

HOME

HOCHSCHULE
MERSEBURG^{FH}

University of
Applied Sciences

*Hochschule Merseburg - University of Applied Sciences
Fachbereich
Soziale Arbeit. Medien. Kultur*

Bachelor-Arbeit zur Erlangung des akademischen Grades
„Bachelor of Arts (B.A.)“

im Studiengang Soziale Arbeit

Heimerziehung

-

*- Das therapeutische Milieu in der stationären Jugendhilfe -
Wird die klassische Heimerziehung ihrer Zielgruppe noch gerecht?-*

Erstgutachter: Prof. Dr. Jürgen Benecken

Zweitgutachter: Prof. Dr. Erich Menting

Vorgelegt von:

Name: Caroline Gehrman
Anschrift: Otto-Lilienthal-Straße 43, 06217 Merseburg
Matrikel-Nr.: 16731
Semester: 8. Semester
E- Mail: caroline.gehrmann@stud.hs-merseburg.de

Merseburg, 09.08.2013

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	4
2 Heimerziehung – Allgemeine Grundlagen	7
2.1 Was ist Heimerziehung?	7
2.2 Rechtliche Grundlagen	8
2.2.1 Hilfe zur Erziehung	8
2.2.2 Einbezug seelisch Behinderter	8
2.3 Alternativen zur Heimerziehung	9
2.3.1 Vollzeitpflege	9
2.4 Anzahl der Heimkinder.....	10
2.5 Internationaler Vergleich	11
3 Psychische Gesundheit von Heimkindern	12
3.1 Heimkinder als Hochrisikogruppe	12
3.2 Studie von Marc Schmid	13
3.2.1 Psychosoziale Faktoren der Untersuchungsgruppe	13
3.2.2 Zusammenfassung der Ergebnisse	14
3.3 Studie zur Häufigkeit von Traumata bei Heimkindern	14
3.4 Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen	16
4 Psychische Traumatisierung	17
4.1 Allgemeine Definition von Trauma	17
4.2 Die Unterscheidung zwischen Typ-I und Typ-II Traumatisierungen....	18
4.3 Die sequentielle und kumulative Traumatisierung.....	18
4.4 Traumapädagogik in der stationären Jugendhilfe	19
5 Bindung	21
5.1 Definition	21
5.2 Grundlagen der Bindungstheorie	22
5.3 Bindungstypen im Kleinkindalter	23
5.3.1 Der unsicher-vermeidend gebundene Typ (A).....	24
5.3.2 Der sicher gebundene Typ (B).....	24
5.3.3 Der unsicher-ambivalente Typ (C)	24
5.3.4 Der desorganisierte Typ (D)	25
5.4 Bindungstypen im Jugendalter.....	26
5.4.1 Sicher-autonom (F).....	26
5.4.2 Unsicher-distanziert(Ds)	26
5.4.3 Unsicher-verstrickt (E)	26

5.4.4 Unsicher-unverarbeitet (U)	27
5.4.5 Nicht klassifizierbar (CC)	27
5.5 Bindungsstörung	27
5.5.1 Der gehemmte Typ	28
5.5.2 Der enthemmte Typ	28
5.6 Bindungspräsentationen in der Heimerziehung	29
5.6.1 Die Rahmenbedingungen	29
5.6.2 Ergebnisse der empirischen Studie	29
5.7 Schlussfolgerungen für die stationäre Jugendhilfe.....	31
6 Das Zusammenspiel von Pädagogik und Therapie.....	32
6.1 Aichhorns Vorstellungen von psychoanalytischer Pädagogik	33
6.1.1 Praktische Umsetzung von Aichhorns Pädagogik	33
7 Das therapeutische Milieu	36
7.1 Definition Therapeutisches Milieu	37
7.1.1 Redls Vorstellung eines therapeutischen Milieus	37
7.1.2 Faktoren, die das Milieu als therapeutisch kennzeichnen	37
7.1.3 Die Bedeutung des Begriffs Milieu nach Redl.....	38
7.2 Ziele des therapeutischen Milieus	39
7.3 Jugendwohnen im Kiez – Therapeutische Wohngruppen Gemini.....	40
8 Schlussbemerkung und Fazit	42
9 Quellenverzeichnis	45
10 Eidesstaatliche Versicherung	51

1 Einleitung

*„We want to know how people can survive with such children.
By this we mean the question of just what needs to be done
in order to tone down some of their surface behaviour at times,
a task which becomes important even before
more deep-seated therapy
of their 'real problem' can be attempted.“*

(Fritz Redl 1951, S.32)

Es gibt kaum einen anderen Bereich in dem gesamten Spektrum der öffentlichen Hilfen, in dem eine annähernd vergleichbar große Zahl von psychisch gestörten und traumatisierten Kindern betreut werden wie in den stationären Jugendhilfen. Die Zahl der Heimkinder steigt von Jahr zu Jahr (vgl. Statistisches Bundesamt) und man kann davon ausgehen, dass die Kinder nicht selten stark belastet in die Wohngruppen aufgenommen werden, in der Regel dann, wenn alle anderen Maßnahmen gescheitert sind. Studien belegen (vgl. Schmid 2007; Schleiffer 2001; Jaritz u.a. 2008), dass der Großteil der Kinder in der Jugendhilfe starken psychischen Belastungen ausgesetzt ist. Hier stellt sich die Frage, ob die klassische Heimerziehung diesen Anforderungen noch gerecht werden kann. Was brauchen diese Kinder wirklich und wie können wir am besten mit ihnen umgehen?

Gerade in der alltäglichen Arbeit mit Heimkindern sind diese Fragen von großer Bedeutung, denn nicht selten sind die Betreuer in den Wohngruppen komplett mit ihnen überfordert, was immerfort zu Abbrüchen der Hilfemaßnahmen führt (vgl. Kühn 2011, S.13). Aus diesen Gründen ist das Ziel dieser Arbeit für diese Thematik zu sensibilisieren und neue Wege aufzuzeigen.

Das Thema stationäre Jugendhilfe, ihre Standards und Entwicklungsperspektiven hat in fachlichen Kreisen nach wie vor einen hohen Stellenwert. Aktuelle Literatur dazu (vgl. Gadow u.a. 2013; Macsenaere & Esser 2012; Meyer 2012) beschäftigt sich mit empirischen Befunden zur aktuellen Situation der Erziehungshilfen. Der aktuelle

sozialpolitische Diskurs beschäftigt sich vor allem mit der Traumapädagogik in der stationären Jugendhilfe (vgl. Lang u.a. 2013, Schmid u.a. 2010, Fegert u.a. 2010). Bei der Literaturanalyse ist auffällig, dass es viele therapeutische Ansätze zu dem Thema gibt, allerdings noch wenige pädagogische Handlungsspielräume, was sicher zum einen daran liegt, dass das Thema Trauma bisher eher von Psychotherapeuten und Medizinern bearbeitet wurde. Die nachfolgende Arbeit soll allerdings durch die Fragestellung geleitet sein, ob die Themen Trauma, Bindungsstörungen und psychische Störungen nicht auch bzw. besonders Thema in der stationären Jugendhilfe sind und vor welche Herausforderungen die Symptome psychisch beeinträchtigter Kinder die Professionen in den stationären Wohngruppen stellen und was das für die Arbeit mit ihnen bedeutet.

Bieten die bisherigen Rahmenbedingungen der klassischen Heimerziehung die optimalen Bedingungen für die Kinder, die so viele biographische Brüche erlebt haben und können sie den Ansprüchen gerecht werden, wenn man sich die herkömmliche Heimerziehung und ihre Grundvoraussetzungen anhand neuer Arbeiten zu Trauma und Bindung betrachtet?

Das Konzept des therapeutischen Milieus könnte ein alternativer Weg sein. Ein Thema, welches in der Heimerziehung lange Tradition hat. Angefangen von August Aichhorn (1925) über Bruno Bettelheim (1974) bis hin zu Redl und Wineman (1951), die sich mit diesem Thema beschäftigt haben und praktisch umsetzten. Trotz der offensichtlichen Notwendigkeit sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen, konnte kaum Literatur dazu gefunden werden. Zu nennen ist hier allerdings Silke Gahleitners Werk (2011), die sich diesem Thema gewidmet hat.

Um diese Arbeit zu erstellen wurde mit der Methodik der Literaturanalyse und Sekundäranalyse gearbeitet. Hierzu wurde Fachwissen reproduziert, sowie empirische Studien verwendet und ihre Ergebnisse unter der Fragestellung der Arbeit nachgebildet. Zu kritisieren ist, dass einige Literaturquellen zu den Studien nicht mehr aktuell sind, neuere allerdings nicht gefunden werden konnten.

Zur Einführung in die Thematik soll die Heimerziehung allgemein näher beleuchtet werden. Das heißt, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen erläutert werden, aufgezeigt wird wie viele Kinder denn überhaupt in der

stationären Erziehungshilfe betreut werden und welche Alternativen es zu dieser Art von Hilfe gibt. Anschließend wird ein kurzer internationaler Vergleich gezogen, um darzulegen wie die Situation der stationären Jugendhilfe in anderen Ländern Europas aussieht und wie sich Deutschland hier eingliedern kann.

Im nächsten Kapitel wird sich mit der psychischen Gesundheit von Heimkindern auseinandergesetzt. Sie werden als Hochrisikogruppe deklariert und die Prävalenz der psychischen Störungen in der stationären Jugendhilfe wird dargestellt. Hierzu wird die Studie von Marc Schmid (2007) herangezogen. Eine weitere epidemiologische Studie von Caroline Jaritz (2011) soll Aufschluss zur Art und Häufigkeit von Traumata in der stationären Jugendhilfe geben und damit zeigen, wie zentral dieses Thema für die Jugendhilfe ist. Da man in der Arbeit mit den Kindern dem Thema Trauma so häufig begegnet, soll das Kapitel vier einen tieferen Einblick in diese Materie geben. Hierzu werden zunächst die grundlegenden Begrifflichkeiten definiert und anschließend ein Einblick in die Notwendigkeit und die Umsetzung der Traumapädagogik in der stationären Jugendhilfe gegeben.

Aus der Arbeit geht hervor, dass eine sichere Bindung ein ausschlaggebender Wirkfaktor für die Entwicklung von psychischer Gesundheit ist. Da diese Gesundheit bei dem Großteil der Kinder nicht gegeben ist, stellt sich die Frage ob sie diesen Wirkfaktor nicht für sich nutzen konnten. So ist das Thema Bindung ein weiterer Gegenstand mit dem sich die Arbeit beschäftigen soll. So beginnt das fünfte Kapitel mit einer allgemeinen Definition von Bindung und einem kurzen Exkurs in die Grundlagen der Bindungstheorie. Es werden, angelehnt an diese Theorie, die Bindungstypen im Kleinkindalter und Jugendalter vorgestellt, ein kurzer Einblick in die Bindungsstörungen gegeben, um davon ausgehend die Bindungspräsentationen der Kinder in der Heimerziehung darzulegen. Dies wird mit Hilfe der Studie von Roland Schleiffer (2001) fabriziert, der die Bindungspräsentation in der Jugendhilfe erforschte und mit denen der Normalbevölkerung verglichen hat. Aus diesen Ergebnissen werden nachfolgend Schlussfolgerungen für die pädagogische Praxis gezogen.

Der nächste Themenkomplex schildert die Notwendigkeit des Zusammenspiels von den Professionen in der Jugendhilfe. Hierzu wird

August Aichhorns psychoanalytische Pädagogik am Beispiel seiner Erziehungsanstalt in Oberhollabrunn angebracht. Aichhorn gilt als Begründer dieser Pädagogik, die therapeutisch fundiert war. Dieser Ansatz soll richtungweisend für diese Arbeit sein und setzt sich im nächsten Kapitel fort. Hier ist der Schwerpunkt der Arbeit verlagert: Dazu wird die Frage von Redl und Wineman (1951) aufgegriffen, wie man die Kinder, die sich außerhalb der herkömmlichen Hilfesysteme befinden, heilen kann. Sie fundierten das Konzept des therapeutischen Milieus. Dieses wird im siebten Kapitel nach Fritz Redl definiert. Anschließend werden die Ziele und Auswirkungen dieses Konzepts vorgestellt.

Im letzten Kapitel soll kurz ein ausgewähltes Projekt vorgestellt werden, um zu sehen wie die praktische Umsetzung eines therapeutischen Milieus aussehen kann.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen auf eine Geschlechterunterscheidung verzichtet. Wenn von der Arbeit mit Kindern gesprochen wird, dann auch immer von den im Heim lebenden Jugendlichen. Der Ausdruck Erzieher bezieht sich lediglich auf die Tätigkeit, hiermit sind immer auch Sozialpädagogen, Psychotherapeuten, Heilpädagogen, Psychologen etc. gemeint.

2 Heimerziehung – allgemeine Grundlagen

Zunächst soll kurz die klassische Heimerziehung definiert werden, die rechtlichen Grundlagen erläutert, sowie einige Alternativen vorgestellt werden. Danach soll aufgezeigt werden, wie viele Kinder eigentlich in der stationären Jugendhilfe betreut werden und es wird ein kurzer internationaler Vergleich aufgestellt.

2.1 Was ist Heimerziehung?

Heimerziehung steht im Kontext der Jugendhilfe und stellt eine Unterbringung über einen längeren Zeitraum von Kindern und Jugendlichen dar, die Tag und Nacht hier leben. Neben Wohnung, Verpflegung, Erziehung und Förderung steht das gemeinsame Zusammenleben in der Gruppe im Mittelpunkt der Heimerziehung. Die Kinder werden von pädagogisch

geschulten Fachkräften betreut. Neben ausgewählten Bildungsprogrammen und Freizeitaktivitäten wird zusätzlich auch therapeutische, psychosoziale und medizinische Hilfe angeboten (vgl. Müller-Scholl/Priepke 1982, S.53).

