



**Traumazentrierte Pädagogik**  
**in der stationären Kinder - und Jugendhilfe**  
**Eine Analyse in Bezug auf Durchführbarkeit und Realisierbarkeit**

**BACHELORARBEIT**

Zur Erlangung des akademischen Grades „Bachelor of Arts“

an der Fakultät für Soziales, Medien und Kultur

der

HOCHSCHULE MERSEBURG

eingereicht bei

**Prof. Dr. Jürgen Benecken**

Zweitkorrektur durch Prof. Dr. Erich Menting

VON

**Florian Boczek**

Matrikelnr.: 17572

Studiengang Soziale Arbeit

Leipzig, Juli / August 2013

# Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort.....	1
2. Einleitung.....	2
3. Traumapsychologie des Kinder- und Jugendalters.....	3
3.1 Begriffsklärung.....	3
3.2 Klassifikation.....	4
3.2.1 Posttraumatische Belastungsstörung.....	4
3.2.2 Dissoziationsstörung.....	5
3.2.3 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung .....	6
3.2.4 Erweiterung der Klassifikation – komplexe PTBS .....	6
3.3 Besonderheiten kindlicher Traumatisierung.....	8
3.3.1 Die Problematik der Klassifikation .....	8
3.3.2 Prävalenz .....	10
4. Trauma und Psychopathologie in der Heimerziehung .....	11
4.1 Prävalenz .....	11
4.2 Risiko- und Schutzfaktoren.....	12
4.3 Risiken von Kindern in der stationären Kinder- und Jugendhilfe .....	14
4.3.1 Vernachlässigung.....	15
4.3.2 Seelische Misshandlung .....	16
4.3.3 Körperliche Misshandlung.....	17
4.3.4 Häusliche Gewalt.....	18
4.3.5 Traumatische Sexualisierung.....	19
4.3.6 Traumatische Trennung .....	20
4.3.7 Kinder psychisch kranker Eltern .....	21
4.4 Traumatische Erscheinungsformen.....	22
4.4.1 Selbstbild .....	22
4.4.2 Beziehungsfähigkeit.....	23
4.4.3 Verhaltensebene – Flashbacks, Re-Inszenierung und Abwehrmechanismen.....	24

5. Traumazentrierte Pädagogik .....	25
5.1 Bausteine der „Pädagogik des sicheren Ortes“ .....	26
5.1.1 Baustein 1 – Aufnahme .....	27
5.1.2 Baustein 2 – Diagnostik im Sinne von Prognostik .....	27
5.1.3 Baustein 3 – Die Arbeit im pädagogischen Feld .....	28
5.1.4 Baustein 4 – Mitarbeiter-Schutz.....	29
5.1.5 Baustein 5 - Einrichtungsprofil .....	30
5.2 Grundlagen traumapädagogischer Arbeit.....	31
5.2.1 Die pädagogische Arbeit am Selbstbild .....	32
5.2.2 Bindungspädagogik – der Pädagoge als sicherer Hafen.....	33
5.2.3 Auseinandersetzung mit Familie und Herkunft.....	34
6. Sind traumapädagogische Standards im Heimaltag anwendbar?.....	35
7. Abkürzungsverzeichnis .....	39
8. Quellenverzeichnis .....	40
9. Abbildungsverzeichnis.....	43
10. Selbstständigkeitserklärung .....	44

## 1. Vorwort

Durch meine berufliche Tätigkeit in einer intensivpädagogischen Wohngruppe nach §35a SGB VIII mit sechs Jungen im Alter von 6 bis 14 Jahren wurde ich erstmalig mit Kindern und Jugendlichen mit verschiedenen Traumafolgestörungen und den damit verbundenen Verhaltensweisen konfrontiert. Der Umgang mit Kindern und Jugendlichen, die in ihrem Weltbild erschüttert wurden, die nie eine stabile Beziehung erfahren und demzufolge extreme Schwierigkeiten im Umgang mit ihren Mitmenschen haben, gestaltete sich folglich schwierig und bringt für den Pädagogen viele Grenzerfahrungen mit sich.

Häufig stellte sich mir die Frage, wieso verhält sich dieser Junge nur so. Wieso benötigt er negative Aufmerksamkeit und Bestrafung? Was ist mit ihm passiert?

Ein Blick in die Anamnese lässt einiges vermuten, jedoch lassen sich nicht alle Ereignisse herausfiltern, um zu erkennen, was diesen oder jenen Jungen höchstwahrscheinlich traumatisiert haben könnte.

Traumata und der Umgang damit stellen einen Kernpunkt der pädagogischen Arbeit in der stationären Jugendhilfe dar, da jedes Kind und jeder Jugendliche in Fremdunterbringung Trennungen und Verletzungen erlebt hat und diese in der Regel nicht unbeschadet übersteht. Somit ist es von größter Bedeutung, dass die pädagogischen Fachkräfte traumapädagogisch geschult sind und um Ursachen, Erscheinungsformen und Interventionsmöglichkeiten wissen.

Die Intention dieser Bachelorarbeit basiert auf meiner Erfahrung in der stationären Jugendhilfe und der streckenweisen Ohnmacht mit den aus Traumata resultierenden Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen. Das pädagogische Arbeiten in der Wohngruppe richtete sich fast ausschließlich auf die Verhaltensebene und damit verbunden der Belohnung erwünschter und Sanktionierung unerwünschter Verhaltensweisen.

Die Aufarbeitung von Traumata wurde an Psychologen und Psychotherapeuten delegiert, die jedoch in der Regel wenig transparent arbeiteten und somit keine Erkenntnisse für die alltägliche, pädagogische Tätigkeit liefern konnten.

Ausgehend von der Annahme, dass der pädagogische Umgang mit Traumata ein wesentlich höherer Stellenwert zukommen müsste, wird im Folgenden das Phänomen Trauma und Heimerziehung analysiert und vorgestellt. Weiterhin werden Verknüpfungen zu Bindungstheorie und Bindungsstörungen gezogen, da fehlende oder pathogene Bindung häufig einhergeht mit traumatischen Erlebnissen.

Letztendlich kommt es zur Analyse der Kernpunkte derzeitiger Konzepte zur Traumapädagogik in Bezug auf stationäre Jugendhilfe. Speziell ist hier die „Pädagogik des sicheren Ortes“ nach Martin Kühn und das Traumapädagogikkonzept der BAG Traumapädagogik zu nennen. Abschließend soll die Frage beantwortet werden, inwieweit diese Konzepte mit dem pädagogischen Alltag vereinbar und ein Transfer von der Theorie in die Praxis möglich ist.

## **2. Einleitung**

Wenn man etwas über Trauma und Pädagogik eine Literaturrecherche und Analyse vornehmen möchte, kommt man am traumapädagogischen Standardwerk „Philip sucht sein Ich“ von Wilma Weiß nicht vorbei. Darüber hinaus fand ich zum Thema Traumapädagogik und Standards zwei weitere Werke der BAG-TP. Die Quellenlage zum Thema „Trauma und Kinder“ ist jedoch weiterführend überwältigend groß und schwer qualitativ zu unterscheiden.

Während meiner Literaturrecherche verließ ich mich einerseits auf meine Erfahrung in Bezug auf bestimmte Autoren (z.B. Brisch und von Klitzing als Autoren zur Bindungsthematik und Trauma, Kühn und Weiß als Pioniere der Traumapädagogik) und andererseits auf die Literaturverweise in den traumapädagogischen Standardwerken von Wilma Weiß und der BAG-TP.

In „Philip sucht sein Ich“ stehen in jedem Kapitel Literaturhinweise zum gerade behandelten Thema, die auf das entsprechende Thema spezialisiert sind (z.B. Egle et. al auf seelische Misshandlung).

So kam ich zum Beispiel zu Judith Herman's „Die Narben der Gewalt“ oder zu Marc Schmid's „Psychische Gesundheit von Heimkindern“, welches als einziges Werk eine Zusammenfassung vieler Studien zur Prävalenz von Psychopathologie von Heimkindern bietet.

Die Fallbeispiele in dieser Arbeit basieren auf Erfahrungsberichten während meiner Zeit in der intensivpädagogischen Wohngruppe und dienen der Veranschaulichung besonderer Verhaltensweisen.

## 3. Traumapsychologie des Kinder- und Jugendalters

### 3.1 Begriffsklärung

Das griechische Wort „Trauma“ bedeutet übersetzt so viel wie Wunde oder Verletzung.

Ein Trauma im psychologischen Sinne stellt hingegen ein Ereignis dar, welches belastend und von kürzerer oder längerer Dauer und von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß war. (Vgl. Weiß, 2009, 19)

Das DSM-IV definiert weitergehend etwas differenzierter und ergänzt um einen subjektiven Anteil. Einerseits muss das Individuum ein „Ereignis erlebt oder beobachtet haben, die tatsächlichen oder drohenden Tod, ernsthafte Verletzungen oder eine Gefahr für die körperliche Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalten.“ (Landolt, 2012, 23) Der subjektive Anteil in der Definition gibt zusätzlich an, dass das betroffene Individuum in seiner Reaktion „intensive Furcht, Hilflosigkeit, Grauen, aufgelöstes oder agitiertes Verhalten“ (Landolt, 2012, 23) zeigt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass mehrere Faktoren und Begriffe entscheidend für die Ausprägung einer posttraumatischen Störung wichtig sind.

Ein Ereignis wird somit traumatisch, wenn es existenziell bedrohlich ist und der/die Betroffene dieses Ereignis mit seinen Ressourcen oder Anpassungsstrategien (Vgl. Weiß, 2009, 19) nicht eigenmächtig überwinden kann.

Der instinktive Kampf-Flucht-Reflex hilft in der Regel dem Menschen ohne nachzudenken in bedrohlichen Situationen zu handeln und sich aus der Situation zu retten. Es gibt also drei Möglichkeiten als Reaktion auf existenziell bedrohliche Situationen:

- Fight – dies stellt die aktive Veränderung der Situation dar. Das Individuum stellt sich der Situation und „kämpft“ dagegen an.
- Flight – Das Individuum flüchtet sich aus der Situation, um der Gefahr zu entkommen
- Freeze – Das Individuum bleibt der Situation ausgeliefert und ist wie „zu Eis erstarrt“ bzw. auf Grund äußerer Umstände ist eine Flucht oder das Ankämpfen nicht möglich. Besonders Kinder verharren in bedrohlichen Situationen in der Freeze-Position, da sie noch nicht gelernt haben, anders mit bedrohlichen Situationen umzugehen bzw. die Ich-Funktion nicht herausgebildet ist.

Erst wenn das Individuum der Situation ausgeliefert ist und sich ihr nicht entziehen kann, kann das bedrohliche Ereignis auch zu einem traumatischen werden.

Traumata können nach verschiedenen Gesichtspunkten nochmals unterteilt werden:

➤ Man-made vs. Non-man-made

<b>Man-made - von Menschen verursachte bedrohliche Ereignisse, u.a.:</b>	<b>Non-man-made - nicht durch Menschen verursacht, u.a.</b>
Sexueller Missbrauch	Naturkatastrophen
Körperliche und seelische Gewalt	Schwere Krankheiten
Vernachlässigung	Plötzlicher Tod einer bedeutsamen Person
Krieg	
Folter	
Verkehrsunfälle	

➤ Punktuell vs. Chronisch

<b>Punktuell (Typ-1)</b>	<b>Chronisch (Typ-2)</b>
Kurzes, plötzliches eintretendes Trauma	Traumatische Erlebnisse, die sich über längeren Zeitraum erstrecken und sich wiederholen

(Vgl. Eckhardt, 2013, 9f)

Abhängig von Zeitraum, Dauer und Intensität der Symptomatik lassen sich verschiedene Traumafolgestörungen unterscheiden.

### **3.2 Klassifikation**

Akute Belastungsreaktion und Anpassungsstörung sind bewusst in dieser Arbeit nicht mit aufgeführt, da sie diagnostisch für Kinder und Jugendliche der stationären Hilfesysteme nicht relevant sind, da hier in der Regel von Mehrfachtraumatisierungen und chronischen Verläufen auszugehen ist.

#### **3.2.1 Posttraumatische Belastungsstörung**

„Am häufigsten entwickeln sich in der Folge von einmaligen, psychisch traumatisierenden Ereignissen Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung.“ (Landolt, 2012, 28)

Zusammenfassend lassen sich drei Symptomgruppen beschreiben:

- Symptome des Wiedererlebens (Flashbacks, Traumatisches Spiel, diffuse Angstträume und Ängste, traumaspezifische Neuinszenierung)
- Symptome der Vermeidung (Dissoziationen, Vermeiden von Triggern, Übervorsichtigkeit)
- Symptome der physiologischen Überregung (erhöhtes Arousal)

(Vgl. Landolt, 2012, 28f)

Besonders bezeichnend für traumatisierte Kinder ist das Wiedererleben des Traumas im kindlichen Spiel. Das traumatische Spiel ist gekennzeichnet durch ein fast zwanghaftes Durchspielen der immer wieder gleichen Situation ohne letztendlich zu einem endgültigen Ergebnis oder einem befriedigenden Abschluss zu kommen. Es fehlt der kathartische Effekt. (Vgl. Landolt, 2012, 28)

Dieses Phänomen geht einher mit der traumaspezifischen Neuinszenierung, welches ein Bestandteil des Wiedererlebens ist. Das Kind fühlt sich gezwungen die traumatischen Erlebnisse immer wieder neu zu inszenieren. Es fühlt sich dabei so, als wäre es fremdgesteuert oder es befindet sich in einem dissoziativen Zustand, nach dem das Kind seine Spielintentionen selbst nicht erläutern kann. Es ist so, als würde das Kind fragen: „Wo ist mein Ich?“ (Weiß, 2009, 13) Weiterhin kann es zu regressiven Verhaltensweisen kommen. (z.B. Einnässen, übertriebene Anhänglichkeit, übertriebene Verlustängste) (Vgl. Eckers, 2006)

Die oben beschriebene Symptomatik muss für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung innerhalb von sechs Monaten nach dem belastenden Ereignis auftreten. Weiterhin lässt sich die Störung in akut (kürzer als drei Monate Dauer) und chronisch (länger als drei Monate Dauer) einteilen.

