

**Fachhochschule Nordwestschweiz, FHNW**  
Hochschule für Soziale Arbeit HSA  
Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit, Muttenz

# **Traumapädagogik als Handlungsansatz im Umgang mit traumatisierten Kindern als Mitbetroffene von häuslicher Gewalt in Paarbeziehungen und Trennungssituationen**

Eine Literaturlarbeit über den Nutzen der Traumapädagogik für Professionelle der Sozialen Arbeit im Kontext der (teil-)stationären Kinderpsychiatrie

Bachelor-Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit, FHNW

Vorgelegt von **Melina Küffer (Matrikelnummer: [REDACTED])**

Eingereicht bei **Stefan Brückner, lic. phil.**

Eingereicht im **Januar 2025, in Muttenz zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit**

## **Abstract**

Diese Arbeit untersucht, inwiefern Traumapädagogik für sozialpädagogische Fachpersonen im Umgang mit traumatisierten Kindern einen Nutzen sein kann, die in ihrem Zuhause elterliche Partnerschaftsgewalt miterlebt haben. Der Fokus liegt dabei auf dem (teil-)stationären kinderpsychiatrischen Setting. Anhand einer Literaturrecherche zu den Themen «Kindern als Mitbetroffene von Gewalt in Paarbeziehungen und Trennungssituationen», «Trauma» und «Traumapädagogik» wird der Nutzen des Ansatzes aufgezeigt. Die Ergebnisse zeigen, dass betroffene Kinder in ihrem Sicherheitsbedürfnis, Selbst- und Weltbild eingeschränkt sind und sozialpädagogische Fachpersonen mit ihren herausfordernden Verhaltensweisen fordern. Traumapädagogik kann bei der Traumabewältigung, vor allem bei der Stärkung eines sicheren Bindungsverhalten, der Selbstregulation und Selbstwirksamkeit, unterstützen. Darüber hinaus fördert sie ein traumasensibles Verständnis für das kindliche Verhalten und stärkt eine professionelle Beziehungsgestaltung und die Selbstreflexion sozialpädagogischer Fachkräfte. Traumapädagogische Ansätze im kinderpsychiatrischen Setting können traumatisierten Kindern Stabilisierung und korrigierende Erfahrungen bieten und erweisen sich im Umgang ihnen als einen effektiven Ansatz.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b> .....	<b>1</b>
1.1	Ausgangslage und Herleitung der zentralen Fragestellung.....	1
1.2	Darstellung der Relevanz für die Soziale Arbeit.....	3
1.3	Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit.....	4
<b>2</b>	<b>KINDER ALS MITBETROFFENE HÄUSLICHER GEWALT IN PAARBEZIEHUNGEN UND TRENNUNGSSITUATIONEN</b> .....	<b>6</b>
2.1	Exkurs häusliche Gewalt im Allgemeinen.....	6
2.1.1	Definition häusliche Gewalt.....	6
2.1.2	Gewalt in Paarbeziehungen und Trennungssituationen.....	7
2.1.3	Prävalenz.....	8
2.2	Überblick über den aktuellen Fachdiskurs betreffend Kinder.....	9
2.3	Begriffsbestimmung: Kinder als Mitbetroffene von Gewalt in Paarbeziehungen und Trennungssituationen.....	9
2.4	Prävalenz.....	11
2.5	Unter der Lupe des Kindesschutzes: Kinder sehen, hören, leiden mit.....	12
2.6	Folgen und Auswirkungen auf die zukünftige Entwicklung.....	14
<b>3</b>	<b>TRAUMA</b> .....	<b>17</b>
3.1	Traumabegriff.....	17
3.2	Potenziell traumatische Ereignisse und Traumtypen.....	18
3.3	Traumareaktion.....	19
3.4	Traumaspezifische Symptome im Kindesalter.....	20
3.5	Traumafolgestörungen.....	21
3.5.1	Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).....	22
3.5.2	Komplexe PTBS (kPTBS).....	22
3.5.3	Anpassungsstörung.....	23
3.6	Auswirkungen von Traumata auf Kinder.....	23
3.6.1	Kindliche Entwicklung und zukünftige Entwicklungsaufgaben.....	23
3.6.2	Bindungsverhalten und Bindungsfähigkeit.....	24
3.7	Trauma und Miterleben von Partnerschaftsgewalt.....	25
3.8	Traumafolgestörungen & Auswirkungen auf die Sozialpädagogik.....	26
<b>4</b>	<b>TRAUMAPÄDAGOGIK</b> .....	<b>28</b>
4.1	Traumapädagogik im Allgemeinen.....	28
4.1.1	Definition Traumapädagogik.....	28
4.1.2	Grundsätze und die zentrale Haltung der Traumapädagogik.....	29

4.1.3	Traumapädagogische Konzepte .....	31
4.1.3.1	Pädagogik des sicheren Ortes .....	31
4.1.3.2	Pädagogik der Selbstbemächtigung .....	33
4.2	Traumapädagogik im Kontext der (teil-)stationären Kinderpsychiatrie .....	34
4.2.1	Notwendigkeit von Traumapädagogik im Handlungsfeld Kinderpsychiatrie ...	34
4.2.2	Baustein Selbstermächtigung .....	35
4.2.3	Baustein Bindung .....	37
4.2.4	Baustein traumapädagogische Gruppenarbeit.....	38
4.2.5	Professionelle der Sozialen Arbeit als Teil der Traumapädagogik .....	39
4.2.5.1	Herausforderungen .....	39
4.2.5.2	Anforderungen .....	40
4.2.5.3	Konzept der Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für pädagogische Fachkräfte als institutioneller Auftrag nach Lang (2009).....	42
4.2.6	Interdisziplinäre Kooperation und traumasensible Netzwerkarbeit.....	44
<b>5</b>	<b>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND ERKENNTNISSE.....</b>	<b>45</b>
5.1	Diskussion der Ergebnisse und Beantwortung der zentralen Fragestellung und der Unterfragen .....	45
5.2	Kritische fachliche und persönliche Reflexion & Ausblick.....	49
<b>6</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>51</b>
6.1	Abbildungsverzeichnis / Tabellenverzeichnis.....	58

## Abkürzungsverzeichnis

APA	American Psychiatric Association
Abs.	Absatz
Art.	Artikel
Aufl.	Auflage
BAG TP	Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik
BFS	Bundesamt für Statistik
bzw.	beziehungsweise
EBG	Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann
KESB	Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde
kPTBS	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
PKS	Polizeiliche Kriminalstatistik
PTE	Potenziell traumatisches Ereignis
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
StGB	Schweizerisches Strafgesetzbuch
WHO	Weltgesundheitsorganisation (engl. World Health Organization)
z.B.	zum Beispiel

## **Abbildungs- und Tabellenverzeichnis**

Abbildung 1: Eigene Darstellung zu Erscheinungsformen häuslicher Gewalt mit Fokus auf Gewalt in Paarbeziehungen und Trennungssituationen in Anlehnung an Schär (2020) .....	7
Abbildung 2: Eigene Darstellung zur Klassifikation potenziell traumatischer Ereignisse in Anlehnung an Eckardt (2013: 12), Flatten et al. 2011, zit. nach Eichenberg/Zimmermann (2017:13f.), Streeck-Fischer 2011, zit. nach Korittko (2016: 28f.), Landolt (2021: 22) .....	18
Tabelle 1: Eigene Darstellung zu den Folgen des Miterlebens von Gewalt in Paarbeziehungen bei Kindern .....	14
Tabelle 2: Eigene Darstellung zur Gegenüberstellung eines traumatisierenden und förderlichen Umfelds in Anlehnung an Schmid (2013) und unter Berücksichtigung der traumasensiblen Grundhaltung nach BAG TP (2011) .....	29

# 1 EINLEITUNG

Das Thema häusliche Gewalt ist bei der Autorin privat sowie auch im beruflichen Kontext präsent. Gehäuft taucht das Thema im Zusammenhang mit Tötungsdelikten, Vergewaltigungen oder auch Kindeswohlgefährdungen konjunkturmässig im Scheinwerferlicht der Medien auf, verschwindet jedoch rasch wieder vom Radar der Politik und Gesellschaft (vgl. Dimmel/Eichinger 2023: 1). Dies führte bei der Autorin zu einem hohen Interesse und einer kritischen Auseinandersetzung mit häuslicher Gewalt. Da dies ein sehr umfassendes Thema ist, etablierte sich rasch der Fokus auf Kinder als Mitbetroffene häuslicher Gewalt in Paarbeziehungen und Trennungssituationen. Einerseits, weil Kinder bei häuslicher Gewalt als unscheinbare Opfer meist in Vergessenheit geraten, jedoch von der innerfamiliären Gewalt ebenso betroffen sind (vgl. Strasser 2013: 47). Andererseits wurde das beschriebene Interesse massgebend von den Praxiserfahrungen der Autorin in einem Kinderheim und vor allem während des ersten Praxissemesters in einer teilstationären kinderpsychiatrischen Tagesklinik verstärkt. Nach eindrücklichen und herausfordernden Begegnungen mit traumatisierten Kindern, unter anderem in Folge von häuslicher Gewalt, wurde rasch klar, dass sich diese Arbeit nebst Kindern als Mitbetroffene von häuslicher Gewalt mit dem Schwerpunkt Traumata befassen soll. Da die Verhaltensweisen betroffener Kinder intensive Emotionen und Denkprozesse bei der Autorin auslösten, war klar, dass für die vorliegende Arbeit ein passender praktischer Handlungsansatz im Umgang mit traumatisierten Kindern hinzugezogen werden soll. Mit der Einbindung von Traumapädagogik als dritter Schwerpunkt und der Eingrenzung auf das Setting der (teil-)stationären Kinderpsychiatrie entwickelte sich die zentrale Fragestellung, die in Kapitel 1.1 erläutert wird.

## 1.1 Ausgangslage und Herleitung der zentralen Fragestellung

Häusliche Gewalt tritt in der Schweiz weitverbreitet auf. Zwar hat sich gegenwärtig das Bewusstsein für häusliche Gewalt gesteigert, es wird jedoch nach wie vor als gesellschaftlich tabuisiertes Thema und Privatsache der eigenen vier Wände angesehen (vgl. Dlugosch 2010: 46). Je nach Kanton rückt die Polizei bis zu 15-Mal täglich wegen häuslicher Gewalt aus (vgl. Otto/Schwarzenegger 2021, zit. in Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG 2024: 7). In vielen Fällen sind auch Kinder anwesend, was eine Untersuchung im Kanton Basel-Stadt bei über der Hälfte aller polizeilichen Interventionen registrierte und in anderen Kantonen ähnlich aussieht (vgl. Frauchinger et al. 2012, zit. in Schär 2015: 27). So erscheint es nicht zufällig, dass laut «Optimus-Studie» (2018) bei jeder fünften Kindeswohlgefährdung in der Schweiz das Miterleben häuslicher Gewalt in elterlichen Paarbeziehungen zu Grunde liegt (vgl. Schmid 2018: 25). Trotz den hohen Vorkommnissen wird von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen (vgl. Biesel/Urban-Stahl 2022: 121). Da der Fokus in der Regel auf

der Opferperspektive – in den meisten Fällen der Frau - liegt, geraten Kinder bei häuslicher Gewalt als mitbetroffene Opfer in Vergessenheit (vgl. de Andrade/Gahleitner 2020: 96). Dies aus dem Grunde, weil mitbetroffene Kinder meist keine ersichtlichen Gewaltspuren aufweisen und kaum in der Lage sind über das Erlebte zu sprechen, wodurch es ihnen schwerfällt die Geschehnisse zu verarbeiten (vgl. Biesel/Urban-Stahl 2022: 121). Zudem kennen sich Fachpersonen teils ungenügend mit der Thematik aus und schliessen selten Bezüge zwischen dem Miterleben häuslicher Gewalt und kindlichen Verhaltensauffälligkeiten, weswegen sie nicht die notwendige Unterstützung erhalten (vgl. von Fellenberg/Jurt 2015: 14). Betroffene Kinder bleiben folglich mit den Erlebnissen allein und wachsen nicht selten in einem dauerhaften, von Gewalt geprägten Zuhause auf (vgl. de Andrade/Gahleitner 2020: 93). Das Zuhause, welches üblicherweise ein Ort der Sicherheit, Liebe und Geborgenheit ist, ist bei ihnen geprägt von Bedrohung, Unberechenbarkeit und Ohnmacht (vgl. von Fellenberg/Jurt 2015: 12).

Das Miterleben häuslicher Gewalt von Kindern stellt eine Form der psychischen Misshandlung dar. Diverse Studien zeigen, dass Kinder die Gewaltakte zwischen ihren Sorgeberechtigten wahrnehmen und im selben Mass der Gewalt ausgesetzt sind (vgl. de Andrade/Gahleitner 2020: 93). Sei dies, indem sie zum Beispiel z.B. im selben Raum anwesend sind, die Gewalt-handlungen räumlich getrennt mitanhören, bei polizeilichen Interventionen dabei sind oder sogar selbst in das Geschehen intervenieren. Dabei erleben sie Gefühle der permanenten Angst und Hilflosigkeit und fühlen sich für die Gewalt mitverantwortlich (vgl. von Fellenberg/Jurt 2015: 12). Dies führt bei betroffenen Kindern auf Dauer zu massiven psychischen Belastungen, welche je nach Alter, Gewaltdauer und -ausmass die kindliche Entwicklung beeinträchtigen und Verhaltensauffälligkeiten und Traumafolgestörungen bedingen können (vgl. Biesel/Urban-Stahl 2022: 121, Kinderschutz Schweiz o.J.). Denn Kinder, welche in ihrem Zuhause Gewalt zwischen ihren engsten Bezugspersonen miterleben, sind in ihrem Bedürfnis nach Sicherheit und ihren Vorstellungen über sich und ihre Umwelt, massiv erschüttert worden. Folglich erfahren diverse Einschränkungen in ihrem Alltag.

Gemäss Untersuchungen im deutschsprachigen Raum weisen in keinem anderen Bereich wie in der stationären Kinder- und Jugendhilfe mit 75% so viele Heranwachsende traumatische Erlebnisse auf (vgl. Schmid 2013, zit. in Tiefenthaler/Gahleitner 2016: 176). So ist es nicht unüblich, dass traumatisierte Kinder mit dem Handlungsfeld der Kinderpsychiatrie in Berührung kommen. Das Verhalten traumatisierter Kinder stellt sozialpädagogische Fachpersonen vor grosse Herausforderungen und erfordert für eine gelingende Traumaaarbeit vielfältige Kompetenzen. Traumapädagogik versteht sich dabei als Ansatz, traumatisierte Kinder im Prozess der Traumaüberwindung durch korrigierende Beziehungserfahrungen zu stabilisieren und selbstwirksam zu befähigen (vgl. Weiss 2016a: 39). Es stellt sich die Frage, inwiefern Traumapädagogik auch bei traumatisierten Kindern aufgrund des Miterlebens häuslicher Gewalt von Nutzen sein kann.

Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich die vorliegende Literaturlarbeit mit folgender Leitfrage:

«Welchen Beitrag können Ansatzpunkte der Traumapädagogik in (teil-)stationären kinderpsychiatrischen Settings für Professionelle der Sozialen Arbeit im Umgang mit Kindern leisten, die aufgrund des Miterlebens von häuslicher Gewalt in Paarbeziehungen und Trennungssituationen, Symptome einer Traumafolgestörung aufweisen?»

Um diese Leitfrage in ihrer Gesamtheit beantworten zu können, werden folgende drei Unterfragen zur differenzierten Beantwortung beigezogen.

- Welche Bezüge lassen sich zwischen Traumata und Kindern als Mitbetroffene häuslicher Gewalt in Paarbeziehungen herstellen?
- Inwiefern kann die Traumapädagogik einen Beitrag zur Verbesserung eines sicheren Bindungsverhaltens bei traumatisierten Kindern leisten?
- Welche Anforderungen und Herausforderungen stellen sich an Professionelle der Sozialen Arbeit in Bezug auf die Beziehungsgestaltung mit traumatisierten Kindern und deren Selbstregulation?

Das zentrale Ziel der Arbeit besteht darin, anhand aktueller Literatur darzulegen, welchen Nutzen Traumapädagogik für Fachpersonen der Sozialen Arbeit im Kontext der Kinderpsychiatrie im Umgang mit traumatisierten Kindern leistet, die häusliche Gewalt miterlebt haben. Durch ein vertieftes Verständnis über die Zusammenhänge zwischen der Mitbetroffenheit von Kindern bei Gewalt in aktuellen und ehemaligen Paarbeziehungen und Traumata soll eruiert werden, inwiefern Traumapädagogik bei Betroffenen für eine professionelle Traumaarbeit unterstützend wirken kann. Dies soll in Anbetracht der Anforderungen und Schwierigkeiten erfolgen, die sich für sozialpädagogische Fachkräfte bei ihrer Arbeit ergeben.

## 1.2 Darstellung der Relevanz für die Soziale Arbeit

Kinder, welche häusliche Gewalt zu Hause miterleben, sind in ihrer Integrität verletzt und einer grossen existenziellen Bedrohung ausgesetzt. Gemäss dem Berufskodex der Sozialen Arbeit haben alle Menschen das Recht auf die Wahrung ihrer Integrität und die Erfüllung existenzieller Bedürfnisse. Die Soziale Arbeit hat gemäss dem Berufskodex den Auftrag Menschen in sozialen Notlagen Unterstützung zu leisten, diese zu mindern, verhindern oder zu beseitigen. Sie setzt sich für Menschen ein, die vorübergehend oder permanent in ihrer Lebensführung und Verwirklichung eingeschränkt sind und somit einen benachteiligten Zugang zu gesellschaftlicher Teilhabe haben. Als Grundwert macht die Soziale Arbeit ihr Handeln an den Menschenrechten respektive Kinderrechten der Vereinten Nationen aus (vgl. AvenirSocial 2010: 7-9). Demzufolge hat die Soziale Arbeit den Auftrag, Kinder als Mitbetroffene von häuslicher

Gewalt in ihrer Entwicklung und Wohlbefinden zu fördern und zu sichern, da sie besonders vulnerabel und benachteiligt sind. Des Weiteren verpflichtet sich die Soziale Arbeit Rückzugsmöglichkeiten für Betroffene von Gewalterfahrungen zu schaffen (vgl. ebd.:12).

Das Thema «Kinder als Mitbetroffene von häuslicher Gewalt» ist für die Soziale Arbeit von grosser Bedeutung, da die Soziale Arbeit in diversen Handlungsfeldern tätig ist, wo Kinder und Gewalterfahrungen aufeinandertreffen. Da das Miterleben von häuslicher Gewalt früher oder später zu vielfältigen Benachteiligungen führt, rücken betroffene Kinder als Zielgruppe ins Handlungsfeld der Sozialen Arbeit. Dies ist der Fall, wenn betroffene Kinder z.B. in ihrem psychischen und physischen Wohlergehen beeinträchtigt sind, Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten aufweisen und folglich aufgrund ihrer angeeigneten Überlebensstrategien in ihrem Zugang zu sozialer Teilhabe eingeschränkt sind. Diesbezüglich ist es der Auftrag der Sozialen Arbeit in den verschiedenen Handlungsfeldern Unterstützungsangebote für Kinder zu schaffen, um Partizipation und die Sicherstellung existenzieller Bedürfnisse zu gewährleisten. Relevant ist das Thema ebenso, da das Miterleben von häuslicher Gewalt bei Kindern aufgrund der Tabuisierung und fehlenden Gewaltspuren schwierig zu erkennen ist und betroffene Kinder mit den Erlebnissen unentdeckt bleiben. Weil in der Schweiz kaum gesamtschweizerische Daten zur Mitbetroffenheit von Partnerschaftsgewalt bei Kindern respektive Kindeswohlgefährdungen existieren, resultiert dies unter anderem in einem lückenhaften Schutz, was in einem Grossteil zum Ausbleiben der zwingend notwendigen Hilfe führt (vgl. Schmid 2018: 34).

### **1.3 Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit**

In der vorliegenden Bachelor-Thesis handelt es sich um eine Literaturrecherche, welche sich theoretisch mit Traumapädagogik im kinderpsychiatrischen Setting auseinandersetzt. Im Fokus steht der Umgang von Fachkräften der Sozialen Arbeit mit traumatisierten Kindern bis 12 Jahre, welche in ihrem Zuhause Gewalt zwischen ihren Eltern beziehungsweise Erziehungs- und Sorgeberechtigten miterlebt haben. Einfachheitshalber werden aus Platzgründen die letzten drei Begriffe synonym verwendet und mit elterlicher Paargewalt gleichgesetzt. Der Fokus liegt auf Gewalt in Paarbeziehungen, da dies das häufigste Vorkommnis häuslicher Gewalt darstellt (vgl. Bundesamt für Statistik BFS 2024c).

Diese Bachelor-Thesis gliedert sich in folgende drei leitenden Hauptthemen:

#### **I.) Kinder als Mitbetroffene von häuslicher Gewalt in Paarbeziehungen und Trennungssituationen**

Kapitel 2 geht in einem Exkurs zu häuslicher Gewalt im Allgemeinen auf eine Begriffsdefinition von häuslicher Gewalt und Gewalt in Paarbeziehungen ein und zeigt schweizweit das Ausmass in Zahlen auf. Daraus ableitend beleuchtet danach das folgende Kapitel die Situation

von Kindern als Mitbetroffene von Gewalt in Paarbeziehungen in der Schweiz, einschliesslich Begriffsdefinition, Prävalenz, Perspektive des Kindesschutzes und Folgen des Miterlebens häuslicher Gewalt.

## **II.) Trauma**

Das Kapitel 3 beschäftigt sich mit der Definition von Trauma, potenziell traumatisierenden Ereignissen, der Typisierung von Traumata, Traumareaktion sowie Traumasymptomen bei Kindern. Weiter werden relevante Traumafolgestörungen nach ICD-11 erläutert und Auswirkungen von Traumatisierungen auf die Entwicklung und Bindungsfähigkeit von Kindern beleuchtet. Zum Schluss werden die Zusammenhänge zwischen Traumata und dem Miterleben häuslicher Gewalt erforscht sowie der Einfluss von Traumata auf die pädagogische Arbeit mit Kindern analysiert.

## **III.) Traumapädagogik**

Kapitel 4 definiert in einem Grundlagenteil die Fachrichtung Traumapädagogik und befasst sich mit ihrer Grundhaltung und traumapädagogischen Konzepten, wobei die Konzepte der Pädagogik des sicheren Ortes und der Pädagogik der Selbstbemächtigung erläutert werden. Im zweiten Teil des Kapitels liegt der Fokus auf Traumapädagogik im (teil-)stationären kinderpsychiatrischen Setting, einschliesslich der Notwendigkeit von Traumapädagogik in der Kinderpsychiatrie, den zentralen Bausteinen Bindung, Selbstbemächtigung und Gruppenpädagogik. Im Anschluss wird die Relevanz von sozialpädagogischen Fachkräften als Teil der Traumapädagogik beleuchtet. Diesbezüglich wird Bezug auf die diversen Anforderungen und Herausforderungen genommen, von welchen sie in ihrer alltäglichen Arbeit mit traumatisierten Kindern betroffen sind, und das Konzept der Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für sozialpädagogische Fachkräfte als institutioneller Auftrag erläutert. Letztlich beschreibt das Kapitel die Bedeutung interdisziplinärer Kooperation und Netzwerkarbeit.

In Kapitel 5 werden die Erkenntnisse aus der Fachliteratur zusammengefasst und kritisch diskutiert. Nach der Beantwortung der Fragestellung wird resultierend daraus eine Schlussfolgerung für die Praxis der Sozialen Arbeit abgeleitet. Die Bachelor-Thesis wird abgerundet mit dem persönlichen Erkenntnisgewinn der Autorin sowie weiterführenden Überlegungen zur Thematik. In Kapitel 6 sind die verwendeten Quellen verankert und Kapitel 7 enthält die unterzeichnete ehrenwörtliche Erklärung.

## 2 KINDER ALS MITBETROFFENE HÄUSLICHER GEWALT IN PAARBEZIEHUNGEN UND TRENNUNGSSITUATIONEN

### 2.1 Exkurs häusliche Gewalt im Allgemeinen

Um die Thematik Kinder als Mitbetroffene häuslicher Gewalt besser verstehen zu können, wird folglich mit diesem Kapitel prägnant Bezug auf Grundlagen häuslicher Gewalt genommen, welche zu einem besseren Gesamtverständnis der Thematik beitragen sollen.

