Deshalb soll die Klientel lernen, dass sie auch ausserhalb der Therapiestunden offen über ihre belastende Vergangenheit sprechen dürfen und das Gebot der Verschwiegenheit der Vergangenheit angehört. (Halper & Orville, 2013, S. 107-111)

Da sie mit der Bezugsperson viel Zeit verbringen und den Alltag teilen, entsteht meist eine sehr enge Bindung und ein Vertrauensverhältnis. Daraus kann bei der Klientel das Bedürfnis entstehen, dem vertrauenswürdigen Menschen über die traumatischen Erlebnisse zu erzählen. Wird dies von der Bezugsperson nicht angehört und an die Therapie verwiesen, kann dies beim Klientel bewirken, dass dieser Teil ihrer Vergangenheit von der Bezugsperson nicht angehört werden will. Daraus folgt, dass der Klientel über die traumatischen Erlebnisse schweigen müssen, was identisch ist mit jener Situation, die sie jahrelang in ihrer Herkunftsfamilie erlebt hatten. Parallel dazu sollten die Bezugspersonen die Bewohnenden dazu motivieren, die schrecklichen Ereignisse in der nächsten therapeu-

tischen Einheit anzusprechen. (Halper & Orville, 2013, S. 109-111)

Halper und Orville (2013, S. 112) halten insgesamt fest, dass dieses umgesetzte Konzept in den Einrichtungen "Ubuntu" und "ReethiRa" einige positive Auswirkungen hatte. Sie berichten davon, dass einerseits sich das Betreuungsteam im Alltag als handlungsfähiger wahrnimmt. Andererseits erleben die Therapierenden ihre Arbeit effizienter, fühlen sich der Einrichtung zugehörig und müssen nicht mehr hinter verschlossener Türe praktizieren. Ausserdem können Erfahrungen aus dem alltäglichen Leben der Bewohnenden für das therapeutische Arbeiten herangezogen werden, wodurch Übertragungen effizienter gelöst werden können. Zudem ist für die Therapierenden erkennbar, in welcher Art und Weise die Bewohnenden die neu erarbeiteten Strategien umsetzen. Insgesamt sei das Miteinander zwischen dem Betreuungsteam und den Therapierenden entspannter und wertschätzender geworden. Als positivste Entwicklung sei festzuhalten, dass der Grossteil der Krisen der Bewohnenden innerhalb der Einrichtung abgefangen und gemeistert werden konnte, so dass klinische Einweisungen und Therapieabbrüche merklich abgenommen haben.

4.2.8 Ausbildungsstätten der Sozialpädagogik

Gemäss Schmid et al. (2010, S. 245) sollten die Ausbildungsstätten der Sozialpädagogik fundiertes Wissen über kinder- und jugendpsychiatrische Krankheitsbilder und der Psychotraumatologie vermitteln. Desweiteren sollte das Konzept der Gegenübertragung thematisiert und die eigenen emotionalen Reaktionen der Auszubildenden aufgrund der Gegenübertragung reflektiert werden.

4.2.9 Forschung

Gemäss Schmid (2012, S. 110-127) treffen im Bereich der psychiatriebezogenen Sozialpädagogik unterschiedliche Forschungstraditionen und divergierende Systeme der Forschungsförderung aufeinander. Dies führt zu Reibungsverlusten wie auch zu Chancen bei der Bearbeitung der relevanten empirischen Fragestellungen an der Nahtstelle zwischen Psychiatrie und Sozialpädagogik. Schmid ist der Meinung, dass eine Forschungsförderung wünschenswert und notwendig ist, die explizit auf relevante Fragen an der Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Sozialpädagogik fokussiert ist, Forschungsziele aus psychiatrischer und sozialpädagogischer Perspektive heraus formuliert und interdisziplinäre Forschungsgruppen anspricht.

4.2.10 Kinderschutzmassnahmen

Schmid (2010, S. 119) hält insgesamt fest, dass die Bedeutung von psychischen Belastungen oder einzelnen psychischen Störungen für den Verlauf von Kinderschutzmassnahmen leider immer noch oft unterschätzt wird. Deshalb empfiehlt er (2008, S.9), dass Massnahmen immer mit einer ausreichend hohen Intensität eingeleitet werden sollten und

somit eine gewisse Sicherheitsreserve beinhalten. Denn dadurch werden Beziehungskontinuitäten eher gewährleistet, welche für die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen von grosser Bedeutung sind. Denn jeder Kompromiss und jedes Scheitern der Kinderschutzmassnahme führt langfristig zu höheren Kosten und verschärft die Bindungsproblematik des Kindes und Jugendlichen erheblich. Deshalb schlägt Schmid vor, dass eindeutige Indikationskriterien für die Platzierung in stationäre Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen wie auch für geschulte Gastfamilien, Erziehungsstellen und Pflegefamilien definiert werden.

5 Schlussfolgerungen

Beim zweiten und dritten Kapitel ist jeweils ein Fazit ersichtlich, weshalb in diesem Kapitel hauptsächlich Schlussfolgerungen aus dem vierten Kapitel gezogen werden. Der Schwerpunkt dieses Kapitels bildet die Beantwortung der Fragestellung. Ausserdem sind einzelne kritische Anmerkungen zu behandelten Themen dieser Bachelor-Thesis sowie weiterführende Fragen ersichtlich.

Diese Bachelor-Thesis widmet sich der Frage, inwiefern die Entwicklung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen durch sozialpädagogische Fachkräfte gefördert werden kann. Die Bachelor-Thesis beantwortet die Frage nur im Hinblick auf komplex traumatisierte Kinder und Jugendliche. Inwiefern Kinder und Jugendliche mit einem Typ-I-Trauma (siehe Kap. 2.5) unterstützt werden können, wird in dieser Bachelor-Thesis nicht klar beantwortet. Möglicherweise können gewisse Aspekte der Handlungsansätze auch bei Typ-I traumatisierten Kindern und Jugendlichen verwendet werden. Eine genaue Abklärung ist in dieser Bachelor-Thesis nicht vorhanden. Die Merkmale, die zu einer Intensivierung der Traumareaktion führen (siehe Kap. 2.7), weisen jedoch darauf hin, dass bei Typ-II-Traumatisierungen die Reaktionen und somit auch die Folgen dieser Traumata (siehe Kap. 2.9) im Vergleich zu Typ-I-Traumatisierungen stärker sind. Deshalb ist davon auszugehen, dass die Folgen eines chronischen Traumas im pädagogischen Alltag deutlich sichtbarer und diese Kinder und Jugendlichen auf Unterstützung und Interventionen der sozialpädagogischen Fachkräfte stärker angewiesen sind. Dennoch bleibt die Frage offen, inwiefern die Folgen einer Typ-I-Traumatisierung erkennbar sind und inwiefern Kinder und Jugendliche mit einer Typ-I-Traumatisierung in ihrer Entwicklung unterstützt werden können.

Die Fragestellung wird im Hinblick auf komplex traumatisierte Kinder und Jugendliche beantwortet. Insgesamt stellte sich heraus, dass die sozialpädagogischen Fachkräfte zur Förderung der Entwicklung von komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen weitreichendes Fachwissen benötigen. Dazu gehören unter anderem die Entwicklungsaufgaben von Kindern und Jugendlichen, die Reaktion des Gehirns auf Traumata, die Folgen

von komplexen Traumata sowie die individuellen Verarbeitungsmöglichkeiten. Aufgrund der individuellen Verarbeitungsmöglichkeiten (siehe Kap. 2.6) wurde ersichtlich, dass ein Trauma nicht von spezifischen Ereignissen abgeleitet werden kann. Verfügen die sozialpädagogischen Fachkräfte über Fachwissen bezüglich den Folgen von komplexen Traumata (siehe Kap. 2.9), können sie spezifische Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen als mögliche Folgen eines komplexen Traumas vermuten. Anschliessend sollen sozialpädagogische Fachkräfte daraus entwicklungsfördernde Interventionen ableiten. Sind diese im Bereich der Bindungsfähigkeit, der Selbstwirksamkeit oder des Umgangs mit dissoziativen Verhaltenssequenzen, können dafür die drei beschriebenen Handlungsansätze genutzt werden.

Die drei Handlungsansätze entstanden aus der Verbindung der pädagogischen Aufgaben (siehe Kap. 3.3.1) und den Folgen einer komplexen Traumatisierung (siehe Kap. 2.9). Diese Verbindung ist notwendig, damit die Entwicklungsförderung der komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen den allgemeinen sozialpädagogischen Aufgaben entspricht und zugleich die Folgen einer komplexen Traumatisierung beachtet. Hierbei ist anzumerken, dass die sozialpädagogischen Aufgaben hauptsächlich von den konstitutiven Prinzipien von Benner (2012) abgeleitet wurden. Wäre eine andere Theorie der allgemeinen Pädagogik verwendet worden, wären unter Umständen andere Handlungsansätze daraus entstanden. Der pädagogische Umgang mit komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen wird in dieser Bachelor-Thesis auf diese drei Handlungsansätze begrenzt, umfasst insgesamt jedoch ein deutlich breiteres Spektrum.

Die Förderung der Bindungssicherheit (siehe Kap. 4.1.1) hat sich als wesentliche Aufgabe für die begünstigende Entwicklung von komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen gezeigt. Denn sie stellt eine zentrale Entwicklungsaufgabe dar und ist zugleich die Voraussetzung für die beiden anderen Handlungsansätze. Dazu wurden gewisse Strukturen und Gegebenheiten von Seiten der Institution und von Seiten der sozialpädagogischen Fachkräfte im vierten Kapitel beschrieben. Diese werden nun mit kritischen Gedanken und weiterführenden Fragen ergänzt.

Die Interaktion der sozialpädagogischen Fachkräfte mit den Kindern und Jugendlichen sollte sich durch Feinfühligkeit und der Erzeugung von Resonanz auszeichnen. Zur Entwicklung einer sicheren Bindung benötigen Kinder und Jugendliche ausserdem Körperkontakt, welcher von den sozialpädagogischen Fachkräften gewährleistet werden soll. Vor dem Körperkontakt muss von der sozialpädagogischen Fachkraft unbedingt das Einverständnis des Kindes dazu eingeholt werden. Zur Förderung der Bindungssicherheit sind insbesondere die Präsenz der sozialpädagogischen Fachkraft sowie die Gewährleistung einer Beziehungskontinuität bedeutend. Dafür sind Strukturen nötig, die dem Kind die Präsenz der

sozialpädagogischen Fachkräfte transparent machen und im Besonderen dafür sorgen, dass sozialpädagogische Fachkräfte möglichst lange an diesem Arbeitsplatz bleiben. Hierbei stellt sich die gesellschaftspolitische Frage, ob die Entlohnung in diesem Setting ausreichend attraktiv gestaltet ist. Für eine höhere Entlohnung spricht, dass die stationäre Sozialpädagogik unter anderem aufgrund der hohen Anzahl traumatisierter Kinder und Jugendlicher sehr anspruchsvoll ist und die sozialpädagogische Fachkraft einige Kompetenzen mitbringen sollte (siehe Kap. 4.2.4). Ausserdem stellen sich die Fragen, inwiefern die Lohnunterschiede vom sozialpädagogischen zum sozialarbeiterischen Arbeitsbereich einerseits gerechtfertigt werden und andererseits diese zu einer höheren Fluktuation im stationären Setting beitragen.

Für die stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen ist empfehlenswert, dass diese möglichst attraktive institutionelle Rahmenbedingungen und Strukturen zur Verfügung stellen, sodass sozialpädagogische Fachkräfte über einen längeren Zeitraum in der Institution mitarbeiten. Beispielsweise die Ermöglichung eines längeren Urlaubs, sodass die sozialpädagogische Fachkraft sich von der intensiven sozialpädagogischen Arbeit erholen kann. Die sozialpädagogische Fachkraft sollte sich der Bedeutung der Beziehungskontinuität bewusst sein und sorgsam damit umgehen.