### 3.2.2 Dissoziationsstörung

Die Dissoziationsstörung ist in ihrer Symptomatik mit den anderen Traumafolgestörungen ähnlich. Hier sind jedoch dissoziative Phänomene vordergründig zu beobachten. Allgemeine Kennzeichen *„bestehen in dem teilweisen oder völligen Verlust der Integration der Erinnerung an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der Wahrnehmung unmittelbarer Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen.“* (Vgl. Dilling et. al, 2005)

Weiterhin geschieht hier die Unterteilung in:

<b>Externe Symptome</b>	<b>Interne Symptome</b>
Leugnen von Verhaltensweisen	Halluzinationen
Autoaggressives Verhalten	Fragmentierte Erinnerungen



Impulsive Aggression	Verwirrung über die eigene Identität
Dysfunktionale Affektregulierung	Trancezustände
	Gefühl von Geteiltsein

(Vgl. Eckers, 2006)

Allgemein lässt sich sagen, dass besonders Kinder durch Dissoziationsstörungen bedroht sind. Je jünger das Kind, desto weniger ist die Kampf-Flucht-Reaktion ausgeprägt, wodurch Dissoziationen als Abwehr der Bedrohung genutzt werden, um die Gefahr zu mindern. Somit kann das Erlebnis nicht komplett ins Bewusstsein integriert werden und es besteht die große Gefahr der Manifestation einer posttraumatischen Belastungsstörung durch ständiges Wiedererleben des traumatischen Ereignisses.

(Vgl. Eckers, 2006)

### 3.2.3 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

Diese Traumafolgestörung wird nur im ICD-10 aufgeführt und erscheint in keiner Form als Äquivalent im DSM-IV. Hier waren die traumatischen Erlebnisse über einen langen Zeitraum präsent, so dass von einer schweren Mehrfachtraumatisierung gesprochen werden kann. (Vgl. Landolt, 2012, 33)

Die Folge ist, dass der ständige bedrohliche Zustand dem betroffenen Menschen keine Möglichkeit zur Erholung gegeben hat und die pathologischen Verhaltensweisen Bestandteil der Persönlichkeit geworden sind.

Dies führt zu einer allgemeinen feindseligen Haltung gegenüber der Umwelt, da überall Bedrohungen zu sein scheinen. Dies führt wiederum zu sozialen Rückzug, Gefühlen der Leere, einem chronischem Gefühl der Anspannung und Entfremdungsgefühlen. (Vgl. Landolt, 2012, 33)

Prinzipiell ist die Persönlichkeitsveränderung als Folge der posttraumatischen Belastungsstörung anzusehen, kann jedoch auch ohne vorhergehende Störung entstehen. Hierfür muss jedoch das traumatische Erlebnis extrem tiefgreifend gewesen sein.

### 3.2.4 Erweiterung der Klassifikation – komplexe PTBS

Die amerikanische Psychiaterin und Professorin für Klinische Psychologie Judith Lewis Herman (2006) äußerte Kritik an den bereits bestehenden Diagnosekriterien der posttraumatischen Belastungsstörungen, da ihrer Meinung nach traumatische Ereignisse nicht weit genug erfasst werden. Der Fokus liegt hierbei auf Krieg, Katastrophen und Vergewaltigung. Die Symptomatik einer

extremen chronischen Traumatisierung wird außer Acht gelassen. Sie plädiert somit zur Einführung einer adäquaten diagnostischen Kategorie mit der Bezeichnung „komplexe posttraumatische Belastungsstörung.“

Diese Diagnose umfasst folgende Kriterien (Herman, 2006, 169f):

1. Der Patient war über einen längeren Zeitraum (Monate bis Jahre) totalitärer Herrschaft unterworfen, wie z.B. Geiseln, Kriegsgefangene, Überlebende von Konzentrationslagern oder Aussteiger aus religiösen Sekten, aber auch Menschen, die in sexuellen oder familiären Beziehungen totale Unterdrückung erlebten, z.B. von Familienangehörigen geschlagen, als Kinder physisch wurden oder von organisierten Banden sexuell ausgebeutet wurden.
2. Störung der Affektregulation, darunter
  - Anhaltende Dysphorie
  - Chronische Suizidgedanken
  - Selbstverstümmelung
  - Aufbrausende oder extrem unterdrückte Wut
  - Zwanghafte oder extrem gehemmte Sexualität
3. Bewusstseinsveränderungen darunter
  - Anmesie
  - Zeitweilige dissoziative Phasen
  - Depersonalisation / Derealisation
  - Wiederholung des traumatischen Geschehens, entweder als intrusive Symptome der PTBS oder als ständige grüblerische Beschäftigung
4. Gestörte Selbstwahrnehmung
  - Ohnmachtsgefühle, Antriebslosigkeit
  - Scham- und Schuldgefühle
  - Gefühl der Beschmutzung und Stigmatisierung
  - Gefühl, sich grundlegend von anderen zu unterscheiden
  - Annahme einer nichtmenschlichen Identität
5. Gestörte Wahrnehmung in Bezug auf Täter
  - Ständiges Nachdenken über Täter
  - Unrealistische Einschätzung, Täter wird allmächtig
  - Idealisierung oder paradoxe Dankbarkeit
  - Gefühl einer besonderen Beziehung
6. Beziehungsprobleme
  - Isolation und Rückzug
  - Gestörte Intimbeziehung

- Wiederholte Suche nach einem Retter
7. Veränderung des Wertesystems
- Verlust fester Glaubensinhalte
  - Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung

Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung umfasst eine Vielfalt an Symptomen, die in der klassischen PTBS nicht beschrieben sind und wird somit Mehrfachtraumatisierungen eher gerecht. „Über die Validität [...] im Kindesalter ist zum jetzigen Zeitpunkt nichts bekannt.“ (Landolt, 2012, 34)

Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung wurde bisher nicht in die verbreiteten Klassifikationssysteme aufgenommen.

### 3.3 Besonderheiten kindlicher Traumatisierung

#### 3.3.1 Die Problematik der Klassifikation

Besonders im Säuglings- und Kleinkindalter greifen die gängigen Diagnosekriterien einer PTBS nicht, da hier die kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten noch eingeschränkt sind. Jedoch können viele Symptome einer PTBS nur über das Gespräch und nicht über Beobachtung festgestellt werden. Scheeringa et al. (1995) untersuchten für diesen Zweck die Diagnosekriterien der PTBS in Bezug auf ihre Validität auf Säuglinge und Kleinkinder. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass posttraumatische Belastungsstörungen in diesem Altersbereich durchaus vorkommen, jedoch die Erscheinungen alternativ formuliert werden müssen. (Vgl. Landolt, 2004, 35)

Die folgende Tabelle beinhaltet die Kriterien der PTBS in der frühen Kindheit:

A. Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis	
B. Wiedererleben	
Erinnerung	Posttraumatisches Spiel
Träume mit wiedererkennbarem Inhalt	Wiederinszenierung im Spiel
Handeln und/oder Fühlen	Streßvolle Erinnerungen
	Alpträume mit oder ohne spezifischen Inhalt
C. Vermeidung	
Vermeidung von Gedanken, Gefühlen, Gesprächen	Abflachung der allgemeinen Reagibilität
	Eingeschränkte Spielfähigkeit

Vermeidung von Aktivitäten	Sozialer Rückzug
Vermeidung von Erinnerungen	Eingeschränkte Affekte
Vermindertes Interesse	Verlust von Entwicklungsfähigkeiten (Sprache, Sauberkeit etc.)
Entfremdungsgefühle	
Eingeschränkte Affektivität	
Hoffnungslosigkeit	
D. Erhöhte Erregbarkeit	
Schlafstörung	Night Terrors
Reizbarkeit und Wut	Angst vor dem Zu-Bett-Gehen
Konzentrationschwierigkeiten	Nächtliches Aufwachen
Hypervigilanz	Hypervigilanz
Übertriebene Schreckreaktionen	Übertriebene Schreckreaktionen
E. Neue Ängste und Aggression	
	Aggression
	Trennungsangst
	Angst vor Sauberkeitstraining
	Dunkelangst
	Ängste vor nicht mit dem Trauma verbundenen Situationen

Linke Spalte: herkömmliche DSM-IV-Kriterien

Rechte Spalte: zusätzliche, für die Kindheit geltende Kriterien

(Scheeringa et al., 1995, zitiert nach von Klitzing, Kai, 2003, 84, Tabelle entnommen aus Koch-Kneidl et al., 2003, 84)

### 3.3.2 Prävalenz

Epidemiologische Studien in Bezug auf kindliche Traumata beziehen sich fast ausschließlich auf die PTBS und berücksichtigt in der Regel erst das Alter ab 12 Jahren. Im deutschsprachigen Raum sind hierzu zwei Studien verfügbar. Die Bremer Jugendstudie stellte bei 12-17 jährigen Jugendlichen eine Langzeitprävalenz von 1,6% fest. 22,5% der Probanden berichteten, dass sie im Verlauf ihres Lebens ein traumatisches Ereignis erlebt hätten. Am häufigsten wurden hier Unfälle und körperliche Verletzungen genannt, wobei Jungen häufiger traumatische Erlebnisse schilderten als Mädchen. Weiterhin wurde eine erhöhte Komorbidität der PTBS mit depressiven und somatoformen Störungen, sowie Substanzmittelmissbrauch festgestellt. (Vgl. Landolt, 2004, 47)

Die Studie von Perkonigg et al. (2000) brachte ähnliche Resultate. In einer Stichprobe von 14-24 jährigen Personen aus der Region München berichteten 26% der Männer und 17,7% der Frauen von mindestens einem traumatischen Erlebnis in ihrem Leben. Hier wurde eine Lebenszeitprävalenz der PTBS von 1,3% festgestellt. Eine erhöhte Komorbidität mit anderen psychischen Störungen war ebenfalls auffällig. (Vgl. Landolt, 2004, 47)

Zu berücksichtigen ist wie bereits o.g., dass die Studien stets nur die Erscheinung der posttraumatischen Belastungsstörung berücksichtigen. Dies bedeutet, dass nur ein traumatisches Ereignis, welches in der Regel sehr offensichtlich ist (z.B. Verkehrsunfall) ist, als Auslöser für die Diagnose einer PTBS ausreicht.

Nicht berücksichtigt werden hierbei Kinder und Jugendliche mit mehreren traumatischen Erlebnissen (beispielsweise Vernachlässigung und Missbrauch), die diesen über einen langen Zeitraum ausgesetzt waren und bei denen sich nicht klar ein einziges traumatisches Erlebnis herausfiltern lässt. Häufig werden diese Kinder und Jugendlichen auf Grund ihrer entwickelten Persönlichkeitsveränderungen und Komorbiditäten auffällig und die auslösenden Ereignisse sind nur noch schwer zu erkennen, da diese beispielsweise über Jahre im häuslichen Rahmen auftraten. Hinzu kommt, dass besonders Kinder im Kleinkindalter das traumatische Erlebnis als dieses noch nicht identifizieren können. Somit erscheint es extrem schwierig eine Aussage über die reale Prävalenz von Traumafolgestörungen im Kindes- und Jugendalter zu treffen.

## 4. Trauma und Psychopathologie in der Heimerziehung

### 4.1 Prävalenz

„In der Bundesrepublik leben momentan ca. 77.000 Kinder, Jugendliche und Adoleszente in stationären Jugendhilfemaßnahmen.“ (Schmid, 2007, 17)

Diese waren häufiger als normal aufwachsende Kinder mit extremen psychosozialen Belastungen konfrontiert.

„Kinder aus der stationären Jugendhilfe sind kumulierten psychosozialen Risiken und Verkettungen von Typ 2-Traumatisierungen ausgesetzt. Bei der Betrachtung dieser Belastungsfaktoren ist zu beachten, dass diese Belastungsfaktoren vermutlich größer sind, [...] da nur noch die Kinder und Jugendlichen aus besonders belasteten Lebensverhältnissen in die Heimerziehung gelangen.“ (Schmid, 2007, 21)

Meltzer et al. (2003) berichten, dass 62% der Heimkinder vernachlässigt, körperlich misshandelt oder sexuell missbraucht wurden. (Meltzer et al., 2003, zitiert nach Schmid, 2009, 21)

In der Studie von Kühn (1998) werden diese Risikofaktoren nochmals unterteilt. Hier ergab die Studie eine Vernachlässigungsprävalenz von 44%, 35% bei körperlicher Misshandlung und 48% erlebten den Zusammenbruch ihrer derzeitigen Familienkonstellation. 28% der Kinder fielen im Alltag als desorientiert und verwahrlost auf und bei 60% ließ sich eine massiv gestörte Eltern-Kind-Beziehung erkennen. (Kühn, 1998, zitiert nach Schmid, 2009, 21)

Die Gesamtstichprobe von Burns et al. (2004) von 3.803 Kindern zeigte 63,6% Vernachlässigung, 53% häusliche Gewalt und 55% sexuellen Missbrauch auf. Weiterhin wiesen 60,7% der Eltern gravierende Risikofaktoren auf. (Psychopathologie, Gewalttätigkeit, Erkrankung) (Burns et al., 2004, zitiert nach Schmid, 2009, 22)

Die Folgen von Misshandlung und Missbrauch sind für die betroffenen Kinder und Jugendlichen immens gravierend. Schmid (2009) geht davon aus, dass die Wahrscheinlichkeit für die Ausprägung einer psychischen Störung für betroffene Kinder zwölf Mal höher liegt als in der Allgemeinbevölkerung. Ferner liegt das Suizidrisiko fünf Mal höher. (Vgl. Schmid, 2009, 24)

Die Prävalenz von Traumafolgestörungen lässt sich wie bereits o.g. nur schwer erfassen. Weiterhin lässt sich jedoch eine Aussage über das generelle Auftreten psychischer Störungen bei Heimkindern stellen.