#### 2.1.1 Definition häusliche Gewalt

Aus der Literatur wird ersichtlich, dass es sich als komplex gestaltet, häusliche Gewalt zu definieren, da je nach Auslegung verschiedene Definitionen existieren. Die Definition von häuslicher Gewalt ist von Faktoren wie der Zeit, Kultur, (Fach-)Perspektive und Zielgruppe abhängig, mit welcher sie betrachtet wird (vgl. Steingen 2019: 20-22). In dieser Arbeit bezieht sich die Autorin auf die Definition von häuslicher Gewalt gemäss dem Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (Istanbul-Konvention) vom 11. Mai 2011 abgeschlossen in Istanbul, in der Schweiz in Kraft seit 1. April 2018 (SR 0.311.35):

«Im Sinne dieses Übereinkommens (...) bezeichnet der Begriff «häusliche Gewalt» alle Handlungen körperlicher, sexueller, psychischer oder wirtschaftlicher Gewalt, die innerhalb der Familie oder des Haushaltes oder zwischen früheren oder derzeitigen Eheleuten oder Partnerinnen beziehungsweise Partnern vorkommen, unabhängig davon, ob der Täter beziehungsweise die Täterin denselben Wohnsitz wie das Opfer hat oder hatte;» (Istanbul-Konvention, vom 11. Mai 2011, Art. 3 Abs. b., SR 0.311.35)

Gründe für die Wahl dieser breiten Begriffsbestimmung sind einerseits, dass diese weit gefasste Definition diverse Täterschaft-Opfer-Konstellationen beinhaltet und nicht von traditionellen Geschlechterverhältnissen ausgeht. Ferner ist es irrelevant, wie die Personen im häuslichen Kontext zueinanderstehen und, ob die Beziehung noch bestehend ist, sich in Trennung befindet oder bereits aufgelöst ist (vgl. Dimmel/Eichinger 2023: 18). Auch betrachtet diese Definition mitbetroffene Kinder ebenso als Opfer und bildet die aktuelle Rechtsgrundlage für Schweizer Behörden in Verbindung mit häuslicher Gewalt (vgl. EBG 2020a: 6).

Um häusliche Gewalt in ihrem Wesentlichen zu beschreiben, gibt es einige Hauptmerkmale, die häusliche Gewalt von ausserhäuslichen Gewaltarten abgrenzen:

- Häusliche Gewalt findet primär im eigenen Zuhause statt, was mit Sicherheit und Geborgenheit verbunden wird (vgl. ebd.: 4)

- «Die physische, sexuelle und/oder psychische Integrität des Opfers wird durch eine nahestehende Person bedroht oder verletzt, zu der das Opfer in einer emotionalen und häufig intimen Beziehung steht.» (Godenzi 1996, zit. nach ebd.)
- Ein Machtgefälle liegt zugrunde und verstärkt die Gewalt. Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen Dominanzverhalten, Kontrolle und Gewaltausübung (vgl. ebd.: 4).
- Auch durch eine Trennung wird die emotionale Beziehung meist nicht komplett aufgelöst (vgl. ebd.).

Die Forschung sieht keine allgemeingültige Kategorisierung der Gewaltformen vor. Die Istanbul-Konvention unterteilt in physische, psychische, sexuelle und wirtschaftliche Gewalt. Gewisse Quellen schliessen zusätzlich soziale Gewalt mit ein. Die Formen können einzelnen, kombiniert, angedroht oder ausgeführt angewendet werden (vgl. EBG 2020a: 7). Sie reichen von Tätlichkeiten, Schlägen, Würgen, Fesseln, Demütigungen, Beleidigungen über Vergewaltigungen, Freiheitsentzug, Kontrolle von sozialen Kontakten, Untersagung von Arbeit bis hin zu und versuchter/vollendeter Tötung (vgl. Kinderschutz Schweiz 2020, zit. in Büttner 2020:6).

### 2.1.2 Gewalt in Paarbeziehungen und Trennungssituationen

Da sich vorliegende Arbeit mit Kindern als Mitbetroffene von häuslicher Gewalt in Paarbeziehungen und Trennungssituationen beschäftigt, wird nun der Fokus auf Gewalt in elterlichen Paarbeziehungen gesetzt. Um diese nebst den anderen Erscheinungsformen einfach zu verorten, dient die nachfolgende Grafik (vgl. Abb.1). Die anderen Erscheinungsformen haben demzufolge keine weitere Bewandnis für diese Arbeit.

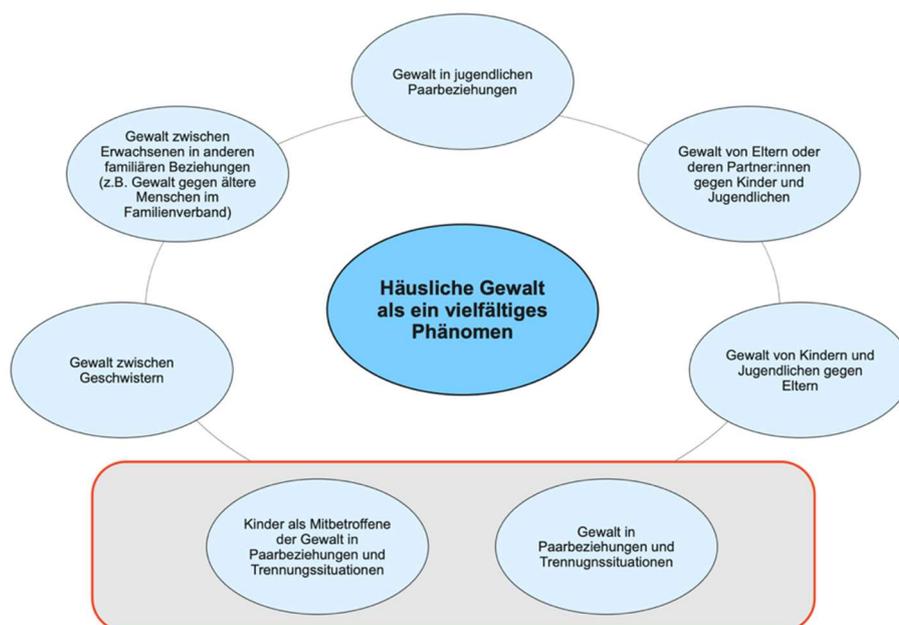


Abbildung 1: Eigene Darstellung zu Erscheinungsformen häuslicher Gewalt mit Fokus auf Gewalt in Paarbeziehungen und Trennungssituationen in Anlehnung an Schär (2020)

Bei Gewalt in aktuellen und ehemaligen Partnerschaften (auch Partnerschaftsgewalt genannt) handelt es sich um eine spezifische Form häuslicher Gewalt. Konkret bedeutet Gewalt in Partnerschaften: «alle Formen von Gewalt in den verschiedensten Konstellationen von bestehenden oder aufgelösten Partnerschaften zwischen Erwachsenen» (Egger/Schär Moser 2008: 5). Weiter spezifizieren Egger und Schär Moser den Begriff Gewalt in Partnerschaften durch «(...) Gewalt in Ehe und Partnerschaft, bei heterosexuellen oder homosexuellen Paaren, bei gemeinsamem und getrenntem Wohnsitz und auch bei Paaren in der Phase der Trennung oder nach der Trennung.» Weiter schliesst diese Begriffsdefinition Kinder als Mitbetroffene mit ein. Ausserdem tritt Partnerschaftsgewalt meist über einen längeren Zeitraum auf und intensiviert sich mit der Zeit (vgl. ebd.). Die in Kapitel 2.1.1 genannten charakteristischen Hauptmerkmale häuslicher Gewalt finden hier ebenso Anwendung.

### 2.1.3 Prävalenz

Häusliche Gewalt stellt in der Schweiz ein weitverbreitetes Problem dar und tritt über alle sozialen Schichten, Altersgruppen und Herkunft hinweg auf (vgl. Dimmel/Eichinger 2023: 19). Zahlen dazu werden in der Schweiz aus nationalen und kantonalen Statistiken («Hellfeld-Statistiken») und Prävalenzstudien («Dunkelfeldstudien») erhoben. Diese widerspiegeln jedoch nur einen kleinen Teil der Gewaltbetroffenheit in der Schweiz, wobei das tatsächliche Gewaltausmass bei weitem nicht erfasst werden kann. Schätzungen nach wenden sich nur 10-22% der Opfer an die Polizei. Zurückgeführt wird dies auf die hohe Hemmschwelle verbunden mit Schamgefühlen, da Täterschaft und Opfer üblicherweise in einer Beziehung zueinander stehen (vgl. EBG 2024: 3).

Gemäss der aktuellen Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) 2023 wurden ungefähr 40% der insgesamt 19'918 polizeilich erfassten Straftaten im häuslichen Bereich registriert (vgl. BFS 2024d: 39). Gewalt in aktuellen Partnerschaften ist statistisch gesehen die häufigste Form häuslicher Gewalt. Dabei sind Frauen im Vergleich zu Männern mit 74,2-76,3% deutlich häufiger Geschädigte von Gewalt in aktuellen und ehemaligen Partnerschaften, erleben zusätzlich häufiger schwere und regelmässige Gewalt. Männer sind im Vergleich zum weiblichen Geschlecht deutlich öfters Tatperson (vgl. BFS 2024a). Am häufigsten wurden folgende Delikte polizeilich registriert: Tötlichkeiten (Art. 126 StGB), Drohung (Art. 180 StGB), Beschimpfung (Art. 177 StGB) und einfache Körperverletzung (Art. 123 StGB) (vgl. BFS 2024c). Ein Drittel aller vollzogenen Tötungsdelikten wurden zudem in (ehemaligen) Partnerschaften verübt, wobei die Opfer primär Frauen waren (vgl. BFS 2024b). Das Risiko Gewalt zu erfahren, ist für Frauen in den eigenen vier Wänden am höchsten (vgl. EBG 2020c: 3). Umgekehrt können auch Männer Opfer von Gewalt in Partnerschaften sein. In aktuellen Partnerschaften beträgt dieser Anteil schweizweit 25,8%, in ehemaligen Beziehungen 23,7%. Männliche Opfer sind dabei eher psychischen Gewaltformen ausgesetzt (vgl. BFS 2024a). Gewaltbetroffene Männer

in Paarbeziehungen ist ein unterbelichtetes und tabuisiertes Thema, wobei das geringe Aufsuchen von Hilfe bei Männern die tiefe Datenerfassung teils begründen könnte (vgl. Fiedeler 2020: 59). Zu weiteren Geschlechtsformen wurden keine aussagekräftigen Daten gefunden.

## **2.2 Überblick über den aktuellen Fachdiskurs betreffend Kinder**

Aus dem zuvor beschriebenen Kapitel häusliche Gewalt im Allgemeinen wurden nebst den erwachsenen Opfern Kinder in mehrfachem Zusammenhang mit Partnerschaftsgewalt erwähnt. In folgenden Kapiteln wird diese Personengruppe näher beleuchtet, um zu erforschen, inwiefern Partnerschaftsgewalt auch Kinder betrifft.

Lange Zeit wurden Kinder im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt vernachlässigt und vergessen. Sie wurden diesbezüglich nicht nur als Opfer ausgeblendet, sondern wurden auch als keine eigenständigen Subjekte mit eigenen Rechten, Bedürfnissen, Gefühlen und Sichtweisen wahrgenommen. Dies verunmöglicht eine angemessene Aufarbeitung aus Perspektive der Heranwachsenden. Kinder werden meist erst in den Blick genommen, wenn es zu regelmäßigen, schweren Gewalttaten in Paarbeziehungen kommt (vgl. Kindler 2013: 28). Viele Eltern behaupten ihre Kinder würden die Gewalt nicht wahrnehmen, jedoch nehmen Kinder sensibel wahr, was sich zu Hause abspielt (vgl. Hafner/Hertel 2019: 39). Folglich hören, sehen und leiden sie mit und sind massiven Belastungen ausgesetzt. Der Fachdiskurs wird seit der Wende der 2000er Jahre von der Tatsache geprägt, dass Kinder in diversen Formen von der Destruktivität von Gewalt in Paarbeziehungen mitbetroffen sind, auch wenn sich diese nicht explizit gegen sie richtet (vgl. Gloor/Meier 2007, zit. in von Fellenberg/Jurt 2015: 11).

## **2.3 Begriffsbestimmung: Kinder als Mitbetroffene von Gewalt in Paarbeziehungen und Trennungssituationen**

In folgendem Kapitel soll eine Annäherung an den Begriff «Kinder als Mitbetroffene häuslicher Gewalt» sowie eine Abgrenzung zu kontextähnlichen Begriffen vorgenommen werden.

In der Fachliteratur lassen sich eine Bandbreite an Begriffsbestimmungen zu Kindern und häuslicher Gewalt finden, wie «Kinder als Zeugen und Zeuginnen häuslicher Gewalt», «Miterleben häuslicher Gewalt» oder «Mitbetroffenheit». Kinder, die nicht selbst direkt misshandelt werden, sondern Gewalt in elterlichen Paarbeziehungen ausgesetzt sind, bezeichnen viele Quellen als Zeuginnen und Zeugen. Kritisch betrachtet, erachtet sich dieser Begriff als ungeeignet, da er von einer passiven beobachtenden Rolle ausgeht und die Tatsache ausblendet, dass Kinder teils selbst intervenieren oder durch Dritte direkt ins Gewaltgeschehen einbezogen werden (vgl. von Fellenberg/Jurt 2015: 12). Die Istanbul-Konvention (vom 11. Mai 2011, Art. 3 Abs. a, SR 0.311.35) akzentuiert mit ihrer Definition, dass Kinder nicht direkt das Ziel der

Gewalthandlungen verkörpern müssen, um im Hinblick auf die Folgen als Opfer häuslicher Gewalt zu gelten (vgl. EBG 2020b: 3). Mit dem Begriff «Zeug:innen» würden so die massiven Auswirkungen bei betroffenen Kinder ausgeblendet, verharmlost und deren aktive Rolle in der Dynamik vernachlässigt werden (vgl. Rudolph 2007: 24). Die vorliegende Arbeit verwendet deswegen den Begriff «Kinder als Mitbetroffene von häuslicher Gewalt in Paarbeziehungen»: Mitbetroffenheit von häuslicher Gewalt bei Kindern wird zumeist definiert als «das Miterleben von Gewalt zwischen elterlichen Bezugspersonen, schliesst aber auch miterlebte häusliche Gewalt in anderen Beziehungskonstellationen mit ein (...)» (EBG 2020b: 3). Diesbezüglich wächst oder hält sich das Kind wiederkehrend in einer Familie auf, in der es zu häuslicher Gewalt kommt. «Sie erleben Gewalt zwischen Bezugspersonen, zu denen (in der Regel) eine enge emotionale Bindung besteht.» (ebd.) Die vorliegende Arbeit fokussiert sich jedoch nur auf das Miterleben von Gewalt in Paarbeziehungen und Trennungssituationen, was häusliche Gewalt in der eigenen Kernfamilie, Verwandtschaft, Pflegefamilie oder neuen Familie des getrennten Elternteils meinen kann (vgl. ebd.: 3f.).

In der Literatur ist es umstritten, ob es sich bei Mitbetroffenheit häuslicher Gewalt bei Kindern um direkte oder indirekte Gewalt handelt. Gewisse Positionen gehen von indirekter Gewalt aus, da Kinder keiner absichtlichen, zielgerichteten Gewalt von der Tatperson ausgesetzt sind. Werden jedoch die Auswirkungen des Miterlebens häuslicher Gewalt genauer betrachtet (vgl. Kapitel 2.6), wird klar, dass Kinder im Vorschul- und Grundschulalter einerseits aufgrund der unausweichlichen Situation des Anwesend-seins und andererseits der Abhängigkeit von ihren Eltern direkter Gewalt ausgesetzt sind (vgl. de Andrade/Gahleitner 2020: 92f.). Studien legen dar, dass das Miterleben häuslicher Gewalt für Kinder eine Form direkter psychischer Gewalt darstellt (vgl. Biesel/Urban-Stahl 2022: 116, Strasser 2013: 47). Demzufolge wäre es fahrlässig von indirekter Gewalt zu sprechen, was dazu beitragen würde, dass Kinder als Opfer ausgeblendet, deren Folgen verharmlost und die Tabuisierung dadurch verstärkt werden.

Heynen (2001, zit. in Dlugosch 2010: 39) unterteilt die Mitbetroffenheit häuslicher Gewalt in vier Formen, wobei vor allem die letzten beiden Formen für diese Arbeit von Relevanz sind:

- Zeugung durch Vergewaltigung
- Misshandlungen während der Schwangerschaft
- Direkte Gewalterfahrungen als Mitgeschlagene/Mitbetroffene
- Aufwachsen in einer Atmosphäre von Gewalt und Demütigung

Konkret bedeutet dies, dass Kinder von den Gewalthandlungen mitbetroffen sind, indem sie im selben Raum anwesend sind, aus ihrem Zimmer zuhören, den gewaltbetroffenen Elternteil verletzt sehen und ihre massive Verzweiflung und Angst wahrnehmen. Zudem können sie bei polizeilichen Interventionen dabei sein, müssen mit der gewaltbetroffenen Person flüchten oder geraten selbst zwischen die Fronten. Diesbezüglich können sie als Druckmittel eingesetzt

werden, zum Schutz des Opfers (primär der Mutter) intervenieren oder aus Überforderungsgründen des gewaltbetroffenen Elternteils Gewalt abbekommen (vgl. von Fellenberg/Jurt 2015: 13). Auch kann das Verhalten des Kindes selbst als Auslöser für die Gewalt gelten (vgl. Dlugosch 2010: 38f.). Alle diese Szenarien verdeutlichen, dass Kinder den Gewalthandlungen und einhergehenden massiven Belastungen ebenso ausgesetzt und auch Opfer sind.

## 2.4 Prävalenz

Schweizweit gibt es keine Statistik zu Kindern als Mitbetroffene von häuslicher Gewalt, denn Kinderschutz ist Zuständigkeit der Kantone (vgl. Der Bundesrat 2023: 12). Wie in Kapitel 2.1.3 erwähnt, kann das Ausmass zur Häufigkeit nur annähernd aus Daten von Hellfeld- und Dunkelfeldstudien erahnt werden. Die folgenden Daten sind deshalb mit Vorsicht zu geniessen, da diese eine geringe Evidenz besitzen.

Schätzungen gehen jährlich von rund 27'000 mitbetroffenen Kindern in der Schweiz aus, die meisten im Alter von 0-6 Jahren (vgl. EBG 2013, zit. in Beutler 2021: 16). In Frauenhäusern sind ungefähr 50% der zu betreuenden Personen Kinder (vgl. EBG 2020b: 5). Gemäss Optimus-Studie 2018, der schweizweit grössten Studie zu Kindeswohlgefährdungen, steht jede fünfte Kindeswohlgefährdung im Zusammenhang mit dem Miterleben von Gewalt in Partnerschaften. Mädchen und Jungen sind gleichermassen betroffen und sind durchschnittlich 6,8 Jahre alt, wenn die Gefährdung gemeldet wird (vgl. Schmid 2018: 25-27).

Weitere regionale Untersuchungen widerspiegeln ein deutliches Ausmass: Die Basler Polizei stoss ungefähr 20-mal täglich im Zusammenhang mit Gewalt in Partnerschaften auf Kinder, so eine Berichterstattung des Justiz- und Sicherheitsdepartement Basel-Stadt aus dem Jahre 2012 (vgl. Beutler 2021: 16). Bei über der Hälfte aller polizeilichen Interventionen im Kontext von häuslicher Gewalt waren Kinder anwesend, wobei knapp die Hälfte davon zwischen 0-6 Jahren alt waren (vgl. Frauchinger et al. 2012, zit. in EBG 2020b: 5). Im Kanton Bern sieht die Lage ähnlich aus (vgl. Egger et al. 2013, zit. in Schär 2015: 27f.). Eine Studie des Waadtländer Kantonsspitals erforschte Spitalbehandlungen aufgrund von häuslicher Gewalt zwischen 2011-2014, wobei in drei Viertel der Fälle Kinder während den Gewalthandlungen zwischen den elterlichen Bezugspersonen anwesend waren. Die Mehrheit war zwischen 0-6 Jahren alt und wuchs nicht selten seit Jahren in dem chronisch gewalttätigen Zuhause auf (vgl. De Puy et al. 2019, zit. in EBG 2020b: 5).

Die Ergebnisse zeigen, dass Kinder rund um das Vorschulalter und den Schulbeginn besonders stark betroffen sind. Obwohl die Ergebnisse nur einen Anhaltspunkt zum Ausmass geben, wird deutlich, dass einige Kinder von der Problematik betroffen sind und die Dunkelziffer hoch liegen muss (vgl. Schär 2015: 30). Da häusliche Gewalt in Partnerschaften die häufigste Form ausmacht (vgl. Kapitel 2.1.4), kann davon ausgegangen werden, dass in vielen gewaltbetroffenen Haushalten demnach auch Kinder leben.

## 2.5 Unter der Lupe des Kindesschutzes: Kinder sehen, hören, leiden mit

Inwiefern Kinder Gewalt zwischen Eltern miterleben, wie sich dies äussert und in welchem Zusammenhang dies mit einer Kindeswohlgefährdung steht, soll hiermit beleuchtet werden.

Kinder erleben die Gewalttaten in ihrem Zuhause hautnah mit. Laut einer Studie von Strasser (2013) berichteten dabei Kinder von ständiger Angst und Bedrohung. Die Angstzustände äussern sich in psychosomatischen Symptomen wie Bauchschmerzen, Schwäche- und Lähmungszuständen, Krämpfen, Herzklopfen und Alpträumen. Sie fühlen sich während dem Miterleben der Gewalttaten ohnmächtig, innerlich eingefroren und hilflos. Teils würden sie gerne eingreifen, verspüren hingegen grosse Angst vor der eigenen Bedrohung und den Folgen für die gewaltbetroffene Person, meist die Mutter. Andere Kinder flehen die Tatperson an aufzuhören. Kinder erleben ambivalente Gefühle wie Wut, Trauer, Liebe und Hass gegenüber beiden Elternteilen. Sie sind einem Loyalitätskonflikt ausgesetzt, da sie beide Elternteile tief in ihrem Inneren lieben (vgl. Strasser 2013: 48-57). Die wahrgenommenen widersprüchlichen elterlichen Verhaltensweisen führen bei Kindern dazu, dass sie die Eltern gleichzeitig lieben und verachten. Auch verspüren sie (Mit-)Schuld, wenn sie hören, dass ihr kindliches Verhalten Auslöser für Gewalthandlungen ist, und versuchen ihr Verhalten anzupassen (vgl. Rudolph 2007: 25-27). Denn Kinder beziehen die Belastungen immer auf sich selbst (vgl. Kave-  
mann/Kreyssig 2013, zit. in: Sabas 2024: 57). Dies ist vor allem im Primarschulalter der Fall (vgl. Schär 2015: 32). Folgendes Zitat unterstreicht die ambivalente Gefühlslage aus Betroffenenperspektive:

Die Schläge, die meine Mama bekam, spürte ich in meinem Bauch von einem hin und her Zerren ... das machte mich traurig, und [ich] bekam Angst. Mein Bauch hatte Angst, manchmal hatte er um meine Mama Angst, manchmal sogar hatte ich um meinen Vater Angst. Dass er nicht weiß, was er tut. (Amela o.J., zit. in Strasser 2013: 49)

Dieses Ohnmachtsgefühl betitelt ein betroffenes Mädchen als «inneres Verbluten» (vgl. Strasser 2013: 56). Betroffene sind einer ständig erhöhten Wachsamkeit sowie damit verbundenen Hilflosigkeit ausgesetzt, da sie nicht wissen, wann es wieder zu einem Gewaltausbruch kommt (vgl. de Andrade/Gahleitner 2020: 93). Demzufolge sind das elterliche Handeln und Fürsorgeverhalten für das Kind unvorhersehbar und die Beziehungen zu den Eltern/Bezugspersonen von Instabilität und Orientierungslosigkeit geprägt (vgl. Kindler 2013: 40-42). Kommen Suizidgedanken oder sichtbare Überforderung des gewaltbetroffenen Elternteils hinzu, verstärken sich diese. Kinder erleben sich als handlungsunfähig und ihr Körper befindet sich in einem konstant erhöhten Stressverarbeitungslevel (vgl. Rudolph 2007: 25f.). Das Miterleben häuslicher Gewalt kann für betroffene Kinder ebenso schädlich sein - wenn nicht sogar (langfristig)

schädlicher - wie, wenn sie selbst physischer Gewalt ausgesetzt wären (vgl. Lamnek et al. 2012: 141). Korittko (2014, zit. in de Andrade/Gahleitner 2020: 92) erläutert zudem: «Kinder erleben - je kleiner sie sind, umso intensiver - eine körperliche Bedrohung gegenüber einem betreuenden Elternteil (...) auch als Bedrohung gegen sich selbst.» Ein Grund sieht Korittko in der emotionalen Abhängigkeit zum Elternteil, wobei das Kind Gewalt gegen eine enge Bezugsperson als verletzender erlebt als Gewalt gegen sich selbst (vgl. de Andrade/Gahleitner 2020: 92). Eine Bedrohung gegen eine Bindungsperson führt demzufolge zu erheblichem Stress und einem fehlenden emotionalen Sicherheitsgefühl. An eine solche Belastungssituation können sich Kinder nicht gewöhnen. Studien belegen, dass Kinder, welche häusliche Gewalt in Paarbeziehungen miterlebten, verglichen mit einer Kontrollgruppe stärkere physiologische Belastungsreaktionen bei Gefährdungssituationen der Mutter zeigten. Sie machen sich grosse Sorgen um die eigene Sicherheit und die der Familie, was mit einer existenziellen Bedrohung der Bindungsbeziehung einhergeht (vgl. Kindler 2013: 45f.). Auch berichten Kinder von einer Entfremdung des eigenen Selbst (vgl. Strasser 2013: 49).