2.2 Rechtliche Grundlagen

2.2.1 Hilfe zur Erziehung

Die Heimerziehung ist eine Hilfe zur Erziehung nach § 27 Abs. 1 des KJHG und gehört zu den Leistungsangeboten der Jugendhilfe.

Anspruch auf diese Hilfen haben Kinder „wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist.“ (§27 Abs.1 KJHG)

Bedeutend für diese Art der Hilfe ist der Einbezug des engeren sozialen Umfeldes des Kindes. Hilfe zur Erziehung beinhaltet pädagogische, sowie therapeutische Leistungen. Sie sind im KJHG in den Paragraphen §§ 28-35 verankert. Hierunter sind ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote zu verstehen. Da der Familienbezug im KJHG stark betont wird, sind ambulante und teilstationäre Leistungen in Hinblick auf den Erhalt und die Stabilisierung der Beziehungsstrukturen des Kindes zu bevorzugen. Sollte jedoch eine Unterbringung außerhalb der Familie vorübergehend oder auf längere Zeit notwendig sein, dann greift der § 34 KJHG *Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform*, der eine stationäre Hilfe zur Erziehung und damit ein neues Lebensumfeld für das Kind darstellt. Da Heimerziehung heute in sehr verschiedenen Institutionen erfolgt, spricht das KJHG hier von anderen betreuten Wohnformen (vgl. Günder 2011, S.52 ff).

2.2.2 Einbezug seelisch Behinderter

Eine Sonderstellung in den Hilfen zur Erziehung ist der § 35a *Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche*. Danach haben Kinder Anspruch auf Hilfe, „wenn ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter

typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.“ (KJHG)

Diese Hilfen können nach §35a (2) Nr. 4 in „Einrichtungen über Tag und Nacht sowie sonstigen Wohnformen“ geleistet werden.

Somit haben seelisch behinderte Kinder oder von einer seelischen Behinderung bedrohte Kinder Anspruch auf Hilfen zur Erziehung und damit auch auf stationäre Hilfen. Die Berücksichtigung dieser Kinder war die Antwort auf den langwährenden Streit über die Finanzierung der Hilfen zwischen Sozialamt und Jugendamt. Institutionen, die diese Personen aufnehmen, benötigen die entsprechenden Rahmenbedingungen, um pädagogische und therapeutische Prozesse entsprechend ausführen zu können. Die soziale Integration steht hier an erster Stelle. Gruppengröße, Personaldichte, Qualifikation der Betreuer etc. müssen dem seelisch behinderten Kind entsprechend angepasst sein (vgl. ebd. S.56f).

2.3. Alternativen zur Heimerziehung

Die stationäre Erziehungshilfe reicht heute von Außenwohngruppen, über betreutes Wohnen bis hin zu flexiblen Erziehungshilfen. Alternativen zur Heimerziehung sind neben den ambulanten und teilstationären Erziehungshilfen (Sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehung in der Tagesgruppe etc.) vor allem die Vollzeitpflege und die Adoption (vgl. Günder 2011, S.75). Aus Platzgründen wird im Folgenden nur auf die Vollzeitpflege näher eingegangen.

2.3.1 Vollzeitpflege

Eine weitere stationäre Hilfe zur Erziehung ist die Vollzeitpflege (§ 33 KJHG). Die Pflegefamilie verfolgt den Zweck das Kind solange in Pflege zu nehmen, bis es in seine Herkunftsfamilie zurückkehren kann. Das Klima ist hier familienähnlicher. Diese Hilfe ist allerdings rein theoretisch auch nicht auf Dauer ausgelegt, auch wenn die Rückführung in die Ursprungsfamilie oft nicht erfolgt. Die Unsicherheit bleibt jedoch auf Seiten der Pflegeeltern, sowie des Kindes, was für eine wirkungsvolle Bindung eher hinderlich ist. Eine

Inpflegenahme wird der Heimerziehung oft vorgezogen, da die Kosten deutlich geringer sind (vgl. Schleiffer 2007, S.79f).

Die Vollzeitpflege ist im Vergleich zur Heimerziehung mit einigen Vorurteilen belastet, da die fachlichen Standards und Rahmenbedingungen weitgehend fehlen und nicht so öffentlich gemacht werden wie in der Heimerziehung. Man kann sagen, dass zwar in einer Heimeinrichtung eine höhere Anzahl an fachlichem Personal vorhanden ist und in Einzelfällen angemessener auf diverse Verhaltensauffälligkeiten eingegangen werden kann, jedoch hat eine Pflegefamilie einen eindeutig persönlicheren und familiäreren Angebotscharakter. Besonders kleinere Kinder benötigen eher einen übersichtlicheren familiären Rahmen, der intensivere Fürsorge und Nähe geben kann (vgl. Kuhls 2012, S.50).

2.4 Anzahl der Heimkinder

In Deutschland befanden sich Ende 2011 65.000 Kinder und Jugendliche in der Heimerziehung oder einer sonstigen betreuten Wohnform. Das statistische Bundesamt (destatis) gibt an, dass dies ein Anstieg um ganze 11% im Vergleich zu 2008 bedeutet.

Hauptgründe dafür, dass die Kinder aus der Familie genommen werden, sind:

- (mögliche) Kindeswohlgefährdung (20%)
- Eingeschränkte Erziehungskompetenz der Eltern (16%)
- Unzureichende Förderung, Betreuung oder Versorgung des Kindes (12%)

(vgl. Statistisches Bundesamt Pressestelle 2012)

2.5 Internationaler Vergleich

Im europäischen Vergleich ist zu sagen, dass deutsche Kinder häufiger fremdplatziert sind als andere Kinder in den Nachbarländern Deutschlands (vgl. Trede 2003, S.70).

Es gibt wenige Vergleichsstudien, was zum einen daran liegt, dass die Heimerziehung in den verschiedenen Ländern Europas sehr unterschiedlich praktiziert wird und „dass da leicht Äpfel und Birnen verglichen würden.“ (Trede 2003, S.72) In den skandinavischen Ländern und in den Niederlanden geht ein deutlicher Trend in Richtung einer sozialräumlichen Orientierung, der Milieunähe der geleisteten Hilfen, der Vernetzung von ambulanten und stationären Hilfen und der Normalisierung der Hilfsangebote. So sind hier ergänzende und alternative Hilfsangebote zur Heimerziehung von größerer Bedeutung als zum Beispiel in England.

Finnland hat das ausdifferenzierteste Angebotsspektrum, was sich in vielen therapeutisch ausgerichteten Heimen widerspiegelt, die besonders auf einen niedrighwelligen Übergang von Vollzeitpflege zur stationären Hilfe Wert legen (vgl. ebd. S.82f). So wurden hier Heime in „Family Support Centers“ umgebaut, die sozialräumliche Aspekte der geleisteten Hilfen in den Vordergrund stellen und neben stationären auch ambulante Hilfen stellen, die sehr familienorientiert, aber auch einzel – und gruppenbezogen arbeiten. Auf diese Weise können hier stationäre Aufnahmen deutlich reduziert und in ambulante und teilstationäre Hilfemaßnahmen überführt werden. Auch die zeitliche Dauer der Aufenthalte ist hier kürzer als in anderen Ländern. Kinder und Jugendliche werden hier eher kurzweilig aufgenommen. Sollte eine längere Fremdunterbringung erforderlich sein, dann werden in erster Linie Pflegefamilien gesucht. So sind hier Wohngruppen, Pflegefamilien, kurzfristige Unterbringungen, professionelle Familienheime und Hilfen im häuslichen Bereich keine eigenständigen Maßnahmen, sondern eher als großes Ganzes zu betrachten, die nicht ohne einander existieren können und sollen, sondern immer mehr ineinander übergreifen (vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit 2003, S.71).

3 Psychische Gesundheit von Heimkindern

Nachdem nun die Heimerziehung im Allgemeinen näher beleuchtet wurde, soll nun untersucht werden ob und warum die klassische Heimerziehung von einer Heimerziehung abgelöst werden sollte, die einen größeren Wert auf therapeutische Maßnahmen im Umgang mit den Kindern legt. Dieses Kapitel soll anhand von zwei Studien aufzeigen, wie die Prävalenz hinsichtlich psychischer Störungen und komplexer Traumatisierungen in der stationären Jugendhilfe aussieht, wieso diese Kinder eine Hochrisikogruppe darstellen und was dies für die stationäre Jugendhilfe bedeutet.

3.1 Heimkinder als Hochrisikogruppe

Die Kinderdorf-Effektstudie (Klein u.a. 2003) belegt, dass die neu aufgenommenen Kinder im Durchschnitt fünf oder mehr psychosoziale Belastungsfaktoren auf der Achse V des Multiaxialen Diagnosesystems¹ aufweisen. Dass diese Faktoren für die Entwicklung einer psychischen Störung höchst bedeutend sind, ist empirisch nachgewiesen (vgl. Schmid 2007, S.21). Extreme Belastungen wie zerrüttete Familienverhältnisse, schlechte Wohnverhältnisse, Trennung der Eltern, psychische Störung der Eltern, traumatische Erfahrungen, Misshandlung, Missbrauch, Deprivation usw. schaffen ein hohes Risiko eine psychische Störung zu entwickeln. Vor allem die Kumulation dieser Risikofaktoren, was bei Kindern in der Heimerziehung oft der Fall ist, scheint dieses Risiko noch mehr zu erhöhen (vgl. ebd., S. 21f).

Ein weiterer wichtiger Punkt bei der Entstehung und vor allem Chronifizierung von psychischen Auffälligkeiten ist das Hilfesystem, das auf die Kinder einwirkt. Sehr besorgniserregend ist die Tatsache, dass jede fünfte Heimunterbringung noch im ersten Jahr abgebrochen wird (vgl. Kühn 2011, S.13). Ein „Teufelskreis aus Bindung und Ausstoßung“ (Schmid 2007, S.26) ist vorprogrammiert.

¹ nach Remschmidt u.a. 2001: Das DSM-IV (nationales Klassifikationssystem psychischer Störungen; Ergänzung zum ICD-10) systematisiert psychiatrische Diagnosen in fünf Achsen. Auf der Achse V werden gravierende psychosoziale Risikofaktoren wie sexueller Missbrauch, Misshandlung, abweichende Familiensysteme, psychische Erkrankung der Eltern etc. erfasst (vgl. Schmid 2007. S.22)

Trotz der auffällig höheren psychosozialen Belastungen von Kindern in der stationären Erziehungshilfe, gibt es kaum wissenschaftliche Studien, die sich mit der psychischen Belastung von Heimkindern auseinandersetzen. Im Folgenden wird die Studie von Marc Schmid „Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe“ (Schmid 2007), sowie die „Epidemiologische Studie zur Häufigkeit von Traumata bei Heimkindern“ von Caroline Jaritz (Jaritz u.a. 2008) vorgestellt.

3.2. Studie von Marc Schmid

Schmid hat 2007 in einer der größten europäischen Studien zu diesem Thema die Prävalenz psychischer Störungen in der Heimerziehung untersucht.

Er untersuchte 689 Kinder und Jugendliche im Alter von 4 bis 18 Jahren, wobei zu dem Zeitpunkt der Untersuchung die meisten Kinder 13 bis 18 Jahre alt waren. Das Durchschnittsalter der Stichprobe lag bei 14,4 Jahren. Die Jungs waren mit 480 Kindern im Vergleich zu 209 Mädchen deutlich überrepräsentiert. Im Schnitt lebten die Kinder etwa zwei Jahre in ihren jeweiligen Heimeinrichtungen.

3.2.1 Psychosoziale Faktoren der Untersuchungsgruppe

59 % der Kinder stammen aus Familien, in denen die Eltern getrennt leben, 7% erleben nie ein zusammenlebendes Elternpaar, bei 10 % ist ein Elternteil gestorben, 5 % der Kinder ist der Vater unbekannt und nur in 19 % der Fällen leben die Eltern zusammen. Am häufigsten (24 %) besuchen die Kinder die Hauptschule, 44,4 % der Heimkinder besuchen diverse Sonderschulen oder das Berufsvorbereitungsjahr. Keinen Abschluss oder bereits fertig mit der Schule sind 3% der Kinder. Weniger als 8 % der Jugendlichen besuchten höhere Schulen wie Gymnasium oder Realschule. 29,6 % der Jugendlichen waren vorher bereits im Heim untergebracht, 13,9 % in einer Pflegefamilie, 18,7 % in einer teilstationären Hilfemaßnahme. Bei 35 % der Kinder erfolgte vorher keine Hilfe zur Erziehung nach KJHG. Trotz

der hohen Prävalenz psychischer Störungen erhielten nur 12,5 % Eingliederungshilfe nach §35a KJHG (vgl. ebd. 81ff).

3.2.2 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Kinder in der Heimerziehung zeigten eine hohe Prävalenz psychischer Störungen. Es wurde eine Gesamtprävalenz von **59,9%** ermittelt. Das heißt 59,9 % wiesen mindestens eine ICD-10-Diagnose auf, 37,7 % erfüllen sogar die Kriterien für mehr als eine ICD-10-Diagnose, woran deutlich wird wie hoch die Komorbidität der psychischen Störungen ist.

Dabei sind die häufigsten Diagnosen Störungen des Sozialverhaltens, hyperkinetische Störungen, Substanzmissbrauch, depressive Störungen und Enuresis nocturna. Bei 19,9 % konnte keine psychische Störung ermittelt werden, jedoch wiesen diese Kinder Verhaltensauffälligkeiten auf.

Lediglich 18,9 % der Kinder waren unauffällig (vgl. ebd., S.102f).

Dass eine so hohe Komorbidität besteht, macht deutlich was für komplexe und sehr schwer behandelbare Störungsbilder in der Arbeit mit Heimkindern auftreten (vgl. ebd. S.129). Doch sind es nicht nur die Diagnosen nach dem ICD-10, die die Kinder belasten. Durch die hohe Komorbidität an Störungen kann erschlossen werden, an wie vielen psychischen Symptomen die Kinder leiden, deren Dimension weit über klar definierbare Diagnosen hinausgeht.