Die Kinderdorf-Effekt-Studie untersuchte 12 Kinderdörfer mit 103 Kindern (Altersdurchschnitt 9,1) zum Zeitpunkt der Aufnahme. Die Studie erbrachte eine Rate von 80% auffälligen Kindern,

insbesondere überwogen Bindungsstörungen, hyperkinetischen Störungen und Schulprobleme. (Vgl. Schmid, 2009, 29)

Kritisch ist zu sehen, dass sich die Kinder im Stadium der Aufnahme befanden. Die Kinder hatten noch keine Möglichkeit zur Eingewöhnung und wurden unmittelbar aus dem häuslichen Umfeld genommen. Es ist anzunehmen, dass diese Kinder Verhaltensweisen aufzeigten, die in der Folge der Eingewöhnung später evtl. nicht mehr auftraten. Der emotionale Schwerpunkt dieser Kinder liegt erstmals darin, sich auf die neue Situation anzupassen und vertrauenswürdige Bindungen aufzubauen. Somit erscheint die Prävalenz von 80% sehr hoch.

Auf der anderen Seite lässt sich jedoch sagen, dass gerade in diesem Zustand Kinder Aufschluss über ihr vorheriges Milieu geben können, da sie sich noch nicht an das pädagogische Umfeld gewöhnt haben und der Einfluss des vorher schädigenden Milieus noch am stärksten erkennbar ist.

## 4.2 Risiko- und Schutzfaktoren

Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen sind häufig verschiedenen Belastungen ausgesetzt gewesen, die letztendlich zu schweren Traumatisierungen führen können. Die traumatischen Erfahrungen geschahen dabei oft zeitgleich und über einen langen Zeitraum. Dies wiederum führt dazu, dass sich diese im Erleben der Kinder bedingen und ergänzen. Oftmals werden die Auslöser für die verschiedenen Traumata nicht erkannt, da diese im häuslichen Rahmen geschahen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass ein Großteil dieser Kinder verschiedener Gewalterfahrungen gemacht hat. Trennungserfahrungen haben hingegen alle Kinder hinter sich. (Vgl. Weiß, 2009, 20f)

Die Ärzte und Psychologen Egle, Hoffmann und Joraschky (2000) stellten folgende gesicherten Risikofaktoren für die Entstehung von Psychopathologie im Kindesalter auf:

- Emotionale Misshandlung
- Körperliche Misshandlung
- Sexuelle Misshandlung
- Elterlicher Alkohol- und Drogenmissbrauch
- Niedriger sozioökonomischer Status
- Trennung/Scheidung
- Psychische und/oder körperliche Erkrankung der Eltern
- Chronische familiäre Disharmonie
- Elterlicher Verlust der Arbeitsstelle
- Häufige Umzüge oder Schulwechsel
- Wiederverheiratung eines Elternteils
- Ernste Erkrankung in der Kindheit
- Väterliche oder mütterliche Abwesenheit
- Mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr
- Körperliche Gewalt in der Familie

- Kriminalität oder Devianz eines Elternteils

(Vgl, Egle et al, 2000, 14)

Ergänzend dazu führt Weiß weitere Risikofaktoren auf:

- Emotionale Vernachlässigung
- Körperliche Vernachlässigung
- Anhaltende Abweisung
- Ungebührliche elterliche Machtausübung (z.B. Münchhausen by Proxy)
- Unfälle
- (gewaltsamer) Tod eines Familienangehörigen
- Körperliche Behinderung
- Geistige Behinderung

(Vgl. Weiß, 2009, 21)

Diese Risikofaktoren sind nicht gleichzusetzen mit traumatischen Ereignissen, können jedoch zu Traumatisierungen führen.

Das Konzept der Risiko- und Schutzfaktoren geht davon aus, dass diese Faktoren zusammenwirken und die Entstehung eines Traumas beeinflussen. Ein Kind kann beispielsweise vielzähligen Risikofaktoren ausgesetzt gewesen sein, ohne jedoch diese als Trauma erlebt zu haben bzw. schafft das Kind eine gesunde Verarbeitung dieser, da es über ausreichend Schutzfaktoren und Ressourcen verfügte, um diese Erlebnisse zu überstehen.

Die Verarbeitung der gefährdenden Erlebnisse ist also stets individuell, jedoch gilt grundsätzlich: Je mehr Schutzfaktoren, desto besser sind die „Möglichkeiten der Anpassung an die traumatisierende Umgebung und spätere Heilung.“ (Weiß, 2009, 37)

Eine weitere Risikoerhöhung steht in Verbindung mit dem Alter des Kindes, welches gefährliche Situationen erleben musste. Besonders prägend sind bei Kleinkindern speziell Misshandlungen und Deprivationserfahrungen, da diese die Entwicklung von gesunden Bindungserfahrungen gefährden und somit weiterführend auch auf die kognitive, emotionale und soziale Entwicklung einwirken. Zusätzlich verfügen Kleinkinder noch nicht über die Fähigkeit der Ich-Funktion, d.h. es fehlen wichtige psychische Schutzfaktoren zur Abspaltung, Verdrängung oder Abgrenzung. (Vgl. Weiß, 2009, 38)

Auch die Länge und Häufigkeit der Ereignisse (Vgl. Typ-1 oder Typ-2), sowie die familiären Beziehungen und das Verhältnis zum Täter bestimmen maßgebend die Schwere der Schädigung. (Vgl. Weiß, 2009, 38)



Folgende Schutzfaktoren gelten als Erkenntnis aus der Resilienzforschung als gesichert:

- Prätraumatische psychische Ausgangslage
- Geschlechtszugehörigkeit (Mädchen sind resilienter als Jungen)
- Alter des Kindes
- Stabilität und Ausgewogenheit der Ich-Funktionen
- Qualität der zwischenmenschlichen Beziehung
- Chronizität und Schwere der Misshandlung
- Beziehung zu Täter/Täterin
- Stärke der geäußerten Drohung
- Emotionales Klima in der Familie
- Schwere der Schuldgefühle
- Physische Konstitution
- Entlastung der Mutter
- Großfamilie, kompensatorische Elternbeziehungen
- Verfügbarkeit über einen tragenden Halt
- Intelligenz
- Aktives und kontaktfreudiges Temperament
- Kreativität
- Sicheres Bindungsverhalten
- Sozialer Halt (Jugendgruppe, Schule, Kirche, Sportverein)
- Dauerhafte gute Beziehung zu mindestens einer primären erwachsenen Bezugsperson
- Humor
- Möglichkeit der Realitätsanerkennung

(Vgl. Weiß, 2009, 38f)

### **4.3 Risiken von Kindern in der stationären Kinder- und Jugendhilfe**

Um traumatisierten Kindern und Jugendlichen auf pädagogischer Ebene begegnen zu können, ist es unabdingbar über mögliche Risiken für eine Traumatisierung informiert und geschult zu sein.

Traumatisierte und vor allem chronisch mehrfach traumatisierte Kinder und Jugendliche weisen im stationären Kontext verschiedene Verhaltensweisen auf, deren Logik nicht immer erklärbar ist und Grenzerfahrungen für das pädagogische Personal mit sich bringt. Es ist somit essentiell, die häufigsten Risiken für Traumata zu (er-)kennen, um adäquat auf das Kind zu reagieren und Retraumatisierungen zu vermeiden. Im Folgenden werden Risikosituationen aufgeführt, die besonders Kinder und Jugendliche in stationärer Unterbringung betreffen. (Vgl. Weiß, 2009, 22)

### 4.3.1 Vernachlässigung

„Als die häufigste Form von Kindesmisshandlung mit potentiell schwerwiegenden Konsequenzen benennen Jugendämter die Vernachlässigung.“ (Weiß, 2009, 22)

Vernachlässigung unterscheidet sich von Misshandlung in ihrer Aktivitätsweise. Wohingegen Kindern, die Misshandlung erlebt haben, Aufmerksamkeit, wenn auch unangepasst und zerstörerisch, zuteilwurde, werden vernachlässigte Kinder von ihren Eltern oder Bezugspersonen nicht oder nur unzureichend wahrgenommen.

Die Vernachlässigung kann aktiv und bewusst oder unbewusst erfolgen. Entscheidend ist, dass essentielle Versorgungsleistungen ausbleiben, die für die Entwicklung des Kindes grundlegend sind. (z.B. ärztliche Versorgung, Nahrung, Kleidung, kognitive Anregung, emotionale Zuwendung) (Vgl. Weiß, 2009, 22f)

Von Klitzing (2009) definiert Vernachlässigung unter dem Bindungsaspekt als pathogene Fürsorge. Diese umfasst:

- Grundlegende Missachtung der grundlegenden körperlichen und/oder emotionalen Bedürfnisse
- Wiederholter nicht entwicklungsangemessener Wechsel der wichtigen Bezugspersonen

(von Klitzing, 2009, 14)

Weiterhin werden ergänzende Risikofaktoren definiert, die das Phänomen umschreiben und letztendlich zu Vernachlässigungserscheinungen führen können:

- Elterliche Psychopathologie
- Elterlicher Suchtmittelmissbrauch
- Häufiger Wechsel von Bezugspersonen auf Grund familiärer Notlagen
- Fehlende *intuitive Elternschaft*<sup>1</sup>

(Vgl. von Klitzing, 2009, 26)

In einem Vernachlässigungsszenario kommt es sehr selten zu Eltern-Kind-Interaktionen und wenn, dann unangemessen und nicht den Bedürfnissen des Kindes entsprechend. (z.B. Alleinlassen des Kindes, wenn es hungrig schreit) Ebenso wird häufig das Bedürfnis nach körperlicher Zuwendung nicht erfüllt, was wiederum einen Mangel an Körperstimulation mit sich bringt. Im Endeffekt führt Vernachlässigung über einen langen Zeitraum zu schweren Entwicklungsrückständen und zu einer gestörten Ich-Wahrnehmung. Durch die fehlende Stimulation wird dem Kind die Möglichkeit

---

<sup>1</sup> Intuitive Elternschaft ist ein biologisch angelegtes Erlebens- und Verhaltensmuster, welches es Eltern ermöglicht, entwicklungsgerecht und angemessen auf die biologischen, sozialen und emotionalen Bedürfnisse ihrer Kinder einzugehen (von Klitzing, 2009, 24)

genommen, sich selbst adäquat wahrzunehmen und zu spüren, was wiederum zu erhöhter Vulnerabilität in Bezug auf traumatische Erlebnisse führt. Ein Kind, welches zu wenig Input und damit verbundenem Feedback erhalten hat, lernt auch nicht, dass es selbstwirksam, selbstbewusst und selbstreflektiert sein kann. Als Folge kann es im Umkehrschluss auch keine Empathie herausbilden, was sich im späteren Kommunikations- und Sozialverhalten widerspiegelt. (Vgl. Weiß, 2009, 22ff)

*Robert (10) wuchs mit 6 Geschwistern bei seiner alleinerziehenden Mutter auf. Um genügend Zimmer zu haben, bewohnt Sie zwei nebeneinander liegende Wohnungen. Roberts Mutter war häufig mit ihrer Situation überfordert. Heute leben 6 von 7 Kindern in stationärer Unterbringung, weil der Verdacht auf Kindeswohlgefährdung im Sinne von Verwahrlosung bestand. Auch Robert wohnt nun seit 3 Jahren in verschiedenen stationären Einrichtungen. Besonders Roberts Sozialverhalten gab den Anlass zu häufigen Hilfsabbrüchen. Robert hat ein geringes Selbstbewusstsein, findet sich dumm und hässlich, wird schnell körperlich aggressiv und kann sich nur schwer in Andere hineinversetzen.*

#### **4.3.2 Seelische Misshandlung**

Seelische Misshandlung ist im Gegensatz zu den anderen Misshandlungsformen nicht durch die aktive Handlung, sondern durch die Art der Beziehung definiert.

Maßgeblich ist eine „aktiv feindselige, entwürdigende, einschüchternde und verbal schädigende Interaktion“ als „ein durchgehendes Muster der Eltern-Kind-Beziehung.“ (Herrmann, 2006, 89)

Seelische Misshandlung umfasst u.a. „Erniedrigung, Entwürdigung, Zurückweisung, emotionale Unerreichbarkeit, Gebrauch des Kindes für die Bedürfnisse des Erwachsenen und Terrorisierung.“ (Weiß, 2009, 24)

Entscheidend für eine Traumatisierung ist, dass die schädigende Interaktion Bestandteil der typischen Kommunikation ist. (Vgl. Weiß, 2009, 25)

Wechseln die Elternfiguren zwischen schädigenden und positiveren Interaktionsmustern, so führt dies nicht zwingend zu traumatischen Erlebnissen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass das Kind keine Sicherheit gegenüber seiner Bindungsperson aufbauen kann, da es kein Muster in den Verhaltensweisen erkennt und somit die inneren aufgebauten Arbeitsmodelle desorganisiert ausgebildet werden. Somit besteht die erhebliche Gefahr zur Herausbildung von desorganisierten Bindungsmustern und das Risiko zur Entstehung von anderen psychischen Auffälligkeiten steigt signifikant.