Gruppenwechsel und institutionelle Abbrüche sollten möglichst vermieden werden, da für das Kind jeder Abbruch von Beziehung einen Verlust darstellt. Hier stellt sich auch die Frage, inwiefern Kontaktabbrüche bei einem Austritt der Kinder und Jugendlichen sowie der sozialpädagogischen Fachkräfte aus der Institution verhindert werden können. Zur Förderung der Bindungssicherheit wird die Bezugspersonenarbeit empfohlen, welche durch regelmässige und verlässliche Einzelkontakte gewährleistet werden können. Wird die sozialpädagogische Fachkraft dadurch zur primären Bindungsperson der Kinder oder Jugendlichen, soll dies als positive Entwicklung betrachtet werden. Denn dies unterstützt die Kinder und Jugendlichen langfristig im Prozess der Selbststärkung, der Selbstbemächtigung und der Selbstfürsorge. Scherwath und Friedrich (2012, S. 91) sagen sogar, dass die positiven Bindungserfahrungen auf andere Bindungen übertragen werden können. In Bezug auf die Elternarbeit ergibt sich hierbei die Frage: Wäre es somit als positive Entwicklung zu betrachten, wenn die Kinder und Jugendlichen zur sozialpädagogischen Fachkraft eine stärkere Bindung entwickeln als zu ihren Eltern?

Der zweite Handlungsansatz beinhaltet die Förderung der Selbstwirksamkeit (siehe Kap. 4.1.2). Dabei sollen die Kinder und Jugendlichen im Selbstverstehen gefördert werden, wozu sich das Konzept des guten Grundes eignet. Den Kindern und Jugendlichen soll ausserdem Wissen bezüglich Traumata altersgemäss zur Verfügung gestellt werden. Dazu benötigen sozialpädagogische Fachkräfte Fachwissen hinsichtlich Traumata und deren Folgen. Dieses sollte vermehrt in Weiterbildungen und Ausbildungsstätten weitergegeben werden. Dafür

wären auch politische Rahmenbedingungen förderlich, die die Finanzierung von regelmässigen Weiterbildungen der sozialpädagogischen Fachkräfte unterstützen. Die Politik sollte an der Professionalität dieser Fachkräfte hohes Interesse haben, da die Entwicklungsförderung der traumatisierten Kindern und Jugendlichen längerfristig zu Kosteneinsparungen führt.

Zur Steigerung der Selbstwahrnehmung der Kinder und Jugendlichen sind die Unterscheidung von Körperempfindungen und Emotionen notwendig sowie die Benennung und Validierung der Emotionen im Alltag. Auf der strukturellen Ebene wird die Einrichtung eines Gefühlsraumes empfohlen. Für das Erlernen einer ausreichenden Selbstregulation ist das Kind auf einen Austausch mit einer feinfühligem Bezugsperson angewiesen. Dabei soll das Kind lernen, stressreiche Situationen wahrzunehmen und rechtzeitig sowie adäquat darauf zu reagieren. Zur Förderung der Körperwahrnehmung werden die Begünstigung der Körperfürsorge, ausreichende und passende Körperbewegungen sowie eine vielseitige Anregung der Sinne empfohlen. Die Wohnraumgestaltung sowie die Umgebung der Einrichtungen sollten diese Aspekte beachten und förderliche Bedingungen dafür schaffen. Die Erfahrung von Selbstwirksamkeit muss ausserdem durch Partizipation im pädagogischen Alltag erlebbar sein.

Bei der dritten Umsetzungsmöglichkeit sollen Kinder und Jugendliche unterstützt werden, einen Umgang mit dissoziativen Verhaltenssequenzen zu lernen, welcher für sie längerfristig nützlich ist (siehe Kap. 4.1.3). Dafür benötigen sozialpädagogische Fachkräfte ein pädagogisch-diagnostisches Fallverstehen, welches unter anderem auch in Ausbildungen vermittelt werden sollte. Die Minimierung der dissoziativen Verhaltenssequenzen ist ein wichtiger Faktor im Umgang mit der Dissoziation. Hierbei sollte unbedingt beachtet werden, dass die Dissoziation bei einer Traumatisierung eine wichtige Bewältigungsstrategie ist. Deshalb muss bei der Minimierung der Dissoziation vorausgesetzt sein, dass kein Kontakt mit der Täterschaft besteht oder dieser in einem soweit wie möglich geschützten Rahmen stattfinden kann. Hier stellt sich die weiterführende Frage, inwiefern die Elternarbeit bei komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen gestaltet werden soll, wenn die Eltern als mögliche Täterschaft vermutet werden oder als diese ersichtlich ist.

Die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen kann dadurch gefördert werden, wenn die Kinder und Jugendlichen lernen, die störungswertigen dissoziativen Zustände selbstständig zu unterbrechen. Gelingt ihnen dies noch nicht, kann die sozialpädagogische Fachkraft dem Kind dabei Unterstützung anbieten.

Die förderlichen Rahmenbedingungen zur Umsetzung der Handlungsansätze sind sehr weitreichend und vielfältig. Ausserdem nehmen sie eine zentrale Rolle dabei ein, ob und inwiefern die sozialpädagogischen Fachkräfte die Handlungsansätze verwirklichen können.

Hierbei ist insbesondere der Bedarf einer intensiveren interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Therapie und Sozialpädagogik hervorzuheben. Dadurch könnte das spezifische Wissen und die Ressourcen der unterschiedlichen Disziplinen gemeinsam besser genutzt, mögliche stationäre Unterbringungen in Psychatrien verhindert und institutionelle Abbrüche eher vermieden werden. Aus diesen Aspekten wird ersichtlich, dass eine förderliche Zusammenarbeit zwischen Therapie und Sozialpädagogik die Entwicklung von komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen begünstigt.

Vertretende der Traumapädagogik benennen die Traumapädagogik als eine neue Fachrichtung. Dies ist kritisch zu hinterfragen, da die Grundstrukturen der Traumapädagogik sich zum einen mit der allgemeinen Sozialpädagogik stark überschneiden. Zum anderen sollte die Sozialpädagogik nicht spezifisch auf traumatisierte Kinder und Jugendliche ausgerichtet sein. Begrüßenswert ist, wenn die sozialpädagogischen Fachkräfte betreffend Traumata und deren Folgen sensibilisiert sind, diese adäquat wahrnehmen und pädagogische Handlungsansätze dazu kennen und umsetzen können.

Der Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen innerhalb des ambulanten Bereichs sowie des Pflegekinderwesens wird in dieser Arbeit nicht thematisiert. Die Gegenüberstellung der Chancen und Risiken der Platzierung von komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen in eine Pflegefamilie oder in eine stationäre Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung wäre eine weitere spannende Aufgabe. Dieser Vergleich könnte zudem auf die ambulanten Hilfestellungen ausgeweitet werden.

Aufgrund des Ausbaus der ambulanten Hilfen ist mit einer erhöhten Anzahl komplex traumatisierter Kinder und Jugendlicher in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen zu rechnen. Deshalb ist davon auszugehen, dass der Inhalt dieser Bachelor-Thesis auch in naher Zukunft die sozialpädagogischen Fachkräfte in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen beschäftigen wird.

6 Literatur- und Quellenverzeichnis

- Backjack. (2011). *Bataka Encounter-Bag* [Website]. Abgerufen von <http://www.bataka.de>
- Baierl, Martin. (2008). *Herausforderung Alltag: Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bauer, Joachim. (2006). *Das Gedächtnis des Körpers* (6. Aufl.). München: Piper.
- Benner, Dietrich. (2012). *Allgemeine Pädagogik: Eine systematisch-problemgeschichtliche Einführung in die Grundstruktur pädagogischen Denkens und Handelns* (7. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Besier, Tanja, Fegert Jörg M. & Goldbeck Lutz. (2009). Evaluation of psychiatric liaison services for adolescents in residential group homes. *European Psychiatry*, 24(7), 483-489.
- Brisch, Karl Heinz. (2013). "Schütze mich, damit ich mich finde": Bindungspädagogik und Neuerfahrung nach Traumata. In Jacob Bausum, Jacob Lutz, Ulrich Besser, Martin Kühn & Wilma Weiss (Hrsg.), *Traumapädagogik: Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (3. Aufl., S. 150-166). Weinheim: Beltz Juventa.
- Bründler, Paul, Bürgisser, Daniel, Lämmli, Dominique & Bornand, Jilline. (2004). *Einführung in die Psychologie und Pädagogik: Lerntext, Aufgaben mit kommentierten Lösungen und Glossar*. Zürich: Compendio Bildungsmedien.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik. (2011). *Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Positionspapier der BAG Traumapädagogik* [PDF]. Abgerufen von <http://www.bag-traumapaedagogik.de/index.php/standards.html>
- Bundesamt für Gesundheit. (n.d.). *Merkmale der Kinder- und Jugendgesundheit: Definitionen* [Website]. Abgerufen von <http://www.bag.admin.ch/jugendprogramme/10038/10039/index.html?lang=de>
- Bundschuh, Eva & Picard, Eva. (2013). "Dich habe ich angezündet, leider verbrennst Du jetzt.": Ausdrucksmalen als Beitrag zur Bebilderung traumatischer Lebensumstände. In Jacob Bausum, Jacob Lutz, Ulrich Besser, Martin Kühn & Wilma Weiss (Hrsg.), *Traumapädagogik: Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (3. Aufl., S. 199-207). Weinheim: Beltz Juventa.

- Burns, Barbara J., Phillips, Susan D., Wagner, Henry-Ryan, Barth, Richard, Kolko, David, Campbell, Yvonne & Landsverk, John. (2004). Mental Health Need and access to Mental Health Services by Youth Involved with Child Welfare: A National Survey. *Journal of the American academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 960–970.
- Colvert, Emma, Rutter, Michael, Beckett, Celia, Castle, Jenny, Groothues, Christine, Hawkins, Amanda, Kreppner, Jana, O'Connor, Thomas, Stevens, Suzanne & Sonuga-Barke, Edmund. (2008). Emotional difficulties in early adolescence following severe early deprivation: Findings from the English and Romanian adoptees study. *Development and Psychopathology*, 20(2), 547 – 567.
- Crittenden, Patricia McKinsey. (1985). Maltreated infants: Vulnerability and resilience. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 26(1), 85 – 96.
- Crittenden, Patricia McKinsey. (1992). Quality of attachment in the preschool years. *Development and Psychopathology*, 4(2), 209 – 241.
- Croos-Müller, Claudia. (2011). *Kopfhoch - Das kleine Überlebensbuch: Soforthilfe bei Stress, Ärger und anderen Durchhängern*. München: Kösel.
- Dörr, Margret. (2013). Das Ethos des sozialen Ortes "Heim" und die Haltung von Pädagoginnen: Eine notwendige und doch störbare Einheit. In Birgit Lang, Claudia Schirmer, Thomas Lang, Ingeborg Andrea de Hair, Thomas Wahle, Jacob Bausum, Wilma Weiss & Marc Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 14-28). Weinheim: Beltz Juventa.
- Erikson, Erik Homburger. (2005). *Kindheit und Gesellschaft* (14. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta. (Original 1950)
- Fischer, Gottfried & Riedesser, Peter. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: UTB Ernst Reinhardt.
- Freie Universität Berlin. (n.d.). *Entwicklungspsychopathologie* [Website]. Abgerufen von <http://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/entwicklungswissenschaft/epp/index.html>
- Friedrich, Esther Kamala. (2014). Dissoziation und Multiplizität. In Wilma Weiss, Esther Kamala Friedrich, Eva Picard & Ulrike Ding, *"Als wär ich ein Geist der auf mich runter schaut": Dissoziation und Traumapädagogik* (S. 13-59). Weinheim: Beltz Juventa.

- Friedrich, Esther Kamala & Weiss, Wilma. (2014). Wege und Möglichkeit der Diagnostik der Dissoziation in der Traumapädagogik. In Wilma Weiss, Esther Kamala Friedrich, Eva Picard & Ulrike Ding, *"Als wär ich ein Geist der auf mich runter schaut": Dissoziation und Traumapädagogik* (S. 60-76). Weinheim: Beltz Juventa.
- Gadow, Tina, Peucker, Christian, Pluto, Liane, van Santen, Eric & Seckinger, Mike. (2013). *Wie geht's der Kinder- und Jugendhilfe?: Empirische Befunde und Analysen*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Gahleitner, Silke Birgitta. (2012). *Das Therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen: Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen* (2. Aufl.). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Gahleitner, Silke Birgitta. (2013). Traumapädagogische Konzepte in der Kinder- und Jugendhilfe: Weshalb? - Wie? - Wozu?. In Birgit Lang, Claudia Schirmer, Thomas Lang, Ingeborg Andrea de Hair, Thomas Wahle, Jacob Bausum, Wilma Weiss & Marc Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 45-51). Weinheim: Beltz Juventa.
- Gahleitner, Silke Birgitta & Schleiffer, Roland. (2010). Bindung und Trauma. In Silke Birgitta Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit: Gefährdete Kindheit - Risiko, Resilienz und Hilfen* (S. 28-37). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Gahleitner, Silke Birgitta, Loch, Ulrike & Schulze, Heidrun. (2012). Psychosoziale Traumatologie: eine Annäherung. In Heidrun Schulze, Ulrike Loch & Silke Birgitta Gahleitner (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen: Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie* (S. 6-53). Baltmannsweiler: Schneider.
- Grimme, Lars & Hornbogen, Constance. (2012). Traumapädagogische Arbeit in einer therapeutischen Wohngruppe: Konzeptionelle Schwerpunkte und eine Falldarstellung. *Soziale Arbeit*, 4, 131-137.
- Häfeli, Christoph. (2005). *Wegleitung für vormundschaftliche Organe* (4. Aufl.). Zürich: Kantonale Drucksachen- und Materialzentrale.
- Halper, Michaela & Orville, Petra. (2013). Traumapädagogik und Traumatherapie. In Jacob Bausum, Jacob Lutz, Ulrich Besser, Martin Kühn & Wilma Weiss (Hrsg.), *Traumapädagogik: Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (3. Aufl., S. 105-113). Weinheim: Beltz Juventa.