Zusammenfassend leiden also etwa 60% der Heimkinder an einer psychischen Erkrankung. Das heißt, dass die Prävalenz einer psychischen Störung vier Mal höher ist als die der Kinder, die nicht Teil der Jugendhilfe sind.

3.3 Studie zur Häufigkeit von Traumata bei Heimkindern

Dadurch dass die Kinder in den stationären Jugendhilfeeinrichtungen starken psychosozialen Belastungen ausgesetzt waren und damit komplexe Traumatisierungen erlitten haben, ist es wichtig sich mit dem Ausmaß dieser Lebensereignisse zu beschäftigen. Caroline Jaritz hat im Rahmen ihrer Diplomarbeit in einer repräsentativen Stichprobe aus elf Wohngruppen

unterschiedlicher Jugendhilfeeinrichtungen in Deutschland die Art und Häufigkeit der Kinder und Jugendlichen mit traumatischen Lebensereignissen ermittelt (vgl. Jaritz u.a. 2008).

Es wurden 80 Kinder und Jugendliche im Alter von 13-17 Jahren durch eine Befragung der Fachdienstmitarbeiter untersucht, da aufgrund einer möglichen Retraumatisierung der Kinder auf eine direkte Befragung dieser verzichtet wurde. So sollten die Mitarbeiter anhand von eigenen Eindrücken, Gesprächen mit dem Team oder der Kinder bzw. ihrer Eltern selbst, eingesehenen Akten oder Austausch mit anderen Professionen, Gerichtsverfahren usw. einschätzen, welche der 26 vorgegeben belastenden Erfahrungen ihre betreuten Kinder gemacht haben (vgl. ebd., S. 269ff).

Diese Studie hat ergeben, dass bei dieser relativ kleinen Stichprobe **75%** der Kinder nach Angaben ihres Fachdienstes mindestens ein traumatisches Lebensereignis erlebt haben. 51% der Kinder erlebten mehrere unterschiedliche Arten der Traumatisierungen (vgl. ebd. S.271f). In Tabelle 1 werden die Art und die Häufigkeit der traumatischen Lebensereignisse dargestellt.

Tabelle 1: **Häufigkeit der traumatischen Lebensereignisse**

Art der Traumatisierung	Häufigkeit
Vernachlässigung	72%
Zeugen von körperlicher oder sexueller Gewalt	50%
Körperliche Misshandlung	35%
Emotionale Misshandlung	31%
Vernachlässigung (Basics) ²	31%
Sexueller Missbrauch	15%
Irgendein psychosoziales Trauma ohne Unfälle	15%
Schwere Unfälle	5%
Keine Traumatisierung in einem dieser Bereiche	25%

(vgl. Jaritz u.a 2008, S.271)

Die häufigste Form der Traumatisierung ist die Vernachlässigung. Hierunter zählen zusätzlich Risikofaktoren wie psychische Erkrankung der Eltern, ständig wechselnde Bezugspersonen oder die Abwesenheit einer emotionalen Bezugsperson. Die Hälfte der Kinder wurden Zeugen von

² Vernachlässigung ist hier mit dem Nichterfüllen der Grundbedürfnisse definiert (Nahrungsmangel, Obdachlosigkeit, unzureichende Hygiene, Kind wird allein gelassen)

Gewalt. Über 30% wurden körperlich und emotional misshandelt und schwer vernachlässigt. 15 % der Kinder wurden sexuell missbraucht und erlebten ein anderes psychosoziales Trauma. 5% mussten schwere Unfälle miterleben. Nur ein Viertel der untersuchten Kinder erlebten keine Traumatisierung. 51% der Kinder wurden schon vor der aktuellen Unterbringung in einem Heim oder einer Pflegefamilie untergebracht, 24 % der Kinder sogar schon in mehr als zwei dieser stationären Fremdplatzierungen und für drei Kinder ist die aktuelle stationäre Erziehungshilfe bereits die Fünfte (vgl. ebd. S.270).

3.4 Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen

All diese Studien beweisen, dass der Großteil der Kinder in den stationären Hilfeeinrichtungen aufgrund von traumatischen Lebenserfahrungen psychische Auffälligkeiten und Erkrankungen aufweisen. Die meisten dieser Kinder erlebten „chronische oder sequentielle Traumatisierungen“. (Fegert u.a. 2010, S.37)

Um die hohe Anzahl der Prävalenz von psychischen Störungen bei Heimkindern im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zu veranschaulichen, kann man sich eine Grundschule mit vier Klassen oder 100 Kindern vorstellen. In der Normalbevölkerung ist hier nur ein Schüler derart auffällig, in der stationären Jugendhilfe wären fast eineinhalb Klassen voll mit psychisch beeinträchtigten Kindern (vgl. ebd.).

Kaum eine andere psychosoziale Gruppe ist so einer Häufigkeit von traumatischen Erfahrungen ausgesetzt und hat so viele verschiedene traumatische Erlebnisse und akkumulierte Beziehungsabbrüche durchgemacht wie die Gruppe der Heimkinder (vgl. Kühn u.a., S.238).

So ist es von großer Bedeutung, dass in der stationären Jugendhilfe Trauma- und störungsspezifische Arbeit geleistet wird (vgl. Jaritz u.a. 2008, S.272f). Wenn man sich überlegt, dass jeden Tag im Durchschnitt ca. 87 Kinder (vgl. Kühn u.a. S.238) in Obhut genommen werden, die zum großen Teil psychisch stark belastet und massivste Traumata erlitten haben, dann ist deutlich, dass das Betreuungspersonal unbedingt klinische Kompetenzen im

Traumabereich besitzen muss, um diesen Anforderungen gerecht zu werden (vgl. Kühn u.a. , S.238f).

Die folgenden Kapitel sollen nun Wissen zu Traumata und Bindung(-störungen) vermitteln, um genau diesen Gegenstand zu beleuchten, mit dem die Heimerziehung tagtäglich konfrontiert wird.

4 Psychische Traumatisierung

4.1 Allgemeine Definition von Trauma

Das Wort „Trauma“ bedeutet im Griechischen so viel wie Verletzung oder Wunde. So definiert die WHO im ICD-10 ein psychisches Trauma als „ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz-oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde“ (Weiß 2009, S.19). Traumatische Erfahrungen verursachen eine tiefste Verunsicherung und Erschütterung der inneren Bindungspräsentationen und führen zu Symptombildungen (vgl. Brisch 2003, S.130). Traumatische Ereignisse überfordern die Anpassungsstrategien des Menschen, stellen eine Bedrohung seiner Existenz dar und sind immer von intensiven Angstgefühlen, Hilflosigkeit und dem Gefühl des absoluten Kontrollverlusts begleitet, da jegliches Handeln des Menschen keinen Sinn machen würde und weder Flucht noch Widerstand möglich ist (vgl. Weiß 2009, S.19).

„Trauma verstört und zerstört.“ (Kühn 20011a, S.12) Das Vertrauen in sich selbst und in die Umwelt wird vollkommen vernichtet. Gefühle von Ohnmacht, Hilflosigkeit und die Bedrohung der eigenen Existenz stehen im Mittelpunkt einer traumatischen Erfahrung. Aktuellere Definitionen erwähnen zudem, dass die Zugehörigkeit des Individuums zu seinen sozialen Netzwerken vernichtet wird. (vgl. ebd.).

4.2 Die Unterscheidung zwischen Typ-I und Typ II-Traumatisierungen

Bei der Typisierung von Kindheitstraumata ist zwischen dem Typ I-Trauma und dem Typ II - Trauma zu unterscheiden. Ersteres, auch Schocktrauma genannt, bedeutet, es gibt ein einmaliges traumatisches Ereignis, das im Detail erinnert wird. Da Kinder die Zusammenhänge dieses Ereignisses oft noch nicht verstehen können, erfinden sie sich Erklärungen dafür und geben teilweise sich selbst die Schuld für das Ereignis (vgl. Fischer und Riedesser 2003, S.272). Zu diesen Traumatisierungen zählen zum Beispiel Überfälle, Unfälle oder Naturkatastrophen (vgl. Schumacher 2010, S.9).

Bei der Typ II-Traumatisierung handelt es sich um ein komplexes, länger anhaltendes und sich wiederholendes traumatisches Geschehen, wie sexueller Missbrauch oder wiederholende Misshandlungserfahrungen. Diese Traumatisierungen können zur Stagnierung in der Entwicklung des Kindes führen, da das traumatisierte Kind all seine Kräfte in die Anpassung an die traumatische Situation und das psychische und physische Überleben stecken muss. Eine dissoziative Identitätsstörung, Depersonalisation oder eine extreme Distanzierung gegenüber der Umwelt können die Folge sein und sind in dieser Form bei Typ-I der Traumatisierung meist nicht gegeben. Andauernde Wut und nach außen gerichtete Aggressionen auf der einen Seite, aber auch (manchmal im Wechsel) emotionale Abstumpfung, Depression und gegen sich selbst gerichtete Aggressionen wie Selbstverletzung bis hin zum Suizid auf der anderen Seite sind häufig zu beobachten. Werden die Aggressionen an anderen Menschen ausgelassen, dann wechseln schnell die Rollenpositionen, und die Opfer werden zu Tätern (vgl. Fischer und Riedesser 2003, S.272).

4.3 Die sequentielle und kumulative Traumatisierung

Kinder in der Heimerziehung leiden oft an einer *sequentiellen Traumatisierung*. Keilson, ein Psychiater der eine Langzeitstudie mit jüdischen Kriegskindern gemacht hatte, sagt, dass die Art und Weise wie mit den Kindern nach dem traumatischen Ereignis umgegangen wird, sich schlimmer auf die Entstehung einer Traumafolgestörung auswirken kann, als das traumatisierende Ereignis selbst (vgl. Keilson 1979). Für die Kinder in der stationären Jugendhilfe heißt das, dass sie durch das Jugendhilfesystem,

in dem sie ständig neue Beziehungsabbrüche erleben und immerfort alte Wunden aufreißen. So sind die Verletzungssituationen zwar zeitlich verteilt, subjektiv gesehen hängen sie aber doch zusammen (vgl. Fischer und Riedesser 2003, S.137).

Masud Khan prägt 1963 den Begriff des *kumulativen Traumas* und meint damit, dass auch Ereignisse, die an sich keine traumatisierende Wirkung hätten, in ihrer Häufung ein Trauma verursachen können. Hierbei wird eine Erholungsphase immer wieder unterbrochen und es entsteht ein sehr schwerer Krankheitsverlauf, der tiefe Spuren in der Persönlichkeit hinterlässt (vgl. Fischer und Riedesser 2003, S.137). Die Kinder in der stationären Jugendhilfe lassen sich hier einordnen, da überdurchschnittlich viele Risikofaktoren und traumatische Ereignisse auf sie einwirken (vgl. Kapitel 3).

Dass ein Großteil der Heimkinder massivste Traumatisierungen erlitten haben, wurde schon im vorherigen Kapitel verdeutlicht. Viele dieser Kinder leiden unter komplexen Traumafolgestörungen, deren Behandlung von großer Bedeutung ist. So sind fachliches Wissen um das Thema und Kompetenzen zur Behandlung von traumatisierten Kindern bei dem Betreuungspersonal in der Heimerziehung das A und O (vgl. Schmid u.a. 2010, S. 238).

4.4 Traumapädagogik in der stationären Jugendhilfe

Das Ziel der Fremdunterbringung ist, dass die Kinder effektivere Copingstrategien entwickeln und sie auch in Belastungssituationen alternative Beziehungserfahrungen machen können, die ihnen aufzeigen, dass sie nicht auf ihre, in ihren Ursprungsfamilien notwendigen, Bewältigungsstrategien zurückgreifen müssen. Auch die Partizipation und die Förderung ihrer individuellen Resilienz ist von zunehmender Bedeutung in der stationären Jugendhilfe (vgl. ebd. S.240f).

Ein großes Problem ist die Beziehungsgestaltung in der Heimerziehung, da sich Beziehungsabbrüche in dem Jugendhilfesystem ständig wiederholen und die Kinder so retraumatisiert werden. Eine professionelle Beziehungsgestaltung, die die mögliche Gegenübertragung eigener

emotionaler Reaktionen der Erzieher auf die Kinder ausreichend reflektiert, ist besonders wichtig.

Hinzu kommt, dass diese Kinder keine normalen zwischenmenschlichen Grenzen kennengelernt und verinnerlicht haben, so dass sie Zuwendung nur durch negative Aufmerksamkeit erhalten. Sie provozieren vertraute Reaktionen ihres Gegenübers heraus, egal wie schädlich sie für sie sind. Es entsteht ein Teufelskreis. Denn somit ist das Risiko einer erneuten Misshandlung und damit einer erneuten Traumatisierung dieser Kinder, höher (bei Kindern in Pflegefamilien vier – bis sieben Mal höher als in der Normalbevölkerung) als bei nicht traumatisierten Kindern, was zum einen an dem Temperament dieser Kinder und zum anderen an der Überforderung des Betreuungspersonal liegt (vgl. Schmid u.a. 2010 S.241ff).

Aktuelle öffentliche Debatten um die sexuelle und körperliche Misshandlung von Heimkindern zeigen den Stellenwert dieser Problematik (vgl. Wensierski 2007; Krone 2007; Gessler 2011; Runder Tisch Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren 2010). So lassen sich derartige Übergriffe häufig erklären, wenn auch nicht entschuldigen.

Das Risiko dafür muss transparent gemacht werden, um es zu minimieren. Selbstreflektion, Reflektion und Achtsamkeit der Mitarbeiter und ein „niederschwelliges Beschwerdesystem für Kinder und Jugendliche“ (Schmid u.a. 2010, S.243), sowie Supervision können dabei Hilfe leisten.