Herrmann (2006) formuliert die Annahme, dass Vernachlässigung und emotionale Misshandlung einen gravierenderen Risikofaktor für die Entwicklung langfristiger Schädigungen als aktive Misshandlungsformen bilden. (Vgl. Herrmann, 2006, 89)

Längerfristige Folgen und spätere auffällige Verhaltensweisen sind u.a. dissoziales Verhalten, geringes Selbstwertgefühl, negative Weltsicht, Kommunikationsarmut, Angst und Schreckhaftigkeit und selbstzerstörerisches Verhalten.

### **4.3.3 Körperliche Misshandlung**

Während bei der Vernachlässigung und in bestimmten Fällen auch bei der seelischen Misshandlung dem Kind kaum Reize gesetzt werden bzw. es eine kaum stimulierende Beziehung erlebt, kommt es bei den körperlichen Misshandlungen zu einer aktiven, sogar überstimulierenden und verletzenden Eltern-Kind-Interaktion. Häufige Gründe für körperliche Misshandlung sind die Äußerungen (Weinen, Neugier, Testen) des Kindes und sein Explorationsverhalten. In der Folge weisen körperlich misshandelte Kinder häufig kognitive, vor allem sprachliche Defizite auf und weiterhin schwach ausgeprägte Leistungsfähigkeiten, wie z.B. Belastbarkeit und Durchhaltevermögen. Der Lernprozess, dass auf jedes mögliche aktive Verhalten Bestrafung folgt, führt dazu, dass misshandelte Kinder häufig durch hyperaktives und negatives Verhalten auffallen, um negative Aufmerksamkeit zu erlangen. (Vgl. Weiß, 2009, 25f)

*Jakob (10) und seine Mutter waren über einen langen Zeitraum der Gewalt des Stiefvaters ausgesetzt. Jakob wurde dabei häufig eingesperrt und geschlagen, musste aber auch das Gleiche gegenüber seiner Mutter beobachten. Jakob hat heute einen IQ an der Grenze zur geistigen Behinderung, bekommt regelmäßig Logopädie auf Grund eines Sprachfehlers. In der Schule fällt er immer wieder auf, weil er mit Kritik nicht umgehen kann. Er randaliert dann im Klassenzimmer, verlässt das Schulgelände oder zerstört fremdes Eigentum.*

Gegensätzlich dazu weisen Kinder mit Gewalterfahrungen ein extrem angepasstes Verhalten auf. (Chamäleonverhalten) Dieses ist ebenfalls Ausdruck ihrer Anpassung an das gewalttätige Umfeld.

„Sie haben gelernt genau zu beobachten, um einen eventuellen Gefahrenherd zu lokalisieren und ihm ausweichen zu können. Sie sind oft ängstlich bemüht, nicht aufzufallen und nichts falsch zu machen. So liegen sie auf der Lauer, sie ziehen sich zurück, sie haben Angst. Dann wiederum platzen sie, agieren aus und sind aggressiv.“ (Weiß, 2009, 26)

#### 4.3.4 Häusliche Gewalt

Gewalt innerhalb eines Haushaltes geschieht in der Regel bei Männern gegen Frauen. In Einzelfällen kommt es auch zu Gewaltakten an Männern. Wenn Mütter Gewalt durch ihren Partner erleben müssen, sind sehr häufig die Kinder direkt anwesend oder in einem Nebenzimmer. Nicht selten werden die Kinder ebenfalls Opfer von körperlichen oder sexuellen Übergriffen durch den Partner der Mutter. Die Beziehung zwischen einem Kind, welches durch eine Vergewaltigung gezeugt wurde, und seiner Mutter weist starke Beeinträchtigungen auf und häufig werden insbesondere Jungen mit dem Täter und der Tat verbunden. (Weiß, 2009, 27)

Die Folgeerscheinungen sind abhängig von Erfahrungen und Interpretation durch das Kind oder den Jugendlichen. Kinder unterdrücken ihre Gefühle, um die Mutter nicht noch mehr zu belasten und weil das Thema mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit innerhalb der familiären Kommunikation tabuisiert ist. Verantwortungs- und Schuldgefühle werden Bestandteil der kindlichen Einstellung, da sie oftmals in den Konflikten verschiedene Rollen einnehmen müssen. (Schlichter, Tröster, Parteiischer, aber auch selbst Opfer) Weiterhin erfolgt das weitere Beziehungsverhalten geschlechtsspezifisch: Während Mädchen, die sich mit der Mutter identifizieren, im Erwachsenenalter dazu neigen, die Opferrolle in der eigenen Partnerschaft erneut einzunehmen, weisen Jungen, die sich mit dem Vater identifizieren, später das gleiche gewalttätige Verhalten auf. (Vgl. Weiß, 2009, 27f)

„Obwohl ein automatischer Gewaltkreislauf nicht angenommen werden kann, belegt die Forschung einen starken Zusammenhang zwischen den Kindheitserfahrungen und eigenem Gewalthandeln.“ (Weiß, 2009, 28)

Andauernde aktive und passive Gewalterfahrungen führen fortführend dazu, dass das Kind nicht lernen kann, wie sozial verträglich Konflikte ausgehandelt werden. Dies führt dazu, dass das Kind, je nach Identifikation, entweder keine Konflikte eingeht oder gelernt hat oder dass die eigene Meinung durch körperliche Akte durchgesetzt werden muss.

*Jakob möchte gern nach dem Abendbrot noch rausgehen. Hierfür müssen verschiedene Kriterien beim Abendessen eingehalten werden. Die Reflexion seines Verhaltens in der Auswertungsrunde passt mit der Bewertung der drei anwesenden Pädagogen nicht zusammen. Jakob beginnt zu diskutieren. Er wird dabei immer lauter und beginnt letztendlich zu schreien. Ihn interessieren die Argumente der Pädagogen nicht mehr. Jakob beginnt sein Geschirr und seinen Stuhl nach den Pädagogen zu werfen.*

### 4.3.5 Traumatische Sexualisierung

Die Spezifik der traumatischen Sexualisierung im Vergleich zu anderen traumatischen Erlebnissen liegt in der unangemessen und nicht dem Entwicklungsstand entsprechenden Beeinflussung der sexuellen Entwicklung des Kindes, sowie der aktiven Verleumdung, da die sexualisierte Gewalt in der Regel mit einem Geheimhaltungsgebot einher geht. Dies führt dazu, dass die Opfer ihre Wahrnehmung anzweifeln und der Täter sich zusätzlich so verhält als gebe es, auch während der Handlung, keinen sexuellen Missbrauch. Weiterführend folgt daraus, dass die betroffenen Kinder und Jugendliche ebenso beginnen die Tat zu verleugnen und sich selbst den Missbrauch nicht eingestehen. Typische Abwehrmechanismen sind hier dissoziative Zustände oder Umdeutungen. Kinder, die nicht über Abspaltungstechniken verfügen haben, müssen somit die Situationen umkonstruieren, um die Tat zu rechtfertigen. In vielen Fällen geben sich die Opfer die Schuld an der Tat. Dieses Phänomen der Eigenschuld und Eigenverantwortung wird auf verschiedene Weise versucht zu erklären. Eine Erklärung basiert auf der Annahme, dass Schuld als aktiver Prozess leichter auszuhalten und beeinflussbarer ist als Ohnmacht und Hilflosigkeit. Weiterhin können die Schuldgefühle vom Täter übernommen sein oder als dritte Annahme fühlt sich das Kind nach der Offenbarung immer noch allein betroffen und muss somit selbst der Anlass für den Missbrauch gewesen sein. (Vgl. Weiß, 2009, 29ff)

Finkelhor und Browne (1985) entwickelten zur Erklärung sexueller Missbrauchsfolgen das „*Modell der vier traumatogenen Faktoren*“, welches folgende Faktoren enthält:

<i>Verrat</i>	Das Vertrauen ist zutiefst erschüttert, da eine Person, von der das Kind emotional abhängig ist, ihm Schaden zufügt
<i>Ohnmacht/Hilfslosigkeit</i>	Die grundlegende Missachtung seines Willens, seiner Bedürfnisse und Wünsche und die (fortgesetzte) Verletzung seiner körperlichen Integrität konfrontieren das Kind mit Gefühlen der Ohnmacht und Hilflosigkeit. Die Überzeugung der eigenen Kontrollfähigkeit wird ständig untergraben
<i>Stigmatisierung</i>	Das missbrauchte Kind wird mit den negativen Bedeutungen und Implikationen von sexuellem Missbrauch und Opfersein konfrontiert
<i>Traumatische Sexualisierung</i>	Die Sexualität des Kindes wird in einer Weise geprägt, die nicht dem Entwicklungsstand entspricht und die zwischenmenschlich dysfunktional ist

(Finkelhor und Browne (1985) zitiert nach Weiß, 2009, 30)

Jeder einzelne Faktor führt zu verschiedenen Dynamiken und Verhaltensweisen. Der *Verrat* gipfelt in misstrauischen Grundeinstellungen, Wut und Aggressivität, aber ebenso in depressiven Verhaltensweisen, was wiederum die aktive Opferrolle verstärkt. *Ohnmachts- und Hilflosigkeit* haben extreme Auswirkungen auf das Selbstkonzept. Diese Gefühle führen zu dissoziativen Zuständen, aber auch zu Angstzuständen und zwanghaften Verhalten. Die *Stigmatisierung* wiederum erhöht den Grad der Tabuisierung noch mehr und gibt dem Opfer das Gefühl, allein in seiner Situation zu sein und verstärkt Schuld- und Schamgefühle. Die *sexuelle Traumatisierung* verändert die altersgerechte Einstellung zu Sexualität und Liebe grundsätzlich. Sexualität nimmt somit einen bedeutenden Stellenwert im Leben des Kindes oder Jugendlichen ein. Es kommt zu verwirrten sexuellen Normen, übermäßiger Beschäftigung mit Sexualität, der Gleichsetzung von Sex mit Liebe und zu übermäßigen, unverhältnismäßigen sexuellen Verhaltensweisen (z.B. exzessives Masturbieren, übertriebenes Interesse, Berühren der Körperteile Anderer) (Vgl. Weiß, 2009, 31)

#### **4.3.6 Traumatische Trennung**

Die traumatische Trennung stellt einen der häufigsten Risikofaktoren in Bezug auf Kinder im stationären Jugendhilfesystem dar, da all diese Kinder plötzlich und häufig gegen ihren Willen aus dem häuslichen Umfeld in ein neues, ungewohntes Setting gebracht wurden.

Obwohl Trennungen zum normalen Bestandteil des Lebens gehören, ist es entscheidend unter welchen Umständen die Ablösung erfolgt und wie das betroffene Individuum dies verarbeitet. Grundsätzlich gilt: Je jünger, desto schwieriger die Trennungsverarbeitung. Die Trennung von den Personen, zu denen das Kind ein gefühlsmäßiges Band aufgebaut hat, also zu den primären Bezugspersonen hat einen hohen Hang zur traumatischen Trennung, unabhängig von den vorher herrschenden Umständen. (Vgl. Weiß, 2009, 33)

Immer wieder wird der Pädagoge in der Heimerziehung mit Kindern und Jugendlichen konfrontiert, die extrem misshandelt und vernachlässigt wurden, die aber dennoch die plötzliche Trennung zu den Eltern als zusätzlich traumatisch erlebt haben können.

Nicht selten müssen Kinder neben dem eigentlichen Abschied vom Elternhaus noch weitere Trennungsszenarien verarbeiten. Diese sind meist mit starken Schuldgefühlen verbunden. Häufig denken die Kinder und Jugendlichen, dass sie selbst die Schuld dafür tragen, das Elternhaus verlassen zu müssen und sie selbst der Grund für Probleme zwischen den Eltern sind. Oftmals geht einer Fremdunterbringung eine elterliche Trennung voraus, wodurch die Kinder und Jugendlichen mit den

Gefühlen der eigenen und der elterlichen Trennung sich auseinandersetzen müssen. Die daraus resultierende traumatische Trennung äußert sich dann primär im Bindungsverhalten, also entweder in zwanghaftem Beziehungssuchen oder der Abwehr von jeglichen Beziehungspersonen. Entscheidend ist, dass beide Extreme Abwehrmechanismen sind, durch die sich das Kind zu schützen versucht. (Vgl. Weiß, 2009, 34)

#### **4.3.7 Kinder psychisch kranker Eltern**

Kinder psychisch kranker Eltern können allen o.g. Risiken ausgesetzt sein. Folgende Faktoren beschreiben die Bandbreite möglicher Risiken:

- Emotionale Vernachlässigung
- Materielle Vernachlässigung
- Misshandlung
- Permanente Grenzüberschreitung
- Loyalitätskonflikte
- Finanzielle Probleme
- Überforderung
- Parentifizierung
- Schuld- und Schamgefühle
- Isolation
- Geheimhaltung
- Ausgrenzungserfahrungen

(Weiß, 2009, 35f)

In vielen Fällen wiegt besonders die Auflösung klassischer Rollen sehr schwer. Das Elternteil, welches eigentlich Stabilität und Orientierung bieten müsste, braucht diese vom Kind und fordert sie evtl. aktiv ein. Das Kind oder der Jugendliche ist somit mit vielen unangemessenen Anforderungen konfrontiert, die es zu lösen versucht. Nicht selten müssen Kinder sich um den Haushalt und um jüngere Geschwister kümmern, das Elternteil versorgen und gleichzeitig Schulaufgaben lösen. Ängste und Schuldgefühle spielen dabei eine zentrale Rolle. Das Kind hat Angst etwas falsch zu machen, dass es die Mutter oder den Vater an die Krankheit verliert oder selbst an der psychische Erkrankung leiden wird. Das Kind kann gar nicht allen Anforderungen gerecht werden und fühlt sich dafür letztendlich schuldig. (Vgl. Weiß, 2009, 35ff)

Dennoch muss solch eine Lebenssituation nicht zwingend zum Trauma führen. Entscheidend sind die Ressourcen des Kindes und eventuelle Entlastungsmöglichkeiten. Im Umkehrschluss wird diese Situation für Kinder mit weniger Ressourcen und erschwerenden anderen Belastungen zu schweren Krisen, die wiederum zu entwicklungspezifischen Traumafolgestörungen führen können.