- Hantke, Lydia & Görge, Hans-Joachim. (2012). *Handbuch Traumakompetenz: Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik*. Paderborn: Junfermann.
- Heidemann, Wilhelm & Greving, Heinrich. (2011). *Praxisfeld Heimerziehung: Lehrbuch für sozialpädagogische Berufe*. Köln: Bildungsverlag EINS.
- Hepp, Urs. (2012). Trauma und Resilienz: Nicht jedes Trauma traumatisiert. In Rosmarie Welter-Enderlin & Bruno Hildenbrand (Hrsg.). *Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände* (4. Aufl., S. 139-157). Heidelberg: Carl-Auer.
- Herman, Judith. (1993). *Die Narben der Gewalt: Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden* (Verena Koch & Renate Weitbrecht, Übers.). München: Kindler.
- Hobmair, Hermann (Hrsg.), Altenthan, Sophia, Betscher-Ott, Sylvia, Gotthardt, Wilfried, Höhle, Reiner, Ott, Wilhelm, Pöll, Rosemarie & Schneider, Karl-Heinz. (2008). *Psychologie* (4. Auflage). Troisdorf: Bildungsverlag EINS.
- Huber, Michaela. (2003a). *Trauma und die Folgen: Trauma und Traumabehandlung 1*. Paderborn: Junfermann.
- Huber, Michaela. (2003b). *Wege der Traumabehandlung: Trauma und Traumabehandlung, Teil 2*. Paderborn: Junfermann.
- Huber, Michaela. (2011). *Viele sein. Ein Handbuch: Komplextrauma und dissoziative Identität - verstehen, verändern, behandeln*. Paderborn: Junfermann.
- Infosystem Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. (2012). *Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland* [PPT]. Abgerufen von <http://www.kinder-jugendhilfe.info/wai1/showcontent.asp?ThemaID=5002>
- Justiz-, Gemeinde- und Kirchendirektion des Kantons Bern. (n.d.). *Kinder- und Jugendheime* [Website]. Abgerufen von http://www.jgk.be.ch/jgk/de/index/kindes_erwachsenenschutz/kinder_jugendhilfe/kinder_jugendheime.html
- Krautkrämer-Oberhoff, Maria & Haaser, Kristof. (2013). Traumapädagogik und Jugendhilfe: Eine Institution macht sich auf den Weg - Werkstattbericht. In Jacob Bausum, Jacob Lutz, Ulrich Besser, Martin Kühn & Wilma Weiss (Hrsg.), *Traumapädagogik: Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (3. Aufl., S. 68-90). Weinheim: Beltz Juventa.
- Krüger, Andreas & Reddemann, Luise. (2007). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie für Kinder und Jugendliche: PITT-Kid. Das Manual*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Kühn, Martin. (2013). Traumapädagogik und Partizipation: Zur entwicklungslogischen, fördernden und heilenden Wirksamkeit von Beteiligung in der Kinder- und Jugendhilfe. In Jacob Bausum, Jacob Lutz, Ulrich Besser, Martin Kühn & Wilma Weiss (Hrsg.), *Traumapädagogik: Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (3. Aufl., S. 138-148). Weinheim: Beltz Juventa.
- Lang, Birgit, Wiesinger, Detlev & Schmid, Marc. (2009). Das traumapädagogische Konzept der Wohngruppe "Greccio" in der Umsetzung. *Trauma & Gewalt*, 3(2), 106-1163.
- Lattschar, Birgit & Wiemann, Irmela. (2008). *Mädchen und Jungen entdecken ihre Geschichte: Grundlagen und Praxis der Biografiearbeit*. Weinheim: Juventa.
- Leitner, Anton. (2010). *Handbuch der Integrativen Therapie*. Wien: Springer.
- Lemke, Jürgen. (2006). *Sekundäre Traumatisierung: Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung*. Heidelberg: Asanger.
- Liu, Jianghong, Raine, Adrian, Venables, Peter H. & Mednick, Sarnoff. (2004). Malnutrition at age 3 years and externalizing behavior problems at ages 8, 11, and 17 years. *American Journal of Psychiatry*, 161(11), 2005 – 2013.
- Loch, Ulrike. (2012). Professionelle Beziehungen gestalten mit AdressatInnen nach traumatischen Erfahrungen. In Heidrun Schulze, Ulrike Loch & Silke Birgitta Gahleitner (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen: Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie* (S. 151-165). Baltmannsweiler: Schneider.
- Löffel, Heike & Manske, Christa. (1996). *Ein Dino zeigt Gefühle (1)*. Köln: Mebes und Noack.
- Luthar, Suniya. (2003). *Resilience and Vulnerability*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Meltzer, Howard, Lader, Deborah, Corbin, Tania, Goodman, Robert & Ford, Tamsin. (2003). *The mental health of young people looked by the authorities in Scotland: National Statistics Report*. Norwich: St Clements House.
- Mösch Payot, Peter, Schleicher, Johannes & Häfeli, Christoph. (2013). Die Person und ihr staatlicher Schutz. In Peter Mösch Payot, Johannes Schleicher & Marianne Schwander (Hrsg.), *Recht für die Soziale Arbeit: Grundlagen und ausgewählte Aspekte* (3. Aufl., S. 217-321). Bern: Haupt.

- Muller, Robert, Sicoli, Lisa & Lemieux, Kathryn. (2000). Relationship between attachment style and posttraumatic stress symptomatology among adults who report the experience of childhood abuse. *Journal of Traumatic Stress, 13*(2), 321 – 332.
- Muller, Robert, Lemieux, Kathryn & Sicoli, Lisa. (2001). Attachment and psychopathology among formerly maltreated adults. *Journal of Family Violence, 16*(2), 151 – 169.
- O'Connor, Thomas. G. & Rutter, Michael. (2000). Attachment disorder behavior following early severe deprivation: extension and longitudinal follow-up. English and Romanian Adoptees Study Team. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*(6), 703 – 712.
- Overkamp, Bettina. (2002). Erfolgreiche Diagnostik dissoziativer Symptome und Störungen. In Ulrich Sachsse, Ibrahim Özkan & Annette Streeck-Fischer (Hrsg.), *Traumatherapie – Was ist erfolgreich?* (S. 13 – 27). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rousseau, Jean-Jacques. (1979). *Emile oder Von der Erziehung*. München: Artemis und Winkler. (Original 1762)
- Rutter, Michael, Colvert, Emma, Kreppner, Jana, Beckett, Celia, Castle, Jenny, Groothues, Christine, Hawkins, Amanda, O'Connor, Thomas, Stevens, Suzanne & Sonuga-Barke, Edmund. (2007). Early adolescent outcomes for institutionally deprived and non-deprived adoptees. I: disinhibited attachment. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 48*(1), 17 – 30.
- Ryan, Toni & Walker, Rodger. (2003). *Wo gehöre ich hin?: Biografiearbeit mit Kindern und Jugendlichen* (korr. 2. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Sack, Martin. (2000). Die Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen. In Friedhelm Lamprecht (Hrsg.), *Praxis der Traumatherapie: Was kann EMDR leisten?* (2. Aufl., S. 63-113). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Scherwath, Corinne & Friedrich, Sibylle. (2012). *Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung*. München: Ernst Reinhardt.
- Scheuerer-Englisch, Hermann. (1998). Auswirkungen traumatischer Erfahrungen auf das Bindungs- und Beziehungsverhalten. In Stiftung Zum Wohl des Pflegekinds (Hrsg.). *1. Jahrbuch des Pflegekinderwesens: Themenheft Traumatische Erfahrungen* (S. 66-84). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Schmid, Marc. (2007). *Psychische Gesundheit von Heimkindern: Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*. Weinheim: Juventa.