Notwendiges Fachwissen um das Thema Traumafolgestörungen muss in die pädagogische Praxis vermittelt werden und die Förderung der Selbstwirksamkeit bei den Kindern, aber auch aller am Hilfeprozess beteiligter Professionen, ist von großer Bedeutung (vgl. ebd. S. 247).

Die pädagogische Unterstützung zur Selbstbemächtigung, das heißt, der bewusste Umgang mit traumatischen Erinnerungen (vgl. Weiß 2006, S.8) und damit die Erfahrung zu erlangen, Überregung und Flashbacks selbst regulieren zu können trägt bedeutend dazu bei, dass sich das Kind wieder als Subjekt seines Lebens sehen kann (vgl. Weiß 2009. S. 79). Diese Selbstunwirksamkeit und der erlebte Kontrollverlust führen zu einem weiteren wichtigen Aspekt in der Traumapädagogik: Die Partizipation der Kinder an einem Heimalltag, der vorhersehbar ist und transparent gemacht wird. Denn Trauma bedeutet immer auch Ausschluss von Teilhabe. Die Wiederherstellung dieser Teilhabe ist extrem wichtig (vgl. Kühn 2011b, S.22).

Kühn sieht die Partizipation als Grundlage für die pädagogische Beziehung und eine Voraussetzung für das Vertrauen zwischen Erzieher und Kind (vgl. ebd.S.29). So soll ein „Begegnungsrahmen im Sinne eines sicheren Ortes³ geschaffen werden“ (Schmid u.a. 2010, S.244), um einen geschützten Ort zu haben, an dem die Kinder neuwertige Beziehungserfahrungen machen können.

Neben dem Umgang mit den vielfältigen Traumatisierungen, sollte sich die Heimerziehung auch mit dem Thema der Bindungsstörungen auseinandersetzen. Die Bindung ist ein bedeutsamer Wirkfaktor für die Entwicklung von psychischer Gesundheit. So soll das folgende Kapitel den Begriff der Bindung definieren, sich mit den verschiedenen Bindungstypen im Kleinkind – und Jugendalter befassen, sowie die Bindungsstörungen vorstellen, die in der stationären Jugendhilfe auftreten. Die Studie von Schleiffer zeigt wie sich die Bindungsrepräsentationen in der Heimerziehung darstellen.

5 Bindung

5.1 Definition

Unter Bindung versteht man ein imaginäres Band, das eine Person gefühlsmäßig über Raum und Zeit mit einer anderen Person verbindet. Diese Person wird als stärker und weiser empfunden (vgl. Grossmann &Grossmann 2012, S. 71). „Bindungen sind ausgeprägt affektive, ‚innige‘ Beziehungen, wie sie im Sozialverhalten von Mensch zu Tier zu finden sind und insbesondere durch die Mutterliebe und Mutter-Kind-Bindung geprägt werden“ (Esser 2011, S.22).

Eine frühe Bindung kann man auch als innere Landkarte der Welt beschreiben, die dem Kind zeigt welche Bilder es von sich selbst, seinen Pflegepersonen und von der Art, wie es die Welt betritt, festhält (vgl. Streeck-Fischer 2006, zit. n. Bowlby 1969, S.152f; Brisch 2011, S. 36). Die Bindung, die ein Kind aufbaut wirkt sich auf seine gesamte Entwicklung aus, bildet das

³ Martin Kühn verfasste das traumapädagogische Konzept von „der Pädagogik des sicheren Ortes“ (nachzulesen unter: http://www.hs-merseburg.de/~benecken/publikationen/martin_kuehn.pdf, Aufrufedatum: 19.07.2013)

Fundament und die Richtung, wie Kinder Informationen aufnehmen und verarbeiten (vgl. Streeck-Fischer 2006, S.153; Resch u.a. 1999, S. 99). Bindung sollte nicht mit Abhängigkeit verwechselt werden, sondern fördert im Gegensatz dazu die Autonomieentwicklung des Kindes (vgl. Resch u.a. 1999, S. 100). Eine sichere Basis oder auch ein „sichere[r] emotionale[r] Hafen“ (Brisch 2003, S.106) bleibt ein Leben lang von Bedeutung und ist unbedingt notwendig für die Entwicklung einer dauerhaften psychischen Stabilität (vgl. Bowlby 2010, S. 35). Sie gilt als Voraussetzung für ein Explorationsverhalten, was aus der Neugier heraus entsteht (vgl. Brisch 2010, S.106).

5.2 Grundlagen der Bindungstheorie

John Bowlby, ein englischer Kinderpsychiater und Psychoanalytiker, gilt als Pionier der Bindungstheorie und entwickelte diese in den 1950er Jahren, aufbauend auf Untersuchungen des Psychoanalytikers René Spitz (vgl. Spitz 1992) über den partiellen und/oder totalen Entzug von affektiver Zuwendung durch die Mutter gegenüber ihrem Kind und dessen Auswirkung auf seine kindliche Entwicklung. In den nachfolgenden Jahren wurde diese Theorie von der Entwicklungspsychologin Mary Ainsworth ergänzt. Ainsworth untersuchte die frühen Einflüsse auf die emotionale Entwicklung des Kindes und erklärt die Entstehung und Veränderung von Bindungen während des Lebens eines Kindes (vgl. Brisch 2010, S. 30ff; Grossmann &Grossmann 2012, S. 83). Ainsworth entwickelte eine testähnliche standardisierte Untersuchungssituation, um das Bindungs – und Trennungsverhalten von Kleinkindern (Einjährige) zu studieren: „Die fremde Situation – Strange Situation“ (ebd., S. 33; Grossmann &Grossmann 2012, S. 86). Hierbei wurden die Kinder von ihrer Mutter getrennt und mit einer fremden Person konfrontiert. Das Experiment teilt sich in Acht Episoden à 3 Minuten:

Erste und zweite Episode: Mutter und Kind betreten das fremde Spielzimmer; das Kind spielt mit den Spielsachen, die Mutter sitzt auf einem Stuhl und beobachtet ihr Kind

Dritte Episode: Eine fremde Person betritt den Raum und unterhält sich mit der Mutter, die fremde Person versucht mit dem Kind in Kontakt zu kommen

Vierte Episode: Die Mutter verlässt mit wenigen Worten den Raum; die fremde Person versucht das Kind zu trösten oder abzulenken, falls es weint

Fünfte Episode: Die Mutter kehrt nach 3 Minuten zurück und nimmt ihr Kind auf den Arm und tröstet es, falls notwendig; die fremde Person verlässt den Raum

Sechste Episode: Die Mutter verlässt nach erneuten 3 Minuten den Raum und das Kind bleibt allein zurück

Siebte Episode: Nach erneuten 3 Minuten kommt statt der erwarteten Mutter die fremde Person betritt den Raum und versucht wieder das Kind zu trösten oder abzulenken

Achte Episode: die Mutter kehrt wieder nach 3 Minuten in den Raum zurück und tröstet das Kind

(vgl. Brisch 2010, S.50f, Hopf 2005, S.49ff)

5.3 Bindungstypen im Kleinkindalter

Aus diesem Test ergeben sich nach Mary Ainsworth drei (später vier) Bindungstypen: Der *sicher gebundene* Typ, der *unsicher-vermeidend gebundene* Typ und die Kinder mit einem *unsicher-ambivalenten* Bindungsmuster. Da nach mehreren Testversuchen auffiel, dass einige Kinder keine der oben genannten Bindungsvarianten zugeordnet werden konnten, fügten Main und Solomon (1986) noch den Typ mit einem *desorganisierten* Bindungsmuster hinzu. Diese Kinder zeigen in sich widersprüchliche Verhaltensweisen, die zuvor nicht zu klassifizieren waren (vgl. Brisch 2010, S.52; Grossmann & Grossmann 2012, S.152; Hopf 2005, S.52; Resch u.a.1999, S.100).

5.3.1 Der unsicher-vermeidend gebundene Typ (A)

Diese Kinder zeigten kaum Reaktionen nach außen auf das Verlassen der Mutter und die fremde Person wird akzeptiert. Wenn die Mutter zurückkommt, wird der Kontakt zunächst vermieden. Meist kommt es kaum zu Körperkontakt (vgl. Brisch 2010, S. 52). Eltern interpretieren dieses Verhalten oft so, dass die Kinder schon sehr selbstständig sind und sich gut auf die Situation einlassen können, was für sie gerade was Fremdbetreuung angeht, vieles erleichtert (vgl. Schleiffer 2009, S.44). Später konnte allerdings herausgefunden werden, dass diese Kinder, die so entspannt und unbekümmert wirkten, eine große innere Stressbelastung haben (Brisch & Hellbrügge 2009, S.225). Das Stresshormon Kortisol konnte in ihrem Speichel in größerer Menge nachgewiesen werden (vgl. Brisch 2005, S. 47). So ist dieses Bindungsverhalten eher als Abwehr – oder Adaptionsleistung zu betrachten (vgl. Brisch 2010, S.53,).

5.3.2 Der sicher gebundene Typ (B)

Das sicher gebundene Kind spielt neugierig wenn die Mutter noch im Raum ist. Wenn das Kind von der Mutter getrennt ist, zeigt es deutlichen Protest und freut sich umso mehr, wenn sie wiederkommt. Dies zeigt, dass das Kind seine Gefühle, auch negative, äußern kann und durch die Mutter wieder zu einer inneren Balance findet. Hier ist das Explorations – und Bindungsverhalten ausgeglichen, die Mutter kann als sicherer Hafen benutzt werden, um die Umwelt zu erkunden (vgl. Brisch 2010, S.51; Brisch & Hellbrügge 2009, S.224f; Resch u.a.1999, S.100).

5.3.3 Der unsicher-ambivalente Typ (C)

Die unsicher-ambivalenten Kinder konnten schon in der Gegenwart der Mutter kaum explorieren und neugierig den Raum entdecken. Auf die Trennung von der Mutter reagierten die Kinder mit heftigem Weinen und extremem Stress. Auch nach der Rückkehr der Mutter ließen sie sich kaum beruhigen. Sie zeigten ambivalentes Verhalten, das heißt sie wollten zum

Beispiel auf den Arm genommen werden, fingen dort dann aber an sich gegen die körperliche Nähe zu wehren. Diese Kinder haben verinnerlicht, dass das Verhalten der Mutter nicht vorhersagbar ist und ständig wechselt. So ist es hin und hergerissen zwischen dem Wunsch nach Nähe und dem nicht Aushalten der möglichen Ablehnung. Für diese Kinder ist Nähe nicht gleich mit Sicherheit verbunden (vgl. Brisch 2010, S.52; Grossmann/Grossmann 2003, S. 177; Resch u.a.1999, S.100).

5.3.4. Der desorganisierte Typ (D)

Diese Kinder zeigten widersprüchliche Verhaltensweisen bei der Rückkehr der Mutter. Sie erstarrten oder liefen zur Mutter hin, kehrten gleichzeitig wieder zurück und erstarrten teilweise mitten in der Bewegung. Ihr Bindungssystem war durch die Trennung von der Mutter zwar aktiviert, sie hatten jedoch keine passende Strategie, um damit umzugehen und deswegen treten diese widersprüchlichen Verhaltensweisen auf (z.B. lautes Weinen, wenn die Fremde den Raum verlässt. Man fand einen ähnlich hohen Stresslevel wie bei den unsicher-vermeidenden Kindern). Dieser Typ wurde oft bei Kindern von Eltern aus klinischen Risikogruppen (z.B. traumatisierte Eltern) gefunden. Diese Kinder sind hin und her gerissen zwischen dem Wunsch nach Bindung und gleichzeitig nach Flucht. Der Typ D kann parallel zu den anderen drei Typen zugeordnet werden (vgl. Hopf 2005, S. 154f; Brisch 2010, S.52f; Resch u.a.1999, S.100).

Prozentual gesehen verteilen sich die Bindungsmuster so (festgemacht anhand der unterschiedlichen Längsschnittstudien in diesem Bereich):

50-60 % der Kinder sind sicher gebunden; 30-40% zeigen ein unsicher-vermeidendes Bindungsverhalten und 10-20 % sind unsicher-ambivalent gebunden. Die desorganisiert gebundenen Kinder ist je nach dem Ausgang der klinischen Stichprobe unterschiedlich groß, das heißt, je höher die psychische Risikobelastung der Kinder, desto häufiger findet man desorganisierte Verhaltensweisen (vgl. Brisch 2010, S.54).

5.4 Bindungstypen im Jugendalter

Das Adult Attachment Interview (AAI), ein Tiefeninterview über die Beziehungsgeschichte zu den eigenen Eltern, das 1984 von George, Kaplan und Main entwickelt wurde, kann auch im Jugend – und Erwachsenenalter die Bindungsrepräsentanzen in verschiedene Typen unterteilen. Diese Unterteilung orientiert sich an der fremden Situation (vgl. Ullrich 1999, S.47; Schleiffer 2009, S. 46).

Im Folgenden sollen die sich aus dem AAI ergebenden fünf Bindungstypen in Kürze vorgestellt werden, um die Studie zur Bindungsrepräsentation in der Heimerziehung, die in dieser Arbeit folgen wird, nachvollziehen zu können.

5.4.1 Sicher-autonom (F)

Diese Jugendlichen haben ausgeprägte Beziehungen zu ihren Bindungspersonen. Im Interview waren ihre Antworten authentisch und nachvollziehbar. Sie konnten offen über ihre Gefühle sprechen und mit einer gewissen Distanz über negative Erlebnisse sprechen.

5.4.2 Unsicher-distanziert (Ds)

Die Jugendlichen die als unsicher-distanziert eingestuft wurden, schienen emotional unbeteiligt und gaben nur kurze Antworten auf die Fragen. Teilweise idealisierten sie bestimmte Bezugspersonen ohne direkte Gründe für ihre Bewunderung nennen zu können. Ihre Eltern beschrieben die Jugendlichen als ablehnend und wenig verfügbar.