## **4.4 Traumatische Erscheinungsformen**

In der stationären Jugendhilfe ist es besonders schwierig zu analysieren, welches Verhalten von welcher traumatischen Erfahrung stammt, da die betroffenen Mädchen und Jungen häufig über längeren Zeitraum mehreren Trauma-auslösenden Risikofaktoren ausgesetzt waren. Die Auswirkungen repräsentieren sich jedoch letztendlich auf drei Ebenen:

1. Selbstbild
2. Beziehungsfähigkeit
3. Verhalten

Entscheidend ist dabei für die pädagogische Fachkraft, inwiefern die grundlegenden Fähigkeiten eines traumatisierten Kindes durch verschiedene schädigende Einflüsse beeinträchtigt wurden und wie sich diese äußern. (Vgl. Weiß, 2009, 41f)

### **4.4.1 Selbstbild**

Kinder und Jugendliche, die extremen Schädigungen ihres körperlichen und seelischen Wohles ausgesetzt waren, hatten nicht die Möglichkeit ein bestimmtes (positives) Selbstbild zu entwickeln. Dissoziationen verstärken dieses Phänomen zusätzlich. Eine dauerhafte feindliche Eltern-Kind-Interaktion ohne Liebe, Zueignung und Förderung bietet dem Kind somit keinerlei Grundlage, um sich selbst als liebenswert und kompetent zu sehen. Dies führt dazu, dass sich betroffene Mädchen und Jungen, unabhängig vom tatsächlichen Verhalten, als böse und dumm verstehen. Zusätzlich verstärken Schuldgefühle das negative Selbstbild. Es erfolgt eine Projektion der Schuldgefühle des Täters, da sich die betroffenen Kinder sonst nicht die Tat erklären können und zusätzlich werden die schädigenden Bezugspersonen als gute Menschen im Beziehungskonzept erhalten. Weiterhin wird die häufige Unterwürfigkeit ein Bestandteil des Selbstbildes. Diese Kinder und Jugendlichen haben gelernt, sich voll und ganz den Bedürfnissen ihrer Täter unterzuordnen, um eventuellen weiteren Schädigungen vorzubeugen. Positive Verstärkung in Form von Lob und Anerkennung haben sie selten erhalten und können damit weiterführend auch nicht adäquat umgehen. Das negative Selbstbild verbietet ihnen Stärken zu erkennen und diese an sich wertzuschätzen. Erfahren sie Lob, so denken sie, dass sie dies nicht für ihr wahres Verhalten erhalten erhaben und fühlen sich in der Konsequenz noch schlechter. Ein Konzept von sich selbst mit Fehlern und Stärken existiert nicht. (Vgl. Weiß, 2009, 43ff)

#### 4.4.2 Beziehungsfähigkeit

Die Beziehungsfähigkeit ist eng gekoppelt an die Erfahrungen des Kindes in Bezug auf die Eltern-Kind-Interaktion in den ersten Lebensjahren. Welche Auswirkungen fehlende oder schädigende Fürsorge auf die Entwicklung des Kindes haben, wird im Bindungsverhalten des Kindes deutlich.

John Bowlby geht in der Bindungstheorie davon aus, dass die Bedürfnisse des Kindes adäquat befriedigt und die Signale von den Eltern richtig gedeutet sein müssen, um schlussendlich eine sichere Bindung zu entwickeln und folglich die Basis für die soziale und kognitive Entwicklung des Kindes zu bilden. Das Kind entwickelt im Folgenden Repräsentanzen, so genannte Arbeitsmodelle, die dem Kind bei der Exploration der Umwelt helfen. Das Kleinkind lernt dabei, dass es seine Bezugsperson als sicheren Hafen zur eigeninitiativen Erkundung nutzen kann. Die Arbeitsmodelle repräsentieren verschiedene Reaktionsketten. (z.B. wenn ich weine, kommt meine Mama und tröstet mich) Das Kind erfährt bei einer sicheren Bindung zur Bezugsperson Zuverlässigkeit in seinen Arbeitsmodellen.

Ist die Eltern-Kind-Interaktion gestört, unabhängig ob sie feindselig oder vernachlässigend ist, so kann das Kind keine verlässlich konstante Erfahrung von emotionaler Sicherheit machen. Die Interaktion wird angstbesetzt, da das Kind nicht sicher vorhersehen kann, wie die Bezugspersonen reagieren. Noch schwieriger wird es für das Kleinkind, wenn die Bindungspersonen keine einheitlichen Signale senden und unterschiedlich auf gleiche Situationen reagieren. (z.B.: Kind schreit vor Hunger, Mutter schreit zurück/ Kind schreit wiederholt vor Hunger, Mutter lässt es allein) Hierbei kann das Kind kein einheitliches Arbeitsmodell aufbauen, sie werden desorganisiert. Dies geschieht in der Regel, wenn Kinder in den ersten Lebensjahren über einen längeren Zeitraum traumatische Erfahrungen gemacht haben. Es besteht weiterhin ein hochgradiger Hang zur Psychopathologie in Form von Bindungsstörungen und anderen psychischen Erkrankungen. Die inneren Arbeitsmodelle sind hochgradig fragmentiert und durcheinander. Auf der Verhaltensebene zeigt das Kind Strategien, die den Bindungskontext nicht erkennen lassen. (Vgl. Brisch, 2013, 105ff)

„Die Kinder sind in einem inneren Konflikt von Angst und Suche nach Nähe gefangen, die einzige Quelle möglicher Sicherheit ist die Quelle ihrer Angst. Sie entwickeln Fähigkeiten um Beziehungen zu kontrollieren. In Gegenwart ihrer Eltern verhalten sie sich ängstlich oder wachsam. In Kindergärten sind sie nicht selten aggressiv und feindselig.“ (Weiß, 2009, 47)

Im weiteren Verlauf ihrer Entwicklung projizieren diese Mädchen und Jungen ihre Bindungserfahrungen wiederum auf andere Beziehungen. Dies äußert sich in starkem Misstrauen oder einem kaum erkennbaren Nähe-Distanz-Verhalten. Der Bindungskontext ist im Verhalten kaum noch zu erkennen, so zeigt das Kind beispielsweise aggressives oder feindseliges Verhalten als Ausdruck seines Wunsches nach Bindung. Dieses Wissen erleichtert Pädagogen in der stationären

Jugendhilfe die anfängliche Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Es erscheint somit logischer, dass der Anfang von Vertrauen und Bindung durch abnorme Verhaltensweisen geprägt ist und hilft die Bedürfnisse des Kindes zu erkennen. (Vgl. Weiß, 2009, 50)

#### **4.4.3 Verhaltensebene – Flashbacks, Re-Inszenierung und Abwehrmechanismen**

„Kinder, die unter chronischen Traumata leiden und keine unterstützende Bezugsperson haben, können die leidvollen Erfahrungen nicht integrieren, zumal sie noch keine ausreichenden Selbstschutzmöglichkeiten haben. Die traumatischen Ereignisse setzen sich – in Fragmenten – in der Seele, im Körpergedächtnis fest und führen ein Eigenleben. Man geht davon aus, dass nicht assimilierte traumatische Erfahrungen in einem besonders aktiven Gedächtnis gespeichert werden, das dazu neigt, die Darstellung der Inhalte zu wiederholen.“(Weiß, 2009, 54)

Die Art und Weise, wie diese Erfahrungen abgespeichert werden, variiert nach Entwicklungsstand und Alter des betroffenen Kindes. Es wird angenommen, dass je jünger Kinder sind, sich die Erinnerung auf einer einzigen Wahrnehmungsebene (ein Geräusch, ein Geruch, ein bestimmter taktiler Reiz usw.) manifestiert. Das traumatische Erlebnis wird somit mit bestimmten Triggern verbunden, die wiederum das Körpergedächtnis aktivieren und ein Wiedererleben in Form von Flashbacks<sup>2</sup> oder Intrusionen<sup>3</sup> auslösen. (Vgl. Weiß, 2009, 55f)

Ein weiteres, teilweise schwer nachvollziehbares, Verhaltensmuster traumatisierter Kinder und Jugendlicher ist die Re-Inszenierung. Dies sind Verhaltensweisen, die sich die Mädchen und Jungen angeeignet haben, um in ihrer traumatisierenden Umwelt überleben zu können und um ihr inneres Gleichgewicht zu erhalten. (Vgl. Weiß, 2009, 58)

*Tim sucht ständig negative Aufmerksamkeit. Er provoziert ihm körperlich überlegene Jungen, beleidigt und zerstört fremdes Eigentum, bricht absichtlich bestehende Gruppenregeln. Er scheint immer auf der Suche nach Bestrafung und Ablehnung zu sein. Er versucht unaufhörlich die Pädagogen zu aggressivem Verhalten zu provozieren, indem er die Nachtruhe stört, spuckt, beißt und beleidigt.*

Verhalten, welches mit keinerlei positiven Aspekten verbunden zu sein scheint, stellt ebenfalls eine Re-Inszenierung dar. Mit dieser Verhaltensweise wird eine Umwelt geschaffen, die dem Kind bekannt ist und somit auf seine eigene Art und Weise Sicherheit bietet. Ein wertschätzendes Umfeld kann nicht ertragen werden, da es einerseits nicht mit dem Selbstbild kongruent ist und andererseits dem

---

<sup>2</sup> Gefühl des Wiedererlebens des traumatischen Ereignisses mit allen dazugehörigen Gefühlen und Sinnen (Vgl. Eckhardt, 2013, 107)

<sup>3</sup> Ungebetene Gedanken, die sich einschleichen und sich fortwährend mit dem traumatischen Ereignis befassen (Vgl. Eckhardt, 2013, 107)

Kind nicht bekannt ist und somit Unsicherheit schafft. Re-Inszenierungen haben ihre eigene Bedeutung für jedes einzelne Kind, somit ist es von größter Wichtigkeit, diese als Pädagoge in der stationären Jugendhilfe zu erkennen und nicht unnötig oder falsch zu sanktionieren.

*Georg ist sechs Jahre alt und seit einem Jahr in der intensivpädagogischen Wohngruppe. Mit dem Alter von vier musste er mit ansehen, wie sein leiblicher Vater seine Mutter bewusstlos schlug. Seine Mutter hat eine diagnostizierte Borderline-Störung und hypochondrische Züge. Georg selbst hat große Schwierigkeiten beim Einschlafen und allgemein mit dem Alleinsein in seinem Zimmer. Immer wieder uriniert er abends in sein Zimmer, damit er nicht mehr darin bleiben muss und bei einem anderen Kind Zimmer schlafen kann. Zusätzlich klagt er dann über verschiedene körperliche Beschwerden, damit ein Betreuer sich weiter um ihn kümmert.*

Die Angst vor dem Dunkeln hat für Kinder in der stationären Jugendhilfe einen großen Stellenwert. Häufig wurden die Mädchen und Jungen alleingelassen und isoliert, die Dunkelheit und die damit verbundene Reizarmut verstärkt dieses Gefühl noch zusätzlich. Verhaltensweisen, die das Schlafengehen herauszögern oder die Nacht vermeiden, erscheinen somit logisch und nachvollziehbar.

Wie bereits in Kapitel 3.1 erwähnt, wird instinktiv versucht gefährliche Reize zu vermeiden. Ist eine physische Flucht nicht möglich, kommt es zur Anwendung von Abwehrmechanismen in psychischer Form. Hierzu zählen u.a. Dissoziationen, taktile Gefühllosigkeit bestimmter Körperteile, Müdigkeit, lähmungsartige Zustände, Schmerzlosigkeit, Abspaltung der Persönlichkeit. Diese Abwehrmechanismen waren im Trauma-auslösenden Zustand überlebenswichtig, erzeugen jedoch im weiteren Verlauf des Lebens des Kindes neues Leid und verstärken das Gefühl des Andersseins. (Vgl. Weiß, 2009, 56ff)

## **5. Traumazentrierte Pädagogik**

Das Wissen um die Auswirkungen von Traumata auf die Persönlichkeit, das Verhalten und die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen hilft Pädagogen der stationären Jugendhilfe letztendlich diese Jungen und Mädchen besser zu verstehen. Fragwürdig bleibt vorerst, wie man im stationären Rahmen auf die in Kapitel 4.4 genannten Auswirkungsebenen pädagogisch intervenieren kann.