Innerhalb der Familie wird meist über die Gewaltvorkommnisse geschwiegen, um zu verhindern, dass Kinder häusliche Gewalt miterleben. Obwohl die Kinder von den Taten wissen, lernen sie durch das Schweigen, dass darüber nicht gesprochen wird (vgl. Rudolph 2007: 27). Dies resultiert darin, dass sie an den Gewalterlebnissen zweifeln oder sich schämen, wodurch sich über die Jahre der Zustand des Schweigens und Aushaltens festigt (vgl. Strasser 2013: 57). Weiter haben sie grosse Angst vor den Auswirkungen, wenn das «Familiengeheimnis» auffliegt (vgl. Sabas 2024: 78). Aufgrund der Vermischung von Intimität und Gewalt oder auch aufgrund des Entwicklungsstandes sind die meisten Kinder nicht in der Lage über die Gewalterlebnisse zu sprechen. Sie müssen ihre Emotionen selbst bewältigen, was die Belastungen erhöhen (vgl. de Andrade/Gahleitner 2020: 92f.). Letztlich wird das Schweigen durch die Annahme seitens Fachpersonen aufrechterhalten, dass die Unterstützung des gewaltbetroffenen Elternteils für das gesamte System, als genügend eingestuft wird, wodurch die Rolle der mitbetroffenen Kinder und der Täterschaft unbeachtet bleiben (vgl. Hafner/Hertel 2019: 39). Für Fachpersonen ist es schwierig das Ausmass der psychischen Misshandlung festzustellen, da diese erst spät von aussen zu erkennen ist (vgl. Biesel/Urban-Stahl 2022: 116).

Angesichts der beschriebenen Belastungen kann das Miterleben von Partnerschaftsgewalt als relevanter Risikofaktor betreffend Kindeswohlgefährdung gedeutet werden (vgl. Thiemann/Toutaoui 2024: 275). Abgesehen von multiplen Belastungsfaktoren, welche häufig parallel bestehen, worauf aus fehlender Relevanz nicht eingegangen wird, resultiert miterlebte Partnerschaftsgewalt in einer bedeutsamen Einschränkung der kindlichen Entwicklung (vgl. Kindler 2013: 40). Im nächsten Kapitel gilt es diese Belastungen in Verbindung mit den Auswirkungen der miterlebten Gewalt bei Kindern genauer zu beleuchten.

## 2.6 Folgen und Auswirkungen auf die zukünftige Entwicklung

Das Miterleben von Gewalt in Paarbeziehungen hat weitreichende Auswirkungen auf Kinder und deren Lebensführung. Inwiefern sich diese Folgen bei ihnen ausprägen, hängt stets von der Häufigkeit und Stärke der Gewalterfahrungen, der Verarbeitung des Erlebten und den verfügbaren Schutzfaktoren ab (vgl. Rudolph 2007: 29). Nicht alle Kinder entwickeln sich negativ: Viele erweisen sich als resilient und können solche Erlebnisse gesund verarbeiten (vgl. EBG 2020b: 8). Grundsätzlich hat der Entwicklungsstand einen Einfluss auf die Bewältigung der Gewalterfahrungen. Je jünger Kinder sind und je regelmässiger und intensiver sie den Gewalt-handlungen exponiert sind, desto gravierender sind die Folgen (vgl. Biesel/Urban-Stahl 2022: 116, Hafner/Hertel 2019: 36). Auch sind jüngere Kinder stärker von ihren Eltern abhängig und besitzen weniger eigene Bewältigungsstrategien. Daraus ergibt sich: je stärker die Belastungen in der Kindheit, desto verstärkter treten die Probleme im zukünftigen Leben auf (vgl. de Andrade/Gahleitner 2020: 94). In der nachfolgenden Tabelle (vgl. Tab. 1) sind verbreitete Folgen im Zusammenhang mit dem Miterleben häuslicher Gewalt in Paarbeziehungen und Trennungen auf Ebene Familie und Kind dargestellt.

Tabelle 1: Eigene Darstellung zu den Folgen des Miterlebens von Gewalt in Paarbeziehungen bei Kindern

<b>Ebene Familie</b>
<b>Vernachlässigung</b>
Erhöhtes Risiko für Vernachlässigung: psychischen Belastungen des Opfers sowie der Substanzkonsum mindestens einer Erziehungsperson führen dazu, dass sie aufgrund ungenügender Handlungsfähigkeit und elterlicher Überforderung nicht in der Lage sind, als elterliche Bezugsperson zu fungieren, die kindlichen Bedürfnisse wahrzunehmen und zu befriedigen. Folgen: unangemessene Anregung, Aufsicht, Fürsorge und (gesundheitliche) Versorgungsleistungen → ungenügende Erziehungs- und Fürsorgefähigkeiten sowie fehlende mütterliche/väterliche Responsivität können langfristig zu negativen Veränderungen des Bindungsmusters/Entwicklungsverzögerungen führen (vgl. EBG 2020b: 13, Kindler 2013: 40-43, Thiemann/Toutaoui 2024: 275)
<b>Erhöhtes Risiko für Kindesmisshandlung</b>
Direkte Misshandlung durch die Tatperson mittels Involvierung in die Gewalthandlungen (z.B., wenn das Kind eingreifen möchte) (vgl. Sabas 2024: 65). Meist in Zusammenhang mit niedrigen erzieherischen Fähigkeiten, autoritärem Erziehungsstil → Beziehungsfähigkeit wird zum Kind dadurch erschwert und elterliche Verantwortung wird nicht erfüllt (vgl. ebd.:76, Kindler 2013:41). Misshandlung kann auch durch gewaltbetroffenes Opfer erfolgen, da der Frust/Überforderung am Kind als schwächstes Glied abgelassen wird (vgl. EBG 2012b, zit. in Schär 2015: 35).

**Verlust elterlicher Bezugsperson**

Kinder verlieren beide Elternteile als Ansprech- und Bezugsperson in der stark belasteten Zeit → Fehlende Struktur und Halt des kindlichen Umfelds (vgl. Sabas 2024: 76). Auch können sie einen vollständigen Verlust eines Elternteils aufgrund von Mord oder Suizid erfahren (vgl. Rudolph 2007: 25f.).

**Parentifizierung**

Übernahme von altersunüblichen Aufgaben durch Rollenumkehrung mit gewaltbetroffenem Opfer: Kinder stützen das gewaltbetroffene Elternteil mit emotionaler Sicherheit, übernehmen hauswirtschaftliche Tätigkeiten, die Geschwisterbetreuung und schieben eigene Bedürfnisse auf (vgl. Dlugosch 2010: 66, Strasser 2013: 52). Durch die dankbare Annahme der Hilfe werden sie darin bestärkt, dass sie in dieser Rolle gebraucht werden. Aufgrund entwicklungsbedingter mangelnder Ressourcen können sie diese Fürsorge nicht mit ihren eigenen psychischen Schutzstrategien kompensieren (vgl. Kindler 2013:43, Rudolph 2007: 28f.).

**Ebene Kind****Gesundheitliche Folgeprobleme**

Kleinkinder: Gereiztheit, Schlafstörungen, Angst vor dem Alleinsein, Ausbleiben der Trotzphase (vgl. Klopstein 2015, zit. in EBG 2020b: 7, Walker-Descartes et al. 2021, zit. in Krüger/Reichlin 2021: 16). Vorschul- und Schulalter: diverse psychosomatische Symptome wie Einnässen, Einkoten, Schlafstörungen, Essprobleme und Körperschmerzen (vgl. Sabas 2024: 58), besonders bei Kindern bis 6 Jahren häufig (vgl. Olofsson et al. 2011, zit. in de Andrade/Gahleitner 2020: 95). Können als Überforderung des Stressverarbeitungssystems gedeutet werden (vgl. Kindler 2013: 35).

**Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsverzögerungen**

Gewalterfahrungen in der Kindheit wirken sich mit einem erhöhten Risiko negativ auf die Entwicklung aus (vgl. Finkelhor 1986, zit. in Sabas 2024: 81) und bedingen Entwicklungsverzögerungen (vgl. Dlugosch 2010: 59). Das Risiko für behandlungsbedürftige Auffälligkeiten ist drei- bis sechsfach erhöht (vgl. Kindler 2013: 32).

→ Diverse internalisierte und externalisierte Verhaltensweisen: Sprach-, Motorik- und Lernschwierigkeiten, Konzentrations- und Leistungsabfall, eingeschränkte Emotionsregulation, destruktives oder selbstschädigendes Verhalten, Aggressivität, Unruhe, Depressivität, Ängste, sozialer Rückzug (vgl. de Andrade/Gahleitner 2020: 95, Sabas 2024: 58,66). Verhaltensauffälligkeiten treten in der Regel bei Mädchen später und internalisiert auf, bei Jungen früher und tendenziell externalisiert (vgl. Sabas 2024: 67). Studien belegen, dass die Belastungsreaktionen beider Geschlechter ähnlich sind (vgl. Kindler 2013: 34). Auch wurden Symptome psychischer Traumatisierung beobachtet (vgl. Hafner/Hertel 2019: 36f.).

**Psychische Erkrankungen**

Langandauerndes Miterleben häuslicher Gewalt kann bei betroffenen Kindern den Glauben an die eigene Sicherheit zerstören und zu psychischen Erkrankungen wie z.B. Posttraumatische

Belastungsstörung (PTBS), Persönlichkeitsstörung, Angststörungen und/oder Depression führen (vgl. Kessler et al. 2010, zit. in Schär 2015: 33, Sabas 2024: 69).

### **Bindungsprobleme und -störungen**

Besonders Kleinkinder werden in ihrem Urvertrauen massiv gestört, da anstelle von Nähe und Sicherheit wegen der Gewalt existenzielle Ängste und Stress verspürt werden (vgl. Sabas 2024: 56). Ihr Bedürfnis nach Schutz in bedrohlichen Situationen wird von der/den Bindungsperson/en nicht genügend oder ambivalent beantwortet → entwicklungsdämpfend und möglicher Entstehungsgrund für Bindungsstörungen (vgl. ebd.: 80).

### **Eingeschränkte Beziehungsgestaltung in Freundschaften und Liebesbeziehungen**

Betroffene weisen niedrige soziale Kompetenzen im Umgang mit anderen, mangelnden Fähigkeiten in der Konfliktbewältigung, störendes Verhalten, Defizite in empathischem Verhalten sowie ein erhöhtes Risiko dysfunktionale Beziehungen in Zukunft einzugehen auf (vgl. Dlugosch 2010: 59, Schär 2015: 35).

### **Gestörtes Selbstkonzept**

Gewalterfahrungen haben Auswirkungen auf die Identität des Kindes. Sie schwächen ein gesundes Selbstkonzept bzw. Selbstvertrauen (vgl. Hughes 1988, zit. in Schär 2015: 35).

### **Transgenerationale Weitergabe von Gewalt**

Erhöhtes Risiko für die Übernahme und Fortführung von traditionellen patriarchalischen Geschlechterrollen (primär männliche Macht, weibliche Ohnmacht), gewaltsamen Erziehungsstil sowie Gewalt als erlernte legitime Konfliktlösungsstrategie (vgl. Rudolph 2007: 32f., Sabas 2024: 58). Gewalt wird folglich als erwachsene Person selbst toleriert oder Täterrolle wird in Verbindung mit erhöhter Gewaltbereitschaft im Erwachsenenalter übernommen (vgl. ebd.: 68). Vorkommen und Art der Gewalterlebnisse in der Herkunftsfamilie begünstigen stark Gewalthandlungen in der eigenen späteren Familie (vgl. Lamnek et al. 2012: 135).

## **Zusammenfassung:**

Daraus wird ersichtlich: Kinder, welche in ihrem Zuhause häusliche Gewalt erleben, sind multiplen Belastungen und folglich einem deutlich erhöhten Risiko für Entwicklungsbeeinträchtigungen und Traumatisierungen ausgesetzt (vgl. Dlugosch 2010: 41, Rudolph 2007: 31). In einem zweiten Teil der Arbeit gilt es das Thema Trauma zu erforschen und den Zusammenhang zwischen mit dem Miterleben häuslicher Gewalt bei Kindern und Trauma näher zu beleuchten.

## 3 TRAUMA

In diesem zweiten Hauptteil der Thesis wird das Thema «Trauma» bei Kindern beleuchtet, wobei sich vorliegende Arbeit auf psychische Traumata bezieht. Traumatische Erlebnisse gehören zu den gravierendsten Belastungen, welchen Individuen ausgesetzt sein können und führen bei Kindern zu schwerwiegenden Auswirkungen auf das kindliche Erleben und Verhalten. Bleiben Traumata unbehandelt, hat dies erhebliche Folgen auf die kindliche Entwicklung, unter anderem auf die soziale Interaktion. Um als Professionelle der Sozialen Arbeit traumatisierte Kinder adäquat unterstützen zu können, ist traumabezogenes Wissen essenziell. Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich dieses Kapitel mit der Entstehung, Symptomatik, Diagnostik und den Folgen von Traumata bei Kindern und nimmt Bezug auf das Miterleben von häuslicher Gewalt und die Pädagogik.

### 3.1 Traumabegriff

Der Begriff Trauma stammt aus dem Griechischen und bedeutet Verletzung (vgl. Landolt 2021: 17). Bei einem psychischen Trauma handelt es sich um ein tiefgreifend erschütterndes Ereignis, welches die menschlichen Anpassungs- und Regulationsfähigkeiten übersteigen. Das Ereignis löst bei der betroffenen Person einen Zustand von Ohnmacht aus (vgl. Tyson/Tyson 1990, zit. in ebd.: 19). Fischer und Riedesser (2009, zit. nach Eichenberg/Zimmermann 2017: 13) definieren eine psychische Traumatisierung als «(...) ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt». Eine Besonderheit ist das Kindheits-trauma, das sich durch mangelnde kindliche Abwehrstrategien sowie fehlendem Schutz einer Bezugsperson während des traumatischen Ereignisses kennzeichnet (vgl. Wübker 2020: 16).

Kann eine Person ein traumatisches Ereignis nicht verarbeiten und treten anhaltende Symptome auf, kann von einem Trauma gesprochen werden. Stimmen die Symptome mit Kriterien von Krankheiten überein, welche entweder gemäss der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im ICD-10/11 oder laut «American Psychiatric Association» (APA) im DSM-5 vermerkt sind, gilt ein Trauma im klinischen Kontext als relevant (vgl. Kapitel 3.5). Das ICD-10 definiert ein Trauma als «belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypischem Ausmass (kurz oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde» (Dilling/Mombour/Schmidt (Hg.) 2015: 207). Diese klassifikationsbasierte Traumadefinition dient eher der Diagnostik und betont ein traumatisches Ereignis als zwingenden Kausalfaktor für eine Traumafolgestörung (vgl. Landolt 2021: 39).

### 3.2 Potenziell traumatische Ereignisse und Traumatypes

Traumatisierende Ereignisse können gemäss einem Spektrum vielfältig aussehen. Laut einer Schweizer repräsentativen Untersuchung von Landolt et al. (2013) haben 56% der jugendlichen Befragten ein potenziell traumatisches Ereignis (PTE) erlebt. Betreffend Ereignisart gaben Mädchen vermehrt sexuelle und häusliche Gewalt an, Jungen eher Unfälle und ausserfamiliäre Gewalt (vgl. Landolt 2021: 70f.). Gemäss ähnlichen Studien ist die Lebenszeitprävalenz von PTE im Kindes- und Jugendalter hoch. So sind ein Viertel bis die Hälfte der Heranwachsenden bis in ihre Jugend von einem solchen PTE betroffen (vgl. Gunaratnam/Alisic 2017, zit. in ebd.: 70). In folgender Matrix (vgl. Abb.2) sind mögliche PTE bezogen auf das Kindesalter dargestellt. Die Autorin bezieht sich dabei auf eine breite Auffassung von PTE durch mehrere Quellen. Gewisse PTE sind darin kursiv, weil bei jenen die individuelle subjektive Lebensbedrohung des Ereignisses ausschlaggebend ist, ob es als PTE gezählt wird oder nicht. Traumatische Ereignisse können zudem in ihren Ursprung kategorisiert werden. Dabei wird in interpersonelle (man-made-disaster) Gewalt und akzidentelle Ereignisse (natural-disaster) unterteilt. Interpersonelle Traumata werden auch als Beziehungstraumata bezeichnet, da diese von einer engen Bindungsperson ausgelöst werden, wie z.B. bei Vernachlässigung (vgl. Eichenberg/Zimmermann 2017: 14).

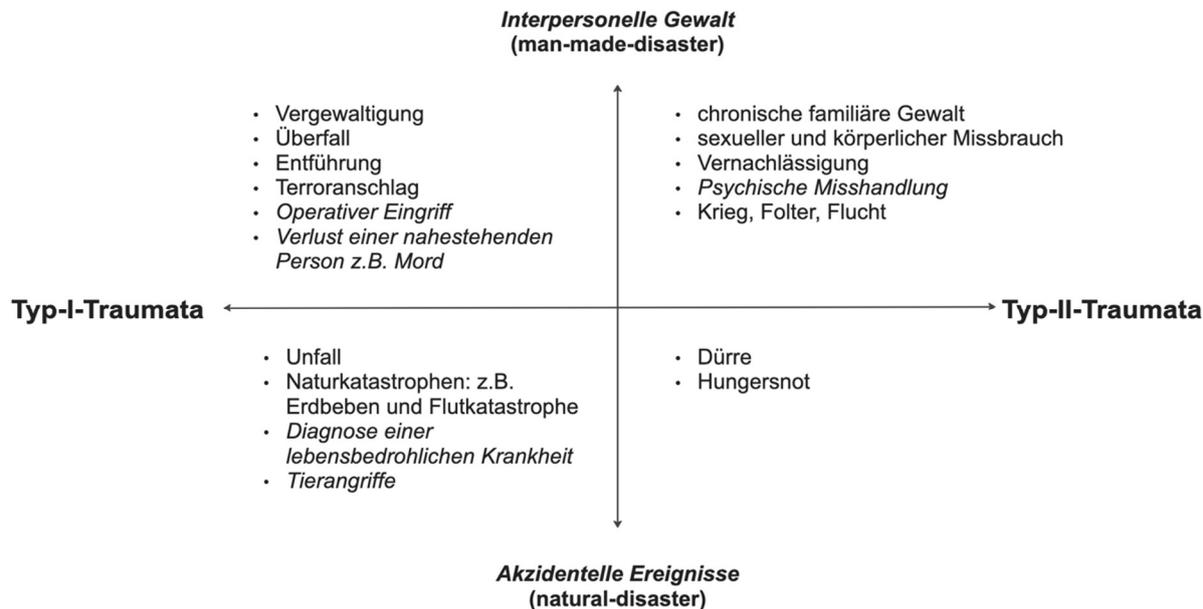


Abbildung 2: Eigene Darstellung zur Klassifikation potenziell traumatischer Ereignisse in Anlehnung an Eckardt (2013: 12), Flatten et al. 2011, zit. nach Eichenberg/Zimmermann (2017:13f.), Streeck-Fischer 2011, zit. nach Korrisko (2016: 28f.), Landolt (2021: 22)

Basierend darauf werden Traumata gemäss Terr (1991) in die beiden Traumatypes Typ-I und Typ-II-Traumata unterteilt. Ersteres handelt von akuten, unvorhersehbaren und einmaligen Ereignissen und werden auch Monotrauma genannt. Dazu gehören bspw. Umweltkatastrophe

oder ein Verkehrsunfall (vgl. Eichenberg/Zimmermann 2017: 14). Typ-II-Traumata sind traumatische Ereignisse, welche über eine langanhaltende Zeitspanne wiederholt (chronifiziert) auftreten, teils vorhersehbar sind und ihren Ursprung oft in der Kindheit haben. Dabei handelt es sich z.B. um sexuellen Missbrauch oder häusliche Gewalt (vgl. Landolt 2021: 21).

Akzidentielle Typ-I-Traumata sind in der Regel in den Auswirkungen weniger schwerwiegend als interpersonelle Typ-II-Traumata (vgl. ebd.). Auch ist das Risiko einer PTBS bei mehreren PTE erhöht (vgl. Landolt et al. 2013: 213).

### 3.3 Traumareaktion

Nach Fischer und Riedesser (2009, zit. in Eichenberg/Zimmermann 2017: 25) wird ein Trauma als eine prozessartige dreiteilige Entwicklung verstanden bestehend aus: traumatischer Situation, traumatischer Reaktion und traumatischen Prozess.

Während der traumatischen Situation ist für Betroffene situatives Handeln unmöglich, weder durch Kampf noch Flucht, weshalb der Körper in einen Totstellreflex versetzt wird, verbunden mit Erstarrung und Unterwerfung (vgl. Eichenberg/Zimmermann 2017: 25-27). Während der verspürten Todesgefahr wird die sensorische Wahrnehmung ausser Kraft gesetzt (vgl. Korittko 2016: 27). Nach der traumatischen Situation und der folgenden Schockphase ist es die Aufgabe des betroffenen Kindes das Erlebte zu überwinden und in das Selbst zu integrieren. Dabei reagieren Betroffene z.B. mit Ärger, Niedergeschlagenheit, Schlaf- und Konzentrationsproblemen (vgl. Dittmar 2013b: 55). Eine traumatische Reaktion ist somit der Versuch einer gesunden und normalen Reaktion des Körpers, das Aussergewöhnliche zu greifen und sinnhaft in die eigene Biografie zu verankern. So ist es abhängig von verschiedenen Faktoren, inwiefern dies in einem gesunden Mass integriert werden kann. So beeinflussen nebst objektiven Faktoren (z.B. Dauer und Schweregrad des PTE, Nähe zur gewaltausübenden Person, Grad der Betroffenheit, Alter) auch signifikant das subjektive Bewerten (z.B. Grad der Bedrohung, Schuldgefühle) und Schutz- und Risikofaktoren, inwiefern diese Aufgabe der Verarbeitung gelingt (vgl. Eichenberg/Zimmermann 2017: 25). Unter Bezugnahme auf Trickey et al. (2012) werden vor allem bei der Ausprägung einer PTBS bei Kindern Risikofaktoren wie beeinträchtigte Familienfunktion, niedrige soziale Unterstützung und sozialer Rückzug als bedeutsam eingestuft (vgl. Landolt 2021: 90f.). Eine Kumulation von Risikofaktoren wirkt sich verschlechternd aus (vgl. Weiss 2016a: 28).

Misslingt in dieser vulnerablen Phase die Integration in das Selbst sprechen Fischer und Riedesser von einem traumatischen Prozess. Betroffene versuchen mit dem belasteten Erlebnis zu leben, ohne sich damit auseinandersetzen zu müssen. Demzufolge chronifizieren sich die gezeigten Symptome (vgl. Eichenberg/Zimmermann 2017: 25-27).

### 3.4 Traumaspezifische Symptome im Kindesalter

Traumabezogene Symptome können sich bei Kindern in vielfältigen Auffälligkeiten äussern und sind für Fachpersonen wichtig zu erkennen. Sie treten im direkten Zusammenhang auf das PTE auf. Dabei können sich diese nur über eine kurze Zeitspanne oder chronifiziert äussern. Die gezeigten Symptome können grundsätzlich folgenden drei Verhaltensweisen zugeordnet werden: *Intrusion*, *Vermeidung* und *Übererregung*, welche in Folgendem erläutert werden (vgl. Maercker/Augsburger 2019: 18).

- *Intrusion (Wiederleben):*

Diesbezüglich erleben Betroffene unkontrollierbare Erinnerungen an das Trauma in Form von Bildern, Gefühlen, Geräuschen und Flashbacks. Es werden spezifische Bruchstücke, welche während der traumatischen Situation wahrgenommen wurden, plötzlich erneut im Detail durchlaufen. Auslöser oder «Trigger» können Personen, Orte, Gerüche, Geräusche oder andere Stimuli sein. Dabei können Betroffene den Bezug zur Realität bewahren oder auch in einen dissoziativen Zustand verfallen (vgl. Dittmar 2013a: 43f.). Betroffene werden so während des Alltages durch Schlüsselreize immer wieder an das Trauma erinnert und erleben die traumatische Erfahrung erneut (vgl. Maercker/Augsburger 2019: 19). Äussern kann sich die Intrusion in Alpträumen oder im Spielen, wobei Kinder Teile des Erlebten wiederholt reinszenieren (vgl. Korittko 2016: 36). Kinder können selbst nicht erklären, was in ihnen vor sich geht und leiden unter Angst, Panik oder Aggressivität (vgl. Dittmar 2013a: 43).