5.4.3 Unsicher-verstrickt (E)

Die Jugendlichen mit diesem Bindungsmuster haben eine spannungsgeladene und widersprüchliche Beziehung zu ihren Bezugspersonen. Sie erzählten ausführlich über die vergangenen Erlebnisse und wechselten dabei auffällig oft das Thema und fanden kein Ende. Sie sind noch sehr verstrickt in ihren Erfahrungen und weisen mangelnde Autonomie auf. Sie wirken eher kindlich und sind sehr stark von ihren Bezugspersonen abhängig.

5.4.4 Unsicher-unverarbeitet (U)

Diese Jugendlichen waren nicht in der Lage ihr erlebtes Trauma zu verarbeiten. Diese Erlebnisse erschweren ihr Bindungsverhalten stark. Sie erzählten im Interview verwirrende Sachen und gaben Äußerungen von sich, die nicht mit der Realität übereinstimmen.

5.4.5 Nicht klassifizierbar (CC)

In dieser nachträglich hinzugefügten Kategorie wurden Jugendliche eingeordnet, die Hinweise auf unterschiedliche Bindungspräsentationen zeigten. Ihre Ausführungen waren nicht nachvollziehbar, was darauf hinweist, dass sie noch keine Strategie gefunden haben, um ihre Erlebnisse verarbeiten zu können.

(vgl. Schleiffer 2007, S.47f)

5.5 Bindungsstörung

Kinder, die in den ersten Jahren ihrer Entwicklung über eine längere Zeit traumatisierenden Erfahrungen wie schwerer seelischer und physischer Verwahrlosung oder Deprivation ausgesetzt waren (in der Regel durch wichtige Bindungspersonen), entwickeln nicht nur eine desorganisierte Bindung, sondern eine Bindungsstörung, die durch eine gravierende Fragmentierung bis hin zur Zerstörung des inneren Arbeitsmodells von Bindung ausgelöst wird. Diese Störung zeigt sich in verschiedenen Symptomatiken (vgl. Brisch 2003, S.108f).

Man unterscheidet zwei Formen der Bindungsstörung: Die Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters (ICD-10 F94.1), auch der gehemmte Typ genannt und die Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung (ICD-10 F94.2), oder auch der enthemmte Typ (vgl. Ziegenhain 2010, S.7; Remschmidt 2001).

5.5.1 Der gehemmte Typ

Der gehemmte Typ ist gekennzeichnet durch widersprüchliche, ambivalente Reaktionen in verschiedenen sozialen Situationen, gilt als emotional belastet, ängstlich, depressiv, aggressiv (gegen sich oder andere) oder vermeidend und wirkt massiv gehemmt und übermäßig wachsam. Auf Betreuungspersonen reagieren diese Kinder mit einer Mischung aus Annäherung, Vermeidung und Abwehr. Oft kann man einen Mangel an emotionalen Reaktionen beobachten (vgl. Klitzing 2009, S.18f). Auch der Begriff der „frozen watchfulness – eingefrorene Wachsamkeit“ soll hier genannt werden. Ein typischer Ausdruck dieser Kinder: ein leerer Blick, das fehlende soziale Lächeln und die fehlende Kontaktaufnahme (vgl. Schlack, Thyien & von Kries 2009, S.315; Lentze u.a. 2003, S.155; Klitzing 2009, S.18).

5.5.2 Der enthemmte Typ

Diese Kinder haben ein diffuses, wahlloses Bindungsverhalten und besitzen in der Regel keine exklusive Bindungsperson. Sie suchen Nähe und Trost ganz unkritisch bei fremden oder vertrauten Personen, klammern sehr viel und ihr Verhalten ist emotional flach und oberflächlich. Enthemmte Kinder sind absolut distanzlos und zögern nicht mit fremden Leuten zu interagieren. Sie suchen schnell körperlichen Kontakt, umarmen unbekannte Personen oder setzen sich zum Beispiel einfach auf ihren Schoß (vgl. Ziegenhain 2010, S.33; Klitzing 2009, S.19).

In der Heimerziehung findet man beide Typen der Bindungsstörung. Der enthemmte Typ ist allerdings der präsenteste (vgl. Klitzing 2009, S.18).

5.6 Bindungspräsentationen in der Heimerziehung

Roland Schleiffer machte 2001 eine Studie zur Erfassung der Bindungsrepräsentanzen der Jugendlichen in der Heimerziehung. Diese war die erste Untersuchung von Heimkindern in der Bindungsforschung (vgl. Schleiffer 2001).

5.6.1 Die Rahmenbedingungen

72 Jugendliche aus einem Kinder- und Jugendheim eines kirchlichen Trägers im Alter von 12 bis 23 Jahren nahmen an der Studie teil, darunter 39 Jungen und 33 Mädchen. Ihr Durchschnittsalter betrug 16,8 Jahre. Durchschnittlich waren sie im Alter von 12,5 Jahren ins Heim gekommen und lebten dort bereits 4,3 Jahre.

80% der Heimkinder wurden vernachlässigt und/oder misshandelt, 10% der Kinder kamen in die Einrichtung, da die Eltern mit ihnen überfordert gewesen seien und vier Kinder der Stichprobe waren Kriegsflüchtlinge. Die Jugendlichen haben oft viele Beziehungsabbrüche erlebt: von 75% der Jugendlichen waren die Eltern getrennt, vierzehn Jugendliche haben den tödlichen Verlust einer primären Bezugsperson durchstehen müssen.

Die Familienverhältnisse waren von psychischen Erkrankungen der Eltern, ökonomischen Existenzängsten, Gewalterfahrungen, Suchtproblematiken und schwierigen Elternbeziehungen geprägt (vgl. Schleiffer 2007, S. 95ff).

Zur Erfassung der Bindungsrepräsentanzen wurde das Erwachsenen-Bindungsinterview eingesetzt (vgl. ebd., S.115).

5.6.2 Ergebnisse der empirischen Studie

Das Ergebnis der Studie von Schleiffer zeigt einen gravierenden Unterschied der Bindungsrepräsentanzen der Kinder aus der stationären Jugendhilfe und der Kinder aus der Normalbevölkerung.

Tabelle 2: Verteilung der Bindungsrepräsentanzen bei Kindern aus der Heimerziehung:

	Sicher autonom (F)	Unsicher distanziert (Ds)	Unsicher-verstrickt (E)	Unsicher verarbeitet/ nicht klassifizierbar (hochunsicher) (U oder CC)
Anzahl der Jugendlichen	2	25	5	40
Prozent	3%	35%	7%	55%

(vgl. Schleiffer 2007, S.109)

Tabelle 3: Verteilung der Bindungsrepräsentanzen bei Kindern aus der Normalbevölkerung von Main 1996:

	Sicher autonom (F)	Unsicher distanziert (Ds)	Unsicher verstrickt (E)	Unsicher verarbeitet/ nicht klassifizierbar (hochunsicher) (U oder CC)
Prozent	55%	16%	9%	20%

(Vgl. Schleiffer 2007, S.49)

Man kann feststellen, dass der Anteil der sicher gebundenen Kinder in der Heimerziehung mit 3% auffällig niedrig ist, während in der Vergleichsgruppe der Kinder aus der Normalpopulation über die Hälfte als sicher gebunden deklariert werden können. Umgekehrt verhält es sich bei den hochunsicher gebundenen Kindern, also denen die unsicher – unverarbeitet gebunden oder nicht klassifizierbar sind: Hier liegt der Anteil der Heimkinder bei 56%, während nur ein Fünftel der normalen Jugendlichen zu dieser Gruppe gehören (vgl. ebd. S.109, S.49).

Diese Studie zeigt die gravierenden Unterschiede des Bindungsverhaltens von Kindern in der Heimerziehung zur normalen Bevölkerung und markiert

damit den extrem hohen Stellenrang des Themas Bindung und Bindungsstörungen in der stationären Jugendhilfe.

An dieser Stelle sollte erwähnt und berücksichtigt werden, dass diese Studie schon zwölf Jahre zurückliegt, allerdings keine aktuelleren Studien diesbezüglich gefunden werden konnten.

5.7 Schlussfolgerungen für die stationäre Jugendhilfe

In der Heimerziehung hat der Großteil der Kinder im Bereich der Bindungssysteme schwerwiegende biografische Brüche erlebt und somit ist die Einbeziehung bindungstheoretischer Aspekte unabdinglich (vgl. Esser 2011, S.24). In Hinblick auf die Herstellung einer sicheren Bindung müssen sich die Hilfesysteme die Frage nach alternativen Bindungsmöglichkeiten stellen, wenn die Eltern dazu nicht zur Verfügung stehen. Der Aufbau solcher Beziehungen benötigt Zeit und Empathie seitens der Erzieher. Solch ein Erziehverhalten kann speziell in kleinen, stabilen Gruppen ausgebildet werden. Neue, positive Bindungserfahrungen kann ein Kind in der Heimerziehung machen, wenn es eine bedingungslose, positive Beachtung erfährt. Der Aufbau einer sicheren Bindung ist hochgradig bedeutsam für die Entwicklung einer autonomen, explorationsfreudigen Persönlichkeit (Esser 2011, S.22f).

Der wichtigste Wirkfaktor der stationären Jugendhilfe bleibt die Existenz einer Bindungsperson. Umso länger ein Kind im Heim bleibt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit eine Bezugsperson zu finden und die Heimerziehung für die eigene Entwicklung positiv nutzen zu können (vgl. Esser 2011, S.238).

Bei einer Befragung ehemaliger Heimkinder (vgl. Esser 2011) wurde die klare Wechselwirkung zwischen der subjektiven Bewertung der Heimzeit und der Existenz einer Bezugsperson deutlich. Die Kinder, die ihre Zeit im Heim mit sehr gut oder gut bewertet haben, haben zu 86,9 Prozent eine Bindungsperson gefunden, wohingegen die Kinder die keine guten Erinnerungen an diese Zeit hatten, sich nur zu 52,2 Prozent an eine Person sicher binden konnten (vgl. Esser, S.174). So wirkt die stationäre Jugendhilfe eindeutig besser, wenn eine Bindungsperson zur Verfügung steht, bei der sie

sich besonders angenommen fühlen. Ist dies nicht der Fall, dann hat die Hilfe nicht nur keine positive Wirkung, sondern kann selbst (re-)traumatisierend wirken (vgl. ebd., S.223f).

All die bindungshemmenden Strukturen der klassischen Heimerziehung (Fluktuation der Mitarbeiter, Schichtwechsel, ständiger Wechsel der Kinder, häufiger Institutionswechsel etc.) führen zu einer regelrechten „Bindungskatastrophe“. Diese Kinder werden aus sicheren Orten herausgerissen oder haben sie oft nicht einmal erlebt. Die klassische Heimerziehung muss anhand dieser Studien zu Traumata und Bindung in der stationären Jugendhilfe an ihre Grenzen stoßen.

Die Frage ist, wie kann man diese Kinder auf anderem Wege erreichen, wenn man um diese Umstände weiß und was brauchen sie eigentlich? Therapie oder Pädagogik und wie gehen diese beiden Sachen zusammen? Damit soll sich das nächste Kapitel beschäftigen, was an dem Beispiel der Fürsorgeanstalt von August Aichhorn zeigen soll, wie dieses Zusammenspiel bei diesen Kindern funktionieren kann.

6 Das Zusammenspiel von Pädagogik und Therapie

„Die Psychoanalyse des Kindes kann von der Erziehung als Hilfsmittel herangezogen werden. Aber sie ist nicht dazu geeignet, an ihre Stelle zu treten.“ (Freud, S. in Aichhorn, A. 1925, S.5)

Schon Freud sagte Anfang des 20. Jahrhunderts, dass sich Therapie und Pädagogik nicht ausschließen, sondern nur in ihrer Zusammenarbeit Erfolge erzielen können. Eine ideale Erziehung entspricht nicht einer Therapie. Die Erziehung ist immer auch deren Voraussetzung, denn sie erzeugt nicht nur die Schädigungen, die die Therapie wiederherstellen soll, sondern bietet auch den Rahmen, innerhalb dem die Therapie nur funktionieren kann (vgl. Bálinth 1936, S.78). „Wo dieser fehlt, muß er erst geschaffen werden.“ (ebd.) Im Folgenden soll die Erziehungsanstalt von August Aichhorn vorgestellt werden, der traumatische Erfahrungen als Ursache für Verhaltensauffälligkeiten erkannt hat und eine psychoanalytische Pädagogik fundierte, die die Bereiche Therapie und Pädagogik zusammen vereint.

6.1 Aichhorns Vorstellungen von psychoanalytischer Pädagogik

Schon August Aichhorn erkannte Anfang des 20. Jahrhunderts die Problematik, dass Massenerziehung und bloße Verwahrung von delinquenten Kindern, nicht nur nicht förderlich waren, sondern die Psyche dieser Kinder nur erneut traumatisieren. Er gilt heute als Begründer der psychoanalytischen Pädagogik, der wertvolle Aussagen über die Psyche der Heimkinder machte. August Aichhorn schreibt über seine Arbeit in der Erziehungsanstalt in Oberhollabrunn und die „verwahrloste Jugend“ (Aichhorn 1925).