Martin Kühn entwickelte hierfür die „Pädagogik des sicheren Ortes“. Er ging davon aus, dass Pädagogik einen wichtigeren Stellenwert in der Arbeit mit Traumata haben müsse, da gerade in der

pädagogischen Arbeit ein regelmäßigerer Kontakt im Vergleich zu psychotherapeutischen Sitzungen mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen stattfindet. Letztendlich führt eine traumapädagogische Konzeption weiterhin zu einem interdisziplinären Austausch und einer höheren Bedeutung der Pädagogik. Besonders kritisierte Kühn die Reaktionskette der „Eskalation der Hilfen“. Darin beschreibt Kühn den häufigen Ablauf in den Erziehungshilfen, der aus Überforderung entsteht, was wiederum zu Abbrüchen und einem (wiederholten) Settingwechsel für betroffene Kinder und Jugendliche führt. Er führt dies auch auf mangelndes Wissen im Umgang mit problematischen Verhaltensweisen und der Delegation auf externe Therapeuten zurück. Im Folgenden ändert sich trotz ambulanter Therapie nicht viel am Verhalten des Kindes und somit ist es nicht mehr tragbar. Die Hilfe wird abgebrochen und das Kind beginnt eine neue Hilfemaßnahme. Die Auswirkungen lassen sich folglich mit Re-Traumatisierungserfahrungen vergleichen und das Kind oder der Jugendliche wird in seinem negativen Selbstbild bestätigt. (Vgl. Kühn, 2006, 5)

### 5.1 Bausteine der „Pädagogik des sicheren Ortes“

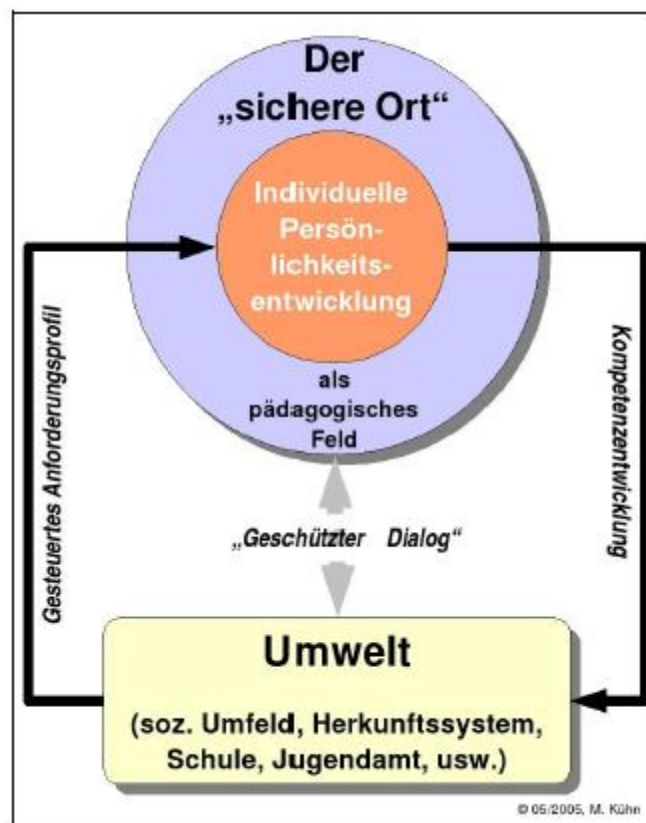


Abbildung 1

Grundannahme der „Pädagogik des sicheren Ortes“ ist die Sicherung eines geschützten Rahmens für das Kind (der sichere Ort), in dem es seine Persönlichkeit frei und individuell entwickeln kann. Der sichere Ort als pädagogisches Feld führt in Kooperation mit dem Kind die Interaktion zur Umwelt. Diese Interaktion entwickelt sich mit steigender Kompetenz des Kindes und gleichfalls durch steigende Anforderungen durch die Umwelt. Im Endeffekt hilft der sichere Ort dem Kind in der Interaktion bis es letztendlich als Ziel selbstständig mit seiner Umwelt kommunizieren kann. Hierfür definierte Kühn verschiedene Bausteine, die den Hilfeverlauf und das Kind begleiten. Das Hilfesystem müsse dafür grundlegend geändert und neue Standards definiert werden.

### **5.1.1 Baustein 1 – Aufnahme**

„Der Gestaltung der ersten Tage für ein „neues“ Kind muss unbedingte Priorität trotz Alltagsgeschäftes eingeräumt werden, um die Aufnahmesituation so deeskalierend wie möglich zu gestalten.“ (Kühn, 2006, 9)

Gerade zum Zeitpunkt der Aufnahme erleben besonders das Kind und das Herkunftssystem extreme Belastungen. Um diese so gering wie möglich zu halten, müssen verschiedene Standards eingehalten werden:

- Ein standardisiertes Aufnahmeverfahren
- Klare Rollenverteilung innerhalb des pädagogischen Teams
- Einführung von Kinderpatenschaften: ein gleichaltriges oder älteres Kind übernimmt verschiedene Orientierungsaufgaben für das neue Kind und erleichtert somit den Einstieg erheblich

(Kühn, 2006, 8f)

### **5.1.2 Baustein 2 – Diagnostik im Sinne von Prognostik**

Diagnostik ist unerlässlich für die weitere pädagogische Arbeit. Pathogenetische Ansätze erscheinen hier als nicht sinnvoll. Vielmehr soll Diagnostik „Ausgangspunkt für neue, weitere Entwicklungsmöglichkeiten“ (Kühn, 2006, 10) bieten, somit ist ein ressourcenorientierter Ansatz entscheidend.

„Diagnostik muss helfen, das Eigenkonzept des Kindes zu verstehen.“ (Kühn, 2006, 10)

Für eine dem Kind gerechte Diagnostik ist es entscheidend die häufig durch Krankenakten festgelegten Defekte nicht als solche zu betrachten. Vielmehr sind die auffälligen Verhaltensweisen

erworbene Überlebensstrategien, die dem Kind in seiner schädlichen Umwelt beim Überleben halfen. Somit erscheint es nachvollziehbar, dass diese Verhaltensmuster nicht einfach durch Methoden auf der Verhaltensebene (Sanktionen, Belohnungen) negiert werden können. Es ist bedeutsam das kindliche Bewertungssystem zu verstehen, um damit dialogisch arbeiten zu können und Verhaltensalternativen aufzuzeigen. Eine Verschiebung der pädagogischen Intervention von der Verhaltensebene zur Emotionsebene - die bisher der Psychotherapie vorbehalten war- ist somit unumgänglich. Um diagnostisch und ressourcenorientiert zu arbeiten, bedarf es einer akzeptierenden und wertschätzenden Grundhaltung. Abnorme Verhaltensweisen werden somit als Ausdruck der Biographie und eines sozialen Austauschprozesses angesehen. Weiterhin ist Verhalten eine Variable menschlicher Entwicklung und kann letztendlich auch als selbstwirksame Entwicklungsmöglichkeit angesehen werden. Zusätzlich zur Grundhaltung ist es essentiell systemische Verhaltensbeobachtung zur Triggerexploration durchzuführen, um frühzeitig deeskalierend arbeiten zu können. (Vgl. Kühn, 2006, 10f)

„Wenn wir also untersuchen, wozu das Kind selbstständig fähig ist, untersuchen wir den gestrigen Tag. Erkunden wir jedoch, was das Kind in Zusammenarbeit zu leisten vermag, dann ermitteln wir damit seine morgige Entwicklung.“ (Kühn, 2006, 11)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Pädagogen fernab von pathologischer Sicht agieren sollten und dabei jedes Verhalten als bereits o.g. Strategie ansehen sollten und nicht als Symptom oder Erscheinungsform einer bestimmten psychischen Störung. Dadurch wird es auch den Pädagogen leichter, bestimmte Verhaltensweisen zu akzeptieren und mit diesen zu arbeiten anstatt sie zu tabuisieren oder zu sanktionieren.

### **5.1.3 Baustein 3 – Die Arbeit im pädagogischen Feld**

Um überhaupt mit einem traumatisierten Kind pädagogisch arbeiten zu können, gilt es vorher eine Vertrauensbasis aufgebaut zu haben bzw. diese entstehen zu lassen. Beziehungsarbeit hat somit oberste Priorität vor Erziehungsarbeit. Die Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen, die jedoch nie oder nur unzureichend Vertrauen und Sicherheit erlebt haben, gestaltet sich anfänglich hingegen als sehr schwierig und mühsam. Kühn geht dafür von den Grundannahmen aus, dass jeder Mensch

1. das Bedürfnis nach Gemeinschaft und
2. das Bedürfnis nach aktiver Aneignung der Welt hat

und folglich auch interessiert an kommunikativen Austausch und Zugehörigkeit ist. Die Pädagogik hat im Endeffekt die Aufgabe Rahmenbedingungen zu schaffen, wo diese Grundbedürfnisse befriedigt werden können. Damit Kommunikation gelingt, stellt Kühn weiterhin Umgangsregeln auf:

- Das Dialogangebot muss konsequent die Position des Kindes miteinbeziehen
- Dialog darf nicht erzwungen werden
- Widerspruch ist erwünscht und wichtig, da es Bestandteil von Lern- und Entwicklungsprozessen ist. Widerspruch unterbinden heißt Entwicklung unterbinden.
- Widerspruch muss aktiv und ernsthaft thematisiert werden.
- Das Dialogangebot muss konkret und transparent sein

Ausgehend von der Grundannahme, dass Kind und Pädagoge Partner innerhalb eines Austauschprozesses sind, zählt auch Partizipation zu einer wichtigen Grundhaltung innerhalb des sicheren Ortes. (Vgl. Kühn, 2006, 13ff)

„Die partizipative Sichtweise bedeutet für das betreute Kind die Eröffnung eines kreativen Entwicklungsraumes, welcher den belastenden Erfahrungen [...] entgegensteht und somit eine wichtige Grundvoraussetzung auf dem Weg hin zu einer erfolgreichen Traumabewältigung darstellt.“ (Kühn, 2006, 15)

Im Endeffekt kann das Kind so mehr und mehr Kontrolle erlangen und seine Aufgaben selbst bewältigen, was einem weiteren Ausgeliefertsein äußerer Bedingungen und Strukturen entgegenwirkt.

Weiterhin hat Partizipation aber auch eine soziale Komponente, die fortführend zu Schutz und Sicherheit führen soll. Kühn führt auf, dass ebenso organisatorische Strukturen notwendig sind, um eine partizipative Grundhaltung zu gewährleisten. Hierfür werden folgende Standards benötigt:

- Standards der Kind-Pädagogen-Beteiligung (z.B. in der Hilfeplanung)
- Standards der Gruppenbeteiligung (z.B. Kummerkasten, Gruppenplenum)
- Standards einrichtungsweltweit (z.B. Kinder- und Jugendkonferenz)
- Kindersprechstunde
- Standards für Beschwerdeverfahren

(Vgl. Kühn, 2006, 17)

#### **5.1.4 Baustein 4 – Mitarbeiter-Schutz**

Die Pädagogik des sicheren Ortes beinhaltet nicht nur Sicherheit für das Kind und den Jugendlichen, sondern soll in seinen Standards ebenso die Mitarbeiter vor sekundärer Traumatisierung schützen.

Sekundäre Traumatisierung beschreibt das Phänomen einer Traumatisierung durch das Beschäftigen mit dem Trauma von Anderen, in diesem Falle den Jungen und Mädchen in den stationären Erziehungshilfeeinrichtungen. Das Wissen um ein traumatisches Erlebnis und der Versuch des Helfen



oder Beistehens kann folglich ebenfalls zu einer Belastung führen. Maßgeblich für eine traumatische Verarbeitung trotz sicheren Umständen auf Seiten des Pädagogen ist die für die pädagogische Arbeit notwendige Empathiefähigkeit. Somit ist sekundäre Traumatisierung wahrscheinlich nicht nur ein Randphänomen sozialer und pädagogischer Arbeit. Laut einer Studie der Universität Hamburg unter der Leitung von Sibylle Friedrich liegt die Berufsprävalenz von sekundärer Traumatisierung bei 16%. Dies bedeutet, dass 16% aller Sozialpädagogen im ambulanten und stationären Jugendhilfebereich im Laufe ihrer Arbeitszeit (Mittelwert bei 2,68 Jahren) bereits Symptome sekundärer Traumatisierung zeigten. Häufig kommt es hier zu Verwechslungen mit Burn-Out, da sich die Symptome ähneln, jedoch sind die Ursachen gänzlich unterschiedlich. Burn-Out entsteht durch Überforderung und Überbelastung, während sekundäre Traumatisierungen durch belastende Biographien und Erzählungen auftreten. (Vgl. Scherwath; Friedrich, 2012, 179ff)

Um sekundäre Traumatisierungen zu vermeiden, muss primär die Selbstwahrnehmung vom Pädagogen selbst analysiert werden. Hierfür hinterfragt sich der Pädagoge, um letztendlich in Form einer Selbsterkenntnis seine eigene Arbeitsweise und –moral zu reflektieren. Hierfür erweisen sich standardisierte Fragenbogen zur unterstützenden Reflexion als hilfreich. (Vgl. Kühn, 2006, 19)

Ergänzend dazu verweisen Scherwath und Friedrich (2012) auf die Homepage von Judith Daniels ([http://sekundaertraumatisierung.de/studie\\_sekundaertraumatisierung.html](http://sekundaertraumatisierung.de/studie_sekundaertraumatisierung.html)), in der ein Onlinefragebogen zur Erkennung von sekundären Traumatisierungen unterstützend angewandt wird. Ebenso wichtig sind institutionelle Strukturen, die bewusst den Austausch zwischen Arbeitskollegen fördern und dem Informationsaustausch dienen. Dabei sind diverse Fragestellungen zu beachten:

- Wie sehen die Austauschstrukturen aus? Wie regelmäßig und strukturiert sind sie? Gibt es einen (regelmäßigen) Austausch mit der Leitung?
- Gibt es Möglichkeiten zur kollegialen Beratung, Intervention und/oder Supervision?
- Gibt es ein funktionierendes „Wissensmanagement“ zum Thema Trauma?
- Gibt es Standards für Handlungsabläufe (z.B. Deeskalationspläne)?
- Wie sieht die Planungssicherheit in Bezug auf Fort- und Weiterbildungen aus?