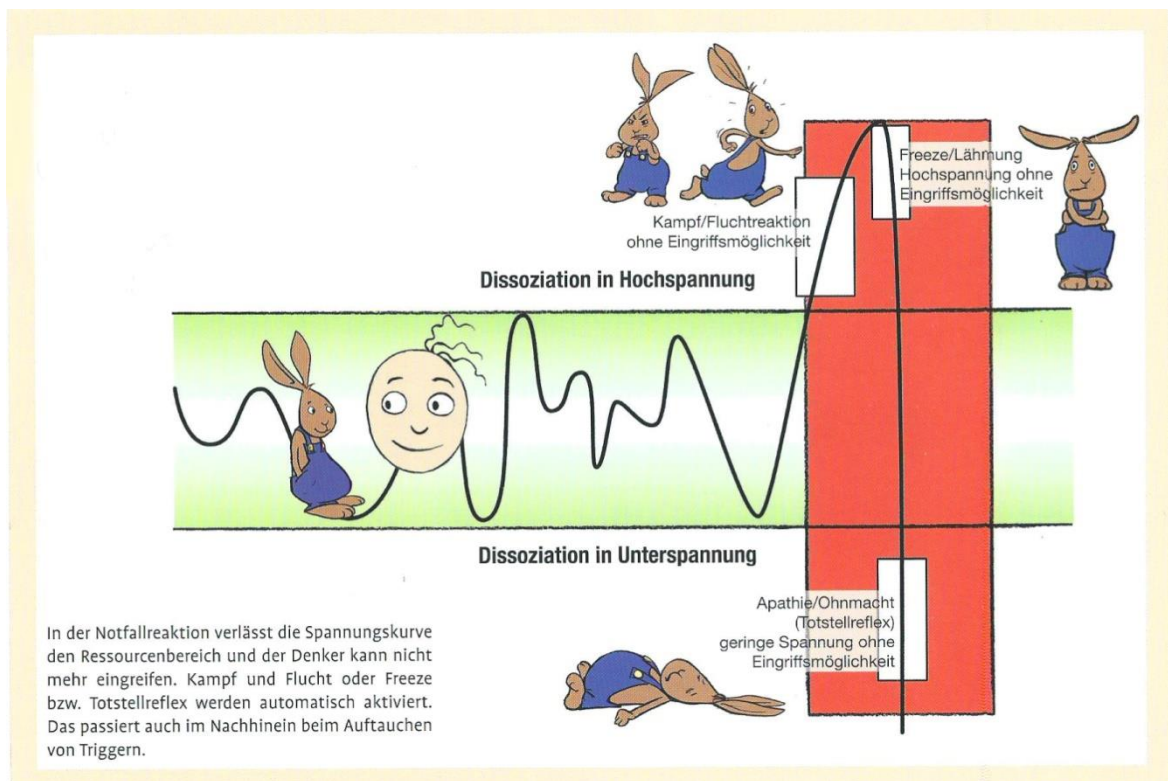
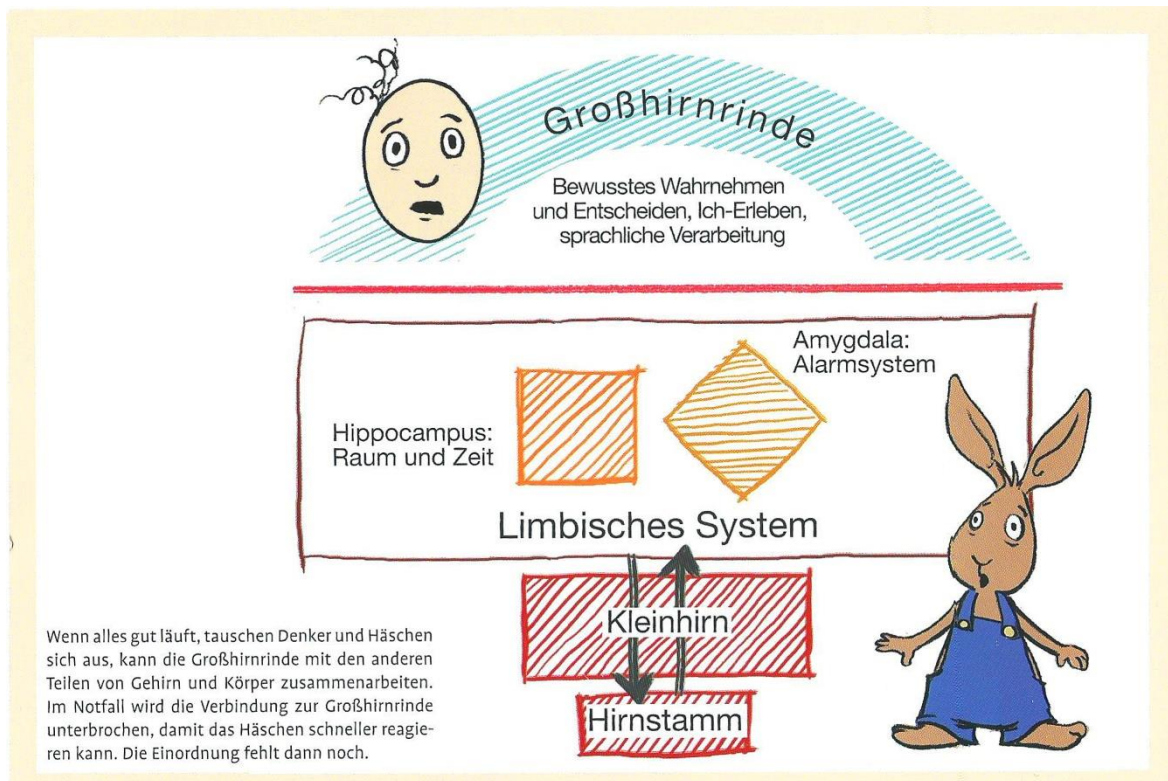
- Schmid, Marc. (2008). Entwicklungspsychopathologische Grundlagen einer Traumapädagogik. *Trauma & Gewalt*, 2(4), 288-309.
- Schmid, Marc. (2010). Psychisch belastete Heimkinder - eine besondere Herausforderung für die Schnittstelle zwischen Klinischer Sozialarbeit und Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie. In Silke Birgitta Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit: Gefährdete Kindheit - Risiko, Resilienz und Hilfen* (S. 113-119). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Schmid, Marc. (2012). Forschung an der Schnittstelle von Psychiatrie und Sozialpädagogik aus medizinisch-psychologischer Perspektive. In Marc Schmid, Michael Tetzner, Katharina Rensch & Susanne Schlüter-Müller (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 110-127). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmid, Marc, Wiesinger, Detlev, Lang, Birgit, Jaskowic, Karol & Fegert, Jörg Michael. (2007). Brauchen wir eine Traumapädagogik?: Ein Plädoyer für die Entwicklung und Evaluation von traumapädagogischen Handlungskonzepten in der stationären Jugendhilfe. *Kontext*, 38(4), 330-357.
- Schmid, Marc, Lang, Birgit, Gahleitner Silke Birgitta, Weiss, Wilma & Kühn, Martin. (2010). Trauma - ein psychosoziales Geschehen: Die Bedeutung traumapädagogischer Konzepte für die stationäre Kinder- und Jugendhilfe. In Silke Birgitta Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit: Gefährdete Kindheit - Risiko, Resilienz und Hilfen* (S. 238-247). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Schmid, Marc, Schröder, Martin & Jenkel, Nils. (2012). Traumatisierte Kinder zwischen Psychotherapie und stationärer Jugendhilfe - gemeinsame Falldefinition und Hilfeplanung anhand von EQUALS. In Silke Birgitta Gahleitner & Hans Günther Homfeldt (Hrsg.), *Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf: Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste* (S. 133-158). Weinheim: Beltz Juventa.
- Schmid, Marc, Kölch, Michael, Fegert, Jörg & Schreck, Klaus. (2012). *Abschlussbericht für den Fachausschuss für die Modellversuche und das Bundesamt für Justiz: Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse des Modellversuchs Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen* [PDF]. Abgerufen von https://www.bj.admin.ch//content/bj/de/home/themen/sicherheit/straf-_und_massnahmenvollzug/modellversuche/evaluationsberichte.html
- Stamm, Beth. (2002). *Sekundäre Traumastörungen*. Paderborn: Junfermann.

- Streeck-Fischer, Annette. (2006). *Trauma und Entwicklung: Frühe Traumatisierungen und ihre Folgen in der Adoleszenz*. Stuttgart: Schattauer.
- Terr, Lenore. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20.
- Terr, Lenore. (1995). Childhood traumas: an outline and overview. In Georg S. Everly & Jeffrey M. Lating (Hrsg.), *Psychotraumatology: Key Papers and Core Concepts in Post-Traumatic Stress* (S. 301-319). New York: Springer.
- Universität Duisburg-Essen. (n.d.). *ETI, ETI-KJ Trauma-Inventare: Als Selbsteinschätzung und Interview* [Website]. Abgerufen von <https://www.uni-due.de/rke-pp/EssenerTraumaInventarETI.shtmlv>
- Van Ijzendoorn, Marinus. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117(3), 387 – 403.
- Van Ijzendoorn, Marinus & Bakermans-Kranenburg, Marian. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: a meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64(1), 8 – 21.
- Van Ijzendoorn, Marinus, Schuengel, Carlo & Bakermans-Kranenburg, Marian. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11(2), 225 – 249.
- Welter-Enderlin, Rosmarie & Hildenbrand, Bruno. (2012). *Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände* (4. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer.
- Weiss, Wilma. (2011). *Philipp sucht sein Ich: Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen* (6. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Weiss, Wilma. (2013a). Selbstbemächtigung - ein Kernstück der Traumapädagogik. In Jacob Bausum, Jacob Lutz, Ulrich Besser, Martin Kühn & Wilma Weiss (Hrsg.), *Traumapädagogik: Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (3. Aufl., S. 167-181). Weinheim: Beltz Juventa.
- Weiss, Wilma. (2013b). Selbstbemächtigung/Selbstwirksamkeit - ein traumapädagogischer Beitrag zur Traumaheilung. In Birgit Lang, Claudia Schirmer, Thomas Lang, Ingeborg Andrea de Hair, Thomas Wahle, Jacob Bausum, Wilma Weiss & Marc Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine*

- Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 145-156). Weinheim: Beltz Juventa.
- Weiss, Wilma. (2013c). Traumapädagogik - Geschichte, Entstehung und Bezüge. In Birgit Lang, Claudia Schirmer, Thomas Lang, Ingeborg Andrea de Hair, Thomas Wahle, Jacob Bausum, Wilma Weiss & Marc Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 32-41). Weinheim: Beltz Juventa.
- Weiss, Wilma. (2014). Möglichkeiten der Traumapädagogik zur Regulation und Selbstregulation störungswertiger dissoziativer Zustände. In Wilma Weiss, Esther Kamala Friedrich, Eva Picard & Ulrike Ding, *"Als wär ich ein Geist der auf mich runter schaut": Dissoziation und Traumapädagogik* (S. 97-165). Weinheim: Beltz Juventa.
- Weiss, Wilma, Friedrich, Esther Kamala, Picard, Eva & Ding, Ulrike. (2014). *"Als wär ich ein Geist der auf mich runter schaut": Dissoziation und Traumapädagogik*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Wettig, Jürgen. (2010). Neurobiologie der frühkindlichen Traumatisierung. In Silke Birgitta Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit: Gefährdete Kindheit - Risiko, Resilienz und Hilfen* (S. 20-27). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Zentrum für Traumapädagogik. (2013a). *Die Ampelrunde* [Website]. Abgerufen von <http://ztp.welle.net/infomaterial/theorie-und-praxis/die-ampelrunde/>
- Zentrum für Traumapädagogik. (2013b). *Arbeit an der Selbstwahrnehmung* [Website]. Abgerufen von <http://ztp.welle.net/infomaterial/theorie-und-praxis/arbeit-an-der-selbstwahrnehmung/>

7 Anhang

A Darstellungen Gehirn und Dissoziation (Hantke & Görge, 2012)



B Achtsamkeitstraining (Huber, 2011, S. 218-220)

Mit traumatisierten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die oft wenig Geduld haben und oft auch noch hyperaktiv sind, habe ich kleine Übungen entwickelt, die jeweils nur wenige Sekunden oder Minuten dauern:

- Die Schürsenkel im Zeitlupentempo zubinden.
- Die Bewegungen mit der Zahnbürste beim Zähneputzen um die Hälfte reduzieren.
- Beim Wäscheaufhängen oder Zusammenfalten alle Konzentration nur auf diese Bewegungen richten, alle anderen Gedanken vorbeiziehen lassen.
- Pantomime (am besten in einer Theatergruppe oder in der Therapiestunde!): Einen Mantel anziehen. Sich aus einer Flasche ein Glas Wasser eingießen. Mit dem Schlüssel eine Tür auf- und hinter sich wieder abschließen. Etc.
- Im Stehen „pendeln“: Von einem Fuß auf den anderen, den Körper relativ gerade lassen.
- Jonglier- und Auffang-Übungen.
- Von 100 in Siebener-Schritten rückwärts zählen.
- Alle Gegenstände einer Farbe im Raum aufzählen.

- Sich darauf konzentrieren, dem Menschen, mit dem man im Gespräch ist, etwas Freundliches zu sagen.
- Ausgewählte Qi-Gong-Übungen machen.
- Ausgewählte Tai-Chi-Übungen machen.
- Sich darauf konzentrieren, welche Temperatur gerade in der linken Kniekehle herrscht (kalt, lauwarm, warm, heiß?).
- Die Gedanken, die man gerade denkt, zählen, statt auf sie zu hören. (Wie viele in einer Minute? Schafft man es, in der nächsten Minute die Zahl zu senken, bis auf vielleicht einen oder zwei in der dritten oder vierten Minute?)
- 5-4-3-2-1-Übung: 5 Dinge, die man sieht, 5 Geräusche, die man hört; 4 Dinge, die man sieht, 4 Geräusche, die man hört ..., bis auf nur ein Ding und ein Geräusch.
- Sich darauf konzentrieren, einen Gegenstand so lange anzuschauen, bis sich plötzlich die Wahrnehmung verändert und der Gegenstand sehr viel plastischer, deutlicher zu sehen ist; diese plastische Wahrnehmung genau notieren.
- Einen Kaugummi genau so lange kauen, bis der Geschmack weg ist (bis man die erste Blase machen kann). Dann ausspucken.
- Versuchen, an der Wand nichts weiter zu sehen als das graue Rechteck, da, wo man gerade das Bild von der Wand genommen hat. (Mit zehn Sekunden anfangen, dann weiter steigern, Handy-Wecker stellen.)
- Sich auf einem Stuhl anlehnen. Abwechselnd sich nur darauf konzentrieren, dass sich beim Atmen vorne der Oberkörper hebt und senkt – oder hinten im Rücken sich die Muskeln seitwärts bewegen. Dann eine Minute dies, eine Minute das; zwei Minuten ...
- Bei Mädchen (immer mehr Jungs können das auch!): Die eigenen Parfums jeweils auf ein Stück Karton sprühen. Dann die Kartons mit den Geruchsproben mischen. Danach einen Karton ziehen und versuchen herauszufinden, welches Parfum es ist; es dann mit dem Original vergleichen.
- Auf dem Nachhauseweg die Zahl der unterschiedlichen Bodenbeläge notieren. Beim nächsten Mal jeweils die Schrittfolge oder die Art zu gehen ändern, wenn sich der Bodenbelag ändert.
- Etwas einzeln essen: einen Apfel, eine Pflaume, Rosine, Mandel, Nuss, Mandarine etc. Solange kauen, bis sich die Geschmackswahrnehmung deutlich ändert, erst dann herunterschlucken.
- Ganz allmählich (dauert ein, zwei Wochen) immer weniger Zucker in ein Getränk tun (oder es mit Wasser verdünnen), bis man es „gerade eben noch trinken kann“. Danach erscheinen einem die Getränke, die man früher „normal“ fand, unendlich süß. Warum wohl?
- Jeden Tag mindestens einmal um den Block gehen und beim Heimkommen eine – und wirklich nur eine, die wichtigste! – Sache notieren oder malen, die einem aufgefallen ist.