- *Vermeidung:*

Um Erinnerungen an das Erlebte und die damit verbundenen intensiven Gefühle zu vermeiden, versuchen Betroffene alles im Zusammenhang damit zu umgehen. Das Vermeidungsverhalten ist ein logisch erscheinender Bewältigungsversuch des Körpers die erlebte Bedrohung zu kontrollieren. Betroffene versuchen nicht daran zu denken und darüber zu sprechen, vermeiden Situationen, Menschen und Dinge, welche sie in Verbindung mit dem Trauma bringen. Auch ziehen sich Betroffene zurück und weisen ein Entfremdungsgefühl auf. Durch das Abschalten der Erinnerungen können vage Erinnerungslücken bzw. dissoziative Zustände (Teilamnesien) entstehen (vgl. Maercker/Augsburger 2019: 19-21). Diesbezüglich sind Säuglinge und Kleinkinder noch nicht in der Lage Traumata abzuspalten (vgl. Weiss 2016a: 44). Betroffene verspüren ein emotionales Betäubt-sein (Numbing) und sind emotional kaum mehr zugänglich. Sie entwickeln eine negative Grundeinstellung, zeigen Desinteresse bei vorhin bedeutsamen Aktivitäten und mangelnde Zukunftsaussichten (vgl. Maercker/Augsburger 2019: 21, Steil/Rosner 2019: 413). Zudem können Kinder bereits erlangte Entwicklungsfähigkeiten betreffend Sauberkeitserziehung, Sprache, Essen und Selbstständigkeit verlieren (vgl. Korittiko 2016: 37). Das Vermeidungsverhalten trägt schlussendlich zur Aufrechterhaltung des Traumas bei (vgl. Landolt 2021: 93).

- *Übererregung:*

Der Körper wird in eine erhöhte Wachsamkeit versetzt und befindet sich in stetiger Alarmbereitschaft. Es reduziert sich die Erregungsschwelle des autonomen Nervensystems, weswegen kleinere Impulse höhere Erregung mit sich bringt. Das Verhalten der Übererregung (Hyperarousal) ist eine Überlebensreaktion des Körpers, um Gefahren schneller wahrnehmen zu können. Jedoch werden folglich auch Situationen als lebensbedrohlich bewertet, welche eigentlich nicht so sind. Traumatisierte Kinder reagieren bereits bei leisen Geräuschen sensibel, zeigen sich schreckhaft, reizbar und ängstlich. Ihr Verhalten ist gegen aussen nicht immer nachvollziehbar. Auch äussert sich das erhöhte Erregungsniveau in Herzklopfen, Atemnot, Taubheit, Schwitzen sowie Leistungsabfall, somatische Beschwerden, Ein- und Durchschlafproblemen, Beeinträchtigungen in der Konzentration und Affektregulation (vgl. Dittmar 2013a: 46, Korittko 2016: 36). Im Zusammenhang mit den vegetativen Symptomen spielt eine Dysfunktion der Amygdala und des medialen Präfrontalcortex eine wichtige Rolle<sup>1</sup> (vgl. Landolt 2021: 94).

### 3.5 Traumafolgestörungen

Bleiben die Symptome und der Leidensdruck bestehen, entwickeln sich Traumafolgestörungen. In diesem Kapitel erfolgt eine Auseinandersetzung im diagnostischen Sinne mit verschiedenen klassifizierten Diagnosen in Folge eines traumatischen Ereignisses. Denn eine Diagnose kann den Unterstützungsbedarf erleichtern. Dabei bezieht sich diese Arbeit auf das in der stationären psychiatrischen Versorgung der Schweiz gängige Diagnosemanual ICD-10 bzw. überarbeitete ICD-11 für medizinische Diagnosen, einschliesslich psychischer Störungen. Es wird kein Bezug auf das DSM-5 genommen, da es in der Schweiz kein offizielles Abrechnungsinstrument medizinischer Leistungen ist und lediglich der Vertiefung und Forschung dient (vgl. Ebner et al. 2023: 35). Für das Kindesalter gibt es bei Traumafolgestörungen im ICD-11 keine spezifischen Diagnosekriterien. Dies erschwert eine angemessene Diagnostik und resultiert in vermehrt falsch gestellten Diagnosen (z.B. Entwicklungsstörungen). Dadurch wird eine passende Unterstützung verhindert und ihre Symptome können sich verstärken (vgl. Wübker 2020: 42). Trotz fehlenden Diagnosekriterien für das Kindesalter, orientiert sich diese Arbeit an den gängigen Traumafolgestörungen des ICD-11. Im ICD-11 können folgende, für die vorliegende Arbeit relevanten, Traumafolgestörungen diagnostiziert werden: *Posttraumatische Belastungsstörung, Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung und Anpassungsstörung* (vgl. Eberle/Maercker 2024: 180). Auch Bindungsstörungen zählen zu Traumafolgestörungen, worauf jedoch in Kapitel 3.6.2 eingegangen wird (vgl. Landolt 2021: 55).

---

<sup>1</sup> Zur Vertiefung siehe Kapitel 6 «Pathogenese» in Landolt (2021)

### 3.5.1 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Die PTBS wird als primäre Traumafolgestörung bezeichnet und ist im ICD-11 unter 6B40 bzw. ICD-10 F43.1 versehen. Eine spezielle Symptomatik im Kindesalter sieht das ICD-10/11 nicht vor. Diesbezüglich ist das DSM-5 fortschrittlicher und hat eine Anpassung der Kriterien der PTBS bei Kindern bis 6 Jahren vorgenommen. Die PTBS kann innerhalb der ersten drei Monaten nach dem traumatischen Ereignis diagnostiziert werden, weil dann eine für die Diagnose relevante chronifizierte Symptomatik gegeben ist. Dabei sieht das ICD-11 folgende Diagnosekriterien vor:

- *Konfrontation mit einem extrem bedrohlichen (...) Ereignis oder Situation* (kurz oder langdauernd)
- *Symptomatik des 1. Wiedererlebens, 2. Vermeiden und 3. persistierender Wahrnehmung von gegenwärtiger Gefahr* über mindestens mehrere Wochen (vgl. Kapitel 3.4.). Dabei ist mindestens ein Symptom pro Bereich notwendig
- *Funktionseinschränkungen* in mindestens einem wichtigen Lebensbereich (WHO 2018, übersetzt in Landolt 2021: 43)

Betreffend Kinder haben Untersuchungen ergeben, dass die klinischen Symptome einer PTBS selten vollumfänglich erfüllt werden. Der Wechsel der Symptome erfolgt im Gegensatz zu Erwachsenen rascher. Auch ist die Ausprägung vom Entwicklungsstand der Kinder abhängig. Die Diagnostik einer PTBS wird zudem durch komorbide Störungen wie aggressive Störungen oder Phobien erschwert (vgl. Hofmann/Besser 2006: 174f.).

### 3.5.2 Komplexe PTBS (kPTBS)

Individuen, die multiple und chronische Typ-II-Traumata erlebt haben, weisen oft Verhaltensweisen auf, welche die Kriterien einer PTBS übersteigen. Beispielweise handelt es sich dabei um Völkermord, Folter, wiederholten sexuellen Missbrauch oder beständige häusliche Gewalt (vgl. Eberle/Maercker 2024: 180). Die kPTBS ist eine neue Diagnose, die mit der Revision des ICD-11 aufgenommen wurde. Auch hier gibt es keine spezifischen Kriterien für Kinder. Es konnten jedoch bei jungen Kindern Zusammenhänge mit der spielerischen Reinszenierung des Traumas und aggressivem Verhalten beobachtet werden. Ferner können zeitgleich mit dem Trauma Auffälligkeiten wie desorganisierter Bindungsstil sowie Probleme betreffend Essen, Schlafen, Aufmerksamkeit und Niedergeschlagenheit auftreten (vgl. Landolt 2021: 51). Das ICD-11 sieht folgende Diagnosekriterien für eine kPTBS vor:

- Es müssen *alle Symptome der PTBS* erfüllt sein
- *Zusätzliche Störung der Selbstorganisation* bestehend aus: 1. *Emotionsregulationsprobleme*, 2. *Selbstkonzeptveränderungen* (z.B. Selbstwertprobleme, Schuld- und

Schamgefühle), 3. *Zwischenmenschlichen Schwierigkeiten* (z.B. Vertrauensprobleme, vermehrte Konflikte)

- Symptomatik besteht über mehrere Wochen und führt zu Einschränkungen im Alltag (Eberle/Maercker 2024: 180f., vgl. Landolt 2021: 51)

### **3.5.3 Anpassungsstörung**

Anpassungsstörungen werden «als maladaptive Reaktionen auf einen oder mehrere Stressoren (z.B. Scheidung, Krankheit, Konflikte zu Hause usw.) definiert» (Landolt 2021:53). Sie ist im ICD-11 unter 6B43 (ICD-10 F43.2) vermerkt und kennzeichnet sich durch grosse emotionale Belastung, starke Sorgen und konstanter Beschäftigung mit dem Ereignis (vgl. Eberle/Maercker 2024: 181). Aufgrund der Anpassungsschwierigkeiten an den Stressor leidet die Person unter Einschränkungen in diversen Bereichen. Die Störung dauert in der Regel nicht länger als 6 Monate nach dem belastenden Ereignis an. Auch hier sieht das ICD-11 keine kinderspezifischen Kriterien vor. Untersuchungen dazu haben ergeben, dass sich eine Anpassungsstörung bei Kindern mit Entwicklungsrückschritten, Trotzreaktionen und Kopf- und Bauchschmerzen äussert. Gemäss Landolt (vgl. 2021: 53) wird eine Anpassungsstörung oft bei Kindern vergeben, bei denen die Kriterien des belastenden Ereignisses nicht ausreichend sind für ein Trauma oder wenn die Symptomatik nicht vollumfänglich einer PTBS entsprechen.

## **3.6 Auswirkungen von Traumata auf Kinder**

Nebst den oben beschriebenen Traumafolgestörungen gibt es weitere Auswirkungen von Traumata auf Kinder. Nachstehend werden Folgen auf die kindliche Entwicklung und das Bindungsverhalten behandelt, weil diese in der gemeinsamen Arbeit mit traumatisierten Kindern von wesentlicher Bedeutung sind.

### **3.6.1 Kindliche Entwicklung und zukünftige Entwicklungsaufgaben**

Die Folgen von Traumatisierungen bei Kindern unterscheiden sich von denen bei Erwachsenen. Kindheitstraumatisierungen zeichnen sich dadurch aus, dass Kinder aufgrund ihrer unvollendeten Entwicklung nicht fähig sind auf dieselben Schutz- und Abwehrprozessen zurückzugreifen, wie dies Erwachsene tun können (vgl. Steil/Rosner 2019: 418). Sie besitzen je nach Alter auch noch nicht die Fähigkeiten, traumatische Situationen sprachlich und kognitiv zu fassen. Das kindliche Gehirn befindet sich noch in der Entwicklung und reagiert sensibel auf wiederkehrende Impulse von aussen. Chronischer Stress führt bei Kindern zu immer rascherer Anwendung von Überlebensreaktionsmustern (flüchten, kämpfen, dissoziieren und vermeiden) in vermeintlich gefährlichen Situationen, welche sich mit der Zeit in neuronalen Autobahnen im Gehirn verfestigen. Diese Vernetzungen, bzw. die Generalisierung dieser Verhaltens-

muster, bilden das Fundament für die weitere Entwicklung, insbesondere der Identität (vgl. Besser 2013: 48f.). «Diese neuronalen fest verschalteten Muster bestimmen im Hier und Jetzt ihre Wahrnehmung, das Denken, Gefühle, Körperreaktionen, Lern-, Leistungs- und Beziehungsverhalten», so Besser (ebd.: 49). Je jünger Kinder bei einer Traumatisierung sind, desto gravierender sind die Schädigungen auf die gesamte psychosoziale und körperliche Entwicklung (vgl. Baierl 2016: 27). Scherwath und Friedrich (2020: 36) erläutern diesbezüglich treffend: «Ein Trauma wirkt wie eine Erosion im Lebensverlauf. Liegt sein Epizentrum in früher Kindheit, werden die Zerstörungen insbesondere die Entwicklungsbereiche treffen, die sich zu diesem Zeitpunkt im Aufbau befinden und somit kaum Stabilität erworben haben.» Da die vorhandene Energie für die Traumatisierung genutzt wird, kommt es zu Entwicklungsverzögerungen oder Scheitern von Entwicklungsaufgaben. Diesbezüglich werden bei Kindern oft Entwicklungsstörungen diagnostiziert, anstatt des zu Grunde liegenden Traumas (vgl. ebd.: 36). Daraus resultieren dauerhaft negative Veränderungen im Selbstkonzept, der Selbstregulation und Selbstwahrnehmung, was wiederum eine negative Wirkung hat. Betroffene Kinder können kein kohärentes Selbstbild aufbauen, erfahren sich kaum als kompetent, liebenswert und werten sich ab. Gewaltbetroffene Kinder verinnerlichen, aufgrund der egozentrischen Denkweise im Kindesalter, Schuldgefühle und die Ansichten ihrer gewaltausübenden Eltern, um sie als gute Eltern zu bewahren (vgl. Weiss 2016a: 48ff.). Die Folgen sind dann bis ins Erwachsenenalter spürbar (vgl. Scherwath/Friedrich 2020: 38).

### **3.6.2 Bindungsverhalten und Bindungsfähigkeit**

Nebst Entwicklungsbeeinträchtigungen haben Traumatisierungen auch erhebliche Auswirkungen auf das Bindungsverhalten. Kinder sind in ihren ersten Lebensjahren, aber auch danach, existenziell auf eine Bezugsperson angewiesen, die konstant und feinfühlig auf ihre Bedürfnisse nach Geborgenheit und Sicherheit reagiert. Bei einer sicheren Bindung steht die Bezugsperson emotional und beständig zur Verfügung. Dadurch hat das Kind verinnerlicht, bei Angst oder Gefahren verlässliche Unterstützung von ihr zu erfahren. Auf diese Weise kann es die Welt explorieren mit der gleichzeitigen Gewissheit von permanenter Unterstützung und Trost. Eine sichere Bindungsfähigkeit ist die Basis für gesundes Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit (vgl. Biberacher 2013: 94-96). Kann kein sicheres Bindungsmuster bzw. Urvertrauen aufgebaut werden, entwickeln Kinder Einschränkungen in der sozio-emotionalen, kognitiven und motorischen Entwicklung. Es formen sich dann entweder unsicher-vermeidende, unsicher-ambivalente oder desorganisierte Bindungsmuster (vgl. Weiss 2016a: 53).

Unsichere Bindungen kennzeichnen sich durch inadäquate Sicherstellung von grundlegenden Bedürfnissen sowie Zurückweisung in leidvollen Situationen durch die enge Bezugsperson. Auch ist das elterliche Handeln unvorhersehbar. Dabei verhalten sich Kinder einerseits distanziert, andererseits unruhig und klammernd (vgl. ebd.: 96f.). Weiter sind sie in funktionalen

Bewältigungsstrategien eingeschränkt (vgl. Brisch 2006: 106). Desorganisierte Bindungsmuster liegen instabile Beziehungserfahrungen und fehlende Bedürfnisbefriedigung der engsten Bezugsperson zu Grunde. Oft spielen Traumata eines Elternteils eine Rolle. Die enge Bezugsperson gilt als Bedrohung und Auslöser der Angst, was meist bei Vernachlässigung und chronischem psychischen Missbrauch vorkommt. Kinder reagieren ambivalent mit extremer Nähe und Vermeidung (vgl. ebd.: 108f.). Durch die fehlende Sicherheit verlieren sie das Vertrauen in andere (vgl. Baierl 2016: 32). Solche schwerwiegenden Traumatisierungen können in Bindungsstörungen resultieren, welche sich durch zurückgezogenes oder hemmungsloses Beziehungsverhalten kennzeichnen. Bindungsstörungen beeinträchtigen demnach soziale und emotionale Entwicklungsbereiche eines Kindes massiv (vgl. Brisch 2006: 114, Landolt 2021: 55f.).

### **3.7 Trauma und Miterleben von Partnerschaftsgewalt**

Die Mitbetroffenheit häuslicher Gewalt zwischen elterlichen Bezugspersonen erleben Kinder als existenzbedrohend und sich selbst dabei ohne genügend Bewältigungsstrategien. Folglich dominieren Gefühle der Ohnmacht, Hilflosigkeit und Angst. Ihre Selbst- und Weltvorstellungen werden in jungen Jahren tiefgreifend erschüttert. Zusätzlich sind sie mit multiplen Belastungen konfrontiert: Die elterliche Verfügbarkeit, Fürsorge und Befriedigung der kindlichen Bedürfnisse sind oft nicht gewährleistet, worauf Vernachlässigung und unsichere Bindungsmuster oder sogar -störungen auftreten (vgl. Kindler 2013: 43, Sabas 2024: 56). Nicht selten werden betroffene Kinder selbst misshandelt, sind mit einer Suchterkrankung eines Elternteils konfrontiert oder können eine primäre Bezugsperson in Folge von Mord oder Trennung verlieren (vgl. Kindler 2013: 40). Sie haben demnach ein erhöhtes Risiko Traumatisierungen zu entwickeln, da sie einerseits einer Vielzahl an Stressoren bzw. PTE ausgesetzt sind (vgl. Landolt et al. 2013: 213, Weiss 2016a: 28). Andererseits ist das meist chronische Miterleben von Partnerschaftsgewalt bei Kindern im Vorschul- und Grundschulalter äusserst schädlich für die kindliche Entwicklung und kann auf Dauer nicht immer mit vorhandenen Ressourcen der Kinder kompensiert werden.

Das Miterleben von (chronischer) Partnerschaftsgewalt zählt als traumatisches Ereignis im Kindesalter und kann aufgrund ihrer häufigen Chronifizierung als Typ-II-Traumata (bzw. Beziehungstraumata) eingestuft werden (vgl. Kindler 2013: 34). Bei miterlebter Partnerschaftsgewalt wird die Traumatisierung von einer engen Bezugsperson ausgeübt, die üblicherweise Sicherheit vermitteln soll (vgl. Brisch 2006: 108f.). Betroffene Kinder verspüren eine Bedrohung der Bindungsbeziehung, wenn sie ihre elterliche Bezugsperson verletzt und sich selbst in existenziell bedrohlicher Lage erleben (vgl. Kindler 2013: 45f., Scherwath/Friedrich 2020: 51). Beziehungstraumata sind in ihren Auswirkungen besonders schädlich und führen aufgrund des

erschütterten Vertrauens und fehlenden emotionalen Sicherheitsempfindens zu tiefgreifenderen Symptomen und Folgen (vgl. ebd.: 41). Gomolla (2009) beschreibt dies folgendermassen treffend: «Zu erklären ist die Stärke der Traumatisierung vor dem Hintergrund der Nähe des Aggressors zum Selbst, denn 'je größer die Nähe des Aggressors zum eigenen Selbst, desto größer der destruktive Effekt und desto schwerer die Wiederherstellung der posttraumatischen Abgrenzung'.» (zit. nach Hafner/Hertel 2019: 37)

Häusliche Gewalt gilt als eine der besten erforschten Themen in Verbindung mit psychotraumatologischen Auswirkungen (vgl. Landolt 2021: 75). Diverse Untersuchungen konnten einen Zusammenhang zwischen dem Miterleben häuslicher Gewalt und Traumata bei Kindern belegen. So zeigt eine Studie deutlich, dass 80% der untersuchten Kinder im Alter von 3-5 Jahren Symptome des Wiedererlebens und 90% ein erhöhtes Erregungsniveau aufwiesen. Demnach kann das Miterleben häuslicher Gewalt das Gehirn von Heranwachsenden nachhaltig verändern (vgl. Habetha et al. 2012, zit. in Thiemann/Toutaoui 2024: 275). Weiter erfüllten in einer Untersuchung über 57% der Kinder, die über Jahre hinweg regelmässig häuslicher Gewalt ausgesetzt waren, alle Symptome einer PTBS (vgl. Gomolla 2009, zit. in Hafner/Hertel 2019: 37). Letztlich geht aus einer schweizerischen Studie, welche Jugendliche zu Traumaexposition befragte, hervor, dass das (Mit-)Erleben häuslicher Gewalt nebst anderen traumatischen Ereignissen die meisten Fälle von PTBS zählte. Dabei waren Mädchen signifikant häufiger betroffen. Landolt et al. (vgl. 2013: 213) betonen dabei die massiv schädlichen Folgen von häuslicher Gewalt bei Heranwachsenden und machen auf die hohen Fallzahlen in der Schweiz aufmerksam. Unklar ist bei dieser Studie auf welches Alter sich die erfragten PTE bei den Jugendlichen beziehen. Aus den beschriebenen Untersuchungen wird der starke Zusammenhang zwischen dem Miterleben häuslicher Gewalt und dem Symptombild der PTBS bei Kindern deutlich.

### **3.8 Traumafolgestörungen & Auswirkungen auf die Sozialpädagogik**

Aus den bisherigen Kapiteln zu Trauma geht hervor, dass Traumatisierungen bei Kindern erhebliche Auffälligkeiten im Verhalten und der Selbstregulation bewirken. Dies hat auch Auswirkungen auf die sozialpädagogische Arbeit, welche folglich genauer beschrieben werden.

Das Verhalten traumatisierter Kinder erscheint Aussenstehenden oft verwirrend und kaum nachvollziehbar. Sie zeigen wenig Gespür für eigene Grenzen, handeln manipulativ, schreien ohne ersichtlichen Grund und zeigen zerstörerisches, selbst- und fremdaggressives Verhalten. Traumatisierte Kinder vermeiden gewisse Situationen, laufen weg, verweigern die Schule und erbringen aufgrund von Konzentrationsschwierigkeiten mangelnde schulische Leistungen (vgl. Baierl 2016: 26-37). Sie halten sich für dumm, nicht liebenswert und böse und zeigen deshalb oft grosse Anpassungsleistungen (vgl. Weiss 2016a: 50f.). Die stetige Re-Inszenierung dieser

Verhaltensweisen sind Ausdruck von Überlebensstrategien, welche ihnen vertraut sind und Kontrolle geben. Aufgrund von Triggern können sie ihr Verhalten nicht kontrollieren, was die Emotionsregulation beeinträchtigt und den Zugang zu eigenen Emotionen reduziert (vgl. ebd.: 64-66). Die abweichenden Verhaltensweisen dienen auch als Schutz vor intensiven Emotionen (vgl. Baierl 2016: 37).

Traumatisierte Kinder befinden sich in einer dauerhaften Notfallsituation. Ihr Urvertrauen ist zerstört und alles wird als eine Bedrohung interpretiert. Sozialpädagog:innen werden ebenso als gefährlich eingestuft. Betroffene Kinder haben grosse Probleme in ihrem Bindungsverhalten und zeigen ein ambivalentes Verlangen nach extremer Nähe und dem Bedürfnis niemandem vertrauen zu können (vgl. ebd.: 32). Sie pendeln zwischen dem Wunsch nach Zuwendung, können diese jedoch nicht aushalten (vgl. ebd.: 26). Die Schwankungen in ihrem Beziehungsverhalten und die oben beschriebenen traumabezogenen Verhaltensweisen stellen nebst den Kindern auch für Fachpersonen im Umgang eine grosse Belastung dar (vgl. ebd.: 32). Die klassischen Symptome einer Traumafolgestörung beeinflussen demnach die pädagogische Arbeit und führen nicht selten zu Machtkämpfen zwischen den Kindern und Fachpersonen (vgl. ebd.: 37). Wird die vordergründige Symptomatik von Aggression, Angst, Depressivität und abweichendem Sozialverhalten nicht als zugrundeliegender Ausdruck von Traumata erkannt, bleibt pädagogische Unterstützung oft wirkungslos (vgl. ebd.: 24). Für Professionelle der Sozialen Arbeit ist es deshalb unumgänglich das Symptombild von Traumafolgestörungen zu kennen und die Gründe des Verhaltens einzuordnen und zu würdigen, um korrigierende Erfahrungen in Beziehungen für traumatisierte Kindern bieten zu können (vgl. ebd.: 40).

Es stellt sich dabei die Frage, wie ein förderlicher Umgang mit traumatisierten Kindern ausschauen kann. Der nächste Teil der Arbeit geht dieser Frage unter der Beleuchtung von Traumapädagogik nach.

## 4 TRAUMAPÄDAGOGIK

In folgendem Teil der Arbeit wird einerseits die Thematik Traumapädagogik allgemein behandelt und andererseits im Kontext der (teil-)stationären Kinderpsychiatrie beleuchtet.

### 4.1 Traumapädagogik im Allgemeinen

In diesem Kapitel sollen die Grundlagen von Traumapädagogik erläutert werden. Dabei wird eine Begriffsbestimmung von Traumapädagogik vorgenommen, auf ihre Kernelemente eingegangen und zum Schluss diverse traumapädagogische Konzepte erläutert.

#### 4.1.1 Definition Traumapädagogik

In den letzten Jahren hat sich die Forschung intensiv mit den Auswirkungen von Traumata auf die Entwicklung und das Verhalten junger Menschen beschäftigt. Unter Berücksichtigung der Erkenntnisse über die negativen Folgen ist eine Integration psychotraumatologischer Erkenntnisse in die Pädagogik entstanden. Denn Traumaarbeit ist keine reine Aufgabe der Psychotherapie, da sich die Beeinträchtigungen von Traumata im Alltag zeigen und die Beziehungsfähigkeit betroffener Kinder beeinflussen (vgl. Weiss 2016a: 86). Daraus hat sich die eher junge Fachrichtung Traumapädagogik ergeben.

«Die Traumapädagogik versteht sich als (heil-)pädagogischer Ansatz zur Stabilisierung und Förderung traumatisierter Kinder und Jugendlicher und ist eine notwendige Voraussetzung, Begleitung und Ergänzung eines entsprechenden Therapieprozesses.» (Kühn 2023a: 29) Weiss (2013a: 39) konkretisiert wie folgt: «Traumapädagogik unterstützt die Bewältigung traumatischer Erfahrungen, hilft bei der Traumabearbeitung.» Traumabearbeitung wird nach Weiss als Traumaüberwindung durch die betroffene Person und Traumaarbeit als Unterstützung des professionellen Hilfesystems aufgefasst. Traumapädagogik ist demnach Teil der Traumaarbeit und soll in erster Linie traumatisierten Kinder in einem geschützten, gewaltfreien Rahmen korrigierende und selbstwirksame Beziehungserfahrungen ermöglichen, welche zur Erkennung eigener Ressourcen und der Befähigung neuer Fähigkeiten führen soll (vgl. ebd., Schmid 2013: 56). «Die soziale und emotionale Stabilisierung der Kinder und Jugendlichen sowie der Aufbau von Vertrauen zu sich selbst und anderen ist dabei die grundlegende Zielsetzung der Traumapädagogik.» (Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik (BAG TP) 2011: 4) Dabei ist insbesondere «Selbstbemächtigung in sozialen Beziehungen» zentral, um durch das Erlangen von Zuversicht und Sicherheit die destruktiven Erlebnisse zu überwinden (vgl. Weiss 2013a: 39, Weiss 2016b: 21). Traumapädagogik entstand primär aus der Psychotraumatologie, hat aber auch Wurzeln in der Heil- und Reformpädagogik und psychoanalytischen Pädagogik. Weitere Bezüge lassen sich aus den Erziehungswissenschaften, der Resilienz- und Bindungsforschung und Neurobiologie ableiten (vgl. Weiss 2013a: 35f.).

#### 4.1.2 Grundsätze und die zentrale Haltung der Traumapädagogik

Um die Bewältigung von Traumata zu unterstützen und ein förderliches Milieu schaffen zu können, basiert eine gelingende Traumapädagogik auf einer traumasensiblen Grundhaltung. Sie orientiert sich gemäss dem humanistischen Menschenbild an einer verstehenden, stabilisierenden und fördernden Haltung, die den Menschen mit Fähigkeiten zur Veränderung begreift (vgl. Weiss 2016b: 23). Traumapädagogik hat zum Ziel ein Umfeld zu schaffen, welches konträr zu den traumatischen Erfahrungen wirkt. Dabei betont Traumapädagogik die bedeutende Rolle der Pädagog:innen sowie der Institution. Denn für eine gelingende Traumaarbeit sind eine angemessene Stabilität und Förderung der Pädagog:innen durch institutionelle Strukturen grundlegende Voraussetzung, um sichere, stabilisierende und orientierungsreiche Bindungsangebote für Kinder bieten zu können (vgl. Kapitel 4.2.5). Demnach bezieht sich die traumapädagogische Grundhaltung auf alle drei Ebenen (vgl. Wübker 2020: 49). Schmid (2013: 57) hat Unterschiede zwischen dem traumatisierenden und traumapädagogischen Umfeld festgehalten, welche von der Autorin mit der *traumapädagogischen Grundhaltung* gemäss BAG TP (2011: 5-7) in der untenstehenden Tabelle ergänzt wurden (vgl. Tab. 2).

Tabelle 2: Eigene Darstellung zur Gegenüberstellung eines traumatisierenden und förderlichen Umfelds in Anlehnung an Schmid (2013) und unter Berücksichtigung der traumasensiblen Grundhaltung nach BAG TP (2011)

Traumatisierendes Umfeld	Traumapädagogisches Milieu
Unberechenbarkeit	<i>Transparenz / Berechenbarkeit</i>
Geringschätzung	<i>Wertschätzung</i>
Nicht gesehen, nicht beachtet, gehört werden	Beachtet werden /wichtig sein
Einsamkeit / Isolation	Beziehungsangebote
Ausgeliefert sein – andere bestimmen absolut über mich	<i>Partizipation</i> – Mitbestimmen können
Bedürfnisse missachtet	Bedürfnisorientierung
Keine adäquate Förderung – häufige Überforderung (...)	Individuelle, dem Entwicklungsstand entsprechende Förderung
Abwertung und Bestrafung	Ermutigung und Lob
Leid	<i>Spass und Freude</i>

- *Annahme des guten Grundes*

Den Kern der Traumapädagogik bildet der Grundsatz der «Annahme des guten Grundes»: Das gezeigte Verhalten von traumatisierten Kindern erscheint unter Berücksichtigung ihrer Biografie entwicklungslogisch und wird als eine normale Reaktion auf frühere extreme Belastungen verstanden (vgl. Weiss 2016b: 23). Es ist ein Regulierungsversuch des Alarmsystems, um

mit der Ohnmacht umgehen zu können. Diese verinnerlichten Muster können in neuen Settings nicht abgestellt werden. Mit der Annahme des guten Grundes werden betroffenen Kindern Anerkennung, Würdigung und Verständnis dieser Überlebensleistung entgegengebracht, ohne das Verhalten gut zu heißen (vgl. Lang/Lang 2013: 109).

- *Wertschätzung*

Da sich traumatisierte Kinder meist über längere Zeit als ohnmächtig und hilflos erlebt haben, hat das zur Folge, dass sie sich als wertlos und ihr Handeln als sinnlos erachten. Auch in aktuellen Situationen dominiert diese Einstellung (vgl. BAG TP 2011:5). Durch eine wertschätzende innere Haltung der Fachpersonen können die Ohnmachtserfahrungen bei Kindern durch Respekt, faires Handeln und dem Gefühl Gesehen- und Verstanden-Werden korrigiert werden. Mit dem Ernst nehmen der gezeigten Verhaltensweisen als eine normale Traumareaktion kann das Erleben des Selbstwerts gestärkt und Selbstakzeptanz gefördert werden (vgl. Weiss/Schirmer 2013: 112-114).

- *Partizipation*

Während den traumatisierenden Erfahrungen hatten betroffene Kinder keinerlei Einflussnahme auf das Geschehen. Sie haben Kontrollverlust erfahren und sich nicht als selbstwirksam erlebt, was ihr Selbstkonzept nachhaltig negativ prägte. Mitentscheiden bei eigenen Lebensbedingungen erweist sich in Bezug auf die psychische Gesundheit als fundamental (vgl. BAG TP 2011: 6). Die sorgfältige Beteiligung, z.B. an der Hilfeplanung oder bei Gruppenentscheidungen, ist in der Kinder- und Jugendhilfe essenziell, da betroffene Kinder einerseits merken, dass es sich lohnt zu partizipieren und andererseits lernen ihre Bedürfnisse mitzuteilen (vgl. Staub/Seidl 2024: 15f.).

- *Transparenz*

Das Erleben von traumatisierten Kindern war stets dominiert von unberechenbarem Verhalten ihrer Mitmenschen und Missbrauch von Macht. Mit dem Grundsatz der Transparenz soll Klarheit und Vorhersehbarkeit geschaffen werden und jegliches Handeln begründet werden. Traumatisierte Kinder (aber auch Mitarbeitende) sollen jederzeit das Recht auf Klarheit einfordern können. Dies betrifft Abläufe im Alltag, Machtstrukturen, Verantwortungen sowie auch Kommunikation. Transparenz bringt somit Sicherheit, trägt zur Selbstbemächtigung bei und soll bei traumatisierten Kindern die Überlebensstrategien reduzieren (vgl. Wahle/Lang 2013: 118-120).

- *Spass und Freude*

Die Gefühlswelt von traumatisierten Kindern setzt sich primär aus negativen Emotionen zusammen. Sie weisen oft Emotionsregulationsprobleme auf, da sie in ihren Beziehungen kaum positive Gefühle entwickeln konnten. Die Unsicherheit in der Emotionsregulation verstärkt die Überlebensstrategien. Traumata lösen starke Gefühle wie Angst, Ohnmacht und Wut aus,

welche zu Schmerzen, körperlichen Verkrampfungen, Lähmungen, Lernschwierigkeiten und Wahrnehmungseinengung führen können. Belastete Kinder sollen daher neue freudvolle Erfahrungen machen. Dies reduziert das Stressempfinden, fördert Optimismus und wirkt sich positiv auf die Resilienz, Selbstwirksamkeit und Entwicklung aus. Denn gemeinsames Lachen stärkt das Miteinander (vgl. Lang 2013a: 121-123).

### **4.1.3 Traumapädagogische Konzepte**

Die beschriebene traumasensible Kernhaltung findet auch in den verschiedenen pädagogischen Konzepten Anwendung. Diese wurden spezifisch für den Umgang mit traumatisierten Heranwachsenden entwickelt und werden in der Kinder- und Jugendhilfe verwendet. Traumapädagogische Konzepte wirken interdisziplinär und interinstitutionell (vgl. Weiss 2016b: 24). Ihr Auftrag besteht laut Kühn (2023a: 37) in der umfassenden Teilhabe an «sozialen, bildungs- und gesellschaftlichen Prozessen». Dabei sind folgende Konzepte in der Traumapädagogik handlungsleitend:

- Pädagogik des sicheren Ortes nach Kühn (2007)
- Pädagogik der Selbstbemächtigung nach Weiss (2009)
- Traumapädagogische Gruppenarbeit nach Bausum (2009)
- Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für Pädagog:innen als institutioneller Auftrag nach Lang (2009)
- Traumapädagogik in der Schule nach Ding (2009)
- Milieutherapeutische Konzepte nach Gahleitner (2011)  
(Weiss 2016b: 23)

Vorliegende Arbeit setzt sich im Weiteren vertieft mit der Pädagogik des sicheren Ortes sowie der Pädagogik der Selbstbemächtigung auseinander. Traumapädagogische Gruppenarbeit wird in Kapitel 4.2.4 behandelt, da diese vor allem auf den ersten beiden Konzepten basiert. Auf das Konzept der Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für Pädagog:innen als institutioneller Auftrag geht diese Arbeit in Kapitel 4.2.5.3 ein. Die restlichen Konzepte sind für die Fragestellung nicht von Wichtigkeit und werden deswegen ausgelassen.

#### **4.1.3.1 Pädagogik des sicheren Ortes**

Traumatisierte Kinder haben in ihrer Vergangenheit Erfahrungen, geprägt von Ohnmacht und Hilflosigkeit durchlaufen, welche zu einem zerstörten Vertrauen in sich und die Welt führten. Häufig werden sie von einer Institution in die nächste gereicht, mit der Ansicht, sie seien nicht länger tragbar. Die damit einhergehenden Beziehungsabbrüche verstärken bei betroffenen Kindern das fehlende Vertrauen in sich und ihre Umwelt (vgl. Weiss 2016a: 86). Um dieser Zerstörung entgegenzuwirken, geht die «Pädagogik des sicheren Ortes» nach Martin Kühn

(2007) davon aus, dass traumatisierte Kinder zur Traumaüberwindung eine schützende, stabile und von emotionaler Sicherheit geprägte Umwelt brauchen, um (erneut) Vertrauen zu gewinnen. Der sichere Ort kann Gefühle fehlender Sicherheit mindern und Stabilität vermitteln, was für das Lernen und die Beziehungsfähigkeit wichtig sind. Der sichere Ort beinhaltet nebst dem Kind auch die pädagogische Fachperson und Einrichtung. Gemäss Kühn wird dieser auf drei Ebenen gestaltet, einer sogenannten «pädagogischen Triade» (vgl. Kühn 2023a: 34-36):

1. *Der «sichere Ort» (Kind – Einrichtung):*

Traumatisierte Kinder sehen die Welt als keinen sicheren Ort, was zusätzlich in einer fehlenden inneren Sicherheit resultiert. Um wieder ein inneres Sicherheitsempfinden aufbauen zu können, brauchen betroffene Kinder einen sicheren, beständigen und verlässlichen Ort in der Einrichtung, laut Kühn einen «äusseren sicheren Ort». Dazu gehören auch klare Regeln und Grenzen. Traumatisierte Kinder deuten eine Institution jedoch in der Regel nicht als sicheren Ort, weswegen ihre Verhaltensweisen mit dem Eintritt in die Institution auch nicht erlöschen. Kleinste Anforderungen können sie verunsichern und herausforderndes und misstrauisches Verhalten mit sich bringen. Der sichere Ort ist für die Entwicklung von Vertrauen demnach entscheidend (vgl. Kühn 2023a: 34f.).

2. *Der «emotional-orientierte» Dialog (Kind - Pädagog:in):*

Um traumatisierten Kindern korrigierende Beziehungserfahrungen bieten zu können, müssen Pädagog:innen in sozialer Interaktion mit dem Kind beständige und feinfühlig Beziehungenangebote machen. Ohne eine geduldige, wertschätzende und fürsorgliche Beziehung zwischen Kind und Pädagog:in wird das traumatisierte Kind keine dysfunktionalen Verhaltensweisen aufgeben. Erst durch diese neuen Beziehungserfahrungen und einen ressourcenorientierten Zugang lernt es erneut Vertrauen zu fassen und alternative Erfahrungen mit Mitmenschen zu machen. Sozialpädagogische Fachkräfte haben demnach auch eine Vorbildfunktion. Diese Erfahrungen tragen wiederum zum inneren Sicherheitsempfinden des Kindes bei und helfen im Umgang mit der Selbst- und Emotionsregulation (vgl. Kühn 2023a: 35f., Schmid 2013: 58).

3. *Der «geschützte Handlungsraum» (Pädagog:in – Einrichtung):*

Pädagog:innen sind in der Arbeit mit traumatisierten Kindern aufgrund von eindrücklichen Biografien und herausforderndem Verhalten erheblichen Belastungen konfrontiert. Um sich nicht selbst zu überfordern oder verletzt zu werden, bedarf es einem sicheren Umfeld für die Fachpersonen. Ein sicherer Arbeitsort führt dazu, dass sie sich trotz den anspruchsvollen Gegebenheiten als handlungsfähig erleben sowie sekundäre Traumatisierung und emotionales Ausbrennen vermieden werden kann. Dies wirkt sich wiederum positiv auf den Umgang mit den Kindern aus. Es ist in der Verantwortung der Institution angemessene und sichere Unterstützung für ihre Mitarbeitenden zu bieten (vgl. Kühn 2023a: 36). Vertieft wird darauf unter dem traumapädagogischen Konzept nach Lang (2009) in Kapitel 4.2.5.3 eingegangen.

#### **4.1.3.2 Pädagogik der Selbstbemächtigung**

Die Pädagogik der Selbstermächtigung ist ein zentraler Baustein in der Traumaaarbeit, ohne die eine erfolgreiche Traumaverarbeitung nicht möglich ist (vgl. Weiss 2013b: 145). Weiss (2023: 148) versteht unter Selbstbemächtigung «die Befreiung von Abhängigkeit und Ohnmacht», wonach Individuen selbstbestimmt und aktiv ihr Leben gestalten. Hingegen Kinder, welche in ihrer Vergangenheit traumatisiert wurden, waren stets die Objekte von Erwachsenen und konnten aufgrund von Ohnmacht und fehlender Selbstwirksamkeit kein kongruentes Selbstbild aufbauen. Ihr Verhalten und Erleben sind gekennzeichnet von Schuld, Versagen, Anderssein und dem Abspalten von Emotionen. Der Zugang zu sich selbst bleibt ihnen versperrt, wobei sie sich selbst kaum mehr verstehen. Ihr negativ behaftetes Selbstkonzept führt zu Störungen der Ich-Wahrnehmung, Probleme in der Impulskontrolle und von Misstrauen und Isolation geprägten Beziehungsmustern.

Die Pädagogik der Selbstbemächtigung verhilft traumatisierten Kindern mit der engen Begleitung durch ihre pädagogische Bezugsperson, ihre Emotionen wahrzunehmen, sich selbst und ihre Ressourcen (wieder) zu entdecken und sich zu autonomen selbstwirksamen Subjekten ihres Lebens zu entwickeln (vgl. ebd.: 148f.). Diesbezüglich ist besonders die Herstellung eines kongruenten positiven Selbst durch die Förderung von Selbstverstehen und bewusster Selbstwahrnehmung relevant, was zu einer Verbesserung der Selbstregulation und letztlich einer gestärkten Selbstwirksamkeit beiträgt (vgl. Weiss 2016a: 120f.). Eine vertiefte Erläuterung jener genannten Aspekte und inwiefern dies im Kontext der Kinderpsychiatrie umgesetzt wird, wird in Kapitel 4.2.2 ausgeführt.

## **4.2 Traumapädagogik im Kontext der (teil-)stationären Kinderpsychiatrie**

Folgendes Kapitel setzt sich mit Traumapädagogik im kinderpsychiatrischen Setting auseinander und beleuchtet die konkrete Umsetzung ausgewählter traumapädagogischer Konzepte. Dabei werden die zentralen Bausteine der Bindung, Selbstbemächtigung und Gruppenpädagogik erläutert und weiter auf die Relevanz von sozialpädagogischen Betreuenden als Teil der Traumapädagogik und interdisziplinäre Kooperation eingegangen.

### **4.2.1 Notwendigkeit von Traumapädagogik im Handlungsfeld Kinderpsychiatrie**

In keinem Handlungsfeld wie in der stationären Kinder- und Jugendhilfe sind so viele Heranwachsende von psychischen Störungen und komplexen Problematiken betroffen. Laut Schmid (vgl. 2013, zit in Tiefenthaler/Gahleitner 2016: 176) sind ungefähr 75% der jungen Menschen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe traumatisiert, wobei am häufigsten frühe Traumatisierungen, ausgelöst durch den sozialen Nahraum, anzutreffen sind. Durch die traumatischen Erfahrungen entwickeln viele psychiatrische Erkrankungen, insbesondere Traumafolgestörungen (vgl. Feurle/Möstl/Purtscher-Penz 2016: 244, Schmid 2013: 64). In einigen Fällen diesbezüglich haben sich ambulante Unterstützungen als ungenügend erwiesen, weswegen sie auf intensivere pädagogische und therapeutische Hilfe angewiesen sind.

Mit der drastisch steigenden Anzahl an psychisch belasteten Kindern in den letzten Jahren hat sich der Bedarf an Aufnahmen in der (teil-)stationären Kinderpsychiatrie erhöht. Der Umgang mit den herausfordernden Verhaltensweisen und komplexen Bedürfnissen traumatisierter Kinder führt zu hohen fachlichen Anforderungen an deren Mitarbeitenden. Um der kurzen und herausfordernden Behandlungsphase gewachsen zu sein, bedarf es einer interdisziplinären gemeinsamen Haltung und spezifischen traumasensiblen Kompetenzen aller beteiligten Professionen. Es erstaunt demnach nicht, dass traumapädagogische Konzepte in den letzten Jahren im Handlungsfeld der Kinderpsychiatrie an Relevanz gewonnen haben (vgl. Feurle et al. 2016: 243-245). In der Traumaarbeit wird der sozialen Dimension aufgrund von Beeinträchtigungen in sozialen Beziehungen und der Vielschichtigkeit an sozialen Folgen eine bemerkenswerte Rolle zugeschrieben (vgl. Wübker 2020: 50). Somit übernehmen Fachpersonen der Sozialen Arbeit und (Heil-)Pädagogik in der stationären Kinder- und Jugendhilfe den grössten Teil der Traumaarbeit (vgl. Gahleitner 2013: 48).

Demnach erweist sich im (teil-)stationären kinderpsychiatrischen Setting Traumapädagogik im Umgang mit komplex traumatisierten Kindern und deren Heterogenität als unvermeidbar. Ferner wirkt die Implementierung einer traumapädagogischen Grundhaltung traumasensibilisierend und deeskalierend, was zu weniger Beziehungsabbrüchen, Heimkarrieren, Grenzverletzungen und Retraumatisierungen durch überfordertes Personal führt (vgl. Schmid 2013: 64f.).

## 4.2.2 Baustein Selbstermächtigung

Da traumatisierte Kinder kaum über ein positives und stabiles Selbstbild verfügen, sind sie in ihrer Entwicklung eingeschränkt und zeigen Verhaltensauffälligkeiten. Die (teil-)stationäre Kinderpsychiatrie setzt sich zum Auftrag, während des Aufenthaltes das Selbstkonzept und die Handlungsfähigkeit der jungen Menschen zu fördern. Wenn betroffene Kinder sich ihren Verhaltensauffälligkeiten bewusst sind, diese anerkennen und funktionale Bewältigungsstrategien entwickeln können, bringt das Beruhigung, nimmt die Angst vor sich selbst und trägt dazu bei, Zukunftsaussichten formulieren zu können (vgl. Feurle et al. 2016: 249). Um dies und den Wechsel von der Objektrolle in die Subjektrolle zu erreichen, sind das Selbstverstehen, die Selbstakzeptanz, Selbstwahrnehmung und Selbstregulation zentral (vgl. Weiss 2023: 150).

### 1. Förderung des Selbstverstehens:

Zu Beginn der Traumaüberwindung sollen sozialpädagogische Fachkräfte dem traumatisierten Kind Wissen über Traumata und deren Funktionsweise des Gehirns (Überregung, Dissoziation, Vermeidung) vermitteln. Zudem sollen sie über die Wirkkraft der Bindungserfahrungen und ihre belastenden Erlebnisse, insbesondere erfahrene Gewalt in der Familie, aufklären und diese enttabuisieren. Durch Psychoedukation können Betreuende zum Verstehen beitragen, was einen ersten fundamentalen Schritt zur Etablierung funktionaler Verhaltensweisen darstellt (vgl. Weiss 2016c: 291f.). Insbesondere das Modell des dreiteiligen Gehirns<sup>2</sup> nimmt im Verstehensprozess eine relevante Rolle ein. In kindlicher Sprache und Verbildlichung (z.B. anhand eines Hauses, Apfels, Raumschiffes) kann das Kind seine körperlichen Funktionsweisen in Stresssituationen und bei Extrembelastungen einfacher begreifen (vgl. Weiss 2023: 151f.).

### 2. Unterstützung der Selbstakzeptanz:

Mit der Suche nach dem guten Grund in Form von «du tust das, weil...» wird ihr gezeigtes Verhalten als normale Reaktion auf eine Extrembelastung gewürdigt. Es befreit sie von Schuld- und Schamgefühlen und Hilflosigkeit und unterstützt sie im Verstehens- und Anerkennungsprozess (vgl. Weiss 2016c: 293, Weiss 2023: 152f.). Auch eine wertschätzende Betonung der Lebensleistung, die traumatisierte Kinder bereits in jungen Jahren gezeigt haben, fördert ihre Selbstakzeptanz. Ebenso steigert sich diese, wenn Pädagog:innen sie als Expertinnen und Experten betrachten, mit ihnen über ihre Lebensrealität sprechen und in den Alltag miteinbeziehen. Dadurch können traumatisierte Kinder sich als handlungsfähig erleben, eine liebevolle Beziehung zu sich aufbauen und ihr Selbstbild verändern (vgl. Weiss 2016c: 293f.).

---

<sup>2</sup> Bestehend aus dem Reptiliengehirn, Mittelhirn (Amygdala) und dem denkenden Gehirn (Neokortex): In Stresssituationen ist die Verbindung zum Denken unterbrochen und der Abgleich von effektiver Gefahr wird nicht gemacht. Für vertiefte Informationen zum Modell des vereinfachten dreiteiligen Gehirns siehe Levine, Peter A./Kline, Maggie (2007). *Verwundete Kinderseelen heilen. Wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können*. 3. Aufl. München: Kösel Verlag. S.120-122.

### 3. Förderung der Körper- und Selbstwahrnehmung:

Wohlbefinden im eigenen Körper ist eine fundamentale Komponente des Selbstwertes. Körpergedächtnis<sup>3</sup>, Körperschema<sup>4</sup> und Selbstwert hängen dabei eng miteinander zusammen. Traumatisierte Kinder weisen oft defensive Körperstrategien, Körperschemastörungen und Körperdissoziationen auf, da sie keine Anleitung zur Selbstwahrnehmung geniessen konnten und teils wenige bis keine Berührungs- und Bewegungserfahrungen erfahren haben (vgl. Weiss 2023: 155-159). «Selbstregulation beginnt mit der Unterscheidung von Empfindungen und Gefühlen.» (Weiss 2016c: 295) Empfindungen sind für traumatisierte Kinder einfacher zu spüren als Gefühle, da diese durch das körpereigene Frühwarnsystem angekündigt werden (vgl. ebd.). Es gilt demnach diese Empfindungen gemeinsam mit ihnen zu benennen, zu eruieren wo sie diese spüren und als Gefühle zu verbalisieren (vgl. Weiss 2023: 156). Somit ist eine bewusste Körper- und Sinneswahrnehmung Bestandteil traumapädagogischer Arbeit in der Kinderpsychiatrie. Dies kann in Form von Entspannungsübungen, Massagen oder Erlebnispädagogik (z.B. Klettern, Tanzen, Yoga) erfolgen. Eine adäquate Körperwahrnehmung unterstützt den eigenen Körper wieder spüren zu lernen und fördert die Selbstwahrnehmung. Des Weiteren wird das Gefühl der Verantwortungsübernahme gestärkt (vgl. ebd.: 160).

### 4. Förderung der Selbstregulation:

Durch ein gesteigertes Körperbewusstsein lernen betroffene Kinder einen frühzeitigen Anstieg von Stress wahrzunehmen und die Trigger zu identifizieren, welche im pädagogischen Alltag zu Beeinträchtigungen führen. Dafür sind sie auf Hilfestellungen der Pädagog:innen angewiesen. Mit richtigem Fragen und Achtsamkeitsübungen, wie z.B. der verbreiteten Methode des Stressbarometers oder Atemübungen, lernen sie durch Aktivierung und Deaktivierung des Nervensystems sich zu beruhigen oder in Bewegung zu gelangen. Dafür sollen Rückzugsorte geschaffen werden, wo sie ihre Emotionen wegboxen, rausschreien oder umherrennen können. Indem sie lernen, das «denkende Gehirn» zu aktivieren und Verhaltensweisen wie dissoziieren oder übererregen durch alternative Bewältigungsstrategien zu ersetzen, können sie sich auch heilenden und entspannenden Situationen aussetzen, in welchen sie sich ansonsten kaum regulieren könnten. Durch die Erkennung der hilfreichen und störenden Anteile erscheinen die verschiedenen Selbstanteile greifbar und tragen zu einem kohärenten Selbst bei. Können traumatisierte Kinder sich in Bezug auf ihre Emotionen und Empfindungen als handlungsfähig erleben, wächst ihre Selbstwirksamkeit und sie können einen inneren sicheren Ort entwickeln (vgl. Weiss 2016c: 295f., Weiss 2023: 157f.). Dadurch wird auch ihre Resilienz gefördert (vgl. Lang 2013b: 142).

---

<sup>3</sup> Körpergedächtnis sind Empfindungen, die im Körper gespeichert werden wie z.B. Gewalterfahrungen.

<sup>4</sup> Körperschemata gehören zu den ersten Selbstschemata eines Menschen und sind Wahrnehmungen des eigenen Körpers wie Körpergrenzen, das Körperinnere und -äussere.

Um im pädagogischen Alltag eine funktionale Emotions- und Selbstregulation zu erreichen, wird im Sinne der Selbstermächtigung der Partizipation einen hohen Stellenwert zugeschrieben. Partizipation ist für die Wiederherstellung von Vertrauen unumgänglich, weil es das Sicherheits- und Wohlbefinden erhöht und kompetentes Verhalten und Denken steigert (vgl. Kühn 2023b: 125f.). Zur Förderung der Handlungsfähigkeit traumatisierter Kinder sollen sie deshalb aktiv an der Alltagsgestaltung in der Kinderpsychiatrie und bei der Erarbeitung von Regeln mitwirken können (vgl. Weiss 2016c: 299). Dabei sollten Fachpersonen die verschiedenen Stufen der Partizipation<sup>5</sup> berücksichtigen und diese mit Bedacht bei Beteiligungs- und Gestaltungsmöglichkeiten einsetzen. Diesbezüglich soll mindestens immer ein Informationsaustausch zwischen Kind und Fachkraft gewährleistet werden und eine mögliche Überforderung des Kindes vermieden werden (vgl. Kühn 2023b: 126f.). Durch die Gewährleistung von Partizipationschancen kann das Kind wieder «Ich- und Handlungskompetenzen, Selbstkontrolle und -wirksamkeit in einem gemeinsam gestalteten Raum des Zwischenmenschlichen» erfahren (ebd.: 130).

### 4.2.3 Baustein Bindung

In der stationären Kinder- und Jugendhilfe weisen Kinder mit traumatischen Erfahrungen meist auch anhaltende negative Beziehungserfahrungen auf. Besonders bei Beziehungstraumata sind sie in ihrem Sicherheitsbedürfnis massiv beeinträchtigt (vgl. Gahleitner/Kamptner/Ziegenhain 2016: 116). So erachtet es sich als sehr unwahrscheinlich, dass in der pädagogischen Arbeit mit traumatisierten Kindern, junge Heranwachsende mit einem sicheren Bindungsmuster zu finden sind. Viel eher kommen desorganisierte Bindungsmuster und -störungen vor (vgl. Brisch 2023: 139). Bindungsverhalten ist jedoch veränderbar und eine sichere Bindung ist Grundlage psychischer Gesundheit (vgl. Weiss 2016a: 115-119). Um dies zu erreichen, benötigen Betroffene eine Vielzahl an emotional korrigierenden Erfahrungen (vgl. Gahleitner et al. 2016: 119). Nach Weiss (2016a: 113) nimmt in der Traumaaarbeit «die Korrektur des Verlustes von Vertrauen durch neue positive Erfahrungen über die Verlässlichkeit von Beziehungen» den wichtigsten Ansatzpunkt ein. Bindungspädagogik ermöglicht demnach mit Hilfe von Bezugspersonen neue positive Beziehungserfahrungen zu erleben, Sicherheit und Vertrauen wiederzuerlangen und die Selbstregulation zu fördern. Pädagog:innen sind in erster Linie aufgefordert, eine «Entängstigung des Kindes» zu forcieren, wobei Kinder Betreuende nicht als bedrohlich, sondern als sicherheitsvermittelnd interpretieren sollen. Durch berechenbare und verlässliche Beziehungsangebote im pädagogischen Alltag können traumatisierte Kinder erneut Vertrauen in andere fassen. Dabei fungieren Pädagog:innen stets als äussere Sicherheit, auch in Krisensituationen. Dafür ist eine individuelle Beziehungsgestaltung, der Miteinbezug

---

<sup>5</sup> Zur Vertiefung siehe Kühn 2023b: 123-127

des Bindungsmusters sowie ein sensibler Umgang mit Nähe und Distanz seitens Betreuende unumgänglich. Eine individuelle Beziehungsgestaltung vermittelt unsicher gebundenen Kindern Wertschätzung, lässt sie nicht allein, sondern als etwas Besonderes spüren (vgl. Lang 2016: 272-277). Brisch (2023: 145) resümiert den Prozess korrigierender Beziehungserfahrungen folgendermassen treffend:

Sind diese Erfahrungen kontinuierlich und wiederholbar, gekennzeichnet von Feinfühligkeit dialogischer Sprache, prompter Wahrnehmung und korrekter Interpretation der Beziehungssignale, werden Affekte vom Betreuer in Worte gefasst, geben feinfühlig, respektvolle Berührungen sowie Körperkontakt den gesuchten Schutz und Halt, ändert sich langsam das bindungsgestörte Verhalten und es entsteht auch auf der neurobiologischen Ebene ein neues inneres Arbeitsmodell von Bindung.

Ergänzend sollen traumatisierte Kinder dazu angeregt werden, Zusammenhänge zwischen ihren Bedürfnissen, Emotionen und Verhaltensweisen zu entdecken und zu verstehen, inwiefern ihre früheren Beziehungserfahrungen gegenwärtige Beziehungen beeinflussen (vgl. Lang 2016: 274-276). Betreuende sollen sich bewusst sein, dass eine Veränderung des Bindungsmusters ein langer Prozess ist, der viel Geduld erfordert (vgl. ebd.: 278). Um dies zu erreichen, sollten sie selbst ein sicheres Bindungsmuster aufweisen (vgl. Brisch 2023: 140).

#### **4.2.4 Baustein traumapädagogische Gruppenarbeit**

Das Konzept der traumapädagogischen Gruppenarbeit geht davon aus, dass eine Gruppe für traumatisierte Kinder einen sicheren Ort darstellen kann, an dem sie gemeinsam, sowie jedes Kind einzeln, durch die Begleitung von Pädagog:innen in sozialen Kontakten Selbstbemächtigung erfahren können. Denn Traumata wirken nicht nur auf Einzelpersonen, sondern auch auf Gruppenprozesse. Gruppenpädagogik nimmt deshalb in der (teil-)stationären Kinderpsychiatrie eine zentrale Rolle einnimmt (vgl. Bausum 2016: 305).

In der Kinderpsychiatrie lassen sich gehäuft Kinder finden, die unwissentlich ähnliche traumatische Erfahrungen erlebt haben. Sie denken sie seien die einzigen, denen ein solches Erlebnis widerfahren ist. Nicht selten werden jene Auswirkungen Bestandteil der Gruppenpädagogik und sind verbunden mit Scham, Tabuisierung und Isolation. Denn Gruppen mit traumatisierten Kindern können aufgrund deren Überlebensstrategien eine sehr destruktive Gruppendynamik annehmen, welche gekennzeichnet sind von traumatischer Übertragung und Gegenübertragung, Trigger, Flashbacks und Manipulation. Damit versuchen Betroffene selbst Sicherheit und Kontrolle zu erlangen, sind jedoch weit weg von selbstwirksamem Handeln in sozialen Beziehungen (vgl. Bausum 2023: 175-178).

«Die Wiederanknüpfung sozialer Beziehungen beginnt mit der Entdeckung, dass man nicht allein ist. Nirgendwo spürt das Opfer dies so unmittelbar und in so überzeugender Deutlichkeit

wie in der Gruppe.» (Herman 1992, zit. nach Bausum 2016: 307) Um die treibende Kraft der Gruppe nutzen zu können und mit keiner «Ansammlung von Einzelkämpfern» zu arbeiten (ebd.: 307), haben Pädagog:innen eine Vielzahl an Aufgaben einzunehmen: Durch eine offene bedachte Kommunikation, Transparenz bezüglich Beziehungsangebote, haltgebenden Strukturen in Form von Ritualen, Planern, Regeln, klaren Konsequenzen und Arbeitsweisen in der Gruppe können Enttabuisierung, Entlastung und Entwicklungschancen geschaffen werden. Regelmässige Feedback- und Reflexionsrunden in der Gruppe unterstützen eine differenzierte Auseinandersetzung mit Verhaltensweisen der Gruppenmitglieder und mit dem Thema Sicherheit. Diese tragen ebenso zu einer heilsamen Gruppendynamik bei (vgl. Bausum 2023: 179-181). Indem sozialpädagogische Fachkräfte sich auf die Gruppe einlassen, präsent sind und alternative Rollenbilder vermitteln, kann ein «Wir-Gefühl» geschaffen werden. Durch den offenen Umgang, das Erfahren von Gemeinsamkeiten und die Akzeptanz aller Emotionen wird die Gruppe zu einem sicheren Ort. Der sichere Ort ermöglicht den Zugang zu Selbstregulation, realisiert die Eingliederung in soziale Bindungen und trägt zur Überwindung von Traumata bei (vgl. ebd.: 181-183, Bausum 2016: 307f.).

#### **4.2.5 Professionelle der Sozialen Arbeit als Teil der Traumapädagogik**

Bereits aus den vorherigen Kapiteln zu den Bausteinen geht hervor, dass psychosoziale Fachkräfte wichtige Aufgaben und eine entscheidende Rolle in der Traumaaarbeit einnehmen. Dies wird dadurch untermauert, dass in der pädagogischen Triade von Kind, Pädagog:in und Einrichtung jeder Teil gleichermaßen unerlässlich ist und sich gegenseitig in ihrer Stabilität beeinflussen (vgl. Lang 2013b: 136f.). Dieses Kapitel befasst sich unter Berücksichtigung dessen mit konkreten Herausforderungen und Anforderungen, welche sich an Pädagog:innen im Umgang mit traumatisierten Kindern stellen und beleuchtet auf institutioneller Ebene den Nutzen des traumapädagogische Konzepts nach Lang (2009) für Professionelle der Sozialen Arbeit.

##### **4.2.5.1 Herausforderungen**

Professionelle der Sozialen Arbeit in einer Kinderpsychiatrie sind in ihrer Arbeit mit traumatisierten Kindern enormen Belastungen ausgesetzt. Die (teil-)stationäre Kinderpsychiatrie gewährleistet, je nach Setting, eine ganzjährige Versorgung der Heranwachsenden, weshalb sich die Arbeit komplex und mit vielen äusseren und inneren Herausforderungen gestaltet. Betreuende sind einer hohen Arbeitsdichte und geringen zeitlichen Ressourcen gegenübergestellt, was ihre Arbeit darüber hinaus erschwert. Sie sind für eine Vielzahl an Aufgaben verantwortlich, wie z.B. für die Befriedigung existenzieller Grundbedürfnisse der Kinder, Alltagsgestaltung, erzieherischen Aspekten, Ermöglichung diverser Übungsfeldern und den sensiblen Mit-einbezug des Herkunftssystem. Ferner sind sie in der Kooperation im interdisziplinären

Kontext der Klinik und mit externen Institutionen sowie der Vertretung der sozialen Dimension gefordert (vgl. Kapitel 4.2.6) (vgl. Lang 2013b: 128-130).

Eine zentrale innere Schwierigkeit für sozialpädagogische Fachkräfte besteht darin, der Individualität der Kinder gerecht werden, die sich besonders in unvorhersehbaren Situationen, wie Übergängen oder Konfliktsituationen, zeigen. Eine der grössten Herausforderungen ist demnach die Gestaltung einer beständigen professionellen Beziehung zum Kind unter Abwägung der erforderlichen Nähe und Distanz. Traumatisierte Kinder testen oft die Belastbarkeit der Betreuenden, um zu schauen, wer sie aushält und trägt. Dies resultiert in herausfordernden kindlichen Verhaltensweisen und körperlichen Grenzüberschreitungen, welche mit Gefühlen der Ohnmacht, Angst, Wut und Frustration seitens Pädagog:innen einhergehen. Durch das subjektive Erleben von Versagen trotz allen wirkungslosen Bemühungen und dem Zustand des «Ausgebrannt-seins» projizieren viele Betreuende ihre negativen Gefühle unabsichtlich auf die Kinder, wodurch das kindliche Verhalten in einer Abwärtsspirale verstärkt und das Selbstbild der sozialpädagogischen Fachkräfte in Frage gestellt wird (vgl. ebd.: 130-134).

Eine weitere spezifische Herausforderung stellt das Risiko von sekundärer Traumatisierung dar. Durch die alltägliche Konfrontation mit den traumatischen Erlebnissen der Kinder und dem gemeinsamen Aushalten dessen, können Betreuende ebenso Symptome von Traumata entwickeln. Trotz ihrer Qualifizierung und diversen Kompetenzen können solche Schicksale bei Fachkräften tiefe Bestürzung hinterlassen, weswegen die Belastungen als Teil der Traumapädagogik gesehen werden müssen (vgl. ebd.: 135, Weiss 2016a: 210f.). Sie stehen demnach vor der Herausforderung, die Geschichten der Kinder und daraus resultierenden Gegenübertragungsgefühlen mittragen und verkraften zu können, aber in ihrer Handlungsfähigkeit und psychischen Stabilität zu bestehen.

#### **4.2.5.2 Anforderungen**

Um den Zustand von «Ausgebrannt-sein» der Betreuenden zu vermeiden, bedarf es Standards für das professionelle Handeln im Umgang mit traumatisierten Kindern. Dabei sind Sachkompetenz, Selbstreflexion und Selbstfürsorge essenziell.

- *Sach- und Methodenkompetenzen:*

Pädagog:innen sind dazu aufgefordert, eine traumapädagogische Grundhaltung (vgl. Kapitel 4.1.2) einzunehmen und diese im Umgang mit den Kindern geltend zu machen. Insbesondere eine Haltung des guten Grundes sowie eine verlässliche, professionelle Beziehungsgestaltung wird hoch gewichtet. Bei Letzterem ist diese Balance äusserst schwierig zu halten und erfordert von den Pädagog:innen Feinfühligkeit, Klarheit, Flexibilität und Selbstbewusstsein. Um emotionale Sicherheit bieten zu können, müssen sie die intensiven Emotionen der Kinder mittragen können und da Distanz einnehmen, wo die kindliche Entwicklung und die eigenen Grenzen tangiert werden (vgl. Lang 2013b: 133). Um mit traumatisierten Kindern adäquat umgehen und

deren Bedürfnisse korrekt deuten zu können, müssen sie Fachwissen über Psychotraumatologie, die kindliche Entwicklung, Bindung, Kinderschutz, Gesprächsführung, Psychohygiene und deren Methodik aufweisen und all dies auf den pädagogischen Alltag übertragen. Ohne dieses spezifische Grundwissen erscheint eine gelingende Traumaarbeit unmöglich (vgl. Weiss 2016a: 224f.). Je mehr Fachwissen vorhanden ist, desto gelassener und effizienter gestaltet sich die Arbeit (vgl. Tüllmann 2016: 266).

- *Selbstreflexion:*

Um Belastungen zu mindern, ist Selbstreflexion eine unumgängliche Unterstützung in der traumapädagogischen Arbeit. Selbstreflexion umfasst den Einfluss der eigenen Lebensgeschichte der sozialpädagogischen Fachperson sowie institutionelle und gesellschaftliche Komponente auf das professionelle Handeln. Sozialpädagog:innen sind dazu aufgefordert, sich eine hohe Fähigkeit zur Selbstreflexion anzueignen, unter anderem anhand einer kritischen Auseinandersetzung mit der eigenen Kindheit, Glaubenssätzen und Bindungsmuster. Auch ist eine reflexive Beschäftigung mit eigenen Werten und Normen betreffend Familie, Geschlechterrollen, Gewalt, Sexualität und eigenen Menschenbilds erforderlich. Diese persönliche Auseinandersetzung kann verhindern, dass Pädagog:innen eigene Werte und negative Erfahrungen auf traumatisierte Kinder überstülpen, wenn diese hingegen etwas anderes benötigen würden. Unter Umständen kann dies zu einer Retraumatisierung beim Kind führen (vgl. Weiss 2016a: 227ff.). Ein weiterer Aspekt der Selbstreflexion ist die Auseinandersetzung mit der beruflichen Situation, insbesondere mit Übertragung/Gegenreaktion. Traumatisierte Kinder übertragen ihre Gefühle und Erwartungen auf Betreuende und rufen dort Gegenübertragungsgefühle wie Ohnmacht oder Angst hervor. Es ist Aufgabe der sozialpädagogischen Fachpersonen diese Gefühle und Trigger beidseitig wahrzunehmen, kritisch zu reflektieren und Wege zur Verhinderung destruktiver traumatischer Gegenreaktionen zu finden (vgl. Lang 2013b: 138). Andernfalls kann dies darin resultieren, dass sie sich als handlungsunfähig erleben, Grenzen überschreiten oder die Retterrolle einnehmen (vgl. Weiss 2016a: 213). Gelingt ihnen in dieser belastenden Situation innere Stabilität zu erlangen, die Botschaften des Kindes richtig zu deuten, diese nicht auf sich selbst zu beziehen und ein gesichertes Beziehungsangebot geben zu können, erfahren traumatisierte Kinder eine korrigierende Beziehungserfahrung. Gleichzeitig fühlen sich Fachpersonen selbstwirksamer und gelassener im Umgang (vgl. Lang 2013b: 138f., Weiss 2016a: 175f.).

In interdisziplinären Teams können unreflektierte Übertragungen der Beziehungserfahrungen der Kinder oft zu Spaltungen im Team führen, wobei Mitarbeitende als 'gute' oder 'schlechte' Personen eingeordnet werden. Unreflektierte Gegenübertragungsgefühle können so interne Spannungen verursachen, welche die Arbeitsbeziehungen beeinträchtigen. Da eine gelingende interdisziplinäre Kooperation in der Kinderpsychiatrie essenziell ist, ist Selbstreflexion

auch auf Teamebene unabdingbar (vgl. ebd.: 218f.). Selbstreflexion ist folglich Inbegriff professionellen Handelns und steigert persönliche Stärke (vgl. ebd.: 228f.).

- *Selbstfürsorge:*

Nebst der Sachkompetenz und Selbstreflexion gehört für Professionelle der Sozialen Arbeit auch eine ausreichende Selbstfürsorge zur Grundkompetenz, um professionelles Handeln in der Kinderpsychiatrie gewährleisten zu können. Sie dient der psychischen Stabilität und trägt massgeblich zur Verhinderung von Burnout bei. Selbstfürsorge beinhaltet den achtsamen und wertschätzenden Umgang mit sich und den eigenen Bedürfnissen, wobei viele Fachpersonen oft fürsorglicher mit ihrer Klientel umgehen als mit sich selbst (vgl. Weiss 2016a: 230). Besonders in der Arbeit mit traumatisierten Kindern ist Selbstfürsorge essenziell, weil die Themen und Lebensgeschichten der Kinder und damit verbundenen Belastungen unbewusst das Privatleben der Betreuenden beeinflussen. Um sich vor dem Zustand des «Ausgebranntseins» und sekundärer Traumatisierung zu schützen, müssen sie eigene körperliche Signale erkennen, Gefühle benennen und diese bei einer Überwältigung mindern können. Dafür sollen sie sich individuelle Bewältigungsstrategien aneignen und diese als Ausgleich im und ausserhalb des Arbeitsalltages nutzen. Sie sollen jedoch darauf achten, sich nicht zu überlasten und im Sinne der physischen Selbstfürsorge genügend Schlaf und Bewegung sowie eine gesunde Ernährung zu geniessen. Auch wirken soziale Kontakte, Austausch im Team (z.B. Supervisionen, Interventionen, kollegiale Beratung), Freizeitmöglichkeiten, Entspannung, Natur und ein häufiger Umgebungswechsel stressmildernd (vgl. ebd.: 230ff.). Ein weiterer Aspekt der Selbstfürsorge ist eine gesunde Distanz zu den Schicksalen der Kinder einzunehmen und eigene Grenzen zu setzen (vgl. ebd.: 232, Jegodtka 2016: 149).

Schlussfolgernd sind Pädagog:innen mit der grundlegenden Aufgabe des Erlangens innerer Sicherheit konfrontiert, um als äussere Sicherheit für die Kinder fungieren zu können (vgl. Lang 2013b: 137). Die Aneignung von Sachkompetenz, Selbstreflexion und Selbstfürsorge sind keine einfachen Aufgaben. Pädagog:innen können diese nicht vollumfänglich selbst übernehmen und sind besonders bei den ersten beiden Kompetenzen auf Unterstützung und Anleitung der Institution bzw. Klinik angewiesen. Das nächste Kapitel setzt sich deshalb mit der Relevanz und Verantwortung von Einrichtungen bei der Stabilisierung von Pädagog:innen auseinander.

#### ***4.2.5.3 Konzept der Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für pädagogische Fachkräfte als institutioneller Auftrag nach Lang (2009)***

Aus bisherigen Darlegungen wird klar, dass der Rolle der pädagogischen Fachkraft einen entscheidenden Beitrag in der Traumapädagogik zugeschrieben wird. Es ist wichtig, dass Betreuende sich nicht als Mittel zum Zweck verstehen, sondern als essenzieller Teil der Traumapädagogik. Gemäss dem Konzept nach Lang (2009) müssen die immensen Belastungen,

welchen Betreuende täglich ausgesetzt sind, von der Institution unterstützt werden. «Wenn ein sicherer Ort für Kinder nur dann ein sicherer Ort sein kann, wenn die PädagogInnen sicher sind, muss die Institution ein sicherer Ort für Fachkräfte sein.» (Lang 2013b: 141) Betreuende können den Kindern die Haltung von Sicherheit, Stabilität und Selbstwirksamkeit nur dann glaubhaft vermitteln, wenn sie diese selbst auch durch die Institution erleben. Eine Kinderpsychiatrie hat demnach den Auftrag durch stabilisierende Prinzipien der Leitungsarbeit ihre Mitarbeitenden in ihrer Wirksamkeit, Stabilität und Fürsorge gezielt zu unterstützen und fördern sowie die notwendigen Mittel und Rahmenbedingungen für eine gelingende Traumaaarbeit zur Verfügung zu stellen (vgl. Lang 2023: 205ff.).

Konkret soll die Haltung der Leitung einer Kinderpsychiatrie sowie der Umgang mit ihren Mitarbeitenden von der zentralen traumapädagogischen Grundhaltung von Transparenz, Wertschätzung, Partizipation, Individualisierung und Berechenbarkeit (vgl. Kapitel 4.1.2) gekennzeichnet sein. Die Einrichtung sorgt dafür, dass sich ihre Mitarbeitenden in ihrer Individualität und ihren persönlichen Grenzen wertgeschätzt fühlen und ein wahres Interesse für ihre Befindlichkeit, Bedürfnisse und Herausforderungen spüren. Die Institution anerkennt sie als wertvolle individuelle Ressourcen und erweitert somit für das Team den Blick auf vielfältige Handlungsmöglichkeiten. Konzepte, Leitfäden und Prozesse im Arbeitsalltag werden, soweit möglich, partizipativ auf Augenhöhe erarbeitet und Rahmenbedingungen, Entscheidungen und Grenzen offen dargelegt (vgl. ebd.: 207-212). Jene beinhalten, um nur einige zu nennen, Standards über den Gruppenalltag, Gruppengröße, Krisenprozedere, Gewalt und Dokumentation. Diese stärken wiederum die Sicherheit und Selbstwirksamkeit der Mitarbeitenden (vgl. BAG TB 2011: 15f.). Partizipative Strukturen, ein individueller, wertschätzender Umgang und ein Klima der Fehlerkultur unterstützen einen offenen, positiven Umgang im Team und dienen als korrigierende Erfahrung für die Kinder (vgl. Staub/Seidl 2024: 15-19, Weiss 2016a: 237f.).

Um die psychische Stabilität und Selbstfürsorge ihrer Mitarbeitenden zu fördern, sollte die Institution, ähnlich wie bei Kindern, mittels konkreter Massnahmen auf die Stärkung deren Körperwahrnehmung, Emotionsregulation und Resilienz setzen. Dies kann einerseits durch den alltäglichen Einbezug von Düften, Meditation, Musik, angenehmen Räumlichkeiten, Freude und Humor erfolgen. Indem die Institution andererseits Weiterbildungsmöglichkeiten wie Supervisionen, Intervisionen, Fallberatungen und regelmässige Teambesprechungen ermöglicht, wird die Emotionsregulation und Selbstreflexion der Mitarbeitenden gefördert. Des Weiteren sollten Mitarbeitende fachspezifische Fortbildungen besuchen können. All dies stärkt Professionalität und die eigene (Handlungs-)Sicherheit und lässt die Institution als einen sicheren Ort erfahren (vgl. Lang 2023: 209-212). Werden Pädagog:innen und deren psychische Stabilität als Teil der Traumapädagogik betrachtet, führt das zu Entlastung, Verantwortungsabgabe an alle beteiligten Ebenen und einer gesteigerten Arbeitsqualität (vgl. Lang 2013b: 142).

#### **4.2.6 Interdisziplinäre Kooperation und traumasensible Netzwerkarbeit**

Da Traumapädagogik eine ganzheitliche Unterstützung in den Blick nimmt, wird auch der Aspekt der interdisziplinären Kooperation und Netzwerkarbeit betont. Besonders im stationären Kontext und in Kinderschutzfällen benötigen traumatisierte Kinder zur gelingenden Traumaverarbeitung Unterstützungsleistungen diverser Systeme (vgl. BAG TP 2011: 18, Weiss 2016a: 243). Da Traumaarbeit nicht nur von Seiten Sozialer Arbeit geleistet werden kann, sind eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzung unabdingbar und können bei Nicht-eintreten zu einer Unterversorgung der Kinder führen (vgl. BAG TP 2011: 18, Gies 2016: 333). Dabei ist die Institution für die Sicherstellung von interdisziplinärer Kooperation und Netzwerkarbeit zuständig, indem sie einen «geschützten Dialog» mit anderen Institutionen bzw. Professionen und externen Helfersystemen sucht, «der das individuell abgestimmte Anforderungsprofil eines Kindes (...) berücksichtigt und ihm so eine zunehmende Erweiterung der persönlichen Kompetenzen ermöglicht» (BAG TP 2011:18). Relevant sind im kinderpsychiatrischen Kontext involvierte Systeme wie Medizin, Psychologie (Therapie), Schule sowie auch externe Systeme wie die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) oder das Gemeinwesen (vgl. ebd.: 18f.). Voraussetzung einer gelingenden Kooperation sind ein gemeinsames Aufgaben- und Zielverständnis, welche bei regelmässigen Fallanalysen ausgehandelt werden (vgl. Gahleitner/Homfeldt 2016: 322). Vernetzung teilt Belastungen und kann betroffenen Familien als korrigierende Vorbildfunktion dienen (vgl. Gies 2016: 333).

Darüber hinaus fördert eine interdisziplinäre und systemübergreifende Zusammenarbeit für Professionelle der Sozialen Arbeit klare Strukturen und Vorgehensweisen, welche sich wiederum in Sicherheit – einem sicheren Ort für Mitarbeitende – und einer effizienteren Arbeit äussern (vgl. Gahleitner/Homfeldt 2016: 322). Daraus abgeleitet, ist ein sicherer Handlungskontext in Anbetracht der Belastungen in einer Kinderpsychiatrie für sozialpädagogische Fachpersonen unumgänglich. Und so ist jede entgegengebrachte Unterstützung der Institution ein Beispiel für eine korrigierende Beziehungserfahrung für traumatisierte Kinder (vgl. Lang 2023: 212).

## 5 SCHLUSSFOLGERUNGEN UND ERKENNTNISSE

Im letzten Teil dieser Bachelor-Thesis werden die relevanten Ergebnisse zusammengefasst und in Bezug auf die zentrale Leitfrage sowie deren Unterfragen diskutiert und beantwortet. Zudem sollen die Ergebnisse auf die Praxis der Sozialen Arbeit bezogen werden und zuletzt in einem abschliessenden Fazit reflektiert und mit einem Ausblick abgerundet werden.

### 5.1 Diskussion der Ergebnisse und Beantwortung der zentralen Fragestellung und der Unterfragen

Im Rahmen der Diskussion der Ergebnisse und der Beantwortung der Fragestellungen werden in einem ersten Teil zuerst die Unterfragen kritisch diskutiert und beantwortet. Basierend auf den Ergebnissen wird in einem zweiten Schritt die Beantwortung der zentralen Fragestellung abgeleitet und umfassend aus diversen Perspektiven beleuchtet.

#### **Welche Bezüge lassen sich zwischen Traumata und Kindern als Mitbetroffene häuslicher Gewalt in Paarbeziehungen herstellen?**

Aus dem vorangegangenen theoretischen Teil kann zusammengefasst werden, dass das Miterleben von Gewalt in Paarbeziehungen und Trennungssituationen vielfältige und tiefgreifende Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung, Bindung, Rollenbilder, transgenerationale Weitergabe von Gewalt und das Lebensführungssystem von Kindern hat. Kinder sind dabei nicht nur passive Beobachtende, sondern direkt von der Destruktivität häuslicher Gewalt betroffen. Dies widerspricht sich mit der weit verbreiteten Annahme, dass Kinder lediglich indirekt von häuslicher Gewalt betroffen seien. Es wird deutlich, dass sie aufgrund der unausweichlichen Situation als Opfer gelten und in jungen Jahren massiven psychischen Belastungen ausgesetzt sind. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Miterleben häuslicher Gewalt als eine Form psychischer Gewalt gezählt wird, Gefühle der Angst, Hilflosigkeit, Ohnmacht auslösen und sich in diversen Folgesymptomen wie Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Einnässen, Störungen des Selbstkonzepts und emotionaler Instabilität manifestieren. In ihrer Entwicklung werden sie bereits früh negativ beeinflusst und weisen in ihrem Selbstbild, der Bindung, Emotions- und Selbstregulation und der Sozialkompetenz Auffälligkeiten und Verzögerungen auf. Weil die Gewalt in Paarbeziehungen von einer engen Bezugsperson ausgeht, erleben Kinder dies als eine besonders intensive Bedrohung, je nach Literatur sogar bedrohlicher als eine eigene Misshandlung, und zerstört ihr Selbst- und Weltbild massiv. Mitbetroffenheit von Gewalt in Paarbeziehungen verletzt die kindlichen Bedürfnisse nach Sicherheit und Geborgenheit besonders und übersteigt aufgrund ihres jungen Alters ihre vorhandenen Fähigkeiten, um diese Ereignisse bewältigen zu können. Demnach kann das Miterleben häuslicher Gewalt eine tiefgreifende psychische Verletzung, ein Trauma, begünstigen. Oft verlieren Kinder beide Elternteile als Ansprechperson und sind nicht selten von Vernachlässigung betroffen, was das

Beziehungstrauma zusätzlich verstärkt. Wie in Kapitel 3.7 hervor geht, wird (chronische) häusliche Gewalt als PTE und Typ-II-Trauma gezählt. Obwohl das ICD-11 im Kindesalter keine spezifische Kategorisierung für Traumafolgestörungen vorsieht, entsprechen die traumaspezifischen (Vermeidung, Intrusion und Hypervigilanz) und unspezifischen Belastungssymptome je nach Ausprägung einer Traumafolgestörung wie der PTBS, komplexen PTBS oder einer Anpassungsstörung. Diverse Untersuchungen konnten diesbezüglich eine hohe Anzahl an PTBS und traumaspezifischen Symptomen im Kindes- und Jugendalter in Folge von häuslicher Gewalt feststellen. Es kann zusammengefasst werden, dass das Miterleben von Gewalt in Paarbeziehungen bei Kindern eng mit Trauma verknüpft ist, jedoch von Dauer, Ausmass und dem individuellen Empfinden abhängig ist.

### **Inwiefern kann die Traumapädagogik einen Beitrag zur Verbesserung eines sicheren Bindungsverhaltens bei traumatisierten Kindern leisten?**

Gemäss der Forschung werden besonders Kleinkinder in Folge des Miterlebens von Gewalt in Paarbeziehungen in ihrem Urvertrauen gestört, da sie von ihrer Bindungsperson ungenügende verlässliche Sicherheit erfahren. Jedoch wird auch bei älteren Kindern ihr Bedürfnis nach Sicherheit aufgrund der Gewalt in ihrem Zuhause massiv tangiert und unzureichend befriedigt. So sind unsichere Bindungsmuster oder auch Bindungsstörungen, eine Form von Traumafolgestörungen, im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt verbreitet. Beziehungstraumata führen zu Einschränkungen in der sozio-emotionalen, kognitiven und motorischen Entwicklung, wobei insbesondere die Selbstwirksamkeit und das Selbstvertrauen darunter leiden. Aufgrund der negativen Beziehungserfahrungen ist Misstrauen gegenüber der Umwelt typisch. Erst durch die zahlreichen Wiederholungen positiver sozialer Interaktionen können unsichere bzw. desorganisierte Bindungsmuster umgeschrieben werden. Diesbezüglich nehmen die traumpädagogischen Konzepte des sicheren Ortes, der Selbstbemächtigung sowie bindungsorientierte Gruppenarbeit eine zentrale Rolle ein. Durch die Herstellung eines äusseren sicheren Ortes und berechenbare, feinfühliges Beziehungsangebote in der Kinderpsychiatrie kann ein sicherer Rahmen geboten werden, in dem Kinder wieder Vertrauen und emotionale Sicherheit aufbauen können und sozialpädagogische Fachpersonen als sicherheitsvermittelnd wahrnehmen. Ohne einer individuellen Beziehungsgestaltung und der Orientierung an der traumpädagogischen Grundhaltung gemäss dem BAG TP können traumatisierte Kinder kein Vertrauen fassen. Dabei unterstützt das Konzept der Pädagogik der Selbstbemächtigung Kinder, ihre Handlungsfähigkeit wiederzuerlangen. Dies geht folglich mit einer Stärkung des Selbstwertgefühls und einer gesteigerten Kompetenz stabile Beziehungen einzugehen einher. Gemäss Forschung erscheint dies unumgänglich, um den verinnerlichten Ohnmachtsgefühlen entgegenzuwirken, da jene, negativen Einfluss auf soziale Beziehungen ausüben. Durch die Förderung der Selbstregulation reduzieren sich die traumaspezifischen Verhaltensweisen, während die Entwicklung eines inneren sicheren Ortes und eines positiven Selbstkonzepts

unterstützt wird. Weiter kann zusammengefasst werden, dass Gruppenpädagogik zu einer Verbesserung des Bindungsmusters beiträgt, indem sich traumatisierte Kinder in einem geschützten Rahmen in sozialer Interaktion ausprobieren können. Die Gruppe wird zu einem sicheren Ort, welche einen Zugang zu Selbstregulation ermöglicht. Mit der Verbesserung von Sozialkompetenzen und Empathie wird auch die Bindungsfähigkeit und das Vertrauen von traumatisierten Kindern gestärkt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Wiederherstellung von Selbstwirksamkeit und eines sicheren Ortes essenziell sind, um Auswirkungen von traumabedingtem Misstrauen auf soziale Beziehungen zu bewältigen. Zusammenfassend ergibt sich: Traumapädagogik kann einen Beitrag zur Verbesserung eines sicheren Bindungsverhalten leisten, erfordert jedoch von sozialpädagogischen Fachkräften viel Geduld, ein eigenes sicheres Bindungsmuster und eine Menge an emotional korrigierenden Beziehungserfahrungen.

### **Welche Anforderungen und Herausforderungen stellen sich an Professionelle der Sozialen Arbeit in Bezug auf die Beziehungsgestaltung mit traumatisierten Kindern und deren Selbstregulation?**

Aus der theoretischen Auseinandersetzung geht hervor, dass Professionelle der Sozialen Arbeit im Umgang mit traumatisierten Kindern vor einer Vielzahl an Herausforderungen stehen. Dabei ergibt sich die zentrale Schwierigkeit aus der Notwendigkeit einer individuellen Beziehungsgestaltung zu den einzelnen Kindern. Diese wird durch die erlebten Traumata erheblich erschwert und durch deren kindlichen dysfunktionalen Verhaltensweisen beeinflusst. Traumatisierte Kinder testen mit ihrem Verhalten die Belastbarkeit der sozialpädagogischen Fachpersonen, um zu sehen, wer sie aushält, was bei ihnen oft zu Überforderungssituationen und Übertragungen auf das Kind führt. Ein weiterer Aspekt ergibt sich aus sekundärer Traumatisierung. Durch fehlende psychische Stabilität und Abgrenzung von den Schicksalen der Kinder können Fachpersonen selbst traumatisiert werden und sich als handlungsunfähig erleben. Letztlich erweist sich die Notwendigkeit interdisziplinärer Kooperation im Kontext der Kinderpsychiatrie als elementar und stellt Fachpersonen vor eine weitere Schwierigkeit. Gelingende Traumaarbeit erfordert eine enge Zusammenarbeit mit diversen Disziplinen und Systemen, was hingegen hinsichtlich der Belastungen ressourcenaufwändig und von Spannungen geprägt sein kann. In Bezug auf die Anforderungen, die sich an sozialpädagogische Fachpersonen stellen, sollten sie für eine professionelle Beziehungsgestaltung eine traumasensible Grundhaltung, gekennzeichnet von Wertschätzung, Transparenz, Annahme des guten Grundes, Partizipation und Freude, einnehmen. Sie sollen fähig sein, traumaspezifische Verhaltensweisen wie Übererregung, Vermeidung und Intrusion korrekt erkennen zu können. Um Letzteres professionell in der Beziehungsgestaltung integrieren zu können, bedarf es einerseits einem wertfreien Verständnis gegenüber dem dysfunktionalen Verhalten als ein Schutzmechanismus auf eine abnormale Situation und andererseits einem breiten traumaspezifischen Fachwissen, insbesondere über Psychotraumatologie. Weiter sind sie angehalten, sich

ein hohes Mass an Selbstreflexion und -fürsorge anzueignen, wodurch sich destruktive Gegenreaktion, Handlungsunfähigkeit und Grenzüberschreitungen seitens Fachperson sowie Retraumatisierung beim Kind verhindern lassen. Es erfordert eine hohe emotionale Präsenz und zeitgleich professionelle Nähe und Distanz. Nur so kann eine professionelle Beziehungsgestaltung gesichert werden, wodurch sich auch die kindliche Selbstregulation verbessert. Traumatisierte Kinder sind in der Förderung von Selbstregulation auf die Hilfe von Fachpersonen angewiesen, wobei diese auf ihr Fach- und Methodenwissen in Verbindung mit Selbstverstehen, Selbstakzeptanz, Selbstwahrnehmung (Trigger) und Partizipation zurückgreifen sollten. Die Ergebnisse kommen zum Schluss, dass wenn die vielen geschilderten Anforderungen im Umgang mit traumatisierten Kindern berücksichtigt werden, betroffene Kinder korrigierende Beziehungserfahrungen und Handlungskompetenzen erfahren. Insofern können Sozialpädagog:innen traumatisierten Kindern nur Sicherheit vermitteln, wenn sie diese auch selbst aufweisen. Im Hinblick auf die vielen Belastungen sind Weiterbildungen und Supervisionen grundlegend, um eine bestmögliche Unterstützung bieten zu können.

Basierend auf den bisher dargelegten Ergebnissen der Unterfragen wird nun im Anschluss die zentrale Fragestellung abgeleitet und beantwortet.

**«Welchen Beitrag können Ansatzpunkte der Traumapädagogik in (teil-)stationären kinderpsychiatrischen Settings für Professionelle der Sozialen Arbeit im Umgang mit Kindern leisten, die aufgrund des Miterlebens von häuslicher Gewalt in Paarbeziehungen und Trennungssituationen, Symptome einer Traumafolgestörung aufweisen?»**

Die Arbeit zeigt, dass Kinder als Mitbetroffene von Gewalt in elterlichen Paarbeziehungen einem erhöhten Risiko für die Entwicklung von traumaspezifischen Symptomen und Traumafolgestörungen ausgesetzt sind. Da häusliche Gewalt häufig über einen längeren Zeitraum andauert, beeinflussen diese Erfahrungen die kindliche Entwicklung besonders schwerwiegend, vor allem in Bezug auf ein auffälliges Bindungsverhalten und inkohärentes Selbstbild. Sicherheit, Partizipation und stabile Bindungen wurden von betroffenen Kindern nur ungenügend erfahren, weswegen sich ihre Belastungen in herausforderndem Verhalten äussern. Diese genannten Auffälligkeiten stellen zugleich die zentralen Voraussetzungen für die Anwendung traumapädagogischer Arbeit dar. Traumapädagogik knüpft da an, indem sie die zentralen kindliche Bedürfnisse nach Sicherheit und Stabilität in den Fokus rückt. Dies kann durch das Konzept der «Pädagogik des sicheren Ortes» realisiert werden, welches darauf abzielt durch die Schaffung eines sicheren Rahmens Sicherheit und Berechenbarkeit zu erzielen, was jedoch wertschätzendes Verständnis für das Verhalten der Kinder und feinfühliges Wahrnehmung deren Bedürfnisse bedingt. Traumapädagogik betont eine sichere Bindung als Basis für die Traumabewältigung. Um traumatisierte Kinder in ihrer Bindungsfähigkeit zu fördern, leisten die Konzepte der «Pädagogik der Selbstermächtigung» und der «Traumapädagogischen Gruppenarbeit» elementaren Beitrag. Denn Kinder, die häusliche Gewalt in Paarbeziehungen erlebt

haben, weisen meist Schwierigkeiten auf, vertrauensvolle und stabile soziale Beziehungen eingehen zu können, da sie Bindungsabbrüche und negative Erfahrungen erlebt haben. Der Baustein Bindung kann demnach in der traumapädagogischen Arbeit helfen, dysfunktionale Muster zu durchbrechen. Weiter wird aus der Recherche deutlich, dass betroffene Kinder Mühe in der Selbst- und Emotionsregulation haben, was sich in impulsivem und vermeidendem Verhalten zeigt. Traumapädagogische Arbeit im Kontext der Kinderpsychiatrie kann diesbezüglich im Einzel- oder Gruppensetting das Selbstverstehen, die Selbstregulation und Selbstwirksamkeit stärken und Vertrauen in sich und soziale Beziehungen wiederherstellen. Darüber hinaus zeigt die Arbeit auf, dass diese beiden Konzepte zur Aneignung neuer Fähigkeiten beitragen können und eine funktionale Handlungskompetenz traumatisierter Kinder fördern. Dafür nehmen sozialpädagogische Fachpersonen eine zentrale Rolle zur Unterstützung ein. Für sie ergibt sich die Herausforderung, dass traumatisierte Kinder oft durch eine Vielzahl an Vermeidungsverhaltensweisen neue Selbstwirksamkeitserfahrungen ablehnen. Traumapädagogik hilft ihnen durch ein traumasensibles Verständnis das kindliche Verhalten als Ausdruck von Überlebensstrategien und Überforderung und nicht als Absicht zu verstehen. Angesichts der vielen Belastungen, die sich an sie im Umgang mit den Kindern stellen, bietet die pädagogische Triade für Pädagog:innen Entlastung, Sicherheit und die notwendigen Kompetenzen, um diese anspruchsvolle Arbeit gelingend zu meistern. Traumapädagogik beinhaltet konstante Selbstreflexion ihrer Handlungen und Haltung sowie Selbstfürsorge und ermöglicht nicht nur auf Kindesebene einen Nutzen, sondern auch auf Fachebene. Darüber hinaus betont sie die Wichtigkeit der Institution (psychiatrische Klinik), welche aufgefordert ist, durch gezielte Massnahmen ihre Mitarbeitenden in ihrer psychischen Stabilität, Selbstfürsorge und Handlungssicherheit zu stärken. Auch wird ersichtlich, dass Traumapädagogik die interdisziplinäre Kooperation verbessern kann und zu einem effizienteren Behandlungsprozess beitragen kann.

Zusammenfassend kann dargelegt werden: Traumapädagogik fördert bei traumatisierten Kindern in Folge des Miterlebens häuslicher Gewalt die psychische Stabilität, leistet im kinderpsychiatrischen Setting durch bindungsorientierte Arbeit und dem Fokus auf Sicherheit und Selbstermächtigung einen wesentlichen Beitrag zur Traumabewältigung und stärkt sozialpädagogische Fachpersonen auf vielfältige Weise in ihrem professionellen Handeln.

## **5.2 Kritische fachliche und persönliche Reflexion & Ausblick**

Angesichts der vielen erlebten Beziehungsabbrüchen bei traumatisierten Kindern und den hohen Belastungen im (teil-)stationären Alltag einer Kinderpsychiatrie, stellt Traumapädagogik im Umgang mit traumatisierten Kindern in Folge des Miterlebens von Partnerschaftsgewalt einen notwendigen Ansatz dar, um ihren Bedürfnissen, aber auch den Belastungen der sozialpädagogischen Fachkräfte, gerecht zu werden. Betroffene Kinder benötigen eine abgestimmte Unterstützung auf ihre Bedürfnisse, die Traumapädagogik bietet. Sie trägt zur

Traumabewältigung bei, fördert stellvertretend für die Soziale Arbeit eine möglichst normalisierte soziale Teilhabe und hilft bei der Wahrung und Förderung der kindlichen Rechte auf Schutz und Entwicklung (vgl. AvenirSocial 2010: 6f.). Zugleich unterstützt sie sozialpädagogische Fachkräfte im anspruchsvollen Umgang mit den Kindern und fördert Professionalität und persönliche Resilienz. Traumapädagogik berücksichtigt mit einem systemischen Blick alle Beteiligten (Kind, Pädagog:in, Einrichtung), wobei die interdisziplinäre Kooperation besonders relevant ist. Dies erweist sich wiederum im Kontext der Psychiatrie als unverzichtbar. Besonders schwierig ist die Tatsache des Dunkelfeldphänomens häuslicher Gewalt und der Mitbetroffenheit bei Kindern, weshalb von einer noch höheren Zahl ausgegangen werden kann. Diese Lücke erschwert es, frühzeitige und umfassende Massnahmen bieten zu können. Die Autorin betont dabei die belastenden, oft unentdeckten Folgen bei Kindern in Folge häuslicher Gewalt. Diese machen deutlich, dass Soziale Arbeit vermehrt in Prävention, gesellschaftliche Sensibilisierung und vertieftes Fachwissen über Traumata, häusliche Gewalt und deren kindliche Ausprägungen bei Professionellen der Sozialen Arbeit investieren muss. Angesichts der langen Wartezeiten in kinderpsychiatrischen Einrichtungen erscheint Früherkennung besonders notwendig. Denn erst durch das Aufdecken der Gewalt und dem Schaffen von Sicherheit und Vertrauen können Kinder die Erlebnisse adäquat zu verarbeiten beginnen. Die persönliche Auseinandersetzung mit dem Thema hat bei der Autorin das Bewusstsein für die häufige Mitbetroffenheit von Kindern bei häuslicher Gewalt in der Schweiz und die Notwendigkeit von Selbstreflexion auf Fachebene geschärft. Gesamthaft konnte sie ihren professionellen Horizont im Umgang mit traumatisierten Kindern erweitern. Kritisch hingegen sieht sie die Umsetzung von Traumapädagogik in Institutionen mit begrenzten zeitlichen, finanziellen und personellen Ressourcen. Eine traumapädagogische Implementierung und Schulung aller Mitarbeitenden erfordert Mehraufwand, Ressourcen und eine hohe interdisziplinäre Kooperation. Letzteres schätzt sie in der Psychiatrie aufgrund einer meist untergeordneten Position der sozialen Dimension und unterschiedlicher Fallverständnisse als schwierig ein. Für die Soziale Arbeit sieht die Autorin deshalb Handlungsbedarfs, um sich im interdisziplinären Diskurs selbstbewusster zu positionieren, das psychotherapeutische Wissen der Therapie zu nutzen und sich gleichzeitig von der Psychologie bzw. Psychotherapie eigenständig abzugrenzen.

Ausblickend wäre eine verstärkte Integration von Traumapädagogik in die Ausbildung von angehenden Sozialpädagog:innen und flächendeckend in kinderpsychiatrischen Kliniken empfehlenswert. Vertieft könnte empirisch geforscht werden, inwiefern die Wirksamkeit traumapädagogischer Ansätze ausschauen würde und wie Professionelle der Sozialen Arbeit aus diversen psychiatrischen Kinderkliniken der Schweiz Traumapädagogik in ihrer Arbeit erleben. Ferner wäre eine Untersuchung zu einer stärkeren Ausrichtung der Konzepte an den kindlichen Erfahrungen und Bedürfnissen interessant und wie sich diese im teilstationären und stationären Setting voneinander unterscheiden.

## 6 LITERATURVERZEICHNIS

- AvenirSocial (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis. URL: [https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/SCR\\_Berufskodex\\_De\\_A5\\_db\\_221020.pdf](https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/SCR_Berufskodex_De_A5_db_221020.pdf) [Zugriffsdatum: 29. Dezember 2024]
- Baierl, Martin (2016). Mit Verständnis statt Missverständnis: Traumatisierungen und Traumafolgen. In: Baierl, Martin/Frey, Kurt (Hg.). Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag. S.21-46.
- Bausum, Jacob (2016). «... mit einer Ansammlung von Einzelkämpfern». Traumapädagogische Gruppenarbeit. In: Weiss, Wilma/Kessler, Tanja/ Gahleitner, Silke Brigitta (Hg.). Handbuch Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Verlag. S.303-313.
- Bausum, Jacob (2023). Ressourcen der Gruppe zur Selbstbemächtigung: «Ich bin und ich brauche euch». In: Bausum, Jacob/Besser, Lutz-Ulrich/Kühn, Martin/Weiss, Wilma (Hg.). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 4. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa Verlag. S.174-183.
- Beutler, Daniel (2021). Kinder als Zeugen häuslicher Gewalt. In: Pädiatrie. Schweizer Fortbildungszeitschrift für Pädiater und Allgemeinärzte. 2021. Jg. (3). S.16-18. URL: <https://www.rosenfluh.ch/media/paediatrie/2021/03/Kinder-als-Zeugen-haeuslicher-Gewalt.pdf> [Zugriffsdatum: 17. Oktober 2024]
- Biberacher, Marlene (2013). 10.1 Bindungstheorie nach John Bowlby. 10.2 Bindungsstile und Beziehungsverhalten. In: Beckrath-Wilking, Ulrike/Biberacher, Marlene/Dittmar, Volker/Wolf-Schmid, Regina (Hg.). Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Paderborn: Junfermann Verlag. S.94-98.
- Biesel, Kay/Urban-Stahl, Ulrike (2022). Lehrbuch Kinderschutz. 2. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa Verlag.
- Brisch, Karl Heinz (2006). Bindungsstörungen und Trauma. Grundlagen für eine gesunde Bindungsentwicklung. In: Brisch, Karl Heinz/Hellbrügge, Theodor (Hg.). Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag. S.105-135.
- Brisch, Karl Heinz (2023). «Schütze mich, damit ich mich finde». Bindungspädagogik und Neuerfahrungen nach Traumata. In: Bausum, Jacob/Besser, Lutz-Ulrich/Kühn, Martin/Weiss, Wilma (Hg.). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 4. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa Verlag. S.132-147.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2024a). Geschädigte Personen. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kriminalitaet-strafrecht/polizei/haeusliche-gewalt/geschaedigte-personen.html> [Zugriffsdatum: 11. Oktober 2024]

- Bundesamt für Statistik (BFS) (2024b). Häusliche Gewalt. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kriminalitaet-strafrecht/polizei/haeusliche-gewalt.html> [Zugriffsdatum: 11. Oktober 2024]
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2024c). Polizeilich registrierte Gewaltstraftaten im häuslichen Bereich. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kriminalitaet-strafrecht/polizei/haeusliche-gewalt/registrierte-gewaltstraftaten.html> [Zugriffsdatum: 25. Oktober 2024]
- Bundesamt für Statistik (BFS) (Hg.) (2024d). Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS). Jahresbericht 2023 der polizeilich registrierten Straftaten. Neuchâtel. Bundesamt für Statistik.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik (BAG TP) (2011). Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Ein Positionspapier der BAG Traumapädagogik. URL: [https://chtp.ch/download/21/Standards\\_.pdf](https://chtp.ch/download/21/Standards_.pdf) [Zugriffsdatum: 13. November 2024]
- Büttner, Melanie (2020). Häusliche Gewalt und die Folgen für die Gesundheit. In: Büttner, Melanie (Hg.). Handbuch häusliche Gewalt. Stuttgart: Schattauer. S.3-23.
- De Andrade, Marilena/Gahleitner, Silke Brigitta (2020). Kinder, die von Partnerschaftsgewalt mitbetroffen sind. In: Büttner, Melanie (Hg.). Handbuch Häusliche Gewalt. Stuttgart: Schattauer Verlag. S.91-98.
- Der Bundesrat (2023). Analyse der Möglichkeit einer gesamtschweizerischen Zusammenführung von Daten zu Ausprägungsformen von Gewalt an Kindern. Bericht des Bundesrates. In Erfüllung des Postulates 19.3119 Feri Yvonne. Vom 14. März 2019. Bern: Schweizerische Eidgenossenschaft.
- Dilling, Horst/Mombour, Werner/Schmidt, Martin H. (Hg.). (2015). ICD-10. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Weltgesundheitsorganisation. 10. Aufl. Bern: Hogrefe Verlag.
- Dimmel, Nikolaus/Eichinger, Michael (2023). Gewalttätige Beziehungen. Polizeiliche Interventionen und häusliche Gewalt. Linz: pro mente edition.
- Dittmar, Volker (2013a). Spektrum akuter und chronischer posttraumatischer Störungsbilder. In: Beckrath-Wilking, Ulrike/Biberacher, Marlene/Dittmar, Volker/Wolf-Schmid, Regina (Hg.). Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Paderborn: Junfermann Verlag. S.43-52.
- Dittmar, Volker (2013b). Epidemiologie und Komorbiditäten von Traumafolgeerkrankungen. In: Beckrath-Wilking, Ulrike/Biberacher, Marlene/Dittmar, Volker/Wolf-Schmid, Regina (Hg.). Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Paderborn: Junfermann Verlag. S.53-61.
- Dlugosch, Sandra (2010). Mittendrin oder nur dabei? Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Eberle, David J./Maercker, Andreas (2024). Belastungsbezogene Störungen in der ICD-11. In: Die Psychotherapie. Vormalis Psychotherapeut. 2024 Jg. (69). S.179-183.
- Ebner, Gerhard/Bosshart, Herbert/Hatzinger, Martin/Mager, Ralph/Rota, Fulvia/Seifritz, Erich/Stieglitz, Rolf-Dieter/Herzog-Zwitter, Iris (2023). ICD-11 – Empfehlungen zur Verwendung in der Psychiatrie. In: Schweizerische Ärztezeitung. 104 Jg. (10). S.34-35.
- Egger, Theres/Schär Moser, Marianne (2008). Gewalt in Paarbeziehungen. Ursachen und in der Schweiz getroffene Massnahmen. Schlussbericht. Bern: Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG (Hg.).
- Eichenberg, Christiane/Zimmermann, Peter (2017). Einführung Psychotraumatologie. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG (2020a). Definitionen, Formen und Folgen häuslicher Gewalt. A1 Grundlagen. Eidgenössisches Departement des Innern. URL: <https://backend.ebg.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-ebgch-files/files/2023/08/28/9f8e5fd3-350a-463a-a737-48d54191a1a5.pdf> [Zugriffsdatum: 23.Oktober 2024]
- Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG (2020b). Häusliche Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. B3 Gewaltspezifische Informationen. URL: <https://backend.ebg.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-ebgch-files/files/2023/08/28/5ad297ba-84a6-4913-9ea1-47365673d1f4.pdf> [Zugriffsdatum: 23.Oktober 2024]
- Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG (2020c). Geschlechtsspezifische Formen und Folgen häuslicher Gewalt. A6 Grundlagen. URL: <https://backend.ebg.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-ebgch-files/files/2023/08/28/e9e7f2cc-8206-41da-91b7-1c2a32cee493.pdf> [Zugriffsdatum: 6.Oktober 2024]
- Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG (2024). Zahlen zu häuslicher Gewalt in der Schweiz. A4 Grundlagen. URL: <https://backend.ebg.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-ebgch-files/files/2024/07/30/2eee4d61-c076-4a2e-aa86-2c76b33f398b.pdf> [Zugriffsdatum: 19. Dezember 2024]
- Feurle, Stefan/Möstl, Sandra/Purtscher-Penz, Katharina (2016). Handlungsfeld Psychiatrie. In: Weiss, Wilma/Kessler, Tanja/ Gahleitner, Silke Brigitta (Hg.). Handbuch Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Verlag. S.243-252.
- Fiedeler, Georg (2020). Partnerschaftsgewalt gegen Männer. In: Büttner, Melanie (Hg.). Handbuch häusliche Gewalt. Stuttgart: Schattauer. S.59-67.
- Gahleitner, Silke Brigitta (2013). Traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Weshalb? – Wie? – Wozu?. In: Lang, Birgit/Schirmer, Claudia/Lang, Thomas/Andrae de Hair, Ingeborg/Wahle, Thomas/Bausum, Jacob/Weiss, Wilma/Schmid, Marc (Hg.). Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa Verlag. S.45-55.

- Gahleitner, Silke Brigitta/Kamptner, Carina/Ziegenhain, Ute (2016). Bindungspädagogik in ihrer Bedeutung für die Traumapädagogik. In: Weiss, Wilma/Kessler, Tanja/ Gahleitner, Silke Brigitta (Hg.). Handbuch Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Verlag. S.115-122.
- Gahleitner, Silke Brigitta/Homfeldt, Hans Günther (2016). Kooperation und psychosoziale Traumaarbeit. In: Weiss, Wilma/Kessler, Tanja/ Gahleitner, Silke Brigitta (Hg.). Handbuch Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Verlag. S.320-326.
- Gies, Hedi (2016). Traumasensible Netzwerkarbeit. Ein Aufwand, der sich lohnt! In: Weiss, Wilma/Kessler, Tanja/ Gahleitner, Silke Brigitta (Hg.). Handbuch Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Verlag. S.327-333.
- Hafner, Gerhard/Hertel, Roland (2019). Kinder als Opfer häuslicher Gewalt. In: Steingen, Anja (Hg.). Häusliche Gewalt. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag. S.35-46.
- Hofmann, Arne/Besser, Lutz-Ulrich (2006). Psychotraumatologie bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlungen. In: Brisch, Karl Heinz/Hellbrügge, Theodor (Hg.). Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag. S.172-202.
- Jegodtka, Renate (2016). Sekundäre Traumatisierung. Existenzielle Berührung und Selbstfürsorge in pädagogischen Arbeitsfeldern. In: Weiss, Wilma/Kessler, Tanja/ Gahleitner, Silke Brigitta (Hg.). Handbuch Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Verlag. S.139-151.
- Kinderschutz Schweiz (Hg.) (o.J.). Kinder im Kontext häuslicher Gewalt. In: <https://www.kinderschutz.ch/themen/kindswohlgefaehrdung/haeusliche-gewalt> [Zugriffsdatum: 27. Dezember 2024]
- Kindler, Heinz (2013). Partnerschaftsgewalt und Beeinträchtigungen kindlicher Entwicklung: Ein aktualisierter Forschungsüberblick. In: Kavemann, Barbara/Kreyssig, Ulrike (Hg.). Handbuch Kinder und häusliche Gewalt. 3. Aufl. Wiesbaden: Springer Verlag. S.27-47.
- Korittko, Alexander (2016). Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Störungen systemisch behandeln. Band 5. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Krüger, Paula/Reichlin, Beat (2021). Kontakt nach häuslicher Gewalt? Leitfaden zur Prüfung und Gestaltung des persönlichen Verkehrs für Kinder bei häuslicher Gewalt. Schweizerische Konferenz gegen häusliche Gewalt SKHG/Konferenz der Kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und -direktoren (KKJPD)/Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) (Hg.). URL: <https://www.kinderschutz.ch/angebote/herunterladen-bestellen/leitfaden-kontakt-nach-haeuslicher-gewalt> [Zugriffsdatum: 10. Oktober 2024]
- Kühn, Martin (2023a). «Macht Eure Welt endlich wieder mit zu meiner!». Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In: Bausum, Jacob/Besser, Lutz-Ulrich/Kühn, Martin/Weiss, Wilma (Hg.). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 4. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa Verlag. S.26-38.

- Kühn, Martin (2023b). Traumapädagogik und Partizipation. Zur entwicklungslogischen, fördernden und heilenden Wirksamkeit von Beteiligung in der Kinder- und Jugendhilfe. In: Bausum, Jacob/Besser, Lutz-Ulrich/Kühn, Martin/Weiss, Wilma (Hg.). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 4. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa Verlag. S.121-130.
- Lamnek, Siegfried/Luedtke, Jens/Ottermann, Ralf/Vogl, Susanne (2012). Tatort Familie. Häusliche Gewalt im gesellschaftlichen Kontext. 3. Aufl. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Landolt, Markus A. (2021). Psychotraumatologie des Kindesalters. Grundlagen, Diagnostik und Intervention. 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Landolt, Markus A./Schnyder, Ulrich/Maier, Thomas/Schoenbucher, Verena/Mohler-Kuo, Meichun (2013). Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in Adolescents: A National Survey in Switzerland. In: Journal of Traumatic Stress. 2013 Jg. (26). p.209-216.
- Lang, Birgit (2013a). Freude und Spass als Grundhaltung. In: Lang, Birgit/Schirmer, Claudia/Lang, Thomas/Andrae de Hair, Ingeborg/Wahle, Thomas/Bausum, Jacob/Weiss, Wilma/Schmid, Marc (Hg.). Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa Verlag. S.121-124.
- Lang, Brigit (2013b). Die PädagogInnen als Teil der Pädagogik. In: Lang, Birgit/Schirmer, Claudia/Lang, Thomas/Andrae de Hair, Ingeborg/Wahle, Thomas/Bausum, Jacob/Weiss, Wilma/Schmid, Marc (Hg.). Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa Verlag. S.127-144.
- Lang, Birgit (2023). Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für pädagogische Fachkräfte als institutioneller Auftrag. In: Bausum, Jacob/Besser, Lutz-Ulrich/Kühn, Martin/Weiss, Wilma (Hg.). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 4. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa Verlag. S.205-213.
- Lang, Thomas (2016). Bindung und Trauma. Co-Regulation und Selbstregulation – die äussere und innere Welt korrigierender Beziehungserfahrungen. In: Weiss, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke Brigitta (Hg.). Handbuch Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Verlag. S.272-281.
- Lang, Thomas/Lang, Birgit (2013). Die Annahme des guten Grundes als Grundhaltung. In: Lang, Birgit/Schirmer, Claudia/Lang, Thomas/Andrae de Hair, Ingeborg/Wahle, Thomas/Bausum, Jacob/Weiss, Wilma/Schmid, Marc (Hg.). Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa Verlag. S.107-112.
- Maercker, A./Augsburger, M. (2019). Die posttraumatische Belastungsstörung. In: Maercker, Andreas (Hg.). Traumafolgestörungen. 5. Aufl. Berlin: Springer Verlag. S.13-46.
- Rudolph, Sabrina (2007). Kinder stärken gegen häusliche Gewalt. Ansätze für Interventionen und Aufklärung in der Schule. Marburg: Tectum Verlag.

- Sabas, Nathalie (2024). Häusliche Gewalt. Grundwissen, Handlungsmöglichkeiten und Praxistipps. Wiesbaden: Springer Nature Verlag.
- Schär, Clarissa (2015). Kinder als Mitbetroffene von Gewalt in Paarbeziehungen. Nationale und internationale Forschungsbefunde. In: von Fellenberg, Monika/Jurt, Luzia (Hg.). Kinder als Mitbetroffene von Gewalt in Paarbeziehungen. Ein Handbuch. Wettingen: eFeF-Verlag. S.19-52.
- Scherwath, Corinna/Friedrich, Sibylle (2020). Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung. 4. Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Schmid, Conny (2018). Kindeswohlgefährdung in der Schweiz. Formen, Hilfen, fachliche und politische Implikationen. Zürich: UBS Optimus Foundation.
- Schmid, Marc (2013). Warum braucht es eine Traumapädagogik und traumapädagogische Standards? In: Lang, Birgit/Schirmer, Claudia/Lang, Thomas/ Andrae de Hair, Ingeborg/Wahle, Thomas/ Bausum, Jacob/Weiss, Wilma/Schmid, Marc (Hg.). Traumpädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa Verlag. S.56-83.
- Staub, Tabea/Seidl, Sarah (2024). Traumapädagogik. Grundlagen und Praxiswissen zu (Kindheits-)Trauma und traumapädagogischen Standards. Berlin: Springer Verlag.
- Steil, R./Rosner, R. (2019). Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. In: Maercker, Andreas (Hg.). Traumafolgestörungen. 5. Aufl. Berlin: Springer Verlag. S.411-442.
- Steingen, Anja (2019). 2.1. Begriffsbestimmung. In: Steingen, Anja (Hg.). Häusliche Gewalt. Handbuch der Täterarbeit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S.17-23.
- Strasser, Philomena (2013). «In meinem Bauch zitterte alles». Traumatisierung von Kindern durch Gewalt gegen die Mutter. In: Kavemann, Barbara/Kreyssig, Ulrike (Hg.). Handbuch Kinder und häusliche Gewalt. 3. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S.47-59.
- Thiemann, Anja/Toutaoui, Kahina (2024). Gewalt in der Häuslichkeit. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 100. Jg. (5). S.272-282.
- Tiefenthaler, Sabine/Gahleitner, Silke Brigitta (2016). Traumapädagogik in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. In: Weiss, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke Brigitta (Hg.). Handbuch Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Verlag. S.176-192.
- Tüllmann, Tanja (2016). Selbstfürsorge als Schlüssel zur Gesundheit. In: Baierl, Martin/Frey, Kurt (Hg.). Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag. S.264-275.

Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (Istanbul-Konvention) vom 11. Mai 2011 in Istanbul. Art. 3. (SR 0.311.35). URL: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2018/168/de> [Zugriffsdatum: 9. Oktober 2024]

Von Fellenberg, Monika/Jurt, Luzia (2015). Fokus auf mitbetroffene Kinder setzen. In: von Fellenberg, Monika/Jurt, Luzia (Hg.). Kinder als Mitbetroffene von Gewalt in Paarbeziehungen. Ein Handbuch. Wettingen: FeFe-Verlag. S.11-18.

Wahle, Thomas/Lang, Thomas (2013). Transparenz als Grundhaltung. In: Lang, Birgit/Schirmer, Claudia/Lang, Thomas/Andreae de Hair, Ingeborg/Wahle, Thomas/Bausum, Jacob/Weiss, Wilma/Schmid, Marc (Hg.). Traumpädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa Verlag. S.118-121.

Weiss, Wilma (2013a). Traumapädagogik- Geschichte, Entstehung und Bezüge. In: Lang, Birgit/Schirmer, Claudia/Lang, Thomas/Andreae de Hair, Ingeborg/Wahle, Thomas/Bausum, Jacob/Weiss, Wilma/Schmid, Marc (Hg.). Traumpädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa Verlag. S.32-55.

Weiss, Wilma (2013b). Selbstbemächtigung/Selbstwirksamkeit – ein traumapädagogischer Beitrag zur Traumaheilung. In: Lang, Birgit/Schirmer, Claudia/Lang, Thomas/Andreae de Hair, Ingeborg/Wahle, Thomas/Bausum, Jacob/Weiss, Wilma/Schmid, Marc (Hg.). Traumpädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa Verlag. S.145-156.

Weiss, Wilma (2016a). Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. 8. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

Weiss, Wilma (2016b). Traumapädagogik: Entstehung, Inspiration, Konzepte. In: Weiss, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke Brigitta (Hg.). Handbuch Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Verlag. S.20-32.

Weiss, Wilma (2016c). Die Pädagogik der Selbstbemächtigung. Eine traumapädagogische Methode. In: Weiss, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke Brigitta (Hg.). Handbuch Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Verlag. S.290-302.

Weiss, Wilma (2023). Selbstbemächtigung – ein Kernstück der Traumapädagogik. In: Bausum, Jacob/Besser, Lutz-Ulrich/Kühn, Martin/Weiss, Wilma (Hg.). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 4. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa Verlag. S.148-166.

Weiss, Wilma/Schirmer, Claudia (2013). Wertschätzung als Grundhaltung. In: Lang, Birgit/Schirmer, Claudia/Lang, Thomas/Andreae de Hair, Ingeborg/Wahle, Thomas/Bausum, Jacob/Weiss, Wilma/Schmid, Marc (Hg.). Traumpädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa Verlag. S.112-114.

Wübker, Eike Johanne (2020). Die Relevanz der Traumapädagogik für die stationäre Erziehungshilfe. Weinheim/Basel: Beltz Juventa Verlag.

## 6.1 Abbildungsverzeichnis / Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Eigene Darstellung der Autorin in Anlehnung an:

Schär, Clarissa (2020). Häusliche Gewalt – Fokus Partnerschaftsgewalt: Was bedeutet dies für Kinder? Infografik. Kinderschutz Schweiz (Hg.). URL: <https://www.kinderschutz.ch/angebote/herunterladen-bestellen/infografik-haeusliche-gewalt-kinder> [Zugriffsdatum: 3. November 2024]

Abbildung 2: Eigene Darstellung der Autorin in Anlehnung an:

Eckardt, Jo (2013). Kinder und Trauma. Was Kinder brauchen, die einen Unfall, einen Todesfall, eine Katastrophe, Trennung, Missbrauch oder Mobbing erlebt haben. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag.

Eichenberg, Christiane/Zimmermann, Peter (2017). Einführung Psychotraumatologie. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Korittko, Alexander (2016). Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Störungen systemisch behandeln. Band 5. Heidelberg: Car-Auer Verlag.

Landolt, Markus A. (2021). Psychotraumatologie des Kindesalters. Grundlagen, Diagnostik und Intervention. 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Tabelle 1: Eigene Darstellung der Autorin

Tabelle 2: Eigene Darstellung der Autorin in Anlehnung an:

Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik (BAG TP) (2011). Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Ein Positionspapier der BAG Traumapädagogik. URL: [https://chtp.ch/download/21/Standards\\_.pdf](https://chtp.ch/download/21/Standards_.pdf) [Zugriffsdatum: 13. November 2024]

Schmid, Marc (2013). Warum braucht es eine Traumapädagogik und traumapädagogische Standards? In: Lang, Birgit/Schirmer, Claudia/Lang, Thomas/Andrae de Hair, Ingeborg/Wahle, Thomas/ Bausum, Jacob/Weiss, Wilma/Schmid, Marc (Hg.). Traumpädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa Verlag. S.56-83.