(Vgl. Kühn, 2006, 19f)

### **5.1.5 Baustein 5 - Einrichtungsprofil**

Prinzipiell gilt bei der Gestaltung des institutionellen Rahmens: je eindeutiger die Strukturen der Einrichtung, desto mehr Sicherheit können Pädagogen den traumatisierten Kindern und Jugendlichen vermitteln. Ein gemeinsames Leitbild schafft Transparenz und Identifikation, im besten Fall wurde dieses sogar gemeinsam erstellt. Weiterhin bildet einen weiteren wichtigen Faktor die Leitungskultur

der Einrichtung und Handlungs- und Qualitätsstandards. Standards sollen hierbei nicht als Einschränkung der Handlungsfreiheit des Pädagogen, sondern als Orientierungshilfe verstanden werden. Essentiell sind hierfür:

- Standards zur Prävention und Handhabung von institutioneller Gewalt (physisch, psychisch, sexuell)
- Standardisierte Aufnahmeverfahren
- Standards für die Arbeit mit dem Herkunftssystem

(Vgl. Kühn, 2006, 20)

## 5.2 Grundlagen traumapädagogischer Arbeit

Die „Pädagogik des sicheren Ortes“ bietet eine Art Grundversion traumapädagogischer Konzeption, die viel Spielraum zum Ausbau lässt. Konkretere Methodik oder spezifische Standards werden von Kühn nicht genannt. Es ist also von jeder Institution selbst abhängig, inwiefern die geforderten Standards umgesetzt und welche Methodik angewandt wird, sofern eine traumapädagogische Arbeitsweise angestrebt wird. Entscheidend ist die in Kapitel 5.1 beschriebene Grundhaltung in Bezug auf Traumata und deren Erscheinungsformen. Weiterhin gibt die BAG-TP Grundwerte und –haltungen vor, die in traumazentrierten Institutionen gelten sollten und die den Standards „der Pädagogik des sicheren Ortes“ ähneln:

Grundwerte innerhalb der Grundhaltung	Botschaft für das Kind und Jugendlichen
<b>Transparenz</b>	„Ich erkläre dir, was, wann, wo und vor allem warum etwas passiert.“
<b>Partizipation</b>	„Ich traue dir etwas zu und überfordere dich nicht.“
<b>Wertschätzung</b>	„Es ist gut so, wie Du bist.“
<b>Annahme des guten Grundes</b>	„Wir akzeptieren Deinen guten Grund und zeigen Dir auch, wenn wir nicht einverstanden sind mit dem, was du tust.“
<b>Freude und Spaß</b>	„Wenn wir gemeinsam Spaß haben, erleben wir uns als Gemeinschaft.“

(Schirmer, 2013, 251)

Die BAG-TP bietet weiterführend verschiedene Grundlagen traumapädagogischer Arbeit an, die im Folgenden beispielhaft in Bezug auf ihre Bedeutung für stationäre Kinder- und Jugendarbeit dargestellt werden sollen.

### **5.2.1 Die pädagogische Arbeit am Selbstbild**

Traumatisierte Jungen und Mädchen, die nie oder selten das Gefühl der Selbstbestimmung erlebt haben, da sie stets Objekt zur Bedürfnisbefriedigung waren, brauchen eine Unterstützung, die sie aus ihren Abhängigkeiten und Gefühlen der Ohnmacht befreit. Sie müssen Gestalter ihres Lebens werden. Das Erleben von Sicherheit und Schutz in neuen Beziehungen hilft diesen Kindern und Jugendlichen auf Dauer ihren Körper und ihre Emotionen, die auf Grund von Abwehrmechanismen abgespalten wurden, wieder zu spüren und diese Anteile aktiv zu steuern. Der erste Weg zum Selbstbild führt über den Bereich des Wissens bzw. der Psychoedukation. Die Mädchen und Jungen müssen, je nach individuellem Tempo, mit ihren Verhaltensweisen und den dahinter stehenden Strategien konfrontiert werden und verstehen, dass hinter ihrem eigenen Verhalten ein bestimmter Grund liegt. (Vgl. Weiß, 2013, 146ff)

Allein die Erkenntnis für ein traumatisiertes Kind, dass es einen guten Grund für sein Verhalten hat, gibt teilweise Selbstvertrauen zurück, welches so dringend benötigt wird. Selbstbemächtigung bedeutet folglich

- Zu verstehen
- Zu akzeptieren,
- den guten Grund zu sehen,
- die körperliche Reaktion zu spüren,
- die Gefühle zuzulassen,
- die Selbstregulation zu lernen.

(Weiß, 2013, 148)

Um ein Selbstverstehen zu entwickeln, ist es die Aufgabe der Pädagogen, je nach Entwicklungsstand und Setting, Wissen über traumatische Zusammenhänge zu vermitteln. Hier ist z.B. das Modell des dreifältigen Gehirns von Levine/Kline (2004) zu nennen, welches auf kindlicher Ebene die Vorgänge in den verschiedenen Gehirnregionen bei Traumatisierung erklärt. Die Art und Weise der Erklärung ist den Interessen (Das dreiteilige Gehirn als Fußballfeld, als Raumstation usw.) und dem Wissensstand des Kindes angepasst. Wichtig ist dabei, dass dem Kind oder Jugendlichen verständlich wird, wie das Gehirn normal und unter Stress arbeitet und dass die daraus resultierenden Folgen normale Erscheinungen sind. Dieses Wissen entlastet und macht unverständliche Reaktionen erklärbar.

Jedes Kind versucht somit mit Unterstützung des Pädagogen seinen eigenen guten Grund herauszufinden. (Vgl. Weiß, 2013, 149ff)

„Dazu eignet sich das Wörtchen „Weil“ gut: „Du tust das, weil?“ Diese Frage transportiert Wertschätzung, die Annahme des guten Grundes und lädt ein, über sich nachzudenken. Das Konzept des guten Grundes ist kein Weichspüler. Nicht das Verhalten soll akzeptiert und eingefroren werden. Es ist Voraussetzung, um neue – weniger selbst- und fremdschädigende Verhaltensweisen entwickeln zu können. (Weiß, 2013, 151)

Die Förderung von Körper- und Sinneswahrnehmung, sowie der Emotionsregulierung stellt einen weiteren Schritt zur Selbstbemächtigung dar. Körperliche Erfahrungen (z.B. Sport, Entspannungsverfahren) fördern hierbei gleichzeitig die Körperwahrnehmung und reduzieren weiterhin Ängste und immobile Zustände. Zusätzlich schafft erfolgreiches körperliches Betätigen ein Gefühl, etwas erreicht zu haben und gibt somit Selbstvertrauen. Sich im eigenen Körper wohl zu fühlen, minimiert letztendlich die Wahrscheinlichkeit zu dissoziieren. Emotionen können zum Anfang einer Auseinandersetzung ebenso als körperliche Signale verstanden werden, um diese für das Kind begreifbarer zu machen (z.B. schwitzende Hände als Zeichen von Unsicherheit, Herzklopfen für Aufregung). Darüber hinaus bieten sich veranschaulichte Darstellungen für Kinder an, um diesen zu zeigen, dass ihre eigenen Emotionen von ihnen aus regulierbar sind (z.B. Emotionen mit Farben verbinden, Emotionen als Radio, das reguliert wird). (Vgl. Weiß, 2013, 151f)

Ein weiterer Aspekt der Selbstbewältigung tritt im sozialen Kontext auf und lässt sich mit Stressregulation beschreiben. Stressregulation soll für jeden Jungen und jedes Mädchen individuell und auf die entsprechende Situation angewandt werden. Wichtig ist dabei, dass dem Kind die Wahl gegeben wird und es eigenmächtig Techniken anwendet, um letztendlich selbstwirksam zu handeln. Beispiele hierfür sind Techniken zur Triggerexploration (Triggeruhr, Triggerlandkarte), Entspannungsverfahren und Bewegungs- und Atemstrategien. Entscheidend ist, verschiedene Möglichkeiten bereitzustellen, aus denen die Kinder und Jugendlichen das für sie machbare auswählen. (Vgl. Weiß, 2013, 153)

## **5.2.2 Bindungspädagogik – der Pädagoge als sicherer Hafen**

Ausgehend von der Annahme, dass die aktuellen Beziehungen von Kindern und Jugendlichen durch frühere Bindungserfahrungen geprägt sind, ist es die Aufgabe der Pädagogen traumatisierten Kindern und Jugendlichen neue Bindungserfahrungen zu ermöglichen. In der Regel sind die Bindungserfahrungen komplex traumatisierter Kinder durch desorganisierte oder hoch-unsichere Bindungsmuster gekennzeichnet, die sie wiederum auf ihre Interaktionspartner in der Wohngruppe

übertragen. Zusätzlich ist ihre Situation durch ihre vergangenen Erfahrungen erschwert. Emotionale Regulation und Selbstwirksamkeit sind nicht ausreichend entwickelt, was dazu führt, dass betroffene Jungen und Mädchen Hilfe in Form einer stabilen, sicheren Bindung benötigen. Da jedoch die Bezugspersonen in der Vergangenheit nicht verlässlich und sogar verletzend waren, prägt Misstrauen jeden neuen Beziehungsaufbau. Zusätzlich besteht die Gefahr einer Gegenübertragung durch den Pädagogen und somit eine unbewusste und ungewollte Wiederholung traumatischer Ereignisse und/oder der Täter-Opfer-Beziehung. Besonders eskalierende Situationen stellen häufig eine Re-Inszenierung dar, wobei es von größter Bedeutung ist, nicht das Trauma nachzuspielen bzw. so zu reagieren, wie es das Kind gewohnt ist. Ernüchternd ist auch die Erkenntnis, dass auf Grund der schlechten Bindungserfahrungen der Kinder, sehr wenig Anerkennung und Wertschätzung, sogar eher Feindseligkeit erlebt wird. Besonders in diesen Fällen besteht die Gefahr von Gegenübertragungen und weiterführend von Retraumatisierungen. (Vgl. Lang, 2013, 187ff)

„Die PädagogInnen haben die Aufgabe und das Ziel [...] haltgebende, verlässliche und einschätzbare Beziehungen anzubieten.“ (Lang, 2013, 197)

Dies wird durch Bezugsbetreuer gesichert, die sich ihre Zugehörigkeit zeigen und gleichzeitig dem Kind Orientierungshilfe bieten. Es ist dabei essentiell, dauerhaft und beständig die in Kapitel 5.2 dargestellten Grundwerte, dem Kind zu vermitteln. Besonders wichtig ist dabei, dass das Kind erkennt, dass die gemeinsamen Betätigungen nicht der Befriedigung Erwachsener dient, sondern sich primär um das Kind dreht. Allein das Beziehungsangebot an sich stellt für viele traumatisierte Kinder eine neue Beziehungserfahrung dar, da traumatische Erfahrungen auch mit dem Gefühl der Einsamkeit verbunden sind. Letztendlich besteht Bindungspädagogik aus einer inneren Haltung. (Vgl. Lang, 2013, 204ff)

„Die Haltung ist eine tiefe Einsicht, dass die Verhaltensweisen [...] Anpassungsleistungen und Überlebensstrategien an ihre früheren Bindungsbedingungen sind, dass neuronale Netzwerke veränderbar sind und entspringt dem Glauben an das Gute.“ (Lang, 2013, 207)

### **5.2.3 Auseinandersetzung mit Familie und Herkunft**

Eine Auseinandersetzung mit dem Thema Familie ist ebenso Bestandteil von Traumaheilung. Kinder aus der Heimerziehung orientieren sich dabei an Idealbildern von Familien als Norm, wodurch diese Sicht medial noch verstärkt wird. Diese Vorstellungen führen dazu, dass die eigene Herkunftsfamilie als Normabweichung und schlecht angesehen wird, was dringender Korrektur bedarf. Allein durch die Erfahrungen in der Gruppe, dass andere Kinder auch aus „anderen“ Familien kommen, relativiert das Gefühl der Isolation und Einzigartigkeit. Die individuelle Auseinandersetzung mit ihren konkreten

Familien erfordert pädagogische Unterstützung, was auch das Ansprechen von Gewalterfahrungen beinhaltet. Es ist für traumatisierte Kinder bedeutsam, ihre traumatischen Ereignisse zu erkennen und deren Zusammenhang zu verstehen. Letztendlich soll die Entidealisierung und Konfrontation mit der eigenen Herkunft dazu führen, diese zu akzeptieren und positive Aspekte herauszuarbeiten. Positiv können dabei Geschwister, eine Oma, aber auch Professionelle wie Kindergärtner oder Lehrer sein, an die es sich lohnt zu erinnern. (Vgl. Weiß, 2009, 91ff)

Zur Aufarbeitung der eigenen Geschichte eignet sich Biographiearbeit, die im Folgenden kurz skizziert wird:

- Ziele von Biographiearbeit
  - Dem Kind zur Kenntnis und Annahme seiner Biographie verhelfen
  - Gemeinsame Betrachtung und Bewertung
  - Zeitliche Kontinuität erarbeiten
  - Verständnis für Trennung schaffen und verschiedene Lebensorte sinnhaft verknüpfen
  - Persönliche Identität erarbeiten
  - Von Schuld, Scham und Verantwortlichkeit entlasten
  - Gegenüberstellung von Wünschen und Realitäten
  - Verbesserung des Selbstwertes
  - Loslösen und Neuorientierung ermöglichen
  
- Methodische Überlegungen
  - Unterstützung durch eine Person (Menschen, die diese Brücke verkörpern haben besondere Bedeutung)
  - Kann in einem Produkt enden (Video, Buch)
  - Biographiearbeit ist immer ein Prozess

Die entstehenden Produkte gehören dabei dem Kind. Dem Pädagogen kommt dabei eine große Verantwortung bei. Es müssen Signale richtig gedeutet werden und ebenso dem Kind die Möglichkeit gegeben werden, Dinge zu thematisieren ohne dazu genötigt zu werden. (Vgl. Weiß, 2009, 94f)

## **6. Sind traumapädagogische Standards im Heimalltag anwendbar?**

Das Konzept der „Pädagogik des sicheren Ortes“ bietet vor allem Standards für eine traumapädagogische Arbeit und vermittelt eine Grundhaltung für den Umgang mit traumatisierten Mädchen und Jungen. Die Grundwerte Partizipation, Wertschätzung, Annahme des guten Grundes

und Freude und Spaß können sehr gut als Leitlinien für das eigene Arbeiten im stationären Bereich angenommen werden und helfen im Umgang mit häufig schwer zu verstehenden Verhaltensweisen. Auch die Annahme, dass jedes Verhalten eine Überlebensstrategie darstellt, unterstützt diese Einstellung weiterhin.