- Eine selbstberuhigende Geste (er-)finden und sie gelegentlich machen. (Über die rechte Augenbraue streichen heißt: „Egal was die anderen sagen, ich bin ganz in Ordnung“, als Beispiel.)
- Einen Gegenstand „eichen“, wenn man sich ruhig und gelassen fühlt, den man sonst erst mal nicht anfasst (neu gekauften Ring oder Kettenanhänger z. B.). Später kann der Gegenstand als „kinästhetischer Anker“ dabei helfen, sich wieder ruhiger zu fühlen, wenn man unruhig ist.

Dies sind nur einige Beispiele, es gibt natürlich unendlich viele Möglichkeiten, sich selbst bzw. gemeinsam mit einem Kind, Jugendlichen oder Erwachsenen recht einfache Übungen auszudenken, die Achtsamkeit fördern. Man könnte sie auch „Anti-Dissoziations-Übungen“ nennen.

C Die Ampelrunde (Zentrum für Traumapädagogik, 2013b)

Eine gruppenpädagogische Methode in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen

Was ist die Ampelrunde?

Die Ampelrunde ist eine täglich stattfindende Reflexions- und Feedbackrunde. Es ist eine gruppenpädagogische Methode, in der Kinder und Jugendliche lernen können,

- ihr eigenes Verhalten zu reflektieren und einzuordnen,
- über ihr Verhalten zu sprechen,
- Kritik annehmen zu können,
- Lob annehmen zu können,
- anderen zuzuhören,
- und andere ausreden zu lassen.

Sie lernen sich mit dem Verhalten anderer auseinander zu setzen und anderen Kindern und Jugendlichen ihrer Gruppe eine kritische und positive Rückmeldung zu geben.

Wie ist der Ablauf der Ampelrunde?

Alle Kinder und Jugendliche setzen sich mit den BetreuerInnen im Dienst an einen Tisch. Ein Kind beginnt sein Verhalten des Tages zu reflektieren. Einzelne Situationen werden den Farben der Ampel zugeordnet:

Rot: Das war nicht akzeptabel / Hier habe ich gegen eine Regel verstoßen

„Ich fand es rot von mir, dass ich heute morgen im Bus den Oliver geschlagen habe, weil ich so wütend auf ihn war.“

Gelb: Hier muss ich aufpassen / Das kann ich besser

„Es war gelb von mir, dass ich mich so aufgeregt habe, als die Johanna gesagt hat, sie möchte jetzt mal alleine sein.“

Grün: Das ist mir gut gelungen / Das habe ich gut gemacht

„Ich fand es grün von mir, dass ich heute wieder so gut beim Kochen geholfen habe.“

Hat das Kind die Selbstreflexion seines Tages beendet, geben die anderen Kinder und Jugendlichen der Gruppe, der Reihe nach dem Kind ein Feedback zu seinem Verhalten an diesem Tag. Auch sie orientieren sich an den Farben der Ampel.

„Ich fand es rot, dass du den Oliver geschlagen hast und noch getreten hast, als die Betreuer nicht geguckt haben.“

„Ich finde es gelb, wenn du mich immer provoziert, wenn du aus der Schule kommst.“

„Es ist grün, dass du immer so gute Ideen hast was wir nachmittags machen können, sonst wäre es in unserer Gruppe manchmal so langweilig.“

Zum Schluss geben die BetreuerInnen im Dienst dem Kind eine Rückmeldung zu einzelnen Situationen des Tages. Auf die gleiche Weise geben nacheinander alle Kinder und Jugendlichen der Gruppe eine Selbstreflexion von sich ab und erhalten von den anderen Gruppenmitgliedern und den BetreuerInnen ein Feedback über das eigene Verhalten an diesem Tag. Die Dauer der Ampelrunde ist abhängig von der Größe der Gruppe und der Gruppensituation. Eine Ampelrunde kann in 20 Minuten beendet sein, aber auch bis zu einer Stunde dauern.

Was bewirkt die Ampelrunde?

Durch die täglich stattfindenden Ampelrunden lernen die Kinder und Jugendlichen vor allem ihr eigenes Verhalten zu reflektieren. Sie müssen sich mit ihrem Verhalten auseinandersetzen und sich überlegen, wie sie einzelne Situationen des Tages in akzeptables bzw. nicht akzeptables Verhalten einordnen. Fehleinschätzungen werden in der Ampelrunde nicht nur von den BetreuerInnen aufgedeckt und korrigiert, sondern vor allem auch von den Kindern und Jugendlichen der Gruppe. Eine immer wieder bestätigte Erkenntnis der Kleingruppenforschung ist, dass Botschaften, die Kinder oder Jugendliche von Mitgliedern ihrer Peergroup erhalten, wesentlich bedeutsamer sind als Botschaften, die sie von PädagogInnen oder Elternfiguren erhalten.

Die Rückmeldungen der anderen Kinder und Jugendlichen haben einen sehr hohen Stellenwert für die Kinder, da sie von Gleichaltrigen und Gleichgestellten kommen und so auch einfacher anzunehmen sind. Die Kinder und Jugendlichen lernen neben dem Geben und Empfangen von Feedback, auch eigene Gefühle und Meinungen zu verbalisieren. Sie können Selbstkritik üben und den Rahmen der Ampelrunde nutzen, um sich bei anderen Gruppenmitgliedern für abwertendes, übergriffiges oder gewalttätiges Verhalten zu entschuldigen.

Sie haben hier aber auch die Möglichkeit, zu lernen sich selbst zu loben und auf etwas stolz zu sein. Die Ampelrunde bietet Kindern und Jugendlichen einen relativ geschützten Rahmen, in dem sie anderen Kindern und Jugendlichen sagen können, was ihnen am Verhalten der anderen nicht gefällt, aber auch was sie am Verhalten von anderen Kindern und Jugendlichen gut finden. Durch die Anwesenheit der BetreuerInnen in der Ampelrunde kann eine kontraproduktive Rückmeldung („Ich finde es super, dass du den Oliver geschlagen hast, weil ich den auch nicht leiden kann.“) gestoppt und korrigiert werden. Das Feedback geben und das damit verbundene Hineinversetzen in die Situation eines anderen Gruppenmitgliedes fördert die Empathiefähigkeit der Kinder und Jugendlichen.

D Arbeit an der Selbstwahrnehmung (Zentrum für Traumapädagogik, 2013a)

Copyright by Thomas Lutz, Zentrum für Traumapädagogik

Körper

<ul style="list-style-type: none"> • Knochenbau • Muskeln <ul style="list-style-type: none"> – Anspannung – Entspannung • Herz und Blutkreislauf • Atmung und Sauerstoffversorgung 	<ul style="list-style-type: none"> • Körpermrisse zeichnen (Körperschema) • Eintragen, wo Berührungen okay sind und wo nicht • 2 Sachen eintragen, die am eigenen Körper gefallen und 2 Sachen, die nicht gefallen • Bewusst atmen • Herzschlag spüren
---	---

Gefühle

<ul style="list-style-type: none"> • Angst • Trauer • Wut • Schuld- und Schamgefühle • Liebe 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 Grundgefühle benennen • Gefühle pantomimisch darstellen • Wo werden Gefühle im Körper verortet, wo werden sie zuerst gespürt (Eintragen in Körperschema) • Bisherigen Umgang mit ihnen schildern; was hat bei welchen Gefühlen geholfen (Ressourcen) • Farben den Gefühlen zuordnen • Geräusche den Gefühlen zuordnen
---	--

Energie

<ul style="list-style-type: none"> • 100% Energie sind vorhanden 	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Lebensbereiche gibt es? Z.B. Schule, Familie, Freundeskreis, Sportverein, Ausbildung... • In welchen Lebensbereich stecke ich wie viel Energie (in Prozent angeben)? • Wieviel Energie (in %) verbrauchen Krisen wie familiäre Probleme, Leistungsdruck, Bedrohungen durch Gewalt..... • Wo wird Energie aufgeladen?
---	--

Stress

<ul style="list-style-type: none"> • Aufregung • Erregung • Übererregung • Überflutung • Nervosität 	<ul style="list-style-type: none"> • Erregungsniveau auf Skala von 1 bis 10 einstufen • Verschiedene Alltagssituationen nach Erregungsniveau einordnen • Wie steigt das Erregungsniveau in Krisensituationen? • Erregungsniveau absenken (Entspannungsübungen, Bewegung) • Wo im Körper wird Stress gespürt (in Körperschema eintragen)
--	--

Gewalt

<ul style="list-style-type: none"> • Körperliche Gewalt • Seelische Gewalt • Strukturelle Gewalt 	<p>Gewaltformen nennen und zuordnen zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angriffe gegen die körperliche Unversehrtheit des Gegenübers • Angriffe gegen die (sexuelle) Selbstbestimmung des Gegenübers • Angriffe gegen die seelische Unversehrtheit des Gegenübers • Angriffe gegen die Würde des Gegenübers • Politische, wirtschaftliche und kulturelle Normierung <p>Welche davon werden/wurden erlebt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • als Opfer • als Täter • als Zeuge
---	---

Sinne

<ul style="list-style-type: none"> • Sehen • Hören • Riechen • Schmecken • Tasten • Gleichgewicht 	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Sinne sind stärker entwickelt, welche weniger? • In welchen Situationen werden andere Sinnesreize intensiver wahrgenommen? • Was nehmen welche Sinne in Stresssituationen (Hochbelastung, Krise, Gefahr, Bedrohung, Gewalt) wahr? • Wann gibt es Sinnesbeeinträchtigungen?
---	--

Bindung

<p>Bindungsstile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinder sind sicher gebunden: <p>Bezugspersonen begegnen ihnen liebevoll interessiert begleitend, sind in ihren emotionalen Reaktionen zuverlässig und konstant</p> <p>– Kinder entwickeln Vertrauen, Zuversicht und Selbstwertgefühl.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinder sind unsicher vermeidend gebunden: <p>Bezugspersonen reagieren abweisend oder gar nicht auf die Kinder</p> <p>– Kinder können sich nicht einbringen, sie haben Angst vor Nähe.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinder sind unsicher ambivalent gebunden: <p>Bezugspersonen halten sich die Kinder weitgehend vom Leib, geben aber parallel tröstende Botschaften</p> <p>– Kinder bringen sich emotional sehr stark ein, entwickeln ein Gefühl „ich kann nie genügen, darum muss ich mich noch mehr anstrengen“.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinder sind hochunsicher desorganisiert gebunden: <p>Bezugspersonen sind in ihrem Verhalten und ihren emotionalen Reaktionen verwirrend, unberechenbar, unzuverlässig, gewalttätig und nicht zu durchschauen</p> <p>– Kinder reagieren vermeidend, entwickeln u.a. dissoziative Persönlichkeitsstörungen.</p> <p>Die desorganisierte Bindung überlagert in Phasen die anderen Bindungsstile.</p>	<p>Bezugspersonen in der Familie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mutter • Vater • Schwester • Bruder • Oma • Opa • Onkel • Tante • Cousins • Cousins • <p>Bezugspersonen außerhalb der Familie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Freunde der Familie • Patin • Pate • ErzieherIn • LehrerIn • PfarrerIn • TrainerIn • JugendgruppenleiterIn • <p>Eventuell gemeinsame Genogrammarbeit.</p> <p>Wie werden die Verbindungen zu o.g. Personen empfunden? Welche Art Verbindung gefällt mir, welche nicht? Welche Kontakte tun mir gut, welche tun mir nicht gut? Mit welchen Personen fühle ich mich wohl, mit welchen unwohl? Bei wem fühle ich mich sicher, geborgen und angenommen, bei wem bin ich unsicher, ängstlich und/oder fühle mich abgelehnt? Wie ist die Kommunikation mit den verschiedenen Personen? Wem würde ich alles erzählen? Wem auf keinen Fall? (Antworten vielleicht auf Karten schreiben lassen)</p>
--	--

Verstand

<ul style="list-style-type: none"> • Denken • Vermitteln, Moderieren • Schaltzentrale 	<ul style="list-style-type: none"> • Erfassen • Erinnern • Vergleichen • Einordnen, Sortieren • Abwägen • Einschätzen • Planen • Berechnen • Überprüfen, Kontrollieren • Orientieren • Grübeln
--	---

E Checkliste für dissoziative Erfahrungen von Kindern (CDC, Version 3)

Frank W. Putnam, MD

Übersetzung: Kinder Trauma Institut (Eva Zaoui, Helga Traub, Thomas Hense)

Anweisung

In der nachstehenden Liste werden Verhaltensweisen von Kindern beschrieben. Bei jeder Aussage, die Ihr Kind JETZT oder INNERHALB DER LETZTEN 12 MONATE zutreffend beschreibt, kreisen Sie bitte die 2 ein, wenn diese Aussage für Ihr Kind als SEHR RICHTIG zutrifft. Kreisen Sie die 1 ein, wenn die Aussage ETWAS oder MANCHMAL für Ihr Kind zutrifft. Kreisen Sie die 0 ein, wenn die Aussage GAR NICHT auf Ihr Kind zutrifft.

- | Name _____ | Alter/Klasse _____ | Geschlecht: M W | Datum _____ | | | |
|------------|--------------------|--|-------------|-------|---|--|
| 0 1 2 | 1. | Das Kind erinnert sich nicht an tatsächlich durchlebte/vorgefallene traumatische oder schmerzhaftere Ereignisse, oder es streitet sie ab. | 0 1 2 | 8. | Das Kind hat Schwierigkeiten, aus Erfahrung zu lernen, z. B. verändern Erklärungen, normale Erziehungsmaßnahmen oder Strafen sein Verhalten nicht. | |
| 0 1 2 | 2. | Das Kind gleiet manchmal ab in einen Zustand der Benommenheit oder Trance oder wirkt oft "weggetrennt". Möglicherweise teilen Lehrer mit, dass es häufig in der Schule "tagträumt". | 0 1 2 | 9. | Das Kind lügt oder bestreitet ein Fehlverhalten auch dann noch, wenn das ganz offensichtlich ist. | |
| 0 1 2 | 3. | Das Kind zeigt sprunghafte Veränderungen in seinem Verhalten. Es ist zum Beispiel abwechselnd schüchtern und kontaktfreudig, abwechselnd mädchen- und jungenhaft, oder ängstlich und aggressiv. | 0 1 2 | 10. | Das Kind spricht von sich selbst in der dritten Person (z. B. mit "sie" oder "er"), oder es besteht manchmal darauf, mit einem anderen Namen angesprochen zu werden. Es behauptet vielleicht, dass Dinge, die es selbst getan hat, in Wirklichkeit einer andere Person passiert sind. | |
| 0 1 2 | 4. | Das Kind ist ungewöhnlich vergesslich oder durcheinander im Hinblick auf Dinge, die es eigentlich wissen sollte. Z. Bsp. vergisst es den Namen von Freunden, Lehrern oder anderen wichtigen Personen, verliert Dinge, die ihm gehören oder ist oft selbst plötzlich verschwunden. | 0 1 2 | 11. | Das Kind ändert sehr schnell seine Aussagen über körperliche Beschwerden wie Kopfschmerzen oder Bauchweh. So klagt es vielleicht in einer Minute über Kopfschmerzen und hat dies in der nächsten schon wieder vergessen. | |
| 0 1 2 | 5. | Das Kind hat ein sehr schlechtes Zeitgefühl. Sein Zeitverständnis kommt durcheinander, es glaubt möglicherweise am Nachmittag, es sei Morgen, bringt die Tage durcheinander oder weiß nicht mehr, wann etwas geschehen ist. | 0 1 2 | 12. | Das Kind ist sexuell ungewöhnlich frühreif und zeigt vielleicht, seinem Alter nicht entsprechende sexuelle Verhaltensweisen gegenüber anderen Kindern oder Erwachsenen. | |
| 0 1 2 | 6. | Das Kind verändert sich auffallend von Tag zu Tag oder sogar von Stunde zu Stunde in Bezug auf seine Geschicklichkeiten, Kenntnisse, Lieblingsessen, sportlichen Fähigkeiten. Es hat z. B. eine andere Schrift, ein verändertes Erinnerungsermögen an zuvor Gelerntes, wie das 1 x 1, die Rechtschreibung oder den Gebrauch von Wörtern. Es geht anders mit Werkzeugen um oder zeigt andere künstlerische Fähigkeiten. | 0 1 2 | 13. | Das Kind leidet an unerklärlichen Verletzungen oder verletzt sich vielleicht manchmal sogar selbst. | |
| 0 1 2 | 7. | Das Kind fällt plötzlich in Verhaltensweisen zurück, die seinem Alter nicht entsprechen, z. B. beginnt ein zwölf Jahre altes Kind die Babysprache zu sprechen, lutscht am Daumen oder zeichnet wie ein vierjähriges Kind. | 0 1 2 | 14. | Das Kind berichtet davon, Stimmen zu hören, die zu ihm sprechen. Die Stimmen können freundlich oder ärgerlich sein und von "imaginären Gefährten" stammen. Sie können sich auch wie die Stimmen von Eltern, Freunden oder Lehrern anhören. | |
| | | | | 0 1 2 | 15. | Das Kind hat einen oder mehrere lebhaft imaginäre Gefährten. Das Kind kann darauf bestehen, dass der/die imaginäre/n Gefährte für Dinge verantwortlich ist, die es getan hat. |
| | | | | 0 1 2 | 16. | Das Kind hat heftige Wut/Ärger/ausbrüche, oft ohne erkennbaren Grund, und verfügt möglicherweise während dieser Episoden über ungewöhnliche körperliche Kräfte. |
| | | | | 0 1 2 | 17. | Das Kind schlafwandelt häufig. |
| | | | | 0 1 2 | 18. | Das Kind hat in der Nacht ungewöhnliche Erlebnisse. Es erzählt vielleicht, "Geister" gesehen zu haben, oder dass nachts Dinge geschehen, für die es nicht verantwortlich ist (z. B. zerbrochenes Spielzeug, unerklärliche Verletzungen). |
| | | | | 0 1 2 | 19. | Das Kind spricht häufig mit sich selbst, wobei es vielleicht mit einer anderen Stimme redet oder manchmal mit sich selbst schimpfst/reitet. |
| | | | | 0 1 2 | 20. | Das Kind hat zwei oder mehrere unterschiedliche und eigenständige Persönlichkeiten, die die Kontrolle über das Verhalten des Kindes übernehmen. |

F Fragebogen „Somatogene Dissoziation“ für Kinder und Jugendliche

Fragebogen „Somatogene Dissoziation“ für Kinder und Jugendliche

von Wilfried Huck und Regina Hiller
(modifiziert nach SDQ 20 von E. R.S. Nijenhuis)

Name: _____ Alter: _____ Geschlecht: _____

Bevor Du diesen Fragebogen ausfüllst, wie belastet fühlst Du Dich im Moment?

(keine Belastung) 0- 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10 (höchste Belastung)

Benutze bitte beim Ausfüllen des Fragebogens die Skala von 1 bis 5 und schreibe die passende Zahl auf neben persönlichen Beobachtungen, die Du genauer aufschreiben kannst!

- 1= Das erlebe ich nie
- 2= Das erlebe ich manchmal
- 3= Das erlebe ich mäßig oft
- 4= Das erlebe ich häufiger
- 5= Das erlebe ich sehr oft

- Hast Du schon das Gefühl gehabt, die Kontrolle über Deine Körperbewegungen zu verlieren?
- Hast Du schon Störungen mit dem Gehen oder beim Stehen erlebt?
- Hast Du schon mal erlebt, dass Deine Stimme versagt und Du Dich nicht mehr so Dich ausdrücken kannst, wie es kurz zuvor noch möglich war?
- Hast man bei Dir schon mal erlebt, dass Du für kurze Zeit „wie weggetreten“ gewirkt hast?

2

- 1= Das erlebe ich nie
- 2= Das erlebe ich manchmal
- 3= Das erlebe ich mäßig oft
- 4= Das erlebe ich häufiger
- 5= Das erlebe ich sehr oft

- Hat man bei Dir schon mal erlebt, dass Du für kurze Zeit krampfartige Bewegungen gemacht hast und Du dabei nicht ansprechbar warst?
- Hast Du schon das Gefühl erlebt, dass Deine Haut sich anders als sonst anfühlt (Kribbeln, Brennen, Wärme, Kälte)?
- Hast Du schon das Gefühl erlebt, dass Du an bestimmten Stellen Deiner Haut nichts mehr fühlst?

3

- 1= Das erlebe ich nie
- 2= Das erlebe ich manchmal
- 3= Das erlebe ich mäßig oft
- 4= Das erlebe ich häufiger
- 5= Das erlebe ich sehr oft

- Hast man bei Dir schon erlebt, dass Dein Körper oder ein Teil davon taub anföhrt?
- Erscheinen Dir Menschen und Dinge größer als sie tatsächlich sind?
- Sind Dir Geräusche manchmal unangenehm, die Du normalerweise magst?
- Hast Du manchmal Schmerzen in Deinen Genitalien (nicht während des Geschlechtsverkehrs)?
- Kannst Du eine Weile nichts sehen, so als ob Du blind wärst?
- Kommt es Dir manchmal so vor, als wäre Dein Körper oder ein Teil davon verschwunden?

4

- 1= Das erlebe ich nie
- 2= Das erlebe ich manchmal
- 3= Das erlebe ich mäßig oft
- 4= Das erlebe ich häufiger
- 5= Das erlebe ich sehr oft

- Hast Du schon erlebt, dass Du nicht oder auch nur sehr mühsam schlucken kannst?

- Kannst Du mehrere Nächte nicht schlafen, bist aber tagsüber trotzdem sehr aktiv?

- Hast Du schon erlebt, dass Du nicht oder nur sehr mühsam sprechen oder nur flüstern kannst?

- Hast Du schon erlebt, dass Du eine Weile wie gelähmt bist?

- Hast Du schon erlebt, dass Du eine Weile wie erstarrt bist?

- Hast Du schon das Gefühl gehabt, das Du manchmal für kurze Zeit nichts mehr hörst?

5

- 1= Das erlebe ich nie
- 2= Das erlebe ich manchmal
- 3= Das erlebe ich mäßig oft
- 4= Das erlebe ich häufiger
- 5= Das erlebe ich sehr oft

- Hast Du schon mal das Gefühl erlebt, das Du manchmal für kurze Zeit nichts mehr riechst oder anderes riechst, was kurze Zeit vorher nicht vorhanden war?

- Hast Du schon das Gefühl erlebt, dass Du wie durch einen Tunnel siehst?

- Hast Du wegen solcher Beobachtungen schon mehrfach Ärzte aufgesucht, die dann nichts Krankhaftes gefunden haben? Wie häufig?

- Wenn Du solches beobachtet hast bzw. andere Personen davon berichtet haben, gab es vorher Dich belastende Ereignisse oder plötzliche Erinnerungen an solche belastenden Ereignisse?

- Hast Du immer noch Schmerzen, die Dich immer wieder belasten?

- Hast Du früher schon ungewöhnliche Beobachtungen an Deinem Körper gemacht?

6

- 1= Das erlebe ich nie
- 2= Das erlebe ich manchmal
- 3= Das erlebe ich mäßig oft
- 4= Das erlebe ich häufiger
- 5= Das erlebe ich sehr oft

- Kam es schon vor, dass frühere Krankheitssymptome im Verlauf der körperlichen Behandlung gewechselt haben?

- Kannst Du die Tage, wenn Du krank bist, genießen?

- Bist Du froh, wenn Du schnell wieder gesund wirst?

- Hast Du Dich schon mal selbst verletzt? Und wie?

- Hast Du eine körperliche Behinderung?

Jetzt, nachdem Du diesen Fragebogen ausgefüllt hast, wie belastet fühlst Du Dich jetzt?

0- 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10

G Notfall- / Ressourcenkoffer (Hankte & Görges, 2012, S. 381-390)

5.7 Notfall- / Ressourcenkoffer

Wenn wir uns verletzen, kleben wir ein Pflaster auf oder wickeln einen Verband um die Stelle, wir nehmen Notfalltropfen oder vielleicht auch mal eine Schmerztablette. Im Auto haben wir immer einen Verbandskasten bei uns, das ist sogar Pflicht. Und für den Führerschein brauchen wir einen Erste-Hilfe-Kurs. In öffentlichen Gebäuden, Hotels und Veranstaltungsräumen gibt es Notfallpläne mit detaillierten Verhaltensmaßregeln, Feuerlöscher und Hämmer für die Scheiben, falls man da raus muss.

Die Vorbereitung auf solche Fälle macht Sinn, denn wenn sie eintreten, fällt das klare Denken in der Regel aus, wenn wir es nicht lange geübt haben – wir schalten ja in die Notfallreaktion um. Wir sollten also auch für psychische Notfälle einen Koffer bereitstellen haben, gut sichtbar und immer erreichbar. Gepackt werden muss der vorher – das ist klar. Und weil die Notfälle sehr unterschiedlich sind, müssen wir ihn auch selbst bestücken, denn keiner kennt unser Leid so genau, dass es einen Koffer für alle geben könnte.

In jedem pädagogischen oder Beratungssetting sollten wir mit unseren Klientinnen besprechen, was sie für sich tun können, wenn sie gerade nicht auf Hilfe von außen zurückgreifen können oder wollen. Die Bestückung von Notfall- oder Ressourcenkoffern kann zu Beginn der Zusammenarbeit erfolgen und im Lauf der Zeit immer

wieder den veränderten Bedingungen und Bedürfnissen angepasst werden. Es tut aber auch gut, im konkreten Bedarfsfall eine passende Schatzkiste zusammenzustellen.

5.7.1 Wann, warum und wie? – Rahmenbedingungen der Übung

Situationen, in denen die Übung hilft

- Die Jugendliche fragt sich, was sie tun kann, wenn sie allein in der Wohngemeinschaft ist und die innere Leere wieder ganz groß wird.
- Der Klient braucht Ideen für den Umgang mit sich selbst in den Zeiten zwischen den Traumabesprechungen.
- Der kleine Junge weiß nicht, was er machen soll, wenn es ihm schlecht geht und gerade kein Erzieher Zeit für ihn hat.
- Der Traumabesucher möchte gerne besser abschalten, und zwar bevor er wieder mit einem Bier vor dem Fernseher abhängt – nach dem Streit mit seiner Frau.
- Jede psychische Notsituation, in der keine Erzieherin oder ein Berater verfügbar ist.

Ziel der Übung

Ein Notfallkoffer / Ressourcenkoffer sammelt die Möglichkeiten des Klienten, für sich selbst zu sorgen, und mindert damit die Abhängigkeit von Erziehern und Beratern. Der Klient kann so die Erfahrung machen, dass er in der Lage ist, sich selbst zu helfen. Ziel ist die Reduzierung der Abhängigkeit von Helfern, die Stärkung des Selbstwirksamkeitserlebens, die Ausweitung des Ressourcenbereichs und die Stabilisierung im Hier und Jetzt. Der Klient lernt, mit belastenden Situationen umzugehen und so seine Affekte zu regulieren. Er gewinnt an Kontrolle. Hilflosigkeit und Opfergefühle werden reduziert. Dieses Ziel wird mit dieser Übung nicht erreicht, indem an den Ursachen oder Umständen etwas verändert wird. Der Notfallkoffer hat vor allem die Funktion, Zeit zu überbrücken: Jeder Notfall hat ein Ende, nur weiß man das meist erst hinterher.

Raum- / Zeitorientierung der Klientin

Die Klientin soll für die Arbeit am Notfallkoffer / Ressourcenkoffer im Hier und Jetzt orientiert sein, die Aufmerksamkeit ist bei der gemeinsamen Arbeit die Erregungskurve im Ressourcenbereich. Wenn der Notfallkoffer bestückt ist, kann er im Erregungszustand zur Reorientierung genutzt werden.

Kompetenzaufbau – in welchen Bereichen?

- Notfallprophylaxe
- Selbstwirksamkeitserleben
- Affektregulation
- Orientierung in der Zeit

Anforderungen

Raum: Suchen Sie für die Einführung der Übung einen Raum, in dem Sie ungestört sind. Sie brauchen in der Regel nicht viel Platz. Ihr Klient kann später in jeder Situation auf den Notfallkoffer / Ressourcenkoffer zurückgreifen.

Zeit: Nehmen Sie sich für die Einrichtung ca. 20–30 Minuten Zeit. Falls Sie basteln oder malen, brauchen Sie entsprechend mehr Zeit. Wenn Sie Gegenstände mitbringen lassen wollen, müssen Sie die Stunde entsprechend vorbereiten.

Material: In jedem Fall benötigen Sie Papier und Stifte. Halten Sie für Kinder und Menschen mit kognitiver Einschränkung Mal- und / oder Bastelmaterial bereit. Sie können auch Gegenstände oder Symbole sammeln oder mitbringen lassen.

5.7.2 Anleitung

5.7.2.1 Notfallkoffer: Einführung

Erklären Sie zunächst, worum es überhaupt geht: „Ich möchte Ihnen eine Übung vorschlagen, bei der es darum geht zu sammeln, was Sie alles tun können, wenn es Ihnen nicht so richtig gut geht oder Sie sich etwas Gutes tun wollen. Diese Sammlung soll Ihnen helfen, denn wenn es Ihnen nicht so gut geht, ist die Gefahr groß, dass Ihnen auch nicht so viel einfällt, was Sie dagegen unternehmen können. Sind Sie an einem solchen Notfallkoffer interessiert?“

Wenn der Klient Interesse zeigt, klären Sie zunächst, für welche Situationen Hilfsmittel gesucht werden: „Könnten Sie den Notfallkoffer am ehesten zu Hause gebrauchen oder unterwegs oder bei der Arbeit?“ Vielleicht gibt es ganz bestimmte Situationen, in denen der Klient etwas braucht: allein oder in einer Situation sozialer Kontrolle bei der Arbeit, unter vielen fremden Menschen in öffentlichen Verkehrsmitteln. So mancher Notfallkoffer wird daher für jede mögliche Situation etwas bereithalten, während andere sich ausschließlich für den Gebrauch in spezifischen Situationen eignen.

5.7.2.2 Sammeln

Wenn Sie die Situationen geklärt haben, um die es geht, erarbeiten Sie gemeinsam eine Liste von mindestens zehn bis zwanzig Dingen, Tätigkeiten, Kontaktmöglichkeiten, die dem Klienten helfen, wenn es ihm nicht gut geht oder er etwas für sich tun möchte.

Fangen Sie mit den Dingen an, die bisher schon geholfen haben: „Was hat Ihnen denn bisher gutgetan, wenn es Ihnen schlecht ging? Was haben Sie dann genau gemacht? Was noch? Und in anderen Situationen? Was gibt es für Sachen, die Ihnen guttun, egal wie es Ihnen gerade geht?“ Schreiben Sie die Dinge auf, die genannt werden, oder noch besser, ermuntern Sie den Klienten, all das aufzuschreiben, was ihm einfällt.

Wenn in der Erinnerung des Klienten bisher nichts geholfen hat, fragen Sie einfach weiter: „Was haben Sie noch nicht ausprobiert? Was vermuten Sie, könnte Ihnen helfen? Angenommen wir würden einen inneren Begleiter von Ihnen fragen, also jemanden, der Sie sehr gut kennt und Sie mag, was würde der sagen: Was hilft Ihnen? Wenn Sie eine Freundin, Ihren Therapeuten, jemanden, der Sie liebevoll beobachten könnte, fragen würden, was fiele dem ein?“

5.7.2.3 Beispiele

Sammeln Sie ganz Unterschiedliches und zögern Sie auch nicht, Beispiele zu geben, am besten mehrere ganz verschiedene, sodass der Klient in seiner Ideenwelt angeregt wird: „Hilft Ihnen zum Beispiel Teetrinken (welcher Tee?), Kreativität (was genau?), Bewegung (welche Art von Bewegung?), Tanzen (nach welcher Musik?), Musik hören / machen (welche?), Filme anschauen (welchen?), ein Kuscheltier (ein bestimmtes?), Tagebuch schreiben, ins Museum gehen, eine Talkshow ansehen oder Radio hören? Helfen Hörbücher, Kontakt mit dem Innerem Kind, sich Zeit nehmen (wie machen Sie das genau?), sich zurückziehen (wohin?), spazieren gehen (wo am besten?), Gewürze (welche genau? Haben Sie die da? Wo können Sie diese Gewürze kaufen und wann? Wo deponieren Sie sie, damit sie schnell auffindbar sind?), Aromastoffe? Usw.“

5.7.2.4 Wie wirkt was?

Fragen Sie nach, was die gewünschten Auswirkungen sein sollen: „Wie wirkt sich das aus, wenn Sie das tun? Wie sollte es sich auswirken? Möchten Sie sicherer werden, gelassener, ruhiger?“ Oder geht es zunächst einfach darum, sich abzulenken, von der Angst zum Beispiel, Zeit zu überbrücken und so Distanz zu gewinnen? Vielleicht

möchte der Klient Ideen für ganz bestimmte Situationen sammeln, vielleicht sind ihm übergreifende Anregungen wichtig. Fragen Sie nach.

5.7.2.5 Verfügbarkeit

Achten Sie in jedem Fall darauf, dass alles, was Ihr Klient aufschreibt, in den fraglichen Situationen auch verfügbar ist. Hat er die Musik auf seinem Player und den immer bei sich? Steckt das Foto im Portemonnaie, das Buch in der Handtasche? Oder gibt es Dinge und Tätigkeiten für zu Hause und ganz andere für die Arbeit oder für unterwegs? Dann kennzeichnen Sie diese unterschiedlich und achten Sie darauf, dass für jede Situation eine Auswahl an Ideen zur Verfügung steht.

Kann der Klient das Gewünschte jeweils selbst tun oder initiieren? Denn nur diese Dinge gehören auf die Liste: „Wie machen Sie das genau? Was brauchen Sie dafür? Haben Sie das bei sich?“

5.7.2.6 Sicherheit

All das, was auf der Liste steht, sollte frei von Triggern sein, die Flashbacks auslösen können. Wenn der Klient sich auf Ihre Fragen hin einen Spaziergang im Wald als entspannend und angenehm vorstellen kann, dabei aber vergisst, dass der nächste Wald nur mit dem Auto oder öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar ist, die er beide nicht benutzen kann, wird ihm die schöne Idee eines Spaziergangs nichts nutzen. Vielleicht hilft ihm aber die Erinnerung an den letzten schönen Waldspaziergang, von dem er sich einen Tannenzapfen mit nach Hause genommen hat, der jetzt noch auf seinem Schreibtisch liegt. Die Erinnerung und der Tannenzapfen als Symbol gehören dann auf die Liste.

5.7.2.7 Kontakte zu anderen Menschen aufnehmen

Bei Notfallkoffern macht es Sinn, den Kontakt zu Freunden eher nach hinten auf die Liste zu setzen. Nicht weil Beziehungen unwichtig wären, sondern weil die in der Regel eher wenigen intakten Beziehungen traumatisierter Klienten oft sehr strapaziert werden. Ein etwas sarkastischer Spruch der Traumatherapie heißt: „Trauma heilt, Freundschaften aufgebraucht.“ Man sollte also nach Möglichkeiten suchen, in denen Hilfe selbstwirksam erfahren werden kann, und die Freunde erst dann kontaktieren, wenn nichts anderes geholfen hat. Das gilt natürlich nicht für Kinder oder Menschen

in Hilfesystemen: Der Kontakt zum Erzieher aus dem Alltagskontext gehört oft weiter nach oben, der zur Therapeutin sollte aber erst an vorletzter Stelle auftauchen. Wenn ein Gespräch oder ein offenes Ohr wichtig sind, dann fügen Sie lieber Beratungsstellen, Krisentelefone oder Selbsthilfefachts ein, je nach Ort und Verfügbarkeit.

Es geht ja gerade darum, sich ein wenig unabhängiger zu machen von den Helfern im Außen (innere Helfer hingegen: unbedingt und gerne, fragen Sie danach). An letzter Stelle stehen die Telefonnummer und Adresse einer Klinik, zu der im besten Fall schon vorher einmal Kontakt aufgenommen wurde. Sie könnten die Klinik gemeinsam aufsuchen oder den Besuch von der Beratung aus planen – ein persönlicher Kontakt baut viele Ängste ab und erleichtert im Ernstfall allen Seiten den Umgang. Auch eine Patientenverfügung, die Sie an dieser Stelle ausarbeiten könnten, kann schon vorher übergeben werden. So wissen alle, was sie zu tun haben. Und die Klientin hat ein Stück mehr Kontrolle über ihr Leben, auch im Notfall, erlangt.

5.7.2.8 Wohin damit?

Am Schluss bleibt die Frage, wohin mit der Liste: „Wo können Sie die Liste am besten deponieren, sodass Sie sie immer schnell finden, wenn Sie sie brauchen? Vielleicht im Portemonnaie, beim Schminkzeug, bei den Ausweisen? Oder reicht es, sie zu Hause an den Spiegel zu hängen, weil es doch immer um Situationen zu Hause geht? Oder ist der Spiegel ein guter Ort für eine Liste und die abgeschlossene Schublade im Büro für eine zweite? Braucht es vielleicht einen Hinweis neben dem Bett, aber einen anderen Ort für die Liste, weil Sie erst aufstehen sollten ...?“

Achten Sie auf die angemessene Aufbewahrung, denn eine Notfallliste für Panikattacken in der U-Bahn macht am Spiegel zu Hause wenig Sinn und die Hilfe bei Alpträumen muss direkt neben das Bett. Auf jeden Fall sollte die Liste für den Klienten immer dann erreichbar sein, wenn er sie braucht. Damit ihm etwas einfällt, wenn die Einfälle nicht mehr von selber kommen.

5.7.2.9 Variante: Ressourcenkoffer

Für manche Klienten oder Kontexte trifft der Begriff Notfallkoffer nicht genau, wozu es geht, oder er wirkt eher abschreckend. In diesen Fällen sprechen wir lieber von einem Ressourcenkoffer. Hier geht es mehr um die Aktivierung brachliegender Ressourcen als um den Umgang mit Notfällen, zum Beispiel dann, wenn dem jungen Mann aus dem Wohnheim immer wieder entfällt, was er machen kann, wenn ihm langweilig ist und er normalerweise auf dem Sofa abhängen würde.

Die Prinzipien sind dieselben wie oben beim Notfallkoffer, doch bei Ressourcenkoffern kann der Kontakt zu Freunden natürlich weit nach vorn genommen werden. Gemeinsame Unternehmungen etwa, vom Klienten in die Wege geleitet, können das Selbstwirksamkeitserleben steigern und beginnende Stimmungstiefs abfangen. Aber was tun, wenn niemand Zeit oder Lust hat? Was kann der Klient dann alleine machen? Sammeln Sie für solche Fälle die Möglichkeiten wie oben beschrieben.

Oft liegt der Unterschied zwischen Selbstfürsorge und dem Umgang mit Notfällen nur im Zeitpunkt und in der Frage, wie dringend es ist, etwas zu tun. Selbstfürsorge kann so als Prophylaxe verstanden werden, damit es gar nicht erst zu Notfällen kommt. Ein gut gepackter Ressourcenkoffer kann uns und unsere Klienten schützen und die Selbstfürsorge wesentlich erleichtern.

5.7.3 Wie geht es danach weiter, was sind mögliche Auswirkungen?

Fordern Sie Ihren Klienten auf, die Liste an dem besprochenen Ort zu deponieren und sie regelmäßig um die Dinge zu ergänzen, die ihm noch einfallen. Laden Sie ihn ein, immer mal wieder ein paar Sachen von der Liste auszuprobieren, am besten schon bevor es unbedingt nötig ist. Besprechen Sie die Erfahrungen, die er dabei macht. Je mehr der Klient das Gefühl bekommt, dass es sich gelohnt hat, den Notfallkoffer zu packen / den Ressourcenkoffer zu gestalten, desto mehr wird er die Ideen nutzen und zusätzliche entwickeln. Und alles, was er für sich tut, erhöht das Wohlfühlgefühl und die Erfahrung, dass es angenehm ist, sich etwas Gutes zu tun.

Und wenn der Notfallkoffer eine Zeit lang nicht mehr gebraucht wurde, sehen Sie doch einmal gemeinsam nach, ob alle Dinge noch gut in Schuss sind oder ob etwas ausgewechselt werden muss.

5.7.4 Welche Schwierigkeiten können auftauchen und wie kann ich damit umgehen?

Meinem Klienten fällt nichts ein.

Manchmal kann es gute Gründe geben, noch keinen Notfallkoffer zu packen. Bleiben Sie hartnäckig, aber drängen Sie Ihren Klienten nicht. Überlegen Sie gemeinsam, was es stattdessen zunächst an wichtigeren Dingen in der Beratung zu tun gibt. Fragen Sie nach, wie die Idee verstanden wird, man könnte es als Panikmache ebenso wie als Bagatellisierung verstehen („Wenn das so einfach wäre, hätte ich es längst

gemacht“). Vielleicht hilft es etwas zu sagen wie: „Ich weiß, das ist jetzt keine einfache Sache für Sie. Und auch die Dinge zu tun, die Sie jetzt aufschreiben, wird Ihnen nicht immer leichtfallen. Was meinen Sie, wann wird sich der Aufwand lohnen?“ Und wie immer, wenn eine Technik nicht funktioniert, fragen Sie sich, was Sie selbst von der Idee halten.

Meiner Klientin fallen immer nur andere ein, die etwas für sie tun können.

Wie wir im theoretischen Teil I zu Beginn dieses Buches gesehen haben, ist Traumatisierung in der Regel verknüpft mit Gefühlen von Hilflosigkeit und Kontrollverlust. Das Gefühl, selbst nicht für sich sorgen zu können, und das Gefühl, „Alle anderen? machen es besser als ich“ sind also ganz „normale“ Traumafolgen. Bleiben Sie einfach dran: „Was würden Ihnen denn die Freunde, denen immer etwas einfällt, raten?“

5.7.5 Besonderheiten im Kontakt

5.7.5.1 Kinder

Mit Kindern ist es angemessener, einen echten Koffer oder eine Tasche zu packen, eine Schachtel zu bestücken oder eine Schatzkiste zu basteln. Da hinein kann man Dinge tun, mit denen das Kind spielen oder sich ablenken kann oder die es an schöne Situationen erinnern: Bilder, Gegenstände, Symbole, Tücher ... Oder Sie lassen das Kind die entstehenden Ideen oder Symbole dafür malen, machen Sie eine Collage aus den gesammelten Ideen und geben dem Poster einen gut sichtbaren und sicheren Platz in seinem Zimmer. Auch wenn das Kind schon lesen und schreiben kann und Sie gemeinsam eine Liste aufstellen, sorgen Sie dafür, dass die einzelnen Dinge, die darauf stehen, mit Farben, Bildern oder Zeichnungen versehen werden, denn im Notfall funktionieren die neu erworbenen Fähigkeiten nicht mehr so gut.

Kinder brauchen natürlich immer die Möglichkeit, einen unterstützenden Erwachsenen ansprechen zu können. Auch größere Kinder können zu Hilfe gezogen werden, sollten dann aber wie oben die Freundinnen behandelt werden – mit Vorsicht. Es geht auch für Kinder oft genau darum, ein wenig Zeit zu überbrücken, bis die Bezugserzieherin wieder da ist oder man wieder zu Mama kann.

Informieren Sie nach Möglichkeit andere Bezugs- und Betreuungspersonen darüber, dass Sie diese Übung gemacht haben und worum es dabei geht. Besprechen Sie auch gemeinsam den Umgang mit Rangfolgen auf der Beliebtheitsliste des Kindes. Wenn irgend möglich ermuntern Sie das Kind, den anderen Bezugspersonen den Notfall-

koffer zu zeigen und die einzelnen Dinge zu erklären, die sich darin befinden. Das festigt den Bezug des Kindes dazu und lässt hoffen, dass die Erwachsenen die Idee dahinter verstehen und das Kind immer wieder ermuntern, in seinem Koffer nachzuschauen oder dies mit ihm gemeinsam tun.

5.7.5.2 Jugendliche

Die Vorstellung, mit einem Hardcase oder Daypack für alle Fälle durch die Welt zu gehen, mag für viele Jugendliche eine besonders reizvolle Idee sein, sodass sie gut an den Grundgedanken der Übung anknüpfen können: sich selbstständig zu machen. Vielleicht nehmen Sie statt eines Koffers lieber einen Bordcase, eine Laptoptasche oder eine große Tasche in der Lieblingsjacke. Fragen Sie einfach nach. Wenn Sie den Sinn eines Gegenstands nicht verstehen, lassen Sie es sich erklären, aber erwarten Sie nicht, dass er sich Ihnen in jedem Fall erschließt. So wie es für Jugendliche manchmal wichtig ist, ihre im wahrsten Sinne des Wortes eigenen Ideen zu verfolgen, so werden sie auch ihren Notfallkoffer auf ihre ganz eigene Art bestücken. Und denken Sie daran: In Notfällen ist so manches erlaubt und sinnvoll, auf das wir in ruhigen Zeiten gut verzichten können. Dazu gehört nicht die Rasierklinge, aber sicher das Horrorspiel oder die „grauenhafte“ Musik, wenn sie helfen, Zeit zu überbrücken.

5.7.5.3 Kognitiv eingeschränkte Menschen

Der Notfallkoffer ist hier am besten so konkret, wie es das Wort nahelegt. Oft haben Menschen mit besonderen Bedürfnissen ohnehin etwas dabei, das ihnen hilft, sich in der Welt zurechtzufinden und trotzdem für sich zu sorgen: einen Rucksack, eine Umhängetasche ... Fragen Sie Ihre Klienten, was ihnen am liebsten ist und was sie schon Hilfreiches bei sich haben. Überlegen Sie gemeinsam, was sie noch brauchen *könnten*, und *malen, basteln, suchen, fotografieren* Sie das, *kaufen* Sie das ein. Erstellen Sie Collagen, laminieren Sie Fotos der Lieblingsstars, ein Bild des Zimmers oder eines schönen Urlaubsortes. Auch wenn Sie gemeinsam eine Liste aufstellen, sorgen Sie dafür, dass die einzelnen Dinge, die darauf stehen, möglichst konkret fassbar sind. Oft macht es Sinn und Spaß, sie mit Farben oder Bildern oder Zeichnungen zu versehen, sodass beim Anschauen sofort eine konkrete Vorstellung entsteht. Und besprechen Sie mit Ihren Klienten, wann es wichtig ist, einen anderen Menschen anzusprechen, und wann die Selbsthilfe zwar mühsam, aber lohnend sein kann.

Beziehen Sie nach Möglichkeit Eltern, Betreuer etc. mit ein. Wenn irgend möglich ermuntern Sie den Klienten, seinen anderen Bezugspersonen den Notfallkoffer zu zeigen und die einzelnen Dinge, die sich darin befinden, zu erklären.

5.7.5.4 Gruppen

Der Notfallkoffer/Ressourcenkoffer ist eine individuelle Angelegenheit. In der Gruppe können jedoch sehr gut die Leitlinien dafür besprochen und erarbeitet werden. Auch ist der Austausch innerhalb einer Gruppe für viele Klienten hilfreich, es werden meist mehr und andere Ideen produziert als im Einzelkontakt. Gerade eine heterogen zusammengesetzte Gruppe erweist sich oft als wahre Fundgrube von Ideen für die Selbstfürsorge. Auch gemeinsames Basteln oder Malen beflügelt die Ideen. Wenn dann noch jeder Teilnehmer seine persönliche Liste aus all den Einfällen erstellt und die eigenen Vorlieben einen Platz haben, können alle von der Gruppensituation profitieren. Und sobald die ersten Erfahrungen mit den Ideen auf der Liste gemacht wurden, kann die Gruppe darüber sprechen und eventuell *Verbesserungsvorschläge* machen. Erfolge ermuntern die Zögerlichen, Misserfolge können aufgefangen und neue Möglichkeiten gemeinsam entwickelt werden.

5.7.5.5 Andere Kulturkreise

Fragen Sie nach, was es im Herkunfts-kontext des Gegenübers für Assoziationen zu Notfallkoffern oder Ressourcenkoffern gibt, und nutzen Sie gegebenenfalls andere Bilder, die für Ihren Klienten hilfreicher oder besser vorstellbar sind. Fragen Sie nach Symbolen und fragen Sie auch, ob es für den Klienten eine gute Idee ist, sich selbst zu helfen, oder wie diese Idee vielleicht anders formuliert werden sollte. Unabhängigkeit ist nicht in jeder Kultur etwas Erstrebenswertes und so gibt es manchmal gute Gründe, den Kontakt zu anderen Menschen doch obenan zu setzen. Eventuell ist es aber auch die Vorstellung der sorgenden anderen Person, die man einsetzen könnte (siehe auch IL7.1, „Problem-/Lösungs-Portrait“). Überlegen Sie gemeinsam mit dem Klienten, was für eine Art Liste für ihn gut sein könnte, wie sie zu gestalten ist und wo sie untergebracht werden könnte.