Schreckliche Erlebnisse führen zu psychischen Traumata und damit zur Verwahrlosung und Verwahrlosungserscheinungen (vgl. Aichhorn 1925, S.91). Wir müssen erfahren, wie das Kind der Welt gegenübersteht und sich selbst darin spiegelt und das geht nur wenn wir es aus seinen Augen betrachten. (vgl. Adam 2001, S.283). Aichhorn sieht Erziehung als ein Kunstwerk. Es ist hier besonders wichtig, den Gefühlszustand der Kinder zu verstehen, auf seine Intuition zu vertrauen und auf kreative Weise mit dem Kind zu interagieren. Zudem ist allerdings auch das Wissen um die seelischen Vorgänge von großer Bedeutung. Aichhorn sagt: „Die gewöhnlichen Erziehungsmittel, Milde und Güte und Strenge, Lohn und Strafe reichen nicht mehr aus [...]“ (ebd. S.59), um bei diesen Kindern Veränderungen des Verhaltens zu erzielen. Das Verhalten ist so tief in der Persönlichkeit manifestiert, dass diese Dinge nur oberflächlich wirken können oder das Verhalten sogar verschlimmern, indem eine strenge Erziehung, das Kind noch mehr in den Hass treibt (vgl. ebd.). So annonciert Aichhorn eine „praktische Psychologie der Versöhnung“ (ebd. S.193) im Umgang mit den verwahrlosten Kindern und betont zudem, dass man auch „mit den einfachsten Hilfsmitteln“ (ebd. S.60) viel erreichen kann.

6.1.1 Praktische Umsetzung von Aichhorns Pädagogik

Die Aufgabe der Erzieher sieht Aichhorn darin, die dissozial gewordenen Kinder wieder in die Gesellschaft zu integrieren. Dafür ist es notwendig die Dissozialität richtig zu bewerten und damit die richtige Einstellung zu dem

Kind zu erlangen. Die Persönlichkeit des Erziehers, die Schaffung eines heilenden Milieus, eine allgemeine und darüber hinaus eine auf das Individuum ausgerichtete Erziehung ist unabdinglich (vgl. Aichhorn 1976, S.40).

Aichhorn betont die Wichtigkeit die psychopathologisch vorbelasteten Kinder in kleine Gruppen zu unterteilen und diese Gruppen ihren Krankheitsbildern nach weites gehend einheitlich einzuteilen. Er kritisiert die gängigen Anstalten, in der Kinder mit jeglichen Pathologien zusammengeworfen werden, was es unmöglich macht sie zu erziehen oder gar zu heilen (vgl. Aichhorn 1925, S.193). Die überdachte Gruppierung sollte bereits heilerzieherisch wirken. Das heißt sie wurden so zusammengesetzt, dass die Kinder, die ähnliche Krankheitsbilder aufwiesen, sich gegenseitig beeinflussen und damit auch soziale Schädigungen heilen konnten. Auch die Betreuer konnten so leichter auf sie eingehen, da sie einheitliche Erziehungsmaßnahmen anwenden konnten. Einzelfälle, die vollkommen aus der Gruppe rausfielen oder Ärger hineinbrachten, wurden immer weniger (vgl. ebd., S. 187). „Je mehr das Zusammenleben der Zöglinge in der Gruppe allein, ohne weitere erzieherische Maßnahmen, die Dissozialität ausheilend wirkt, desto besser ist die Gruppierung“ (. ebd.).

Das Milieu, in dem die Kinder leben, soll keinen Anstaltscharakter besitzen, sondern eine familiäre, freundschaftliche und naturgebundene Atmosphäre vermitteln. Wichtig hierbei ist es, dass die Kinder die Welt real erleben und nicht in einer lebensfremden Anstalt erzogen werden (vgl. ebd. S.193). „Erzogen wird aber nicht durch Worte, Reden, Ermahnen, Tadel oder Strafen, sondern durch Erlebnisse“ (ebd.S.207). Für die Kinder wird ein Milieu geschaffen, in dem sie diverse Erlebnisse erfahren, durch deren Wirkung sie geheilt werden. Denn hier kann der Erzieher immer direkt anknüpfen und passende Situationen und Stimmungen schaffen, um Erziehungsmaßnahmen im Alltag einleiten zu können (vgl. ebd.).

Aichhorn fabrizierte ein Experiment: Die verwahrloseten Kinder, sprich die aggressivsten Kinder mussten nach Aichhorns Meinung nicht mit eigenen Waffen geschlagen werden, da dies die Verwahrlosung und den Widerstand nur verstärken würde. So wurde bei diesen Kindern das entgegengesetzte Verhalten angewendet und zwar das Gewährenlassen. Dies bedeutet für die Erzieher, dass sie jeglichen Widerstand vermeiden sollten (vgl. ebd. S.214ff).

Diese Nachgiebigkeit wurde von den Kindern zunächst als Schwäche ausgelegt, was ihr aggressives Verhalten noch verstärkte. Sie durften bis auf ein paar Regeln tun was sie wollten, was kein – wie man es annehmen könnte – Wohlwollen bei den Kindern auslöste. Die Aggressionen wurden immer intensiver und die Angriffe immer heftiger. Das Inventar des Heimes wurde zerstört, es herrschte das totale Chaos, da all ihre Aggressionen ins Leere liefen. Sie waren es nicht gewohnt keinen Widerstand zu bekommen und mit der Situation vollkommen überfordert:

„[...] daß auch andere als brutale Menschen leben, ist ihnen ebenso unbekannt wie etwa uns das Leben der Marsbewohner“ (ebd. S.219).

Nachdem die Grenzen der Aggression erreicht worden waren, erfolgte die Phase des Zusammenbruchs. Aus dem Schreien wurde Weinen, das sogenannte „Wutweinen“ (ebd. S.221), was die Ohnmacht deutlich zeigt, die die Kinder verspürten, jetzt wo sie die Erwachsenen mit ihrem Verhalten nicht mehr manipulieren konnten. Nach der Phase des Wutweinens, kam die Phase der Labilität, die Kinder wurden verträglicher. Danach kam es erneut zu Rückfällen des Wutausbruchs, jedoch war die Intensität der Aggression immer geringer und nach und nach konnte sich eine Beziehung zwischen Erziehern und Kindern entwickeln, was Aichhorn von Anfang an erreichen wollte (vgl. ebd. S.221f).

Die ehemaligen Aggressiven waren ohne ihre Aggression ganz andere Menschen. Sie waren sichtbar anhänglicher, zeigten teilweise große intellektuelle Leistungen und konnten in der Schule einiges aufholen (vgl. ebd.S.223).

Trotz dieser Erfolge weist Aichhorn auch darauf hin, dass die Zustände, die durch dieses Gewährenlassen erreicht wurden, kaum tragbar seien und nicht selten die Nerven der Betreuer an ihre Grenzen brachten. Es erfordert ein großes Maß an Selbstbeherrschung und Kraftleistung, um ruhig bleiben zu können oder auch keine Partei zu ergreifen (vgl. ebd. S. 226ff). So ist dieses Experiment in der Praxis kaum realisierbar, aber die Ergebnisse die es über die Psyche der verwahten Kinder hervorgebracht hat, sind von großer Bedeutung.

Die Arbeit von August Aichhorn mit verwahten Kindern war zur damaligen Zeit, in der strenge Disziplinierung und einfache Verwahrung der Kinder in

Erziehungsheimen die Regel waren, revolutionär. Dieser neue pädagogische, sowie therapeutische Ansatz ist in der Arbeit mit verwaorlosten Kindern für die heutige Pädagogik richtungsweisend. Aichhorn war sozusagen der Wegbereiter für das Konzept des therapeutischen Milieus.

So soll sich das nächste Kapitel nun detaillierter mit dem therapeutischen Milieu beschäftigen, es definieren und verschiedene Umsetzungsversuche aufzeigen.

7 Das therapeutische Milieu

Redl und Wineman (1984), die wider einer Mystifizierung von Therapie bei gleichzeitiger Entwertung von Pädagogik sind, sagen, dass diese Kinder jenseits von Therapie und Pädagogik sind: „Denn *Kinder, die hassen*, werden rasch zu *Kindern, die keiner will* (Redl & Wineman 1984, S.25). Aus diesem Grund ist eine klassische psychotherapeutische Behandlung und pädagogische Betreuung nicht umsetzbar, da diese Kinder nicht zum Reden aufgelegt sind und die soziale Kluft zwischen ihrem Lebensstil und dem einer therapeutischen Praxis oder pädagogischen Einrichtung nicht zu überwinden ist (vgl. ebd., S.27). Sie suchen die Antwort auf die Frage, wie man auf diese Kinder mit einem bestimmten therapeutischen Milieu antworten kann und wie man diesen Kindern, die sich jenseits von den herkömmlichen Hilfesystemen befinden, helfen kann.

Redl und Wineman stellten 1946 das Projekt „Detroit Pioneer House“ auf die Beine. Sie lebten 19 Monate mit extrem gestörten „Kinder[n], die hassen“ (Redl & Wineman 1984) zusammen und erforschten ihre Verhaltensweisen. Sie wollten Methoden entwickeln, wie man diese Kinder behandeln kann, die jenseits von Therapie und Pädagogik sind. Und etwas über diese Kinder herauszubekommen, funktioniert nur, indem man mit ihnen zusammenlebt (vgl. Redl & Wineman 1984, S.33). Die Gruppensituation ist somit das therapeutische Mittel. Diese spezielle Lebenssituation bezeichnet Redl als „therapeutisches Milieu“ (vgl. Hillenbrand 2008, S. 82).

7.1 Definition Therapeutisches Milieu

Den Begriff des therapeutischen Milieus prägten insbesondere Bruno Bettelheim und Fritz Redl. Beide haben in ihrer Arbeit psychoanalytische Erkenntnisse mit pädagogischen Erfahrungen zu einer alltagsorientierten psychotherapeutischen Erziehung verbunden. Sie stellten die These auf, dass alle Faktoren in der Umwelt des Kindes auch therapeutische Auswirkungen haben und eben diese therapeutischen Hilfen in den natürlichen Alltag des Kindes integriert werden müssen (vgl. Gahleitner 2011, S.26). Redl, so wie auch Bettelheim wollten „alltägliche Situationen heilsam [...] gestalten, ohne sie therapeutisch zu verfremden.“ (Krumenacker 1999, S.230) In dieser Arbeit soll das therapeutische Milieu nach Redl vorgestellt werden.

7.1.1 Redls Vorstellung eines therapeutischen Milieus

Redl sagt, dass diese Kinder, die hassen, starke Ich-Störungen aufweisen, die nur behoben werden können, wenn die Ich-Funktionen im therapeutischen Milieu neu aufgebaut werden. Die Kinder müssen neue Erfahrungen sammeln, um ein neues Selbstbild zu entwickeln und ihr ICH zu stärken. Dies geschieht durch Freizeitaktivitäten. Der normale Alltag soll dazu dienen, die destruktiv-manifestierten Verhaltensmuster durch wirksamere zu ersetzen. Der Alltag wird als therapeutisches Mittel eingesetzt (vgl. Fatke 1999, S.251f.; Redl 1987, S.42). Auch die Gruppensituation sieht er als besonders wertvoll für die Heilprozesse des jeweiligen Kindes an. Die Therapie erfolgt quasi durch die Gruppe (vgl. Redl 1987, S.42).

Redl nimmt den Begriff therapeutisches Milieu auseinander und beschreibt einmal das Adjektiv therapeutisch, sowie das Substantiv Milieu und stellt dar wie die Kombination aus beidem eine heilende Wirkung haben kann:

7.1.2 Faktoren, die das Milieu als therapeutisch kennzeichnen

Redl benennt hier sieben Faktoren, die eine therapeutische Basis für das Milieu darstellen:

1. Ausschaltung aller schädlichen Einflüsse und die Vermeidung (wiederholender) traumatischer Ereignisse
2. Das Erkennen der elementaren Grundbedürfnisse des Kindes
3. Orientierung am subkulturellen, sozioökonomischen und ethnischen Hintergrund, sowie Berücksichtigung der aktuellen Entwicklungsphase
4. Anpassung an die besonderen therapeutischen Bedürfnisse; d.h. Spielraum für Ausnahmen müssen geboten werden, ohne dass aber die Gesamtstruktur verloren geht
5. Einbeziehung sekundärer Behandlungsziele; Einbezug der Ganzheitlichkeit des Kindes; nicht nur die Behandlung des primären Problems
6. Bereitstellung eines Milieus, in dem das Kind neue Bindungen entwickeln und pathologische Abwehrmechanismen ablegen kann, immer unter dem Aspekt der bisherigen psychischen Entwicklung
7. Vorbereitung auf das Leben; Darunter versteht Redl zwei Aspekte: Das therapeutische Milieu muss sich an dem Lebensraum des Kindes orientieren und sich nicht zu sehr abheben, muss sich aber gleichzeitig selbst überflüssig machen

(vgl. Redl 1987, S.76ff)

7.1.3 Die Bedeutung des Begriffs Milieu nach Redl

Für Redl ist ein Milieu immer künstlich hergestellt. Redl benennt zwölf ausgewählte Faktoren, die das Milieu beschreiben, die man in ihrer Umsetzung allerdings immer im Kontext der Institution sehen muss, in der das Milieu hergestellt wird (vgl. ebd., S. 86):

1. Schaffung einer vertrauensvollen, dauerhaften sozialen Struktur, in der Rollenverteilung, Rangordnung und Kommunikation transparent sind
2. Übereinstimmung von erlebten und vermittelten Wertsystemen
3. Verlässliche Gewohnheiten, Rituale und Verhaltensregeln haben eine große Orientierungsfunktion und strukturieren den Alltag

4. Auswirkung der Gruppendynamik (Rivalitäten, Cliquenbildung etc.) muss erkannt und beachtet werden
5. Das Erkennen welche Charaktere miteinander auskommen und welche getrennt werden müssen
6. Haltungen und Emotionen (z.B. Übertragung und Gegenübertragung) der Mitarbeiter gegenüber der Kinder müssen beachtet und bearbeitet werden
7. Die Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere muss vom Personal immer reflektiert werden können
8. Auswahl von Tätigkeiten (Spiel, Beschäftigung, Freizeitaktivitäten) muss bewusst und angepasst an den Gesamtkontext der Gruppe erfolgen
9. Abstimmung von Raum, Zeit und Ausrüstung in der jeweiligen Situation und die Reflektion der Wirkung davon
10. Der Bezug zur Außenwelt muss gegeben sein
11. Die Erwachsenen dienen als Vermittler zwischen den Kindern
12. Das Milieu muss sich flexibel auf die Bedürfnisse der Kinder einstellen können und auch auf innere und äußere Veränderungen reagieren (therapeutische Elastizität)

(vgl. Redl 1987, S.86ff)

7.2 Ziele des therapeutischen Milieus

Heimerziehung muss einen Kontext, ein Milieu bieten können, indem neben den körperlichen Bedürfnissen vor allem auch die emotionalen Bedürfnisse befriedigt werden. Die Fähigkeiten der Kinder sollen gefördert werden, das Interesse und die Wertschätzung an ihrer Person ist von großer Bedeutung um sich gut entwickeln zu können. Das Gehaltenwerden und Gefühl der Geborgenheit ist von unschätzbare Wichtigkeit für die Ausbildung einer selbstsicheren Persönlichkeit. So ist die alltagsnahe und lebensweltlich strukturierte Umwelt in der Heimerziehung einer anstaltsförmigen Heimerziehung vorzuziehen. Der Alltag im Heim kann als pädagogisches Medium benutzt werden, um soziale Kompetenzen anzueignen und zu

fördern (vgl. Köckeritz 2004, S. 298). Die Beziehungen und Interaktionen, die in dem normalen Alltag des Kindes bestehen, sind von großer Bedeutung und deren Wirkung sollte nicht außer Acht gelassen werden. Erzieher und Kind durchleben diesen Alltag gemeinsam, der idealerweise psychotherapeutisch reflektiert gestaltet wird. Die Arbeit muss auf das Kind und seine spezifischen Probleme ausgerichtet sein. Ein allgemein gehaltener Behandlungsplan, der von Experten erarbeitet wird, ohne mit dem Kind im Dialog zu stehen, kann auf einen längeren Zeitraum nicht funktionieren, da hier wiederum nicht beachtet wird, wie die Auswirkungen des Behandlungsplans auf den Lebenskontext des Kindes wirkt (vgl. Gahleitner 2011, S.19f).

Damit sich Kinder von ihren psychischen Belastungen befreien können, ist es von großer Bedeutung, dass sich die erlebten Konflikte im Heim nicht wiederholen oder die traumatischen Erlebnisse verstärkt werden, sondern ein neues therapeutisch gestaltetes Milieu erschaffen wird, das in der ganzen Institution vorzufinden ist und im Alltag wirksam werden kann. Einzelne Therapiesitzungen, die isoliert von der Lebenswelt des Kindes stattfinden, können den Alltag des Kindes nicht greifen und sind somit nicht wirksam (vgl. Fatke 1999, S.246; S.248; Gahleitner 2011, S.32f). Das Ziel ist, den desorganisierten Bindungsstrukturen eine Grundhaltung von Wertschätzung, Authentizität und Respekt gegenüber dem Kind gezielt entgegenzusetzen und eine neue Erfahrungsstruktur zu ermöglichen (vgl. Gahleitner 2011, S.37).

Die praktische Umsetzung eines therapeutischen Milieus ist bisher noch nicht sehr verbreitet (vgl. Krumenacker 1999, S.231), allerdings gibt es ein paar Beispiele, wo diese Ansätze schon erfolgreich eingesetzt werden. Im Folgenden soll einer dieser Ansätze kurz vorgestellt werden.

7.3 Jugendwohnen im Kiez – Therapeutische Wohngruppen Gemini

Die Wohngruppen in Gemini in Berlin nehmen Jugendliche im Alter von vierzehn bis einundzwanzig Jahren auf, die zum Beispiel Diagnosen wie neurotische Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Psychotische Störungen,

Posttraumatische Belastungsstörungen oder auch Suizidalität aufweisen (vgl. Gemini, S.2). Aufgenommen werden die Jugendlichen im Rahmen der Hilfen zur Erziehung nach §§ 27 i.V. mit 34 bzw. 35a SGB VIII, § 41 (vgl. ebd., S.5). Ein Projektleiter und zwei Psychotherapeuten übernehmen die Fachleitung. Daneben arbeiten ein bis zwei Sozialarbeiter und vier bis fünf Erzieher in einer Wohngruppe im Team zusammen. Mit externen Ärzten wird ebenfalls zusammengearbeitet (vgl. ebd.). Geminis Konzeption verspricht ein Betreuungs- und Wohnangebot in einem sozialtherapeutischen Milieu. Eine kontinuierliche und belastbare Beziehung zu einem Bezugsbetreuer soll Sicherheit für die Jugendlichen bieten. Alle Bewohner sollen eine Einzelpsychotherapie besuchen oder sich in psychiatrische Behandlung begeben. Die Ziele der Wohngruppe sind die psychische Stabilisierung und Verselbstständigung der Jugendlichen (vgl. ebd., S.3). An der Gestaltung des therapeutischen Milieus sind alle Berufsgruppen beteiligt. Dieses Milieu soll den Jugendlichen einen sicheren Rahmen geben, in dem sie sich mit ihrer Lebensgeschichte auseinandersetzen und sich durch neue Erfahrungen und Erlebnisse neu orientieren können. Diese Jugendlichen, die in ihrer Biographie schwere Einschnitte erlebt haben, brauchen eine therapeutisch geleitete sozialpädagogische Hilfe. Damit meint Gemini nicht die Therapeutisierung des Alltags, sondern die Integration von den diversen Störungsbildern, aber auch Ressourcen, sowie die Reflektion der Gruppendynamik und die Wahrnehmung der Jugendlichen und ihrer Betreuung untereinander. Die strategische Umsetzung von Interventionen ist von großer Bedeutung. Dieses Therapeutische Milieu soll heilend für den gesamten Aufenthalt wirken. Eine Einzelpsychotherapie soll das sozialtherapeutische Milieu ergänzen. Der Therapeut tritt nicht im Lebensalltag des Kindes auf, sondern ist davon isoliert und tauscht sich lediglich mit den Betreuern über die Entwicklung des Jugendlichen und seine aktuellen Probleme aus. Das therapeutische Wissen wird durch regelmäßige, prozessorientierte und psychotherapeutisch fachkompetente Anleitung in den erzieherischen Alltag eingegliedert werden (vgl. ebd., S.4).

Diese Einrichtung wagt den Versuch der Umsetzung des therapeutischen Milieus in der Praxis. Inwieweit diese Konzeptionen umgesetzt werden und Wirkung zeigen, kann im Rahmen dieser Bachelorarbeit nicht geprüft

werden. Dass zum Beispiel der Therapeut nicht in den Lebensalltag der Kinder integriert ist, sehe ich als großen Kritikpunkt an.

8 Schlussbemerkung und Fazit

Die Arbeit hat nachgewiesen, dass nahezu alle Kinder in der stationären Jugendhilfe unsichere Bindungen aufweisen, dreiviertel der Kinder traumatisierende Ereignisse erfahren haben und ca. 60 % eine psychische Störung besitzen. Diese Ergebnisse zeigen deutlich, dass die klassische Heimerziehung hier an ihre Grenzen stößt.

Der einseitige Blick auf die Traumata und die individuellen Schädigungen der Kinder führt allerdings auch häufig zu einer defizitorientierten Pädagogik, die das Kind, so wie es ist, nicht in seinem gesamten Spektrum sieht, sondern sich nur auf seine Probleme bezieht. Dies führt zur Stigmatisierung der Heimkinder. Nicht jede Lösung muss immer in der Bearbeitung der Vergangenheit liegen. Eine ressourcenorientierte und salutogenetische Sichtweise mit der Fragestellung, was Gesundheit und Wohlbefinden herstellen kann, kann neue, positivere Blickwinkel und Perspektiven schaffen.

Was bedeutet das für unsere Arbeit in der stationären Jugendhilfe? Es müssen Räume und Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es dem Kind ermöglichen, neue, korrigierende Erfahrungen zu sammeln und nicht im Gegensatz dazu, retraumatisiert zu werden, in dem sich die Lebensgeschichte wiederholt. Das heißt, dass neue Entwicklungsräume hervorgerufen werden müssen, die die Stigmatisierung der Kinder verhindert, die es immer wieder erleben als Opfer ihrer Lebensgeschichte zu gelten und damit nie davon befreit werden können.

Besonders wichtig ist zudem die Temperamente verschiedener Persönlichkeiten, sowie ihrer individuellen psychischen Störungen zu erkennen und ähnliche Typen in Gruppen zusammenleben zu lassen, damit sich unterschiedliche Typen nicht gegenseitig „anstecken“. Auch eine überschaubare Gruppengröße mit kontinuierlichen Bezugspersonen scheint mir von großer Bedeutung, um persönliche Beziehungen aufzubauen. Gruppenwechsel und vor allem Wechsel der Institutionen sollte, mit dem Wissen der Bindungstheorie fundiert, vermieden werden. So sollte auch vor

jeder Fremdunterbringung geprüft werden, ob die Art der Unterbringung den Bedürfnissen des Kindes angepasst ist bzw. ob nicht Alternativen hinzugezogen werden können.

Die Ursachen der Schädigungen und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder liegen in der Regel außerhalb der Jugendhilfe und dies muss unbedingt verdeutlicht werden. Dass diese psychischen und physischen Verletzungen bearbeitet werden müssen, steht außer Frage. Jedoch ist dies nicht der Mittelpunkt der Erziehung. Denn der sollte sein, den Kindern ein möglichst erfülltes Leben zu bieten, der im Gegensatz zu ihrer bisherigen Biographie steht. Die Verbindung dieser beiden Erkenntnisse zeigt deutlich, dass die Trennung von Pädagogik und Therapie nicht möglich ist und dass im Idealfall die Therapie in den pädagogischen Alltag integriert werden sollte. So ist es nicht möglich ein Kind zu heilen, indem es aus seinem Alltag herausgenommen wird und isoliert davon in einer ambulanten Praxis therapiert und danach wieder in den vollkommen anders strukturierten Alltag entlassen wird. Die Veränderungen, die errungen werden, müssen zum einen an den Kontext angepasst sein, in dem sie übernommen werden sollen und zum anderen können die komplexen Probleme eines Kindes nicht außerhalb seiner Lebensumwelt erfasst werden.

Die Antwort auf diese Problematik bietet das therapeutische Milieu, das schon über mehrere Jahrzehnte immer wieder erwähnt wurde und zu dem verschiedene Konzepte entwickelt wurden, die in der Praxis schon teilweise umgesetzt werden. Jedoch gibt es noch lange nicht genügend Umsetzungen davon und die Evaluation über die Wirkung dieses Konzepts ist auch nicht ausgereift. Meiner Meinung nach werden therapeutische Ansätze noch zu selten in die pädagogische Arbeit integriert.

Oft mangelt es an finanziellen Mitteln, um die noch oft suboptimalen Bedingungen in der Kinder – und Jugendhilfe zu verändern. Nur noch Therapeutische Heimeinrichtungen mit einem multiprofessionellen Personalschlüssel zu schaffen ist finanziell betrachtet leider absolut unrealistisch. Und dennoch: es braucht qualifiziertes Personal, das ein umfassendes störungsspezifisches Wissen, gerade in Hinblick auf Traumata und Bindungsstörungen aufweisen kann. Fort – und Weiterbildung und Supervision sollten mehr im Vordergrund stehen. Denn das Wissen um die innerpsychischen Vorgänge im Kind kann den Blickwinkel ändern und

scheinbar bösartige Verhaltensweisen eines Kindes als Abwehr – und Schutzmechanismen deklarieren, was die Arbeit damit erheblich vereinfachen kann. Eine wirksame Bindungsarbeit braucht viel Zeit, die vielen Betreuern oft nicht vergönnt wird.

Der hohe Stellenwert, der der Psychotherapie beigemessen wird, sollte meines Erachtens nach überdacht werden. Die Heimkinder haben komplexe posttraumatische Belastungen erlitten und befinden sich in psychosozialen Notlagen. Doch brauchen sie vor allem eins: eine bedingungslose Wertschätzung ihrer Person und ein liebevolles Umfeld, in dem sie sich erholen können. Die Vergangenheit kann nicht rückgängig gemacht werden. Aber im Hier und Jetzt kann es besser gemacht werden.

Und das ist meiner Meinung nach die Aufgabe der Sozialarbeiter. Einfache Dinge wie eine angenehme Strukturierung des Lebensalltags und das Schaffen gemeinsamer Erlebnisse können effektiver sein als ständige isolierte Therapiesitzungen. Eine weitere hilfreiche Alternative könnte hier die Erlebnispädagogik bieten, auf die in dieser Arbeit nicht weiter eingegangen werden konnte.

Zusammenfassend heißt das, dass Kinder und zwar gerade Kinder, die keinen sicheren Anker in ihrem Leben hatten, vorrangig Sicherheit, Zuwendung und Geborgenheit benötigen. Wir als Sozialarbeiter sollten ihnen gegenüber Vertrauen schaffen, ihnen Anerkennung und Wertschätzung entgegenbringen, Zukunftsperspektiven aufzeigen und zu guter Letzt einen angenehmen Lebensraum erschaffen, in dem sie sich erholen können und zu einer selbstsicheren und noch stärkeren Persönlichkeit heranwachsen können, als sie - wenn man mal genauer hinschaut - schon sind.

Dass die Voraussetzungen in der stationären Jugendhilfe keine optimalen Bedingungen für bereits bindungsgeschädigte Kinder sind, sollte jedem bewusst sein. Da diese Form der Jugendhilfe allerdings oft unvermeidbar ist, hoffe ich mit dieser Arbeit einen kleinen, theoretischen Beitrag zur Verbesserung der gegebenen Bedingungen geleistet zu haben und auch einige Informationen für die eigene praktische Umsetzung erhalten zu haben.

9 Quellenverzeichnis

Bücher:

Adam, E. (2001): Das Jugendheim der Stadt Wien in Oberhollabrunn. August

Aichhorns Beitrag zur psychoanalytisch orientierten Heimerziehung. Psychoanalytische Pädagogik und Reformpädagogik. In: Zwiauer, C. und Eichelberger, H. (Hrsg.): Das Kind ist entdeckt. Erziehungsexperimente im Wien der Zwischenkriegszeit. Wien: Picus Verlag , S.270-290

Aichhorn, A. (1925): Verwaehrte Jugend. Die Psychoanalyse in der Fürsorgeerziehung. Zehn Vorträge zur ersten Einführung. Leipzig u.a. : Internationaler Psychoanalytischer Verlag

Aichhorn, T. (1976): Wer war August Aichhorn? Briefe, Dokumente, unveröffentlichte Arbeiten. Wien: Löcker & Wogenstein

Bettelheim, B. (1974): Der Weg aus dem Labyrinth. Leben lernen als Therapie. Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt GmbH

Brisch, K.H. (2003): Bindungsstörungen und Trauma. Grundlagen für eine gesunde Bindungsentwicklung. In: Brisch K.H. und Hellbrügge T. (Hrsg.): Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart: Klett-Cotta, S.105-135

Brisch, K.H. & Hellbrügge, T. (2009): Kinder ohne Bindung. Deprivation, Adoption und Psychotherapie. 3.Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta

Brisch, K.H. (2010): Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. 10. Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta

Bowlby, J. (2010): Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie. 2. Auflage. München: Reinhardt

Colla, H.E. (1991): Suizidales Verhalten junger Menschen – eine nicht wahrgenommene Aufgabe in der Heimerziehung. In: Colla, H. u.a. (Hrsg.): Handbuch Heimerziehung und Pflegekinderwesen in Europa. Neuwied;Kriftel: Luchterhand, S. 541-573

Colton, M. & Hellinckx, W. (1999): Foster and Residential Care in the EU. Heimerziehung und Pflegekinderwesen in der Europäischen Union. In: Colla, H. u.a. (Hrsg.): Handbuch Heimerziehung und Pflegekinderwesen in Europa. Neuwied;Kriftel: Luchterhand, S. 41-51

Esser, K. (2011): Zwischen Albtraum und Dankbarkeit. Ehemalige Heimkinder kommen zu Wort. Freiburg: Lambertus

Fatke, R. (1999): Erziehung im therapeutischen Milieu - der Beitrag Fritz Redls. In: Colla, H. u.a. (Hrsg.): Handbuch Heimerziehung und Pflegekinderwesen in Europa. Neuwied; Kriftel: Luchterhand S.243- 254

Fegert J.-M., Ziegenhain, U.& Goldbeck,L. (2010): Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. Weinheim/München: Juventa

Fischer, G. & Riedesser P. (2003): Lehrbuch der Psychotraumatologie. 3. aktual. Auflage. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG

Gabriel, T. (2001): Forschung zur Heimerziehung. Eine vergleichende Bilanzierung in Großbritannien und Deutschland. Weinheim/München: Juventa

Gadow, T. u.a. (2013): Wie geht's der Kinder – und Jugendhilfe? Aktuelle empirische Befunde und Analysen. Weinheim/ Basel: Beltz Juventa.

Gahleitner, S.B. (2011): Das Therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen. 2.Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag

Gooch, D. (1999): Children in Residential Care. Rückgang von Heimunterbringung in Großbritannien. In: Colla, H. u.a. (Hrsg.): Handbuch Heimerziehung und Pflegekinderwesen in Europa. Neuwied; Kriftel: Luchterhand, S.179-190

Grossmann, K. &Grossman, K. (2003): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Stuttgart: Klett-Cotta

Grossmann, K. &Grossman, K. (2012): Bindungen – Das Gefüge psychischer Sicherheit. 5. überarbeitete Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta

Günder, R. (2011): Praxis und Methoden der Heimerziehung. Entwicklungen, Veränderungen der Perspektiven der stationären Erziehungshilfe. 4. Auflage. Freiburg: Lambertus

Hansen, G. (1994): Die Persönlichkeitsentwicklung von Kindern in Erziehungsheimen. Ein empirischer Beitrag zur Sozialisation durch Institutionen der öffentlichen Erziehungshilfe. Weinheim: Deutscher Studien-Verlag

Hillenbrand, C. (2008): Einführung in die Pädagogik bei Verhaltensstörungen. 4. Auflage. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG

Hopf, C. (2005): Frühe Bindungen und Sozialisation. Eine Einführung. Weinheim und München: Juventa

Keilson, H. (1979): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Stuttgart: Enke Verlag

Klein, J., Erlacher, M. & Macsenaere, M. (2003): Die Kinderdorf-Effekte-Studie. Mainz: Institut für Kinder-und Jugendhilfe

Klitzing, K. von (2009): Reaktive Bindungsstörungen. Manuale psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Heidelberg: Springer

Krumenacker, F.-J. (1999): Heimerziehung als eigenständige Erziehungsform: Bruno Bettelheim. In: Colla, H. u.a. (Hrsg.): Handbuch Heimerziehung und Pflegekinderwesen in Europa. Neuwied; Kriftel: Luchterhand, S.229 - 242

Köckeritz, C. (2004): Entwicklungspsychologie für die Jugendhilfe. Eine Einführung in Entwicklungsprozesse, Risikofaktoren und Umsetzung in Praxisfeldern. Weinheim/München: Juventa

Krone, D. (2007): Alptraum Erziehungsheim. Die Geschichte einer Jugend. Leipzig: Engelsdorfer Verlag

Krüger, A. (2007): Erste Hilfe für traumatisierte Kinder. Düsseldorf: Patmos Verlag GmbH & Co. KG

Lang, B. u.a. (2013): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Laucht, M. (2003): Vulnerabilität und Resilienz in der Entwicklung von Kindern. Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie. In: Brisch K.H. und Hellbrügge T. (Hrsg.): Bindung und Trauma, Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart: Klett-Cotta, S.53-71

Lentze, M.J. u.a. (2003): Pädiatrie. Grundlagen und Praxis. 2. Auflage. Berlin Heidelberg: Springer

Macsenaere, M. & Esser, K. (2012): Was wirkt in der Erziehungshilfe? Wirkfaktoren in Heimerziehung und andere Hilfearten. München: Reinhardt.

Müller-Scholl, A. & Priepke, M. (1982): Handlungsfeld: Heimerziehung. Tübingen: Katzmann-Verlag KG

Post, W. (2002): Erziehung im Heim. Perspektiven der Heimerziehung im System Jugendhilfe. 2. Überarbeitete Auflage. Weinheim/München: Juventa

Pynoos, R.S, Steinberg, A.M & Goenjian, A. (2000): Traumatische Belastungen in Kindheit und Jugendalter. Neuere Entwicklungen und aktuelle Kontroversen. In: Van der Kolk, B.A; McFarlane A.C; Weisaeth, L. (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschungen zu posttraumatischem Streß sowie Traumatherapie. Paderborn: Junfermann, S.265-288

Reddemann & Dehner-Rau (2012): Trauma heilen. Ein Übungsbuch für Körper und Seele. Stuttgart: Trias

Remschmidt H., Schmidt M.H. & Poustka F. (Hrsg.) (2001): *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM IV. 5. Überarbeitete Auflage.* Bern: Huber

Redl, F. & Wineman, D. (1951): *Children who hate. The disorganization and breakdown of behavior controls.* New York: The free press

Redl, F. & Wineman, D. (1984): *Kinder, die hassen. 2. Auflage.* München: Piper GmbH & Co.KG

Redl, F. (1987): *Erziehung schwieriger Kinder. Beiträge zu einer psychotherapeutisch orientierten Pädagogik.* München: Piper GmbH & Co.KG

Resch, F. u.a.(1999): *Entwicklungspsychopathologie des Kindes – und Jugendalters. Ein Jugendalter. Ein Lehrbuch. 2. Überarbeitete Auflage.* Weinheim: Psychologie Verlags Union

Runder Tisch Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren (Hrsg.)(2010): *Wenn ehemalige Heimkinder heute zu uns in die Beratung kommen. Was müssen oder sollten wir wissen? Materialband anlässlich einer Fachtagung.* Berlin: Selbstverlag

Schmid, M. (2007) *Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe.* Weinheim/München: Juventa

Schmid M. u.a. (2010): *Trauma ein psychosoziales Geschehen: Die Bedeutung traumapädagogischer Konzepte für die stationäre Kinder und Jugendhilfe.* In: Gahleitner S. B. und Hahn G. (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit: Gefährdete Kindheit - Risiko, Resilienz und Hilfen.* Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 238-247

Schlack, H.G., Thyen, U. & von Kries, R. (2009): *Sozialpädiatrie. Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag.* Heidelberg: Springer

Schleiffer, R. (2007): *Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung. 3. Auflage.* Weinheim: Juventa

Schleiffer, R. (2009): *Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung. 4. Auflage.* Weinheim: Juventa

Spitz, R. A. (1992): *Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr.* Stuttgart: Klett-Cotta

Streck-Fischer, A. (2006): *Trauma und Entwicklung: frühe Traumatisierungen und ihre Folgen in der Adoleszenz.* Stuttgart: Schattauer

Stimmer, F. & Rosenhagen, G. (1999): *Psychodrama.* In: Colla, H. u.a. (Hrsg.): *Handbuch Heimerziehung und Pflegekinderwesen in Europa.* Neuwied; Kriftel: Luchterhand, S. 979-989

Trede, W. (2003): Heimerziehung in Europa: Fakten und Trends. In: Struck, N.; Galuske, M.; Thole, W. (Hrsg.): Reform der Heimerziehung. Eine Bilanz. Opladen: Leske+Burdich, S.69-85

Ullrich, M. (1999): Wenn Kinder Jugendliche werden: die Bedeutung der Familienkommunikation im Übergang zum Jugendalter. Weinheim/München: Juventa

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

Wensierski, P. (2007): Schläge im Namen des Herrn. Die verdrängte Geschichte der Heimkinder in der Bundesrepublik. München: Goldmann-Verlag

Wolf, K. (2003): Und sie verändert sich immer noch: Entwicklungsprozesse in der Heimerziehung. In: Struck, N./Galuske, M./Thole, W. (Hrsg.): Reform der Heimerziehung. Eine Bilanz. Opladen: Leske+Burdich, S.19-36

Zeitschriften:

Bálinth, A. (1936): Versagen und Gewähren in der Erziehung. In: Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik X Heft 2/1936. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, S.75-83

Jaritz, C., Wiesinger, D.& Schmid, M. (2008): Traumatische Lebensereignisse bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe, Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung. In: Trauma & Gewalt 2. Jahrgang 04/08, S. 266 – 277

Kuhls, A. (2012): Welchen Stellenwert nimmt die Vollzeitpflege im Vergleich zur Heimunterbringung ein? Ein Plädoyer für die Vollzeitpflege. In: Sozial Extra 8/2012, S.50-53

Kühn, M. (2011a) : Trauma als Destruktion des Dialogs mit dem Selbst, der Umwelt und dem Leben an sich: Pädagogische Wege der Traumabewältigung. In: Sozial Extra 11/12, S. 12-15

Meyer, H. (2012): Stationäre Jugendhilfeeinrichtungen In: Jugendhilfe aktuell 01/2012, S. 72-74

Internetquellen:

Gahleitner, S.B. (2009): Was hilft ehemaligen Heimkindern bei der Bewältigung ihrer komplexen Traumatisierung. Expertise im Auftrag des Runden Tisches Heimerziehung. Unter: www.rundertisch-heimerziehung.de, Aufrufedatum: 14.05.2013

GEMiNi (o.J.): Kurzkonzeption. neuhland e.V. und Jugendwohnen im Kiez - Jugendhilfe gGmbH, unter: <http://www.jugendwohnen-berlin.de/uploads/media/kurzkonzeption-twg.pdf>, Aufrufedatum: 12.07.2013

Gessler, P. (2011): Missbrauch an Heimkindern. Fürs Leben gekennzeichnet. Unter: <http://www.taz.de/!79775/>, Aufrufedatum: 19.05.2013

Kühn, M.(2006) : Bausteine einer Pädagogik des Sicheren Ortes. Tagungsvortrag Merseburg 2006, unter: <http://www.juergen-benecken.de>, Aufrufedatum: 24. 4. 2013

Kühn, M. (2011b): Macht eure Welt endlich wieder zu meiner. Grundzüge der Traumapädagogik. Fachvortrag Hannover 2011, unter: <http://www.violetta-hannover.de/system/files/documente/fachvortraege>, Aufrufedatum: 19.05.2013

Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz (2003): Heimerziehung in Europa – Lernen aus der Differenz. Europäische Fachtagung in Mainz 2003, unter: www.masfg.rlp.de, Aufrufedatum: 02.05.2013

Schumacher, A. (2010): Psychotherapie nach Trauma in der psychosomatischen Rehabilitation. Schriftenreihe der AHG Klinik Waren 08/10. Unter: http://www.ahg.de/AHG/Standorte/Waren/Service/Presse/Downloads/Schriftenreihe_Heft8_Januar2010.pdf, Aufrufedatum: 21.05.2013

Statistisches Bundesamt Pressestelle (2012): Zahl der Woche vom 25. September 2012: 65000 Menschen lebten Ende 2012 in einem Heim. Unter: www.destatis.de, Aufrufedatum: 01.05.2013

Weiß, W. (2006) Philipp sucht sein Ich: Über die Möglichkeiten der Pädagogik bei der Bewältigung traumatischer Lebensumstände. Tagungsvortrag Merseburg 2006, unter: <http://www.juergen-benecken.de>, Aufrufedatum: 21. 4. 2013

Ziegenhain, U. (2010): Bindungsstörungen in der frühen Kindheit. DGVT-Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung Berlin 2010, unter: <http://www.dgvt.de>, Aufrufedatum: 11.06.2013

10 Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere eidesstattlich durch eigenhändige Unterschrift, dass ich die Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht. Ich weiß dass bei Abgabe einer falschen Versicherung die Prüfung als nicht bestanden zu gelten hat.

Ort, Datum

Unterschrift