Zusätzlich stellt die von Kühn geforderte Umdeutung der pathogenetischen Diagnostik hin zur ressourcenorientierten Prognostik eine weitere Grundhaltung dar, die den Stellenwert der Pädagogik erhöht, da hier der Blick nach vorn und nicht nur auf die Krankenakten gerichtet wird.

Der partizipative Ansatz ist auf dem Weg zur Selbstbemächtigung sinnvoll und nachvollziehbar, muss aber zur selbstständigen Arbeitsweise stationärer Einrichtungen gehören.

Außerordentlich wichtig sind die Standards zum Arbeiterschutz. Die Berufsprävalenz von 16% in Bezug auf sekundäre Traumatisierung laut der Studie von Friedrich und der Hamburger Universität unterstreicht dies. Die Einführung traumapädagogischer Standards würde somit zu besserer Psychohygiene der Pädagogen und gleichzeitig zu mehr Möglichkeiten zur Selbstreflexion führen, da die Standards für eine Einführung von Supervisionen, kollegialer Beratung etc. stehen. Dies ist nicht in jeder stationären Kinder- und Jugendeinrichtung Standard und erklärt u.a. den häufigen Betreuerwechsel und teilweise die von Kühn beschriebene Reaktionskette der „Eskalation der Hilfen“, die aus Überforderung des pädagogischen Teams resultiert.

Die Belastung durch Schichtarbeiten und intensives Miterleben traumatischer Verhaltensweisen, sowie wenig Anerkennung (teilweise eher Ablehnung durch die Kinder und Jugendlichen) für die pädagogische Tätigkeit führt häufig dazu, dass Pädagogen die Arbeit im stationären Bereich aufgeben. Familienplanung und Schwangerschaft lassen sich zusätzlich ebenfalls schwer mit Heimerziehung verbinden. Pädagogische Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen kann nur zu 100% erfolgen. Somit stellt sich die Frage, inwiefern Pädagogen im Heimalltag sichere, haltgebende, verlässliche und einschätzbare (Vgl. Lang, 2013, 197) Beziehungen anbieten können.

*Dennis (11 Jahre) lebt seit vier Jahren in der intensivpädagogischen Wohngruppe. Er hat schon einige Beziehungsabbrüche erlebt. Nachdem ein Pädagoge nach einem Jahr seine Tätigkeit aus familiären Gründen (er hatte durch die Schichtarbeit kaum Zeit für seine zwei Kinder) wieder beendet, äußert Dennis ihm gegenüber seinen Unmut: „Alle dürfen nach Hause gehen, nur Ich nicht. Die Erzieher gehen wieder nach kurzer Zeit, nur Ich muss hier bleiben. Alle sagen dann, dass Sie uns besuchen kommen, doch Keiner meldet sich wieder. Auch du wirst dich nicht bei uns melden.“*

Dennis hat gelernt, dass die Pädagogen trotz aufopferungsvoller Arbeit ein Privatleben neben der Heimerziehung haben und hier ihre Priorität setzen. Dies ist nicht verwerflich und durchaus menschlich, dennoch stellt sich die Frage inwiefern eine Beziehung somit stabil und verlässlich

gestaltet werden kann. Lässt man sich auf eine gleichberechtigte Ebene mit dem Kind ein, lässt sich nicht vermeiden, einen Teil seines Privatlebens preis zu geben, um seine Transparenz und Echtheit zu behalten. Pädagogen können zwar in ihrer Beziehungsgestaltung zum Kind Halt geben, verlässlich sein und einschätzbar sein, trotz allem weiß das Kind, dass der Pädagoge sein Geld damit verdient und abends nach Hause gehen wird, selbst Kinder hat, die ebenso seiner Liebe bedürfen. Weiterhin stellt sich die Frage, wie extrem sich Beziehungsabbrüche gestalten, wenn der Bezugspädagoge seine Arbeit aufgeben sollte. Umso wichtiger ist es hier auch diese Trennung traumapädagogisch zu begleiten, um Retraumatisierungen zu vermeiden und den Glauben an das Pädagogensystem zu erhalten.

Problematisch erscheint weiterhin die Zusammensetzung der Wohngruppe für erfolgreiches traumapädagogisches Arbeiten. Traumatisierte Jungen und Mädchen benötigen überproportional viel Aufmerksamkeit und Wertschätzung trotz abweichenden Verhalten. Kompliziert wird es, wenn durch finanzielle Gründe nicht genug auf Gruppenkonstellationen geachtet werden kann. Bricht beispielsweise das einzige komplex traumatisierte Kind wiederholt Gruppenregeln, werden die anderen Kinder und Jugendlichen der Wohngruppe im Sinne einer rechtmäßigen Gleichberechtigung Sanktionen verlangen und würden auf wertschätzendes und verständnisvolles pädagogisches Verhalten irritiert reagieren.

Auf der anderen Seite bringt eine Gruppe, die nur aus komplex traumatisierten Mädchen und Jungen besteht, extremes Gefährdungspotential in Bezug auf Retraumatisierungen, Reinszenierungen und gegenseitige Triggerung mit sich. (Vgl. Kühn, 2006, 17)

Es ist somit von größter Wichtigkeit die Gruppe nach gewissen Standards auszuwählen und durch partizipative Standards Konflikten vorzubeugen.

Abschließend lässt sich sagen, dass traumazentrierte Pädagogik in Bezug auf die Prävalenz von Traumarisiken wie Vernachlässigung und Misshandlung (Vgl. Kapitel 4.1) durchaus Standard sein muss. Der Bereich Psychoedukation und Wissen über Trauma ist ohne weiteres für jeden Mitarbeiter der stationären Erziehungshilfe anwendbar und weiterführend extrem hilfreich, um Reinszenierungen und Retraumatisierungen vorzubeugen. Über dieses Wissen würde sich weiterführend die wertschätzende Grundhaltung mit seinen bereits genannten Grundwerten entwickeln und auch den Pädagogen ein gesunderes Arbeiten ermöglichen. Hierfür sind jedoch komplexe Weiterbildungen nötig bzw. mehr stationäre Einrichtungen, die nach den Standards der BAG-TP arbeiten wollen. Laut der BAG sind dies momentan 17 stationäre Einrichtungen in Deutschland. Traumapädagogische Standards sind somit noch nicht in den meisten Heimen und Wohngruppen angekommen.



Generell ist das Konzept der „Pädagogik des sicheren Ortes“ sehr allgemein gefasst und vermittelt Grundhaltungen, lässt weiterhin jedoch viele Varianten von pädagogischer Methodik zu. Dies macht das Konzept leicht anwendbar und adaptierbar auf bestehende Konzepte.

## 7. Abkürzungsverzeichnis

BAG-TP	Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik
o.g.	Oben genannt
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung

## 8. Quellenverzeichnis

- Brisch, Karl Heinz; Hellbrügge, Theodor (2012): *Bindung und Trauma – Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern*, Klett-Cotta Verlag
- Brisch, Karl Heinz (2011): *Bindungsstörungen – von der Bindungstheorie zur Therapie*, Klett-Cotta Verlag
- Daniels, Judith (2007): *Fragebogen zur sekundären Traumatisierung*,  
[http://sekundaertraumatisierung.de/studie\\_sekundaertraumatisierung.html](http://sekundaertraumatisierung.de/studie_sekundaertraumatisierung.html), letzter Zugriff am 06.08.13
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (2008): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien*, Hans Huber Verlag
- Eckers, Dagmar (2006): *Dissoziative Störungen bei Kindern und Jugendlichen – Diagnostik, therapeutische Herausforderungen und Techniken*,  
<http://www.traumatherapie.de/emdr/workshops/berlin2003/eckers>, letzter Zugriff am 03.07.2013
- Eckardt, Jo-Jacqueline ((2013): *Kinder und Trauma – Was Kinder brauchen, die einen Unfall, einen Todesfall, eine Katastrophe, Trennung, Missbrauch oder Mobbing erlebt haben*, Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen
- Egle, Ulrich Tiber; Hoffmann, Sven Olaf; Joraschky, Peter (2000): *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung*, Schattauer, Stuttgart, New York
- Fegert, Jörg; Ziegenhain, Ute; Goldbeck, Lutz (Hrsg.) (2010): *Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland – Analysen und Empfehlungen zur Versorgung und Betreuung*, Juventa Verlag Weinheim und München
- Herman, Judith Lewis (2006): *Die Narben der Gewalt – Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*, Junfermann Verlag Paderborn
- Herrmann, Bernd (2006): *Vernachlässigung und emotionale Misshandlung von Kindern und Jugendlichen*, In: DGgKV: *Kindesmisshandlung und –vernachlässigung*, Jahrgang 9, Heft 1, S. 88-107, Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen
- Kühn, Martin (2006): *Bausteine einer „Pädagogik des sicheren Ortes“ – Aspekte eines pädagogischen Umgangs mit (traumatisierten) Kindern in der Jugendhilfe aus der Praxis des SOS-*

- Kinderdorfes Worpswede*, [http://www.hsmerseburg.de/~benecken/publikationen/martin\\_kuehn.pdf](http://www.hsmerseburg.de/~benecken/publikationen/martin_kuehn.pdf), letzter Zugriff am 01.08.2013
- Kühn, Martin (2009): *Traumapädagogik*, [www.traumapädagogik.de](http://www.traumapädagogik.de), letzter Zugriff am 01.08.2013
- Levine, Peter A.; Kline, Maggie (2004): *Verwundete Kinderseelen heilen – Wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können*, Kösel Verlag
- Landolt, Markus (2012): *Psychotraumatologie des Kindesalters*, Hogrefe Verlag
- Lang, Birgit; Schirmer, Claudia; Lang, Thomas; Andrae de Hair, Ingeborg; Wahle, Thomas; Bausum, Jacob; Weiß, Wilma; Schmid, Marc (Hrsg.) (2013): *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe – Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik*, Beltz Juventa
- Lang, Thomas (2013): *Bindungspädagogik-haltgebende, verlässliche und einschätzbare Beziehungsangebote für Kinder und Jugendliche*, Lang, Birgit; Schirmer, Claudia; Lang, Thomas; Andrae de Hair, Ingeborg; Wahle, Thomas; Bausum, Jacob; Weiß, Wilma; Schmid, Marc (Hrsg.) (2013): *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe – Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik*, S.187-217, Beltz Juventa Verlag
- Scherwath, Corinna; Friedrich, Sibylle (2012): *Soziale und pädagogische Arbeit mit Traumatisierung*, Ernst Reinhard Verlag München Basel
- Schirmer, Claudia (2013): *Institutionelle Standards – Worauf es bei traumapädagogischen Konzepten in den Institutionen ankommt*, in: Lang, Birgit; Schirmer, Claudia; Lang, Thomas; Andrae de Hair, Ingeborg; Wahle, Thomas; Bausum, Jacob; Weiß, Wilma; Schmid, Marc (Hrsg.) (2013): *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe – Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik*, S. 241-267, Beltz Juventa Verlag
- Schleiffer, Roland (2001): *Der heimliche Wunsch nach Nähe – Bindungstheorie und Heimerziehung*, Votum Verlag
- Schmid, Marc (2007): *Psychische Gesundheit von Heimkindern-Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*, Beltz Juventa Verlag

Von Klitzing, Kai (2003): *Die Folgen früherer Traumatisierung – Eine entwicklungspsychologische Perspektive*, in: Koch-Kneidl, Wiese, Jörg (2003: *Entwicklung nach früher Traumatisierung*, S.82-95, Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen

Von Klitzing, Kai(2009): *Reaktive Bindungsstörungen*, Springer Medizin Verlag Heidelberg

Weiß, Wilma (2009): *Philipp sucht sein Ich – Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen*, Juventa Verlag

Weiß, Wilma (2013): *Selbstbemächtigung/Selbstwirksamkeit – ein traumapädagogischer Beitrag zur Traumaheilung*, in: Lang, Birgit; Schirmer, Claudia; Lang, Thomas; Andrae de Hair, Ingeborg; Wahle, Thomas; Bausum, Jacob; Weiß, Wilma; Schmid, Marc (Hrsg.) (2013): *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe – Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik*, S.145-156, Beltz Juventa Verlag

## **9. Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1 – Martin Kühn, 2006, 6

## 10. Selbstständigkeitserklärung

Florian Boczek

Bornaische Straße 112

04277 Leipzig

florianboczek@gmail.com

Hiermit erkläre ich, Florian Boczek, geboren am 14.07.1986, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Thema:

**Traumazentrierte Pädagogik in der stationären Jugendhilfe – Eine Analyse in Bezug auf  
Durchführbarkeit und Realisierbarkeit**

selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen Hilfsmittel als angegeben verwendet habe. Insbesondere versichere ich, dass ich alle wörtlichen und sinngemäßen Übernahmen aus anderen Werken als solche kenntlich gemacht habe.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift