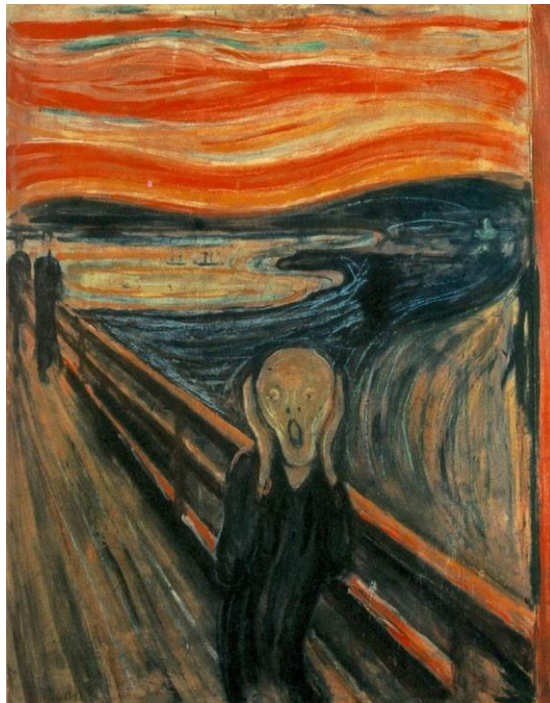


Hochschule Merseburg

Fachbereich Soziale Arbeit.Medien.Kultur

Bachelorarbeit

Welche traumapädagogischen Kompetenzen benötigen Fachkräfte in Einrichtungen der stationären Kinder- und Jugendhilfe, um den Bedürfnissen der Klienten gerecht zu werden?



Autor: Hannes Wilhelm

Matrikelnummer: 21311

Erstgutachter: Prof. Dr. Matthias Ehram

Zweitgutachter: Dr. Hardy Geyer

Abgabedatum: 19.08.18

In dieser Bachelorarbeit wird aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung und der besseren Lesbarkeit lediglich die männliche Form verwendet. Die Ausführungen beziehen sich gleichermaßen auf weibliche, männliche und intersexuelle Personen.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	6
1. Einleitung	7
1. Trauma.....	8
1.1 Begriffserklärung und Unterscheidungsformen	8
1.2 Traumatisierung am Beispiel der Vernachlässigung	10
1.3 Risikofaktoren	12
1.4 Protektive Faktoren und Mittelfaktoren.....	14
1.5 Traumafolgen und Symptome	16
2. Stationäre Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe	18
2.1 Das Arbeitsfeld „stationärer Einrichtungen der Kinder und Jugendhilfe“	18
2.2 Heimerziehung und sonstige betreute Wohnform nach §34 SGB VIII.....	20
2.3 Herausforderungen im Umgang mit Traumata.....	22
3. Traumapädagogik.....	24
3.1 Einführung in die Traumapädagogik	24
3.2 Werte und Haltung in der Traumapädagogik	25
3.3 Ausgewählte Methoden der Traumapädagogik	26
3.4 Zur Bedeutung von Kompetenzen in der Traumapädagogik	35
4. Empire	37
4.1 Der Fragebogen.....	37
4.2 Die Auswertung der Daten	37
5. Zusammenfassung	41
6. Quellenverzeichnis	42
Anhang.....	48
A) Der Fragebogen	48
B) Der Fragebogen	52
C) Der Fragebogen	58
D) Der Fragebogen	63
Eidesstaatliche Versicherung	69

Abkürzungsverzeichnis

BAG TP	Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik
bspw.	beispielsweise
ICD 10	engl. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SGB VIII	Sozialgesetzbuch der Kinder- und Jugendhilfe
u. a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
WHO	engl. World Health Organization Weltgesundheitsorganisation

1. Einleitung

„Ich ging mit zwei Freunden die Straße entlang - dann ging die Sonne unter- der Himmel wurde plötzlich blutrot- ich hielt an, lehnte mich todmüde an einen Zaun- über dem blauschwarzen Fjord und der Stadt lagen Blut und Feuerzungen- meine Freunde gingen weiter und ich stand immer noch zitternd vor Angst- und ich fühlte, daß ein großer unendlicher Schrei durch die Natur ging.“¹

(Edvard Munch)

Einige Kunsthistoriker glauben, in Edvard Munchs Gemälde „Der Schrei“ sei sein Seelenleben nach außen gekehrt. Ein Schreckensbild, das inneres Chaos und Zerrissenheit zeigt. Erfahrungen, die auch Kinder und Jugendliche beschreiben, deren Seelenleben verletzt wurde und die traumatische Erfahrungen machen mussten.

Ausgangspunkt für diese Bachelorarbeit sind meine gewonnenen Erfahrungen in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in heilpädagogischen Wohngruppen der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Die meisten der Kinder und Jugendlichen hatten durch belastete Kindheiten Verhaltensauffälligkeiten oder psychiatrische Symptome entwickelt, die die Problemlösungsmöglichkeiten der Familien bzw. anderer betreuter Wohnformen der Kinder- und Jugendhilfe überforderten. Bindungsproblematiken, Substanzabhängigkeiten und soziale Probleme waren zu erkennen. Hierbei fiel auf, dass es bei Gesprächen der Betreuer häufig zu Fachdiskussion kam, ob eine traumatische Erfahrung vorliege und wie damit umzugehen sei. Denn Ziel war es, dass die Kinder und Jugendlichen wieder Vertrauen in Beziehungen fassen können und somit Chancen zu sozialer Teilhabe bestehen. Mit Hilfe meiner Forschungsfrage: **„Welche traumapädagogischen Kompetenzen benötigen Fachkräfte in Einrichtungen der stationären Kinder- und Jugendhilfe, um den Bedürfnissen der Klienten gerecht zu werden?“** möchte ich mich mit diesem Thema auseinandersetzen.

Etwa 80% der Traumatisierungen von Kindern und Jugendlichen finden in ihrem unmittelbaren familiären Umfeld statt.² Es ist somit naheliegend, dass viele Heimkinder massive Traumata erlebt haben. Die Thematik ist nicht allein in den wenigen spezialisierten traumapädagogische Wohngruppen vorzufinden,

¹ Bischoff (1988), S.53

² Schmid (2007), S.233

sondern betrifft auch andere Einrichtungen der stationären Kinder- und Jugendhilfe.

Kinder und Jugendliche haben das Recht, in Würde und Akzeptanz angenommen zu werden. Scham und Schuld werden durch eine fehlende Auseinandersetzung bekräftigt.

Ich versuche in der Auseinandersetzung, den Begriff Trauma von mehreren Seiten zu beleuchten, um eine Enttabuisierung zu erwirken. Dabei werde ich auf verschiedene Faktoren eingehen, die Traumatisierungen bewirken, vor einer Traumatisierung schützen oder bei der Bewältigung helfen können.

Ich werde sozialpädagogisches Arbeiten und Herausforderungen für Mitarbeiter in Wohngruppen der stationären Kinder und Jugendliche beschreiben und Wege eines adäquaten Umgangs mit Traumata aufzeigen. Dabei komme ich auch auf Traumapädagogik im Allgemeinen und im Besonderen auf traumapädagogische Methoden zu sprechen.

Mit Hilfe von Ergebnissen unterschiedlicher Studien zeige ich die Relevanz des professionellen Umgangs mit Traumatisierungen auf. Hierbei verweise ich auf meine selbst geführte empirische Untersuchung mittels Fragebogen. In Kombination mit theoretischem Input erläutere ich nötige traumapädagogische Kompetenzen für Fachkräfte, die eine wertvolle und zielgerichtete sozialpädagogische Arbeit ermöglichen können.

1. Trauma

1.1 Begriffserklärung und Unterscheidungsformen

Das griechische Wort Trauma wird als Verletzung übersetzt. Eine einheitliche Definition gibt es nicht. Meine Arbeitsdefinition richte ich nach dem psychischen Trauma, also der seelischen Verletzung eines Menschen aus. Das seelische System kann durch punktuelle oder dauerhafte Belastungen in seiner Bewältigungsmöglichkeit und Widerstandskraft überfordert und schließlich verletzt/traumatisiert werden. Metaphern wie „etwas macht mich kaputt, zerreißt mich in Stücke“, „getroffen“ oder „gekränkt“ machen deutlich, dass Menschen seelische Verletzungen sehr stark vom körperlichen Erleben her interpretieren. Sigmund Freud führt dazu aus, dass das Körper-Ich der Kern auch des psychischen, des seelischen Erlebenszentrums ist.³ Begleitet werden diese Gefühle von intensiver Angst, Hilflosigkeit und Kontrollverlust. Dieses vitale

³ vgl. Fischer (2003), S. 22

Diskrepanzerleben zwischen bedrohlichen Faktoren in der Situation und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten sowie den einhergehenden beschriebenen Gefühlen bewirkt eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis.⁴ Die WHO definiert Trauma im ICD 10 als „[...] *ein kurz- oder langanhaltendes Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweigung auslösen würde.*“⁵

In den letzten Jahren ist durch die Zunahme wissenschaftlicher Erkenntnisse eine integrierte Verständnientwicklung von sozialem, psychologischem und physiologischem Erleben von Individuen vorangeschritten. Dabei geraten Erkenntnisse der Bindungs- und Resilienzforschung (Schutzfaktoren lebensgeschichtlicher Bewältigung bei bspw. traumatischer Kindheit) in den Fokus.⁶

Nach Terr werden zwei Typen von Traumata unterschieden. Beim *Traumotyp I* handelt es sich um einmalige und plötzlich unerwartet auftretende Ereignisse wie z.B. ein Autounfall, ein Terroranschlag oder der Tod eines Menschen. Der *Traumotyp II* definiert zeitlich länger anhaltende Umstände, aus denen kein Entkommen ist. Hier sind Krieg, sexuelle Gewalt, Gewalterfahrungen in der Familie, Vernachlässigung im frühen Kindesalter oder Mobbing-situationen gemeint. Dazu können Traumata auch nach ihrer Schwere und ihrer Häufigkeit unterteilt werden. Als *Big T-Traumata* nach Shapiro wird ein existentielles Ereignis beschrieben, das äußerlich und innerlich bedroht. Also Angriffe auf den Körper, das Leben und die emotionale und soziale Existenz durch bspw. Folter in kriegesischen Kontexten, Unfälle oder plötzlich vorzeitige Verluste. Das *Small t-Trauma* beschreibt die scheinbar weniger katastrophalen unerwarteten Ereignisse, die mit Schreck in Verbindung mit hoher Bestürzung, Scham, Peinlichkeit und tiefer Verunsicherung einhergehen. Nach ihrer Häufigkeit unterscheidet man *Monotraumata*, damit sind einmalige Traumatisierungen gemeint (z.B. ein Verkehrsunfall) und *Sequentielle Traumatisierungen*. Hier handelt es sich um ähnliche Traumatisierungen über einen länger anhaltenden Zeitraum, wie z.B. Foltererfahrungen und innerfamiliärer Missbrauch. Wenn einzelne Ereignisse, die keine Traumatisierung ausgelöst haben, dann zusammenwirken und in ihrer Kombination das „psychische Immunsystem“

⁴ vgl. Fischer (2003), S. 82

⁵ Pausch (2018), S.22

⁶ vgl. Weiß (2013), S. 26

nachhaltig durchbrechen, spricht man von *kumulativen Traumata*.⁷

Ein außerordentlicher Anteil sozialer Auffälligkeiten bei Kindern mit psychischen und psychosomatischen Symptomen begründet sich als posttraumatische Reaktionen gemachter Erfahrungen. Sie können in ihrer Ursache wie oben beschrieben an einer oder mehreren extremen Situationen als auch im konstant traumatogenen Umfeld geformt sein. Damit sind traumatogene Beziehungsstrukturen wie durch einen permanenten Mangel an Fürsorge, einen stetigen Wechsel zwischen Verwöhnung und Strafe, seelischen und körperlichen Missbrauch oder auch wirtschaftliche und soziale Not gemeint.⁸

An dieser Stelle zähle ich Bedingungen auf, die traumatische Wirkungen erzielen können:

- Kindesmisshandlung durch verbale und/oder physische Attacken;
- Sexueller Kindesmissbrauch;
- Emotionale Vernachlässigung;
- Der Verlust von Bindungspersonen bzw. traumatische Trennungserfahrungen, traumatische Konflikte der Eltern;
- Überwältigende Einzelerfahrungen, die das Kind selbst oder eine nahe stehende Person erlebt hat;
- Narzisstische Ausbeutung des Kindes in extremer Form;
- Psychische Erkrankung wichtiger Bezugsperson, in dessen Folge die wesentlichen Elternfunktionen (Schutz und Unterstützung) nicht gelingen kann.⁹

1.2 Traumatisierung am Beispiel der Vernachlässigung

Menschen erleben Traumata in sozialen und familiären Bezügen. Extreme Traumata sind nicht selten Bestandteil gesellschaftlicher Bewegungen und Ereignissen wie Krieg, Folter oder Rassendiskriminierung. Kinder und Jugendliche in Einrichtungen der stationären Kinder- und Jugendhilfe sind von Vernachlässigung, seelischer Misshandlung, körperlicher Misshandlung, häuslicher Gewalt, traumatischer Sexualisierung und/oder von traumatischer Trennung wichtiger Bezugspersonen betroffen oder leiden unter psychisch kranken Eltern. Im Folgenden werde ich ein besonderes

⁷ vgl. Hanswille (2008), S.25 ff.

⁸ vgl. Otto (2001), S.1457

⁹ vgl. Scheuerer-Engelich (1998), S.68

Misshandlungsphänomen näher beschreiben. Das soll für Verständnis sowie einen sozialpädagogischen Umgang sensibilisieren.

Die Vernachlässigung ist die häufigste Form der Kindesmisshandlung in Deutschland. Im Rahmen der Überprüfung möglicher Kindeswohlgefährdungen haben Jugendämter 2016 festgestellt, dass 61,2% in einer akuten oder latenten Gefährdungslage Anzeichen von Vernachlässigung aufwiesen.¹⁰

Vernachlässigung definiert sich als „[...] **andauernde** oder **wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns durch sorgeverantwortliche Personen** (Eltern oder andere autorisierte Betreuungspersonen), **welches zur Sicherstellung der seelischen und körperlichen Versorgung des Kindes notwendig wäre**. Die Unterlassung kann aktiv oder passiv (unbewusst), aufgrund unzureichender Einsicht oder unzureichenden Wissens erfolgen. Die durch Vernachlässigung bewirkte chronische Unterversorgung des Kindes durch die nachhaltige Nichtberücksichtigung, Missachtung oder Versagung seiner Lebensbedürfnisse hemmt, beeinträchtigt oder schädigt seine körperliche, geistige und seelische Entwicklung und kann zu gravierenden bleibenden Schäden oder gar zum Tode des Kindes führen.“¹¹

Deprivierte Kinder fallen durch Inaktivität, Mattigkeit, leeren Gesichtsausdruck, verlangsamte oder verzögerte motorische Reaktionen und eine verzögerte Entwicklung auf. Weil sie nicht genügend wahrgenommen wurden, erhielten sie kaum Anregung. Sie werden durch unzureichende Pflege und Kleidung, mangelnde Ernährung und Mangel gesundheitlicher Fürsorge vernachlässigt. Emotional bekommen sie keine oder zu wenig Zuwendung oder ein ständig wechselndes Beziehungsangebot. Häufig werden ihre Bedürfnisse falsch wahrgenommen und unangemessen reagiert oder es bleiben Signale unbeachtet. Dabei gilt: Je jünger die Kinder sind, desto direkter die Wirkungen, d.h. desto größer das Risiko bleibender körperlicher und seelischer Schäden. Auch das Risiko, dass die Vernachlässigung lebensbedrohende oder gar tödliche Folgen hat, steigt an. Denn gerade Säuglinge und Kleinkinder können sich gegen Vernachlässigung nicht erfolgreich wehren. Ihr Protest, ihre Verzweiflung und ihre Abwehrreaktionen, die sich u. a. in Schreien, Weinen, Apathie, Schaukeln oder Kopfschlagen ausdrücken können, lösen nicht selten sogar problemverschärfende Gegenreaktionen bei den Eltern aus (Ohnmachtsgefühle,

¹⁰ <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/80689/Vernachlaessigung-und-psychische-Misshandlung-von-Kindern-haeufig>

¹¹ Schone (1997), S. 21.

Einsperren, Alleinlassen, Beziehungsverweigerung, körperliche Gewalt). Das Fehlen an wichtiger Interaktion, Gefühlsbeziehungen und Stimulationen führt bei jungen Kindern zu schweren Beeinträchtigungen ihrer kognitiven und sozialemotionalen Entwicklung und zu Funktionslücken im Ich. Selbstreflexion und die Entwicklung von Selbstwirksamkeitsgefühlen finden kaum statt, da die Grundlage zur Auseinandersetzung mit sich selbst und einer Introperspektive durch primäre Bezugsperson gelegt wird. Fähigkeiten der Selbstbewertungen hängen von angemessenen Reaktionen ihrer Handlungen bei Erfolg oder Misserfolg ab. Diese fehlen bei vernachlässigten Kindern.¹²

1.3 Risikofaktoren

Wie bereits erwähnt, ist davon auszugehen, dass Kinder und Jugendliche in stationärer Unterbringung von Vernachlässigung, aber auch von anderen Missbrauchsformen betroffen sind. Um eine angemessene Hilfe zu leisten, ist es deshalb wichtig, Wissen über die verschiedenen Wirkfaktoren zu besitzen, um Entstehungsbedingungen nachzuvollziehen und auf Auswirkungen adäquat einzugehen.

Risikofaktoren können psychische Störungen, psychische Erkrankungen oder Fehlentwicklungen begünstigen. Als Risikofaktoren werden belastende Lebensereignisse oder Lebensumstände bezeichnet, die einzeln oder durch ihren Wirkungszusammenhang die Schädigung der psychischen Gesundheit potenzieren und somit zur Traumatisierung beitragen.¹³ Folgende Risikofaktoren wurden von Psychologen und Ärzte zusammengetragen:

- Emotionale Misshandlung
- Körperliche Misshandlung
- Sexuelle Misshandlung
- Elterlicher Alkohol – und Drogenmissbrauch
- Ärmliche Verhältnisse
- Trennung/ Scheidung
- Psychische und/oder körperliche Erkrankungen der Eltern
- Chronische familiäre Disharmonie
- Elterlicher Verlust der Arbeit
- Umzüge, Schulwechsel

¹² vgl. Weiß (2013), S.28 ff und Bildungsakademie BiS (2012), S.11 ff

¹³ vgl. Fischer (2003), S.147f.

- Wiederverheiratung eines Elternteils
- Ernste Erkrankung in der Kindheit
- Väterliche Abwesenheit
- Mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr
- Kriminalität und Dissozialität eines Elternteils
- Schwere körperliche Erkrankungen eines Elternteils
- Körperliche Gewalt in der Familie ¹⁴

Ergänzend benennt Weiß emotionale und körperliche Vernachlässigung, anhaltende Abweisung, häusliche Gewalt, ungebührliche elterliche Machtausübung, Unfälle, schwere Krankheiten, Krankenhausaufenthalte, (gewaltsamer) Tod eines Familienangehörigen, Obdachlosigkeit, Flucht, Krieg, Naturkatastrophen und körperliche sowie geistige Behinderung.¹⁵ Diese aufgeführten Risikofaktoren stehen als Belastung des individuellen „Traumaprofils“ des Kindes oder Jugendlichen. Wenn korrektive Faktoren nicht ausgleichen können oder protektive Faktoren nicht schützen, stellen sie Gefährdungsfaktoren dar.

Es ist nützlich, begrifflich zwischen Risikofaktoren und traumatischen Situationsfaktoren zu unterscheiden. Da sich beide Faktoren ähneln können, besteht die Gefahr der Bagatellisierung. Ein Beispiel, um es verständlicher zu beschreiben: Kommt es zu einem unerwarteten Todesfall in einer konfliktgeladenen Familie und entsteht daraus ein Schocktrauma für ein Kind (*Traumotyp I*), können diese Lebensumstände einen Verarbeitungs- und Erholungsprozess des Kindes erschweren. Hierbei liegt das Augenmerk auf den konfliktgeladenen Lebensumständen als Risikofaktoren. Hypothetisch gesehen wäre es möglich, dass beide Faktorengruppen (traumatische Situation und Risikofaktoren) zu einer *kumulativen Traumatisierung* zusammenwirken könnten.¹⁶

¹⁴ vgl. Egle (2000), S. 14

¹⁵ vgl. Weiß (2013), S.27f.

¹⁶ vgl. Fischer (2003), S.275

1.4 Protektive Faktoren und Mittelfaktoren

Ein psychisches Trauma stellt grundsätzlich immer einen Risikofaktor im Leben eines jeden Kindes dar. Allerdings entwickelt nicht jedes Kind nach einem traumatischen Erleben eine länger andauernde psychische Störung. Ob und wie ein Kind ein psychisches Trauma verarbeiten kann, ist von vielen Faktoren in der Person und ihrer Umwelt abhängig.

Als Mittelfaktoren werden die Umstände bezeichnet, unter denen sich das Erlebnis abspielt. Nach Weiß zählen folgende Mittelfaktoren dazu:

- Chronizität und Schwere der Misshandlung
- Prätraumatische psychische Ausgangslage
- Geschlechtszugehörigkeit
- Alter des Kindes
- Stabilität und Ausgewogenheit der Ich- Funktionen
- Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen
- Beziehung zu Täter/Täterin

Das bedeutet, je mehr sich Trauma- Ereignisse häufen, umso gravierender sind die seelischen Folgen. Auch gilt es als bewiesen, je früher Traumatisierungen einsetzen, desto tiefgreifender sind die Schäden im Persönlichkeitsaufbau. Auch die Geschlechterzugehörigkeit spielt eine Rolle, denn Mädchen sind resistenter als Jungen zumindest bis zur Pubertät.¹⁷ Grundsätzlich wichtig für die Verarbeitung traumatischer Lebensereignisse sind Alter und Entwicklungsstand der Ich-Funktion. So können beispielsweise Säuglinge und Kleinkinder, deren Ich-Funktion noch nicht entwickelt ist, Traumata nicht durch Verdrängung, Abspaltung oder Abgrenzung verarbeiten. Sie werden körpernah als innere Spannung und Unruhe erlebt und wirken sich im Laufe ihrer Entwicklung auf ihr Selbstbild, ihr Erleben und ihr Verhalten aus, beispielsweise durch verwirrte kognitive Normen über Generation, Sexualität und Geschlechterrolle oder beeinträchtigte Bindungsfähigkeit.

Protektive Faktoren sind Schutzfaktoren. Sie verbessern die Möglichkeiten der Anpassung an die traumatische Umgebung und der späteren Genesung. Sie können nicht mit dem Fehlen oder dem Gegenteil von Risikofaktoren gleichgesetzt werden. Denn sie unterscheiden sich als Faktoren „im Kind selbst“ (ausgeprägtes Selbstwertgefühl, günstige Temperamenteigenschaften) und

¹⁷ vgl. Remscheid (2008), S30.

Faktoren in der Familie (starker Familienzusammenhalt, gute elterliche Beziehung).¹⁸

Wenn Fähigkeiten entwickelt wurden, mit früheren Belastungssituationen umzugehen, helfen diese, die Problematik zu relativieren und es können damalige Strategien erneut angewendet werden.¹⁹ Auch eine enge Bindung an Partner, Familie und Freunde kann eine schnelle Bewältigung begünstigen. Auch die Resilienz-Forschung verweist auf die protektive Bedeutung einer konstanten Beziehung zu einer Bezugsperson. Das können je nach Fall Geschwister, Großmutter, Pädagogen sein. Ein robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament kann Defizite in der Entwicklung des sozialen Bindungssystems ausgleichen. Kontaktfreudige Kinder, die ihre Eltern früh verloren haben, finden leichter Ersatzpersonen, die sich um sie kümmern. Man spricht auch von „easy temperament“.²⁰

Weiß fasst protektive Faktoren wie folgt zusammen:

*„-Großfamilie als kompensatorische Elternbeziehungen
-Verfügbarkeit über einen tragenden Halt
- Überdurchschnittliche Intelligenz
-Robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament
-Kreativität
-Sicheres Bindungsverhalten
-Soziale Förderung (Jugendgruppen, Schule, Kirche)
-Verlässlich unterstützende Bezugspersonen im Erwachsenenalter
-Dauerhafte gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson
-Humor
-Parentifizierung²¹
-Möglichkeiten der Realitätsanerkennung“²²*

Somit lässt sich auf einen Teufelskreis schließen, denn wer ungünstige Sozialisationsbedingungen sammelt, verfügt über geringere protektive Faktoren in späteren, potenziell traumatischen Belastungssituationen.²³

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Mittelfaktoren und protektive Faktoren die Qualität der Beeinträchtigungen beeinflussen. Die Unterschiedlichkeit

¹⁸ vgl. Remscheid (2008), S30.

¹⁹ vgl. Hoffmann (2015), S. 20

²⁰ vgl. Fischer (2003), S.147

²¹ kindliche Verantwortlichkeit über ihre Eltern

²² Weiß (2013), S.46

²³ vgl. Fischer (2003), S.147

zwischen Individuen, traumatischen Ereignissen (Art und Spezifik) und die Faktoren des Kontextes lassen keine pauschale Verallgemeinerung zu. Weiß führt dazu passend an: „*In der Hilfeplanung [...] kommt es auf eine sorgfältige Diagnostik der lebensgeschichtlichen Verletzungen, der Bindungen und Ressourcen an, [...] in welcher Weise dieses konkrete, individuelle Kind die traumatischen Erlebnisse bewältigt hat.*“²⁴

Entwicklungsrisiken können einerseits durch Persönlichkeitsmerkmale und verinnerlichte positive Erfahrungen vermindert werden. Andererseits stehen spezifische und unspezifische Einflussgrößen wie sozioökologischer Makrokontext (Familie, Freunde, significant caring adults, Wohnung) und Mesokontextes (Subkultur, Schicht, Quartier, Region) in einer Interaktion zueinander.²⁵

1.5 Traumafolgen und Symptome

Auch wenn Kinder und Jugendliche durch eine Inobhutnahme erst einmal vor weiteren Traumata geschützt sind, so sind sie dennoch mit den Auswirkungen konfrontiert. Traumafolgen zeigen sich in unterschiedlichen Symptomen und werden durch vier Faktoren beeinflusst: *Zeit und Häufigkeit, Umstände der Traumatisierung, System- und Sozialfaktoren* und *Individuelle Faktoren*. Der erste Faktor beschreibt, wie lang anhaltend die traumatische Situation war und ob sie unerwartet oder wiederholt stattfand. *Die Umstände der Traumatisierung* beinhalten alle äußeren Faktoren, die dieses Erlebnis ausgelöst haben. Wurde die psychische und physische Unversehrtheit gefährdet, waren es mehrere Täter, oder fand die traumatische Situation an einem vermeintlich geschützten Ort statt? Die *System- und Sozialfaktoren* beschreiben soziale Beziehungen während und nach der traumatischen Situation und beinhalten den folgenden Umgang. Ist der traumatisierte Mensch während und nach der Tat alleine, wird ihm/ihr geglaubt und kann er sich überhaupt austauschen, in welcher Beziehung stand das Opfer zum Täter? *Individuelle Faktoren* des traumatisierten Menschen beinhalten Zustand und Entwicklung der Persönlichkeit oder ob sich das Opfer mitschuldig fühlt.²⁶

Bei traumatischen Belastungen im Kindesalter führt Weiß folgende entwicklungspsychologische Auswirkungen an:

²⁴ Weiß (2013), S.47

²⁵ vgl. Hoffmann (2015), S. 20 f.

²⁶ vgl. Hanswille (2010), S.36 f.

-,Auswirkungen auf die Identitätsbildung

Selbstwert, Selbstwirksamkeit, Selbstwahrnehmung, Selbstregulation

-Das Körperschema

Die Wahrnehmung des Körperäußeren, der Körpergrenzen und des Körperinneren

-Beeinträchtigte Bindungsfähigkeit

-Die Ausbildung traumabezogener Erwartungen

-Die moralische Entwicklung

Verwirrte kognitive Normen über Generation, Sexualität und Geschlechterrollen, Potenziierte Übernahme von Geschlechtsrollen

-Beeinträchtigte Entwicklungskompetenzen

Schwierigkeiten im Vollenden von Entwicklungsübergängen, Schwierigkeiten im Entwickeln von sozialen und anderen Fertigkeiten

-Die Entwicklung traumaspezifischer Erinnerungen

Rückblenden, Alpträume, die traumatische Übertragung.“²⁷

Hierzu gilt grundsätzlich, je früher und je länger Traumata auftreten, desto wahrscheinlicher sind komplexe Traumafolgestörungen. Die Wahrscheinlichkeit, keine Traumafolgestörungen zu entwickeln, hängt von Bindungserfahrungen in der Kindheit, der Qualität sozialer Beziehungen und der individuellen Persönlichkeit in der Gegenwart sowie dem Maß allgemeiner Lebensbelastungen ab. Je sicherer die Bindungserfahrungen, je besser die Qualität, je stabiler die Persönlichkeit und je geringer die Belastungen im Leben, desto einfacher die Verarbeitung.²⁸

Es werden vier Traumafolgestörungen unterschieden: die posttraumatische Belastungsstörung (*PTBS*), die komplexe posttraumatische Belastungsstörung (*Komplexe PTBS*), die nicht näher bezeichnete dissoziative Störung (*NNBDS*) und die dissoziativen Identitätsstörung (*DIS*). Die *PTBS* kann sich durch ein fortgesetztes Wiedererleben des Traumas (Intrusion) ausdrücken z.B. durch Flashbacks, Tag- oder Alpträume.²⁹ Die Komplexe *PTBS* drückt sich durch gestörte Affektregulation, selbstdestruktives Verhalten, Störungen der Wahrnehmung und Fremdwahrnehmung, Somatisierung mit abgespaltenem Schmerz- und Taubheitsgefühl und Veränderungen in den Lebenseinstellungen und Bedeutungssystemen aus. Dissoziation ist ein Abwehrmechanismus

²⁷ Weiß (2013), S.48

²⁸ vgl. Hanswille (2010), S.40.

²⁹ http://flexikon.doccheck.com/de/Posttraumatische_Belastungsst%C3%B6rung

während des Traumas und bleibt als Traumafolgestörungen stehen. Sie ist ein Merkmal einer *komplexen PTBS*. Sie fungiert als Schutz in der traumatischen Situation, um beispielsweise keine körperlichen Schmerzen wahrzunehmen. Je höher der traumatische Stress, desto mehr Dissoziation ist nötig. Das Hirn speichert die traumatische Situation und die Dissoziation verbunden mit bspw. Depersonalisation oder Derealisation oder anderen dissoziativen Zuständen. Dementsprechend kann es passieren, dass wenn durch einen bestimmten Traumreiz getriggert wird, es wieder zur Dissoziation kommt. Es folgen einige Anhaltspunkte dissoziativer Symptome Betroffener:

- Erscheinen als unerreichbar, weggetreten/ Blick geht ins Leere
- Verwandlung wie in eine andere Person- Veränderung der Stimme, Sprache, Mimik und Gestik
- Erinnerung an bestimmte Zeiten und Phasen im Leben oder Fehlen von Alltagserinnerungen
- Wiederfinden an Orten, ohne zu wissen, wie man dahin gekommen ist
- Empfinden körperlichen Schmerzes ohne physiologische, medizinische Erklärung
- Körperteile können manchmal nicht bewegt werden oder plötzlicher Ausfall von Sinneswahrnehmungen (Seh-, Geruchs-, Geschmacksveränderungen)³⁰

2. Stationäre Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe

2.1 Das Arbeitsfeld „stationärer Einrichtungen der Kinder und Jugendhilfe“

Unter dem Begriff Kinder- und Jugendhilfe versteht man in Deutschland alle Leistungen und Aufgaben öffentlicher und freier Träger, die für junge Menschen und ihre Familien zusammengefasst werden. Diese unterschiedlichen Aufgaben begründen sich durch das Kinder- und Jugendhilferecht, welches durch das Recht auf Förderung der Entwicklung junger Menschen und auf Erziehung nach §1 SGB VIII und dem Grundgesetz zusammengehalten wird.³¹

Personensorgeberechtigte haben Anspruch auf Hilfe zur Erziehung nach §27 SGB VIII, wenn „[...] eine dem Wohl des Kindes oder Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine

³⁰ vgl. Hanswille (2010), S.39

³¹ vgl. Thiersch (2001), S.1022

Entwicklung geeignet oder notwendig ist.³² Das bedeutet, dass in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Kinder und Jugendliche aufgenommen werden, „*die eine längerfristige Unterbringung benötigen, weil ihre Erziehung und Entwicklung auch mit stützenden und ergänzenden Hilfen in der Herkunftsfamilie nicht mehr sichergestellt werden kann.*“³³ Dabei sind Geeignetheit des Angebotes der stationären Einrichtung, der individuelle Bedarf des Aufzunehmenden und sein soziales Umfeld (Familie) ausschlaggebend. Diese Angebote umfassen die Gewährung von pädagogischen und therapeutischen Leistungen.³⁴ Betreute Wohnformen können u.a. Jugendwohngemeinschaften, heilpädagogische Wohngruppen und betreutes Einzelwohnen umfassen.³⁵

„*Wird eine Fremdplatzierung in einem Heim beschlossen, ist davon auszugehen, dass sich weniger eingreifende, mithin ambulante oder teilstationäre Hilfsmaßnahmen als nicht oder zumindest als unzureichend wirksam erwiesen haben. Mit der Unterbringung in einem Heim ist für die betreffenden Kinder und Jugendlichen nicht nur eine zumindest zeitweise Trennung von ihren Eltern verbunden, sondern auch oft von ihren professionellen Helferinnen und Helfern, die sich zuvor ihrer angenommen haben.*“³⁶ Das Forschungsprojekt Jule (Evaluationsstudie teil-stationärer Erziehungshilfen) verweist auf folgende Problemlagen von Kindern und Jugendlichen, die zu einer Aufnahme führen. In ca. 67 % besteht eine starke Störung der Eltern-Kind- Beziehung, in ca. 54 % der Fälle sind Kinder/Jugendliche das Opfer familiärer Kämpfe, in ca. 43% erleben sie Gewalt- und/oder Missbrauchserfahrungen und in ca. 48% Vernachlässigung. Hierbei fällt auf, dass in vielen Familien sozioökonomische Belastungen³⁷, starke psychische Probleme, Substanzabhängigkeiten oder schwere Krankheit eines Elternteils vorherrschen. Weniger stark sind es Schwierigkeiten der Kinder, Entwicklungsverzögerungen, sehr spezifische Behinderungen oder gravierende Verhaltensauffälligkeiten, die eine Einweisung in die stationäre Erziehungshilfe begründen. Ca. 70% der Eltern geben nach o.g. Statistik eine Überforderung an. Es wird vielfältig sichtbar, dass Kinder die Verantwortung für die Stabilität der

³² vgl. Deisenhofer, §27 Abs. 1, (2015), S. 27

³³ http://www.kinderarcheggmbh.de/einrichtungen/kinder-_und_jugendwohnhaus.html

³⁴ vgl. Deisenhofer, § 27 Abs. 3, S.27

³⁵ vgl. <https://mbjs.brandenburg.de/kinder-und-jugend/hilfen-zur-erziehung-eingliederungshilfen/teilstationaere-und-stationaere-hilfen.html>

³⁶ Schleiffer (2015), S.108

³⁷ bspw. geringes materielles Einkommen, problematische Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit

Familie übernehmen. Das verhindert die eigene Entwicklungsmöglichkeit, die eigene Freizeitgestaltung und Erfüllung von Verpflichtungen der Schule.³⁸

Weil diese Kinder/Jugendlichen in ihrem noch kurzen Leben unterschiedlichen und kumulativ verstärkenden Risikofaktoren ausgesetzt waren, wie Opfer von Misshandlungen, Vernachlässigung und Deprivation, verstärkt sich die Forderung nach vielfältiger Förderung.³⁹ *„Je nach Studienlage können bis zu 70 Prozent der in den stationären Hilfen zur Erziehung untergebrachten Kinder und Jugendlichen als traumatisiert beschrieben werden und brauchen entsprechend traumabezogene pädagogische und therapeutische Unterstützungsleistungen.“*⁴⁰ Trotz des in der Praxis lautenden Grundsatzes „ambulant vor stationär“ und des damit verbundenen Präventionsgedankens wurde ein Drittel der jungen Menschen im Anschluss stationär untergebracht und vorher erfolglos ambulant versorgt.⁴¹ Ambulante Hilfen wie bspw. die Erziehungsberatung (§28 SGB VIII) oder die sozialpädagogische Familienhilfe (§31 SGB VIII) seien deshalb nicht per se eine Alternative zur Heimunterbringung, sondern nützlich zur Klärung der Indikation. Eine unmittelbare stationäre Hilfe ohne ambulante Vorbereitungsphase erweist sich aus Perspektive der Jugendlichen als besonders bedarfsgerecht.⁴²

2.2 Heimerziehung und sonstige betreute Wohnform nach §34 SGB VIII

Die Heimerziehung ist ein eigenständiges Hilfeangebot und bedeutet eine *„gesetzlich festgelegte sowie zeitlich begrenzte stationäre, meist heilpädagogisch- psychologisch ausgerichtete Erziehung außerhalb des ursprünglichen und natürlichen familiären Lebensfeldes durch pädagogische Fachkräfte, wobei die betroffenen Kinder- und Jugendlichen in der Regel in alters- und geschlechtsheterogenen Gruppen in einer Art Lebensgemeinschaft zusammenleben.“*⁴³ Sie *„[...] reagiert auf unterschiedliche Problemlagen von Mädchen und Jungen, wenn sich in deren Lebenswelt keine Ansätze für eine förderliche Hilfe ausmachen lassen und/oder wenn Distanz zur Familie,*

³⁸ vgl. Thiersch (1998), S. 209ff.

³⁹ vgl. Schleiffer (2015), S.108

⁴⁰ Lang (2013), S.8

⁴¹ vgl. Thiersch (1998), S. 213

⁴² vgl. Schleiffer (2007), S.85

⁴³ Bigos (2013), S. 14

*FreundInnen und Cliques notwendig erscheint.*⁴⁴ Die Betreuung findet über Tag und Nacht statt und verbindet pädagogische und therapeutische Elemente mit dem Alltagsleben.⁴⁵ Der Arbeitsauftrag in der stationären Unterbringung lässt sich wie folgt formulieren:

*„Distanz und Entlastung von Beziehungen und Aufgaben, in und an denen Heranwachsende gescheitert sind, einen für die spezifische Belastbarkeit und Bedürfnislage des Einzelnen eingerichteten Lebensraum und zusätzliche therapeutische Hilfen, stabile affektive Beziehungen im Umgang mit Erwachsenen, die als Professionelle besonderer Belastung gewachsen sind, und Lernfelder, die attraktiv sind und zugleich für die nicht mehr entlastete Zukunft außerhalb des Heims lohnende Perspektiven eröffnen.“*⁴⁶

Als letzte Erziehungsmöglichkeit ist sie oft notwendig, wenn ambulante bzw. teilstationäre Hilfsangebote nicht genügen.⁴⁷ Hauptsächlich richtet sich diese oft staatlich finanzierte Maßnahme an Kinder ab 9 Jahren. Die Unterbringung von Kleinkindern wird durch Befürchtung von Hospitalismusschäden⁴⁸ möglichst vermieden, findet aber in Krisensituationen oder als Übergang zur Pflegefamilie statt. Jungen sind in der Unterbringung leicht überrepräsentiert und Mädchen beginnen oftmals später die Hilfe zwischen 15 und 18 Jahren.⁴⁹

*„In ihrer Methodik ist die Heimerziehung weitgehend auf den Ausgleich von Sozialisations- und Erziehungsdefiziten durch eine intensive Beziehung zu Betreuungspersonen ausgerichtet. Entwicklungsdefizite werden vor allem unter dem Gesichtspunkt des Nachholens aufgegriffen.“*⁵⁰ Dabei ist das Ziel, eine Familienrückkehr zu ermöglichen, auf die Erziehung in einer anderen Familie vorzubereiten oder eine Lebensform zu bieten, die auf ein selbstständiges Leben vorbereitet.⁵¹

⁴⁴ Otto, Thiersch (2001), S. 453

⁴⁵ vgl. Deisenhofer, §34 Abs. 1, (2015), S. 28

⁴⁶ Thiersch (2001), S.453

⁴⁷ Bigos (2013), S. 15

⁴⁸ psychische und körperliche Defizite, die Kinder in Kliniken oder Heimen entwickeln können, bei zu wenig persönlicher Zuwendung (bspw. Verweigerung von Kontaktaufnahme, Zurückziehen)

⁴⁹ vgl. Otto, Thiersch (2001), S.453

⁵⁰ Fegert (2007), S.340

⁵¹ vgl. Deisenhofer §34 Abs. 2, (2015), S.28

2.3 Herausforderungen im Umgang mit Traumata

„Kinder und Jugendliche, die in früher Kindheit in ihren Familien anhaltende Erfahrungen existenzbedrohender Gewalt, Vernachlässigung und Verwahrlosung (Typ II Trauma) erleiden mussten, sind dauerhaft von den Folgen betroffen und entwickeln nicht selten chronische Traumafolgestörungen übererregter, reinszenierender und vermeidender Art.“⁵² Bei der Bewältigung dieser Schwierigkeiten in ihrer Entwicklung nicht zu helfen, kann durchaus als unterlassene Hilfeleistung definiert werden. Traumapädagogik unterstützt die Bewältigung traumatischer Erfahrungen. Doch steckt diese junge Fachdisziplin noch in den Kinderschuhen. Trotz Popularität fehlen oft die erforderlichen Qualitätskriterien. Traumapädagogische Ansätze finden in den Leistungsbeschreibungen Erwähnung, jedoch fehlen in der Praxis die nötigen Rahmenbedingungen. Somit bleibt sie auf isolierte Angebote und Interventionen begrenzt.⁵³ Wilma Weiß meint dazu: „*Grundsätzliche Fragen nach den Ursachen der Gewalt [...] gegen Kinder werden noch immer in den geschlossenen Raum der Therapie verlegt und damit auch verleugnet.*“⁵⁴ In einer Befragung Weiß‘ äußert eine Pädagogin, dass die Delegation von Betroffenen an die Therapie auch eine Möglichkeit sei, dem eigenen Entsetzen zu entgehen. Psychotraumatische Belastungen werden somit zu „reinen“ Krankheitsphänomenen gemacht und aus dem gesellschaftspolitischen und allgemeinpädagogischen Bereich ausgegliedert.⁵⁵ Es gehört zum beruflichen Alltag der Jugendämter, dass nur selten ein Betreuungsangebot gefunden wird, das einen speziellen pädagogischen Rahmen für traumatisierte Kinder/Jugendliche in Heimen mit dauerhafter Perspektive bietet. Das könnte auch erklären, weshalb es kaum überdauernde Erfolge bei den am stärksten belasteten Kindern gibt und über ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen eine Heimunterbringung abbrechen.⁵⁶ Hinzu kommt, dass eben durch den Ausbau ambulanter Hilfen, die Anzahl traumatisierter Kinder mit besonders belastetem Umfeld in der stationären Unterbringung steigt.⁵⁷ Folglich steigt der Anspruch an die Fachkräfte für einen bedarfsgerechten Umgang mit dem Klientel, obwohl Kenntnisse über Psychotraumatologie und Traumapädagogik nicht zu den regulären

⁵² Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik (2011), S. 4

⁵³ vgl. Lang (2013), S.5

⁵⁴ Weiß (2013), S.85

⁵⁵ vgl. Weiß (2013), S.85 ebenda

⁵⁶ vgl. Fegert (2007), S.339

⁵⁷ vgl. Fegert (2007), S.333

Ausbildungsinhalten von Erziehern, Sozialarbeitern und Heilpädagogen zählen.⁵⁸ Aus diesem Grund werden „traumaspezifische Re-Inszenierungen, Anlässe für Retraumatisierungen und Sekundärschädigungen [...] aufgrund fehlenden Fachwissens und anderen Widrigkeiten nicht erkannt.“⁵⁹ Dazu meint Martin Kühn, dass es durch zunehmend steigende Anforderungen und fehlendes Fachwissen nicht selten zu Überforderungssituationen und Grenzüberschreitungen kommt. „Schwierige“ Kinder erleben dann nicht nur in Einzelfällen institutionelle Gewalt, z.B. in Form von Demütigung, Bloßstellung und Gewalt.⁶⁰

Beeinträchtigungen durch traumatische Erfahrungen wirken im Alltag. Sexuell missbrauchte Kinder können ein exzessives und normabweichendes Interesse an Sexualität entwickeln, das sich in frühreifen sexuellen Aktivitäten und in als unangemessen betrachtetem Verhalten zeigt.⁶¹ Das kann Beschreibungen zufolge die Interaktion zwischen Jugendlichen und Fachkräften sexuell aufladen. Betroffene haben keinerlei Schamgrenzen oder erfuhren Zuneigung nicht ohne Sexualität und können diese demnach schlecht zeigen. Ein wichtiger Teil der Traumabearbeitung könnte hier eine frühzeitige sexuelle Aufklärung mit klaren Rückmeldungen und situativen Begrenzungen (Unterbindung von bestimmten Kontakten) sein, um einen altersentsprechenden Umgang mit der eigenen Sexualität zu erlernen.⁶² Dazu können Fachkräfte zur kognitiven Neuordnung ihrer Geschichte verhelfen, mit Methoden der Pädagogik behindernde Selbstbilder und Verhaltensweisen korrigieren und Orientierung für eine relativ selbstbestimmte Zukunft bieten.⁶³

Aktuelle Untersuchungen verdeutlichen, dass 75 % der Kinder und Jugendlichen in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe traumatische Erfahrungen gemacht haben. Die Relevanz dieser Thematik wird auch statistisch deutlich: 2016 leiteten deutsche Jugendämter 53 300 Kinder oder Jugendliche in Heime und andere betreute Wohnformen. Das ist ein Zuwachs von 20% zum Vorjahr. Dabei sticht besonders die Altersgruppe männlicher 16- und 17- Jähriger heraus. Ihre Zahl verdreifachte sich in der begonnenen Heimerziehung von 2014 auf 21 600 im Jahr 2016. Als ein Grund werden viele unbegleitete Flüchtlinge der letzten Jahre

⁵⁸ vgl. Gahlheitner (2016), S.176

⁵⁹ Weiß (2013), S.85

⁶⁰ vgl. Bausum (2013), S.28

⁶¹ vgl. Weiß (2013), S.13

⁶² vgl. Fegert u. a. (2007), S.339

⁶³ vgl. Weiß (2013), S.86

benannt.⁶⁴ Man bedenke hierbei nur traumatisierende Fluchtumstände, wie Terror, extreme Armut und Verfolgung sowie die zahlreichen Bedrohungen, denen Kinder und Jugendliche auf ihrer Flucht ausgesetzt sind/waren. Treffend formuliert der Neuropsychologe Frank Rösler: „*Ohne eine Behandlung der Traumata kann keine Integration gelingen.*“⁶⁵

Zusammenfassend begründet sich die Notwendigkeit traumapädagogischer Konzepte aus dem hohen Anteil traumatisierter Kinder und Jugendliche in den Heimen. Besonders ihre psychische und psychosoziale Gesundheit ist massiv belastet, was die stationäre Jugendhilfe im besonderem Maße herausfordert und klassische Jugendhilfemaßnahmen häufig scheitern lässt.⁶⁶

3. Traumapädagogik

3.1 Einführung in die Traumapädagogik

Angeregt durch Debatten des Umgangs mit sexueller Gewalt gegen Frauen und durch die resultierende Enttabuisierung in den 80er Jahren entstanden auch neue Blickwinkel auf Auswirkungen aller Formen der Gewalt, auch der gegen Kinder und Jugendliche. Möglichkeiten einer besseren Unterstützung traumatisierter Kinder und Jugendlicher mit neuen Schutzkonzepten der Kinder- und Jugendhilfe rückten in den Fokus der Diskussionen. Es entstand Mitte der 90er Jahre die Fachrichtung der Traumapädagogik in Einrichtungen der stationären und teilstationären Kinder- und Jugendhilfe. Pädagogen nutzen dabei Erkenntnisse der Psychoanalyse, Psychotraumatologie, Reformpädagogik, der Milieutherapie, Bindungs- und Resilienzforschung, Neurobiologie und der emanzipatorischen Pädagogik.⁶⁷ Ziel ist es „[...] *benachteiligte, auch traumatisierte Menschen auf ihrem Weg von einem Objektstatus – Objekt des Erwachsenen, Objekt des Herrschenden, Objekt der strukturellen Gewalt – zum Subjekt-Sein, zur Selbstermächtigung zu begleiten.*“⁶⁸ Dabei versteht sich Traumabearbeitung als Bewältigung durch Betroffene und Traumarbeit als die professionelle Begleitung durch psychosoziale Fachkräfte. Traumapädagogik ist

⁶⁴https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/11/PD17_420_225.html;jsessionid=D430A99340F27B542349BB4F9A8B28F2.InternetLive1

⁶⁵ <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/psychiatrie-forscher-fordern-mehr-hilfe-fuer-traumatisierte-fluechtlinge-1.3956496>

⁶⁶vgl. Fegert (2007), S.330

⁶⁷ vgl. Weiß (2016) S. 20 ff. und Lang (2013) S. 41, Weiß (2014) S.100

⁶⁸ Weiß (2016), S. 22

die notwendige Unterstützung Betroffener im pädagogischen Alltag. Sie ist keine Therapie und Traumaexposition⁶⁹ im klassischen therapeutischen Sinne.⁷⁰ Sie stabilisiert und fördert traumatisierte Kinder und Jugendliche und begleitet und ergänzt einen entsprechenden Therapieprozess.⁷¹ Traumapädagogik ist somit auch ein interdisziplinärer Versuch, auf Augenhöhe mit verschiedenen Netzwerkpartnern zusammenzuarbeiten. Diese umfassen Jugendämter, Familienarbeit, Therapeuten, psychosoziale Fachkräften in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Mediziner. Hierbei geht es sowohl um das Wohl des Klienten als auch um eine angemessene Unterstützung von Pädagogen, die einen Hauptteil der Traumarbeit leisten.⁷²

Traumabearbeitung nach Weiß beinhaltet demnach:

*„-Die Veränderungen von dysfunktionalen Einstellungen und Überzeugungen
 -Die Möglichkeit, das Geschehene in die eigene Lebensgeschichte einzuordnen
 -Im Leben, im „Jetzt“ einen Sinn zu finden
 -Körpergewahrsein und Körperfürsorge zu entwickeln
 -Die Selbstregulation von traumatischer Erinnerungsebenen und traumatischem
 Stress
 -Vertrauen in Beziehung zu fassen
 -Die Entwicklung einer respektierenden Haltung den eigenen
 Wunden/Schwierigkeiten/Beeinträchtigungen gegenüber
 -Chancen für soziale Teilhabe zu erwirken“⁷³*

Zentraler Inhalt der Traumapädagogik ist eine bestimmte Haltung gegenüber lebensgeschichtlich belasteten Mädchen und Jungen. Auf diese möchte ich im Folgenden genauer eingehen.

3.2 Werte und Haltung in der Traumapädagogik

Kinder haben in ihrer Herkunftsfamilie oft sehr belastende Lebensereignisse und krankheitserregende zwischenmenschliche Beziehungen erlebt. In einem traumapädagogischen Kontext geht es darum, *„korrigierende Beziehungserfahrungen zu sammeln, also [...] in den meisten pädagogischen*

⁶⁹ Auseinandersetzung mit dem Trauma u. a. durch Traumakonfrontation

⁷⁰ vgl. Weiß (2016), S.20 ff.

⁷¹ vgl. Bausum (2013), S.27

⁷² vgl. Lang (2013), S. 41

⁷³ Weiß (2013), S.92

*Interaktionen maximale Transparenz und Berechenbarkeit zu erfahren, und ihnen in diesen Interaktionen die nötige Wertschätzung und Ermutigung immer wieder zu spiegeln.*⁷⁴ Dazu sollen Kinder und Jugendliche entsprechend ihres Entwicklungsstandes im Alltäglichen an Entscheidungen beteiligt werden, Interaktionen kontrollieren dürfen und ermutigt werden, Entscheidungen zu treffen. Zentraler Aspekt ist dabei das Respektieren ihrer Autonomie.⁷⁵

Für die Fachkräfte bedeutet das im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen konkret:

-„Ihre Verhaltensweisen sind normale Reaktionen auf eine extreme Stressbelastung.

-Sie haben für ihre Vorannahmen, Reaktionen und Verhaltensweisen einen guten Grund.

-Sie haben in ihrem Leben bislang viel überstanden und geleistet.

-Wir unterstützen sie bei der Entwicklung eines guten Lebens.

*-Wir stellen unser Fachwissen zur Verfügung (Profis), sie sind die Experten für ihr Leben.*⁷⁶

Darüber hinaus ist es wichtig, Freiräume und Strukturen in der Einrichtung für Diskussionen über ethische und moralische Fragen zu schaffen. Zweifel, Haltungen und Belastungen durch Entscheidungen müssen offen diskutiert werden können. Das schließt Kollegen als auch die Leitungsebene ein. Ist dies möglich, führt es in einem „Engelskreis“ zu größerer Sicherheit und zu einer einheitlicheren Haltung.⁷⁷

3.3 Ausgewählte Methoden der Traumapädagogik

3.3.1 Pädagogik der Selbstbemächtigung

Die Unterstützung der Selbstermächtigung traumatisierter Kinder und Jugendliche ist ein Kernstück von Traumapädagogik. Sie beinhaltet die **„Förderung des Selbstverstehens, die Unterstützung der Selbstakzeptanz, die Förderung der Selbstregulation, die Förderung der Körperwahrnehmung, die Entwicklung einer guten Geschlechtsrolle und die**

⁷⁴ Weiß (2016), S. 82

⁷⁵ vgl. ebenda

⁷⁶ Weiß (2013), S.92

⁷⁷ vgl. Weiß (2016), S.90

Begleitung zu sozialen Teilhabemöglichkeiten.⁷⁸

Das **Selbst-Verstehen** dient zur Klärung der eigenen Identität und der kognitiven Bewältigung der erlebten Ereignisse. Kinder setzen sich dabei mit gefährlichen Situationen in Familien auseinander und lernen Abläufe in ihrem Kopf und Körper zu verstehen, wie die Dynamik der traumatischen Übertragung oder die Dissoziation (siehe 1.5.). Ihnen hilft es zu erkennen, wie Seele und Körper auf den Extremstress reagieren, den sie hinter sich glauben, indem man neurophysiologische Erkenntnisse anhand des dreigliedrigen Gehirns metaphorisch erklärt. Dabei stellt das Reptiliengehirn (Gehirnstamm) den Kern eines Apfels da. Es reagiert auf Gefahr und stellt Energie für Kampf oder Flucht bereit. Darum empfinden wir, bspw. schwitzende Hände bei Anspannung. Das umgebene Fruchtfleisch des Apfels, das Mittelhirn (Amygdala) ist die Warnzentrale und ist für Emotionen und das Gedächtnis tätig. Deshalb fühlen wir. Die Apfelschale stellt das denkende Hirn da und dieses regelt im Normalfall alles. In stressgeladenen Situationen oder durch stressgeladene Impulse, schaltet die Warnzentrale (Fruchtfleisch) das Reptiliengehirn (Apfelkern) ein. Dieses stellt automatisch Energie zur Bewältigung bereit und das denkende Hirn (Schale) schaltet sich ab. Kinder, die immerzu in Gefahr waren oder bei denen sich Situationen oft wiederholten, denen meldet das Mittelhirn Gefahr, obwohl keine da ist. Es zeigen sich Reaktionen wie Hochgehen, Erstarren oder Wegdriften.⁷⁹ *„Die [Apfel-]Schale, der Denker, hat keine Chance, es gibt keinen Funkkontakt von der Warnzentrale zum Denker und auch keinen vom Denker zur Warnzentrale.“*⁸⁰ Die 12-jährige Lisa beschreibt *„Ich bin dann wie ferngesteuert.“*⁸¹

Um die **Selbstregulation zu fördern**, ist es wichtig, dass Kinder wie Lisa lernen, das Frühwarnsystem ihres Körpers wahrzunehmen und ihre Empfindungen versorgen zu können. Selbstregulation beginnt in der Unterscheidung von Empfindungen und Gefühlen. Empfindungen sind körpergewordene Gefühle, die uns u. a. mitteilen, dass wir unter Stress geraten. Übererregungen (Ausrasten) und Dissoziationen kündigen sich durch körperliche Empfindungen wie Schwitzen, Kloß im Hals oder Druck im Kopf an. Wenn es Kinder nicht schaffen, sich zu allein zu regulieren, helfen Beruhigungen. Es können auch Notfallstrategien erarbeitet und erprobt werden, wie Atemübungen, Übungen mit

⁷⁸ Weiß (2016), S.290

⁷⁹ vgl. Bausum (2013), S. 170

⁸⁰ Bausum (2013), S.170

⁸¹ Weiß (2016), S. 292

denen sich Kinder im Hier und Jetzt halten oder Bewegungsstrategien.⁸² Somit können sie vorbereitet schwierige Situationen angehen. Um herauszufinden, was zu diesen drei störungswertigen Verhaltensschemata führt, werden Stimuli und Trigger identifiziert. Geeignete Fragen nach den Auslösern könnten dabei sein: „Wann steigt dein Stresspegel?“, „Wie hoch ist dein Stressniveau?“ oder „Wo in deinem Körper spürst du das?“. Ein Bewusstmachen der stressigen Situation kann mit Hilfe von Triggerkalendern (Eintragen von Leistungsüberprüfungen in der Schule, Hilfeplangespräche) geschehen. Ein Stressbarometer kann helfen, diese Stresssituationen sicher zu bewältigen.⁸³

Um körperlichen Erfahrungen, wie Erstarrung, Ohnmacht und Abspaltung, etwas gut dosiert entgegenzusetzen, hilft es, die **Körperwahrnehmung zu fördern**. Levine beschreibt körperliche Empfindungen als die „*eigentliche Grundlage des Bewusstseins*“.⁸⁴ Mit einfachen Übungen zur Körperhaltung oder anderen Bewegungssportarten stellt man einen Zusammenhang zwischen Körper und Geist dar. Sie lenken die Aufmerksamkeit der Schwerkraft auf den Körper und durch integrierte Bewegungen entwickelt sich das neuronale Netzwerk. Das integriert die Mobilität des Körpers, erzeugt körperliche Erfahrungen von Stärke und Freude und hilft der Selbstbemächtigung. Eingefrorene Energie kann somit gelöst werden. Jedoch gibt es auch hier unterschiedliche Auffassungen. Therapeuten und Wissenschaftler meinen, es pusche Kinder und wirke retraumatisierend.⁸⁵ Andererseits hilft Freude an Bewegung dabei, sich zu spüren, sich zu erden und zu entlasten.⁸⁶

Bei der **Unterstützung der Selbstakzeptanz** entwickeln Kinder und Jugendliche eine liebevolle und fürsorgliche Beziehung zu sich selbst sowie Empathie zu anderen. Auf der Suche nach Gründen für ihr Verhalten eignet sich die Formulierung „Du tust das, *weil...*“ besser als die direkte Frage nach dem Grund „Warum tust du das?“. Dies könnte lebensgeschichtliche Risiken aktivieren, Schuldgefühle auslösen und Kinder und Jugendliche in die Defensive drängen. Positiv wirkend verhält sich die Fragestellung in Verbindung mit der Annahme des guten Grundes (siehe 3.2). Als eine Siebenjährige immer wieder mal nachts Lebensmittel aus dem Kühlschrank ihrer Pflegefamilie stiehlt, kommt die Pflegemutter hinzu. Sie sagt, „*du machst das sicher, weil du für dich sorgen*

⁸² vgl. Lang (2013), S.153

⁸³ vgl. Weiß (2016), S.296

⁸⁴ Levine (2010), S.172

⁸⁵ vgl. Van der Kolk (2000), S.248

⁸⁶ vgl. Weiß (2016), S.297

musst.“⁸⁷ Dabei wird die Verhaltensstrategie des Mädchens als sinnvoll bewertet wegen ihres Willens, sich um sich selbst zu kümmern. Im nächsten Schritt sollte es darum gehen, dass die 7-Jährige ihren Grund selbst realisiert und ihr Verhalten versteht.⁸⁸

Mit der **Entwicklung einer guten Geschlechterrolle** führt Weiß folgende geschlechtssensible Traumapädagogik aus:

- „die Auseinandersetzung mit kritischen männlichen und weiblichen Geschlechtsrollenstereotypen
- der reflexive Umgang mit Kommunikationsmedien
- selbstbestimmte Nähe und Distanzregelung in Freundschaften und Liebesbeziehungen
- die Entwicklung einer selbstbestimmten und achtsamen Sexualität,
- die Akzeptanz des eigenen Körpers
- die Auseinandersetzung mit männlichen und weiblichen Vorbildern,
- Gesundheitsförderung“⁸⁹

Dieses Hilfeangebot beinhaltet eine Vielzahl geschlechtsspezifischer Pädagogik in Form gemeinschaftlicher und flexibler interessen- und zielgruppenspezifischer Angebote sowie gesonderte Räume für Mädchen und Jungen. Eine intensivere Auseinandersetzung ist auf Grund der Begrenzung des Umfangs der Arbeit nicht möglich.

Unter **Begleitung zu sozialen Teilhabemöglichkeiten** werden verschiedene Elemente erfasst. Einerseits ist soziale Teilhabe nur möglich, wenn es gelingt, Stress zu regulieren. Dabei helfen u.a. reflektierte Grundhaltungen, Gesprächstechniken und das vereinfachte neurobiologische Verstehensmodell. Andererseits fällt auf, dass im pädagogischen Alltag auf Grund der Flut vieler Aufgaben partizipative Strukturen vernachlässigt werden. Dabei ist diese korrigierende Erfahrung vor allem für Kinder und Jugendliche wichtig, die Willkür und Vernachlässigung ausgesetzt waren.⁹⁰ Das Entscheiden über eine Unterbringung und geringe Wahlmöglichkeiten verweisen auf ein strukturelles Machtgefälle. Den Heimalltag kennzeichnet das Spannungsfeld zwischen Wunsch nach exklusiver Beziehung und der Realität einer Betreuungsbeziehung und Zwangsgemeinschaft.

⁸⁷ Weiß (2013), S.122

⁸⁸ a.a.O., S.123

⁸⁹ Weiß (2016), S.298

⁹⁰ vgl. Weiß (2016), S.299f.

Um darauf zu reagieren, muss „das strukturelle Machtgefälle transparent sein. Kinder und Jugendliche werden als GesprächspartnerInnen und KritikerInnen ernst genommen. Wahlmöglichkeiten hinsichtlich Gruppe und BezugsbetreuerInnen [müssen] so weit als möglich ausgeweitet werden. Regeln des Hauses, der Gruppe werden gemeinsam erarbeitet. Mädchen und Jungen erhalten mehr Einfluss und Definitionsmacht. Die Mitarbeit erhöht die Erfahrung von Wirksamkeit und Scheinanpassung. Die Regeln berücksichtigen die Möglichkeit von individuellen Maßnahmen. Gleichheitspostulate berücksichtigen nicht ausreichend, dass die betroffenen Kinder und Jugendliche Individuen sind und unterschiedliche Lebensgeschichten haben.“⁹¹ Dazu ist es wichtig, Kinder und Jugendliche über ihre Rechte gemäß dem KJHG und Verfahrensgesetz zu informieren.⁹²

3.3.2 Trommeln gegen Trauma

Der Einsatz von Congas in der Arbeit mit traumatisierten Kindern geht auf ein gemeinsames Konzept der Förderschullehrerin Ute Dinkelmann und der Heilpädagogin Ulrike Ding zurück. Dabei werden Congas als pädagogisch-musiktherapeutisches Medium benutzt.

Dieses gruppenpädagogische Angebot besteht aus vier bis sechs Trommlern und zwei pädagogischen Anleitern. Um Überforderungen der Kinder zu vermeiden, sollte die Gruppengröße nicht erweitert werden. Zwei Anleiter ermöglichen es, individuell bei Krisen oder emotionalen Ausbrüchen direkt und uneingeschränkt zu reagieren, ohne dass die Gruppe insgesamt verlassen wird. Eine angstfreie und positive Atmosphäre sowie ein klarer Rahmen (regelmäßige Zeiten, gleicher Tag und Raum) mit der Zusicherung derselben Erwachsenen sorgen für Sicherheit. Im Grunde strukturiert sich das Angebot aus drei Teilen: einer etwa 20-minütigen **Trommelphase**, eine genauso lange **freie Spielphase** und einem **Zusammentreffen** in einem anderen Raum.⁹³

Die Trommelphase legt den Fokus auf Trommelspiele, denn es geht nicht um die technische Beherrschung des Instruments, sondern um einen gruppendynamischen Prozess mit Konzentration auf sich selbst und die eigenen Bedürfnisse. In einer kreisförmigen Anordnung der Congas kann jeder zu jedem verbal oder nonverbal Kontakt aufnehmen. Auch wenn einzelne Kinder nicht aktiv

⁹¹ Weiß (2013), S.135

⁹² vgl. Weiß (2013), S.135f.

⁹³ Bausum (2013), S.208 ff.

mittrommeln, symbolisiert die Aufnahme seiner Trommel die Gruppenzugehörigkeit. Pro Spielphase werden zwei einfache afrikanische oder jamaikanische Rhythmen fortlaufend gespielt. Dies bietet die Möglichkeit, musikalisch mitzumachen oder sich frei zu bewegen, um innere Spannungen zu lösen. Durch die wiederholenden Rhythmen bekommen die Kinder die Möglichkeit, sich zu den eigenen inneren Impulsen zu finden. Aggressive und passive Kinder können durch Trommelklänge und Spielen als urchtümliche Möglichkeit des Ausdrucks- und Kommunikationsverhalten ihre Einstellung zu sich und ihrer Umwelt verändern. Mit Hilfe des Spiels „Trommeln für den Bauch“ können sich Kinder gegenseitig demonstrieren, wie stark sie für jeden Einzelnen trommeln. Durch das nahe Beieinandersein spüren sie, wie viel sie von den anderen bekommen. Dabei wird auch die Trommel zum Gegenüber, mit dem kommuniziert wird. *„Die Trommel wirft den inneren Rhythmus, sei er nun gestört oder in Harmonie, spiegelbildlich zurück, sowohl in akustischer Schwingung als auch in spürbarer Schwingung des Fells.“*⁹⁴ Gefühle werden auf die Trommel projiziert und sind somit leichter zu beobachten und zu interpretieren. Dabei achten die Anleiter besonders auf regressive⁹⁵ Aspekte der Übertragung und Gegenübertragung der Kinder. Indem regressive Prozesse und die Struktur der Übertragung und Gegenübertragung erkannt werden, können Wiederholungen der traumatisierten Erfahrungen unterbrochen werden. Das Kind kann aus dem Wiederholungsschema ausbrechen, neue Beziehungen zulassen und den Anforderungen der Wirklichkeit gerecht werden.⁹⁶

Um die **freie Spielphase einzuleiten** und den Kindern das Loslassen ihrer Trommeln zu erleichtern, bringen die Kinder ihre Congas mittels Loslöseritual spielerisch zum „Schlafen“. Hier zeigt sich dann auch, wie die Kinder auf das vorherige Trommeln reagieren. Interaktionen und Beziehungen bleiben bestehen, das Erlebte wird im geschützten Rahmen übertragen. Einige erkennen, dass sie sich mit ihren individuellen Thematiken an der Trommel auseinandersetzen konnten und schaffen es, sich auf andere Gruppenmitglieder einzulassen. Bei Bewegungsspielen wie „Hase und Jäger“ bietet der Innenkreis der Trommel auch einen Rückzugsort. In ihm kann man sich selbst erfahren und regenerieren. Das **Zusammentreffen** im anderen Raum dient als Abschluss und Ausklang. Hier gibt es etwas zu essen und trinken und alle nehmen teil- unabhängig von vorherigen Konflikten oder der Beteiligung beim Trommeln. Das stärkt die

⁹⁴ Bausum (2013), S.208

⁹⁵ Regression: Aufgreifen von Verhaltensweisen früherer Entwicklungsstufen; Abwehrmechanismus an Realitätsanforderungen

⁹⁶ vgl. Bausum (2013), S.208ff.

Gruppenzusammengehörigkeit. Hier wird auch Raum geboten, um Befindlichkeiten anzusprechen. Es ist wichtig, dass traumatisierte Kinder die Chance der Verbalisierung erhalten. Wenn Sprachlosigkeit überwunden wird, führt dies zur emotionalen Entlastung.⁹⁷

Zusammenfassend enthält die Methode „Trommeln gegen Trauma“ folgende Kriterien:

- Den Kindern wird ein sicherer Raum gegeben.
- Selbst- und fremddestruktives Agieren kann das „neutrale“ Medium aushalten. Die Conga kann der Spannungsabfuhr, der Selbstheilung und der Stabilisierung dienen.
- Entwicklungsstopps mit Verhaltensweisen aus früheren Entwicklungsstufen können in ersten Schritten gelöst werden.
- Es kann am häufig auftretenden gestörten Körperempfinden, der taktilen und sensorischen Wahrnehmung gearbeitet werden.
- Selbstwahrnehmung, Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen werden geschult.
 - Das Selbstbewusstsein wird gestärkt (falsches Trommeln gibt es nicht).
 - Die Wahrnehmung von Zeit und Raum kann trainiert werden.
- Ein Gefühl von Rhythmus, das Erspüren vom eigenen inneren Rhythmus wird möglich.
 - Formen der Kommunikation werden geübt.
- Erstarrungs- und Vermeidungstendenzen können bearbeitet werden.
 - Die Kinder werden in ihrer Individualität gehalten.
 - Spiegeln und Grenzen setzen sind möglich.⁹⁸

3.3.3 Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für Fachkräfte

Im Arbeitsfeld stationärer Einrichtungen der Kinder und Jugendhilfe werden traumatisierte Kinder und Jugendliche mit hohen Bindungsunsicherheiten und Bindungsstörungen betreut. Diese Kinder nehmen die Welt als gefährlichen Ort und andere Menschen als potenzielle Gefahr wahr. Sie entwickelten Überlebensstrategien und Verhaltensweisen durch dauerhafte Unsicherheit und Hilflosigkeit. Im pädagogischen Alltag kann dies den Gruppenalltag belasten und bedeutet für Fachkräfte einen geduldigen und kreativen Umgang.⁹⁹ Mitarbeiter sind Übertragungen ausgesetzt, die in ihrer Intensität das sonst übliche Maß bei

⁹⁷ vgl. Bausum (2013), S. 209 ff.

⁹⁸ vgl. Bausum (2013), S.218

⁹⁹ vgl. Tüllmann in Baierl (2015), S.264 ff.

Weitem übersteigen. „Das vom Kind ausgehende Gefühl wird schnell zum eigenen, ohne Möglichkeit es zu reflektieren, zu analysieren und eine eventuelle Reinszenierung des Kindes zu erkennen, das die BetreuerIn in eine Opferrolle drängt.“¹⁰⁰ In der Beziehungsgestaltung zu traumatisierten Kindern/Jugendlichen finden sich Fachkräfte auch in unterschiedlichen Rollenfallen wieder. In der Täterrolle müssen sie mit Schuld-, Scham-, und Wutgefühlen umgehen können. In der Opferrolle werden Angst, Scham und Ohnmacht ausgelöst. Als vermeintlicher Retter wird die Beziehung immer intensiver, bis sie an einem Punkt nicht mehr ausgehalten wird. Der Pädagoge wird persönlich verletzt oder abgewertet. Wenn er sich dann zurückzieht, fühlt sich das Kind verlassen und allein gelassen. Diese Selbstbeobachtung erfordert Mut und Selbstvertrauen, da die ausgelösten Emotionen häufig nicht zum eigenen professionellen Selbstverständnis passen. Es ist wichtig, diese Rollenfallen zu erkennen und zu reflektieren.¹⁰¹

In diesem traumasensiblen und intensiv professionellen Beziehungsangebot ist das sichere Setzen von Grenzen gegenüber den Klienten wichtig. Traumatisierte Kinder zeigen aufgrund ihrer Erfahrung viel Misstrauen zu neuen Beziehungen. Sie testen teilweise unbewusst persönliche Grenzen. Es ist deshalb notwendig, diese auch als Test anzuerkennen, prozessnotwendig zu akzeptieren und professionell zu agieren. Sind Beziehungen besonders vertrauensvoll und findet ein Krisenfall statt, ist es wichtig, in der professionellen Beziehung zu bleiben, statt sich getroffen zu zeigen. In Verbindung mit Extremsituationen, überschrittenen Grenzen, erfahrener Gewalt oder ihrer Androhung sowie einem ständigen Belegungsdruck und Mitarbeitermangel sind Mitarbeiter stark herausgefordert.¹⁰²

Um diesem Druck standzuhalten, ist Selbstfürsorge unabdingbar. Die Psychoanalytikerin Reddemann versteht unter Selbstfürsorge „*einen liebevollen, wertschätzenden, achtsamen und mitfühlenden Umgang mit mir selbst und Ernstnehmen der eigenen Bedürfnisse.*“¹⁰³ Dazu ist es wichtig, möglichst viele Resilienzfaktoren zu etablieren, Risikofaktoren zu minimieren und mit Unvermeidlichem einen guten Umgang zu finden.¹⁰⁴ Im Alltag können Symboliken gewählt werden, die persönliche Kraftquellen aktivieren. Das kann

¹⁰⁰ Bausum (2013), S.221

¹⁰¹ vgl. ebenda

¹⁰² vgl. Baierl (2015), S.264 ff.

¹⁰³ www.luise-reddemann.de/fileadmin/content/downloads/aufsaeetze-vortraege/%C3%9Cberlegungen%20zu%20Psychohygiene%20und%20%20Burnout-Prophylaxe%20von%20TraumatherapeutInnen.pdf

¹⁰⁴ vgl. Bausum (2013), S. 126

das persönliche Hintergrundbild des Bildschirmschoners sein, Symbolkarten oder ein tägliches, kurzes Notieren von drei positiven Dingen.

Auch sekundäre Traumatisierungen können die seelische Gesundheit der Fachkräfte belasten, dabei werden Mitarbeiter stellvertretend (mit) traumatisiert. Es ist eine Konfrontation mit fremden Traumata, die die gleichen Gefühle der „realen“ Opfer, wie Ohnmacht, Hilflosigkeit, Wut und Trauer, auslöst. Dies kann während des Aufnahmegesprächs, beim Lesen von Berichten, in alltäglichen Gesprächen oder bei traumabezogener Reinszenierung als Zeuge von Gewalt geschehen. Äußere Risikofaktoren können mangelnde Unterstützung oder Entwertung durch Kollegen sein. Andere liegen in der Person, wie ein besonders hohes Maß an Einfühlungsvermögen ohne innere Distanz, Reaktivierung eigener Traumata oder fehlende Problem- und Bewältigungsstrategien.¹⁰⁵ Es werden folgende Kriterien für Prävention und Selbstfürsorge zusammengefasst aufgeführt:

- ein sicherer Arbeitsort (u. a. Partizipation, Transparenz) und professionelle Nähe
 - Fortbildungen und Übungen aus dem Bereich der Traumapädagogik,
 - Unterstützung in Form von Beratung und Supervision (Einzel- und Gruppensupervisionen)
- Sicherheit durch ein erprobtes Team: das Wissen über die Fähigkeit der Kollegen und das Vertrauen in ihre Kompetenzen helfen, Belastungen zu reduzieren und sich gegenseitig zu unterstützen
 - regelmäßiger Austausch im Team
- ein individuelles Stressbewältigungsprogramm, bspw. bestehend aus Sport, Yoga, (regelmäßigen) Entspannungsübungen und stabilisierenden Imaginationsübungen
- Gleichgewicht zwischen Arbeit, Freizeit und Ruhe, Balance zwischen der Vielfalt der Aktivitäten im Beruflichen und Persönlichen
- Erlangung der Selbstbeherrschungskontrolle über das eigene Tun als Strategie zum Schutz vor traumatischen Erfahrungen: routinierte Handlungsabläufe wie strukturierte Vorgehensweisen und Checklisten, die professionelle Sicherheit geben
 - die Bearbeitung eigener Themen und Belastungen¹⁰⁶

In konzeptionellen Überlegungen sind die extrem hohen Belastungen in der täglichen Betreuungsarbeit zu berücksichtigen. Eine nötige Konsequenz ist, dass

¹⁰⁵ vgl. Bausum (2013), S.269

¹⁰⁶ vgl. Bausum (2013), S.269f.

Fachberater wie Supervisoren von Betreuungsteams eine fundierte Erfahrung und Ausbildung im Umgang mit traumatisierten Menschen haben. Übertragungen können so erkannt, eingeordnet werden und den Mitarbeiter entlasten.¹⁰⁷

3.4 Zur Bedeutung von Kompetenzen in der Traumapädagogik

Fachkräfte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe gestalten den Alltag mit hoch belasteten Kindern und Jugendlichen. Sie setzten sich neben diesen Anforderungen auch mit Auswirkungen transgenerationaler, familiärer Traumata und co-traumatischer Eltern-Kind-Beziehungen des Herkunftssystems auseinander. Dieser zunehmende Anstieg von Anforderungen in Verbindung mit fehlendem Fachwissen führt nicht selten zu Überforderungssituationen und Grenzüberschreitungen. Unzählige Beispiele von Demütigungen, Bloßstellungen und Gewalt bleiben keine Einzelfälle und entpuppen sich als institutionelle Gewalt gegen „schwierige Kinder“.¹⁰⁸ Um diesen Folgen der Gewalt und Ausgrenzungen entgegenzutreten, um den Kindern und Jugendlichen in ihren Bedürfnissen gerecht zu werden sowie Resignation von Fachkräften entgegenzuwirken, bedarf es Grundlagen und Standards für ein professionelles Handeln. Weiß beschreibt folglich drei Grundkompetenzen, die im Umgang mit Belastungen traumatisierter Kindern und Jugendlicher stehen: Sachkompetenz, Selbstfürsorge und Selbstreflexion.

Sachkompetenz vermindert Belastungen und Gefahren. Hierzu gehört:

- „Basiswissen der Psychotraumatologie, z.B. die unterschiedlichen Sichtweisen und die Forschungsergebnisse über Traumatisierung von Kindern
- Grundwissen über Entwicklungsrisiken, Entwicklungschancen und unterstützende Faktoren
- Basiswissen über Ausmaß, Dynamik, Folgen und Täter(innen)strategien bei sexueller Gewalt
- Grundkenntnisse über die Dynamik traumatisierter Übertragungen und Gegenreaktionen
- Methodentraining z.B. in Biografiearbeit, Genogrammarbeit, Aufklärungsarbeit, die Enttabuisierung von sexueller Gewalt, den Umgang mit der Geschlechterdifferenz, das praxisorientiert auf den Heimaltag vorbereitet
- Grundwissen über Beziehung und Bindung. Reflexionsmöglichkeiten, die die

¹⁰⁷ vgl. Bausum (2013), S. 222

¹⁰⁸ vgl. Bausum (2013), S.27f.

*Gestaltung des eigenen Beziehungsangebotes zum Thema zumindest der
Ausbildung der HeimerzieherInnen machen
-Grundwissen über die Pflege der eigenen Psychohygiene inkl.
Forschungsergebnisse über Burnout und Wissen über Auswirkungen im Umgang
mit traumatisierten Menschen¹⁰⁹*

Fehlendes Wissen ist nicht unmittelbar Versäumnis von Pädagogen, sondern auch Aufgabe von Ausbildungsinstituten, Institutionen der Jugendhilfe und des Trägers.¹¹⁰ Zudem braucht es auch die Bereitschaft, die eigenen pädagogischen Ansichten, Kompetenzen und Verhaltensweisen zu erweitern. Nur so kann sich auf Wirklichkeiten mit teilweise bizarren Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen eingelassen werden. Wissen um die entsprechenden Dynamiken helfen, die positiven Absichten anzuerkennen, fachliche Einschätzungen vorzunehmen, sich nicht persönlich zu verstricken und professionell zu handeln.¹¹¹

Auf die besondere Bedeutung der Selbstfürsorge für Fachkräfte bin ich im vorherigen Kapitel (3.3.3) ausführlicher eingegangen und möchte darauf verweisen. Selbstfürsorge ist immens wichtig, da der Umgang mit Traumatisierten sehr belastend sein kann. Denn *„je besser es Ihnen geht und je mehr Sie in Ihrer Kraft sind, desto besser können Sie für die Mädchen und Jungen da sein.“*¹¹²

Selbstreflexion ist Voraussetzung, um Belastungen zu reduzieren. Durch sie können eigene Verarbeitungsmuster erkannt und Beeinträchtigungen durch individuelle Ansprüche, gesellschaftlich vermittelte Glaubenssätze und institutionelle Engführungen durchschaut werden.¹¹³ Ihr kommt in der Beziehungsgestaltung zu den Kindern eine wichtige Bedeutung zu, denn es geht um realistisch begrenzte und klar benannte pädagogische Beziehungen. Um ein ungeprüftes Beharren von Grundeinstellungen zu reduzieren, ist es wichtig, sich mit der eigenen Kindheitsgeschichte auseinander zu setzen. Andere Themen sind: Bindungsmuster, Geschlechterrolle, Sexualität, reflektierte Haltungen zum Thema sexuelle Gewalt, Motive des eigenen Handelns, Stellvertreter- Konflikte im Team und Auswirkungen der strukturellen Bedingungen auf das eigene Handeln.¹¹⁴ Entscheidend ist auch der Umgang mit eigenen Übertragungs- und

¹⁰⁹ Weiß (2013), S. 224f.

¹¹⁰ vgl. Weiß (2013), S.233

¹¹¹ vgl. Baierl (2015), S.53

¹¹² Baierl (2015), S.54

¹¹³ vgl. Weiß (2013), S.224

¹¹⁴ vgl. Weiß (2013), S.229

Gegenübertragungsgefühlen, denn „[...] *Vorgänge der Gegenübertragung sind oft besonders schwierig, weil der Erwachsene die eigenen schwachen Stellen sich nicht gerne eingesteht.*“¹¹⁵ Selbsterfahrung und Selbstreflexion sind mit Risiko und Anstrengung verbunden, jedoch erhöhen sie die berufliche Zufriedenheit und das persönliche Wachstum.¹¹⁶

4. Empire

4.1 Der Fragebogen

Anknüpfend an die theoretische Auseinandersetzung versuche ich mit Hilfe des entwickelten Fragebogens, Perspektiven aus der Praxis einfließen zu lassen. Dabei habe ich vier Fachkräfte unterschiedlicher Einrichtungen der stationären Kinder- und Jugendhilfe befragt. Meine Untersuchungsabsicht ist die Beschreibung traumapädagogischer Kompetenzen, die nötig sind, um Bedürfnissen der Klienten in der stationären Kinder- und Jugendhilfe gerecht zu werden. Zudem befasse ich mich mit unterschiedlichen institutionellen Bedingungen, die traumapädagogisches Arbeiten ermöglichen. Es werden Erfahrungen des pädagogischen Alltags untersucht und traumapädagogische Netzwerkarbeit analysiert.

Um vielfältige Antwortmöglichkeiten zu ermöglichen und folglich Tendenzen aufzeigen zu können, habe ich geschlossene Fragen, Skalierungsfragen und offene Fragen verwendet. Dabei ging ich wie folgt vor: kurze Einleitung über Thema mit Erklärungen zum Fragebogen, Fragen zur Person, geschlossene Fragen um einen Einstieg in das Thema zu erleichtern, Skalierungsfragen und offene Fragen für präzise Antworten. Im folgenden Teil werde ich den Fragebogen qualitativ auswerten.

4.2 Die Auswertung der Daten

Für die Auswertung des Fragebogens fasse ich die Antworten in vier Themenbereichen zusammen. Diese sind Fachlichkeit und Kompetenzen; Bedingungen in der institutionellen Struktur, Traumapädagogik in der Praxis sowie Zusammenarbeit und Auswirkungen mit Netzwerkpartnern.

An der Beantwortung des Fragebogens haben drei Sozialpädagogen und eine Erzieherin teilgenommen. Ihre Arbeitsfelder gliedern sich in heilpädagogische

¹¹⁵ Weiß (2013), S.228

¹¹⁶ vgl. ebenda S. 229

Wohngruppe, Jugendwohngruppe, Wohngruppe für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge und eine sozialintegrative Wohngruppe. Sie betreuen alle Kinder oder Jugendliche, die von Traumatisierungen betroffen sind.

Im Rahmen der Auseinandersetzung mit dem Aspekt **Fachlichkeit und Kompetenzen** fällt auf, dass nur zwei von vier Teilnehmenden in der individuellen Ausbildung auf Traumafolgen vorbereitet wurden. Nach Wilma Weiß gehört Selbstreflexion zur Grundkompetenz der Traumarbeit (siehe 3.4), diese schätzen die meisten der Befragten als sehr wichtig ein. Für die befragten Praktiker bestehen dabei noch weitere traumapädagogische Kompetenzen. Eine Sozialarbeiterin verweist auf „[...] *die Reflexion der eigenen Biografie, [...] und einen ressourcenorientierten Blick auf Klienten*“¹¹⁷, ein anderer nennt „*Traumamasensibilität, [...] Wissen über Auswirkungen der Traumafolgen, gute Netzwerkkennnisse, Psycho- und Schlafhygiene*“.¹¹⁸ Somit werden auch Faktoren der Selbstfürsorge genannt. Ein anderer Praktiker wird dabei genauer und beschreibt: „*hohe Sozialkompetenz: sensible[n] Umgang mit den individuellen Bedürfnissen traumatisierter Personen, [...] Selbstreflexion: Reflexion eigener Handlungsmuster im Umgang mit Betroffenen; hohe Beratungskompetenz: psychoedukative Kommunikation zur Krisenbewältigung und Vorsorge, ebenso Begleitung der therapeutischen Prozesse; Kenntnis über traumapädagogische Methoden bzgl. Heilung und Nachreifung traumatisierter Personen und deren Anwendung in Alltagssituationen.*“¹¹⁹ Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Kriterien von Wilma Weiß in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen von den Praktikern bestätigt werden (siehe 3.4).

Unter **Bedingungen in den institutionellen Strukturen** fasse ich unterschiedliche Kriterien aus Einrichtungen zusammen, die zu einer gelingenden Traumarbeit beitragen können. Wie im Kapitel 2.2 beschrieben, können in Einrichtungen der stationären Kinder und Jugendhilfe etwa 70% der Kinder und Jugendliche als traumatisiert beschrieben werden. Bei den hier vorgestellten Einrichtungen ist nur bei der Hälfte ein traumapädagogischer Schwerpunkt in irgendeiner Form konzeptionell benannt. Eine Bereitschaft der Auseinandersetzung lässt sich erkennen, indem alle Einrichtungen Weiterbildungen zu traumapädagogischen Inhalten fördern. In der Umsetzung

¹¹⁷ siehe Anhang B), Frage 16

¹¹⁸ siehe Anhang D), Frage 16

¹¹⁹ siehe Anhang C), Frage 16

von Qualitätskriterien nach der BAG Traumapädagogik (2011) lassen sich Verbesserungspotentiale erkennen. Damit sind z.B. strukturelle Umsetzung von Kommunikations- und Feedbackprozessen oder Beschwerde- und Beteiligungsprozesse gemeint.¹²⁰ Die Ermöglichung eines Austauschs unter Kollegen, wie Übergaben oder Vorbereitungsgespräche, werden einrichtungsindividuell mit sehr gut und bis ungenügend beschrieben. Krisenunabhängige, regelmäßige Supervisionen finden nur in zwei von vier Einrichtungen statt. Die Möglichkeit, mit Kollegen über unterschiedliche moralische und ethische Positionen zu diskutieren, wird im Mittelwert als gut dargestellt. Diesbezüglich auch mit der Leitungsebene zu diskutieren, wird für drei Einrichtungen mit ungenügend bewertet.

Die Umsetzung der **Traumapädagogik in der Praxis** wird als sehr unterschiedlich beschrieben. Es treten im pädagogischen Alltag durchschnittlich häufig Konflikte als Resultat erlebter traumatischer Erfahrungen auf. Hierbei schätzen die befragten Fachkräfte traumapädagogische Kompetenzen wie Wissen über Bindungstheorie, Traumasensibilität und Methoden des Umgangs mit Folgen traumatischer Erfahrungen durchschnittlich als sehr wichtig ein. In Situationen der Übererregung reagieren die Sozialpädagogen mit Ansprechen, Beruhigen und in geschützte Räume Verlagern. Sie arbeiten mit Ich- und Du-Botschaften, sichern Selbst- und Fremdgefährdung ab oder eröffnen Freiräume durch eine Runde um die Einrichtung laufen lassen oder kalt duschen. Bei Situationen der Dissoziation hilft es, starke Reize zu setzen wie z.B. *„körperlichen Kontakt herstellen, [...] Anker- oder Erdungsmöglichkeiten schaffen (Igelball in Hand nehmen [lassen], bei starken Dissoziationen kann auch ein Eiswürfel in der Hand helfen, gemeinsam laufen [denn] beim Laufen kann ein Mensch nicht dissoziieren)*.“¹²¹ Eine Sozialpädagogin erklärt genauer, dass sie Dissoziationen selten in der Praxis wahrnimmt. Aber Betroffene von sexualisierten Gewalterfahrungen berichten, diese während des Übergriffs erlebt zu haben. Auf die Frage zur sozialpädagogischen Unterstützung der Regulation eines störungswertigen Verhaltens (Dissoziation, Übererregung, Wiedererleben von Ängsten) macht eine Teilnehmerin diese als Folgen erlebter Traumata deutlich. Es werden dann gemeinsam Handlungsstrategien entlang ihrer Ressourcen erarbeitet. Ein anderer Befragter berät vorbereitend zu perspektivisch möglichen Situationen. Dabei bietet er Begleitung bei Krisen- und Konfliktsituation an und

¹²⁰ vgl. Lang (2013), S.253

¹²¹ siehe Anhang C), Frage 17

erarbeitet gemeinsam Interventionsmöglichkeiten mit dem Klienten. Eine andere Teilnehmende vermeidet Flashbacksituationen für den Klienten.

Traumaspesifische Biografien werden bei der Aufnahme in Einrichtungen unterschiedlich beachtet und unterscheiden sich sehr in ihrer Qualität. Eine Teilnehmende berichtet von zu wenig Berücksichtigung der Lebensgeschichte: *„Bei der Aufnahme wird vielleicht kurz darüber gesprochen, wieso das Kind/ der Jugendliche in die Einrichtung kommt. Danach spielt der biografische Hintergrund meist keine Rolle mehr und die Erzieher_innen schreiben dem Kind/ Jugendlichen mutwillig, böswilliges Handeln zu.“*¹²² Im Gegensatz zu dieser drastischen Schilderung wird in einer anderen Einrichtung fürsorglicher gearbeitet. In dieser erfolgt eine *„[v]ollständige Fallanamnese mit Genogramm und biografischer Aufarbeitung der individuellen Geschichte unter den Professionellen. Systemische Beratung zum gesamten Familienkonstrukt und zur individuellen Falldynamik. Hypothesenbildung zu wahrnehmbaren Handlungsmustern des Betroffenen. Abklären aller bisherigen professionellen Hilfsangebote, gegebenenfalls Vernetzung mit beteiligten Institutionen. Psychoedukation beteiligter Institutionen (Schule, Kitas usw.) zu individuellen Besonderheiten des Betroffenen (nach gemeinsam erarbeiteten Handlungsplan mit Betroffenen).“*¹²³ Im Allgemeinen wünscht sich eine Sozialarbeiterin eine intensivere Übergabe im engmaschigeren Sinne durch Clearingstelle oder Jugendamt mit mehreren Gesprächen und einer kontinuierlichen therapeutischen Anbindung. Denn bei Wechsel der Einrichtung wird diese oft unterbrochen.

In allen Einrichtungen wird mit interdisziplinären **Netzwerkpartnern zusammengearbeitet**. Dabei werden in jeder Einrichtung Ideen des Therapeuten, Psychologen und/oder Psychiaters zur individuellen Unterstützung der Traumabearbeitung umgesetzt. Die Zusammenarbeit wird in der Regel als gut eingeschätzt. In drei Einrichtungen sind Entwicklungen des Kindes/ Jugendlichen durch die Umsetzung angeregter Handlungsmöglichkeiten beider Professionen zu sehen. Handlungsvorschläge des Therapeuten werden von Mitarbeitern in den Einrichtungen entweder gut oder ausreichend umgesetzt. Nach Aussagen eines Befragten sind Entwicklungen hinsichtlich dieser abhängig von Einsicht und Mitarbeit der Kinder und Jugendlichen.¹²⁴ Dabei fällt einer Sozialpädagogin auf, je intensiver sich mit dem Klienten auseinandergesetzt werde, desto aktiver könne die Bewältigung des Traumas unterstützt werden.

¹²² siehe Anhang A), Frage 20

¹²³ siehe Anhang C), Frage 20

¹²⁴ siehe Anhang D), Frage 21

Einem anderen Sozialpädagogen fällt auf, dass im sozial-emotionalen Bereich nachgereift werde. Er erklärt zudem, dass während des Therapieprozesses verminderte Leistungen im schulischen Bildungsbereich auftreten können, weil in der Entwicklungsförderung bisher Bereiche vernachlässigt wurden. Dann könne nach Bedarf die Schulpflicht ausgesetzt werden und ein Nachteilsausgleich beantragt werden. Hierbei fügt er hinzu: *„Wichtig ist die Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen Therapeut und Pädagoge, um die bestmögliche Entwicklungsförderung des Betroffenen zu gewährleisten. Ersichtlich wird, dass das Zusammenführen der Multiprofessionalität (durch Netzwerkarbeit) alle Sichtweisen berücksichtigt und je nach Vehemenz Prioritäten gemeinsam erarbeitet werden.“*¹²⁵

5. Zusammenfassung

In meiner Arbeit habe ich mich mit notwendigen traumapädagogischen Kompetenzen für Fachkräfte, die mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in stationären Einrichtungen der Kinder und Jugendhilfe arbeiten, auseinandergesetzt. In der Betreuung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen ist es wichtig zu verstehen, wie seelische Verletzungen entstehen und sich als Bewältigungsmöglichkeiten im Alltag ausdrücken.

In diesem Zusammenhang ist es sinnvoll, Risikofaktoren zu benennen, welche die Gesundheit eines Menschen gefährden. Dabei habe ich meinen Fokus auf das Beispiel der Vernachlässigung gelegt, weil sie häufig in Einrichtungen der stationären Kinder- und Jugendhilfe vertreten ist. Diese genauere Betrachtung ermöglicht einen sensibleren Umgang mit Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen. Traumata können Betroffene nur selbst bewältigen. Das Wissen um protektive Faktoren und Mittelfaktoren sowie Verständnis von Traumafolgen sind hilfreiche Kriterien der Traumaarbeit.

Traumaarbeit findet in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe statt und ist mit vielen Herausforderungen für die Mitarbeiter verbunden. Zu den Grundkompetenzen zählen dabei Fachwissen, Selbstreflexion und Selbstfürsorge. Methodisches Kernstück der Traumapädagogik bildet dabei die „Pädagogik der Selbstermächtigung“. Durch meine empirische Untersuchung stellt sich die Bedeutung der Traumapädagogik im Arbeitsalltag deutlich heraus.

Traumamasensibilität, Wissen über Traumafolgen und Kenntnisse über

¹²⁵ siehe Anhang C), Frage 21

traumapädagogische Methoden werden dabei als Kompetenzen genannt. Im Rahmen der Untersuchung wurde mir auch klar, dass auch strukturelle Bedingungen zu einer gelingenden Traumapädagogik beitragen, um den Bedürfnissen der Kinder- und Jugendliche gerecht zu werden. Die Ebenen der Leitungskräfte und der Institution wurden dabei ignoriert und hätten mehr Beachtung finden sollen.

Die Auseinandersetzung mit der Frage „Welche traumapädagogischen Kompetenzen benötigen Fachkräfte in Einrichtungen der stationären Kinder- und Jugendhilfe, um den Bedürfnisse der Klienten gerecht zu werden?“ führte zur Reflektion eigener Erfahrungen aus meiner Arbeit in der heilpädagogischen Wohngruppe. Durch das erworbene Fachwissen kann ich Verhaltensweisen als potentielle Traumafolgen einordnen und beobachtetes Handeln kritisch hinterfragen. Für meine zukünftige Arbeit haben sich auch neue Lösungswege aufgezeigt. Die Methode „Trommeln gegen Trauma“ finde ich durch mein Interesse am Schlagzeugspielen besonders reizvoll und möchte ich ausprobieren. Denn die Möglichkeit, das innere Erleben durch Musik oder- wie Edward Munch- in Malerei auszudrücken, dient der Entlastung und der Bewältigung gemachter Erfahrungen.

6. Quellenverzeichnis

Literatur

Baierl, M., Frey, K. (2015): Praxishandbuch Traumapädagogik- Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche (2.Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Baur, D., Thiersch, H. (1998): Leistungen und Grenzen von Heimerziehung- Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Einrichtungen; Forschungsprojekt Jule. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH

Bausum J., Besser L.U., Kühn M., Weiß W. (2013): Traumapädagogik – Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis (3.Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz Juventa

Bigos, S. I. (2014): Kinder und Jugendliche in heilpädagogischen Heimen- Biografische Erfahrungen und Spuren der Heimerziehung aus Adressatensicht. Weinheim, Basel: Beltz Juventa

Bildungsakademie BiS (2012): Kindesvernachlässigung Erkennen – Beurteilen-Handeln (6. Auflage). Deutscher Kinderschutzbund Landesverband NRW e.V., Wuppertal: Institut für soziale Arbeit e.V.

Bischoff, U. (1988): Edvard Munch. Köln: Benedikt Taschen Verlag GmbH und Co.KG

Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik (2011): Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Jugendhilfe- Ein Positionspapier der BAG Traumapädagogik

Deisenhofer A., Deisenhofer U. (2015): Jugendrecht, SGBVIII: Kinder- und Jugendhilfe, JugendschutzG, Jugendmedienschutz, Staatsvertrag, JugendarbeitsschutzG, BAföG, BerufsbildungsG (Auszug) (36. Auflage). München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG

Egle, U.T., Hoffmann, S.O., Joraschky, P. (2000): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung (2. Aufl.). Stuttgart, New York: Schattauer F.K. Verlag

Fischer, G., Riedesser, P. (2003): Lehrbuch der Psychotraumatologie (3.Aufl.). München, Basel: Ernst Reinhard Verlag

Hanswille, R., Kissenbeck A. (2010): Systemische Traumatherapie - Konzepte und Methoden für die Praxis (2.Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer Verlag GmbH

Hofmann, S.A. (2015): Frühkindliche Traumatisierung und Bindungsfähigkeit- Anforderungen an die Soziale Arbeit. Hamburg: Diplomica Verlag GmbH

Lang, B., Schirmer, C., Lang, T., Andreae de Hair, I., Wahle, T., Bausum, J., Weiß, W., Schmid, M. (2013): Traumapädagogische Standarts in der stationären

Levine, P. (2010): Sprache ohne Worte. Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt. München: Kösel Verlag

Kinder- und Jugendhilfe- Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim, Basel: Beltz Juventa

Otto, H.U., Thiersch, H. (2001): Handbuch der Sozialarbeit/Sozialpädagogik (2.Aufl.). Neuwied, Kriftel: Luchterhand

Pausch, M.J., Matten, S.J. (2018): Trauma und Traumafolgestörung, Wiesbaden: Springer Verlag

Scheuerer-Englisch, H. (1998): Auswirkungen traumatischer Erfahrungen auf das Bindungs- und Beziehungsverhalten. In: Stiftung zum Wohl des Pflegekinds (Hrsg.). 1. Jahrbuch des Pflegekinderwesens. Themenheft »Traumatische Erfahrungen«. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag

Schleifer, R. (2015): Fremdplatzierung und Bindungstheorie. Weinheim, Basel: Beltz Juventa

Schleifer, R. (2007): Der heimliche Wunsch nach Nähe- Bindungstheorie und Heimerziehung (3.Auflage). Weinheim, Basel: Juventa Verlag

Schmidt, M. (2007): Psychische Gesundheit von Heimkindern- Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. Weinheim: Juventa

Schone, R., Gintzel, U., Jordan, E., Kalscheuer, M., Münder, J. (1997): Kinder in Not. Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit. Münster: Votum

Van der Kolk, B.MF., Weisaeth, C.A (2000): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze- Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie. Paderborn: Junfermann Verlag

Weiß, W. (2013): Phillip sucht sein Ich- Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen (7.Auflage). Weinheim, Basel: Beltz Juventa

Weiß, W., Friedrich, E.K., Picard, E., Ding, U. (2014): >>Als wär ich ein Geist, der auf mich runter schaut<< Dissoziation und Traumapädagogik. Weinheim, Basel: Beltz Juventa

Weiß, W., Kessler T., Gahleitner S. (2016): Handbuch Traumapädagogik. Weinheim, Basel: Beltz Verlag

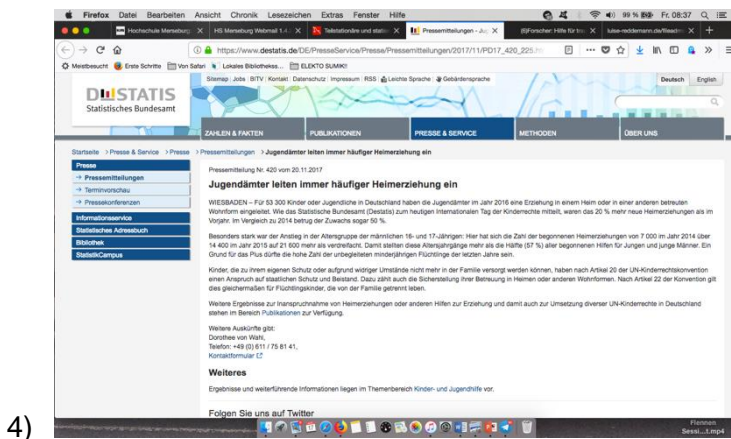
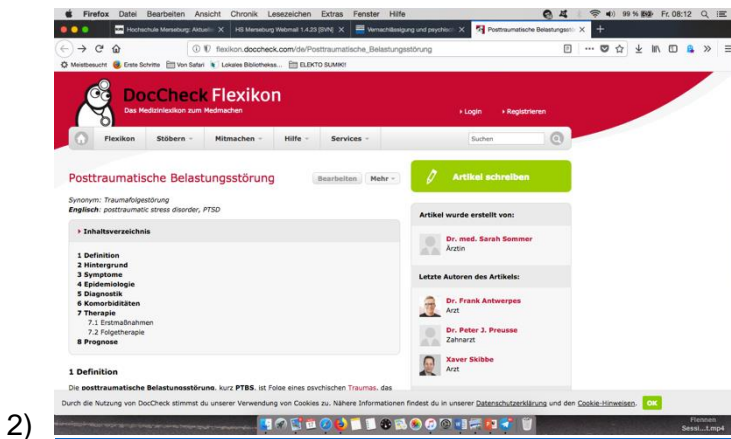
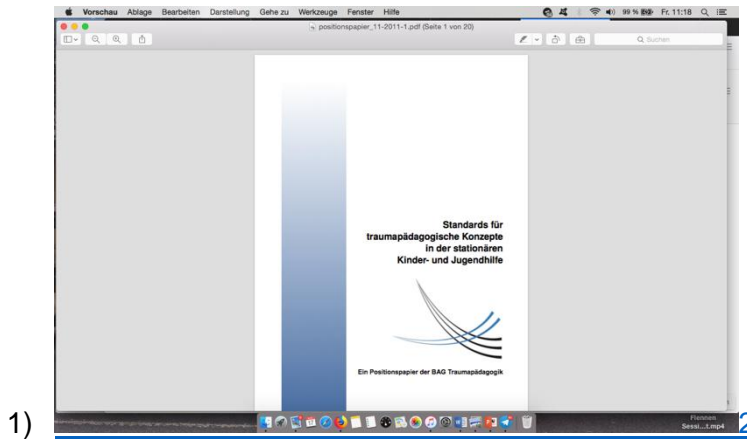
Bild

Bischoff, U. (1988): Edvard Munch. Köln: Benedikt Taschen Verlag GmbH und Co.KG

Internet / Heruntergeladene Dateien

- 1) sgbviii.de/files/SGB%20VIII/PDF/S133.pdf, Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik, Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Jugendhilfe- Ein Positionspapier der BAG Traumapädagogik, 2011

- 2) http://flexikon.doccheck.com/de/Posttraumatische_Belastungsst%C3%B6rung, Posttraumatische Belastungsstörung, Dr. med. Sarah Sommer, DocCheck Flexikon- Das Medizinlexikon zum Medmachen, letzter Aufruf: 17.08.18
- 3) <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/80689/Vernachlaessigung-und-psychische-Misshandlung-von-Kindern-haeufig>, Vernachlässigung und psychische Misshandlung von Kindern häufig, [afp/aerzteblatt.de](http://afp.aerzteblatt.de), 04.10.17, letzter Aufruf: 17.08.18
- 4) https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/11/PD17_420_225.html;jsessionid=D430A99340F27B542349BB4F9A8B28F2.InternetLive1, Jugendämter leiten immer häufiger Heimerziehung ein, statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 420, 20.11.2017, letzter Aufruf: 17.08.18
- 5) http://www.kinderarcheggmbh.de/einrichtungen/kinder-_und_jugendwohnhaus.html, Kinder und Jugendwohnhäuser der stationären Kinder- und Jugendwohnhilfe Bayern, kinderarcheggmbh, letzter Aufruf: 17.08.18
- 6) <https://www.luise-reddemann.de/fileadmin/content/downloads/aufsaeze-vortraege/%C3%9Cberlegungen%20zu%20Psychohygiene%20und%2020Burnout-Prophylaxe%20von%20TraumatherapeutInnen.pdf>, Redmann, L., Einige Überlegungen zu Psychohygiene und Burnout-Prophylaxe von TraumatherapeutInnen. Erfahrungen und Hypothesen, 2003, letzter Aufruf: 17.08.18
- 7) <https://mbjs.brandenburg.de/kinder-und-jugend/hilfen-zur-erziehung-eingliederungshilfen/teilstationaere-und-stationaere-hilfen.html>, Teilstationäre und stationäre Hilfen, Ministerium für Jugend, Bildung und Sport des Landes Brandenburg, letzter Aufruf: 17.08.18
- 8) <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/psychiatrie-forscher-fordern-mehr-hilfe-fuer-traumatisierte-fluechtlinge-1.3956496>, Forscher fordern mehr Hilfe für traumatisierte Flüchtlinge, Viciano, A., Süddeutsche Zeitung, 24.04.18, letzter Aufruf: 17.08.18



5)

The screenshot shows the homepage of 'Kinderarche'. The header features a grid of colorful photos of children. Below the header, there is a navigation menu and a main content area with the following text:

Kinder- und Jugendwohnhäuser der stationären Kinder- und Jugendhilfe Bayern

Durchs betrieblen vier halbtägige Wohngruppen in Mittel- und Unterfranken.

Es werden dort Kinder und Jugendliche aufgenommen, die eine längerfristige Unterbringung benötigen, weil ihre Erziehung und Entwicklung auch mit stützenden und ergänzenden Hilfen in der Herkunftsfamilie nicht mehr sichergestellt werden kann.

Die Unterbringung der Kinder und Jugendlichen erfolgt nach § 27 SGB VIII in Verbindung mit den §§ 34, 41 und 35a SGB VIII.

Ziel ist die Entlastung der Heranwachsenden und der Herkunftsfamilie, um beidseitig neue Entwicklungen zu ermöglichen. Die Maßnahme dient zur Vorbereitung einer Rückkehr in die Herkunftsfamilie, eines Wechsels der Betreuungsform oder der Verselbständigung.

Stationäre Kinder- und Jugendhilfe Bayern
Theresienstraße 17
90502 Gattlitz

Sandra Schmidt
Pädagogische Leitung
Tel: (0) 20 37 57 24 62
Fax: (0) 20 37 57 24 62

Bertram Otto
Pädagogische Leitung
Tel: (0) 20 37 57 24 62
Fax: (0) 20 37 57 24 62

Matthias Wunder
Pädagogische Leitung
Tel: (0) 20 37 57 24 62
Fax: (0) 20 37 57 24 62

Übersicht unserer stationären Einrichtungen

- Wohngruppe Itzhohe
- Haus der Vielfalt
- Via Carina
- Kinder- und Jugendwohnhäuser
- Hallfurt
- Kinder- und Jugendwohngemeinschaft
- Wohngruppe Westheim
- Telldorfwohnhäuser 'Jenseits der Mauern'
- Telldorfwohnhäuser 'In der Gegend'
- Betreutes Wohnen in Stein
- Betreute Wohngruppe Jump

6)

The screenshot shows a PDF document titled "Einige Überlegungen zu Psychohygiene und Burnout-Prophylaxe von Traumatherapeutinnen. Erfahrungen und Hypothesen" by Luise Reddemann. The document is displayed in a PDF viewer window.

Zusammenfassung

Die Arbeit betont die Gefahr der sekundären Traumatisierung der Psychotherapeutenin und die traumatischen Patienten behandeln, und schließt praktische Maßnahmen zum Psychohygiene-Management vor. Es werden zunächst Gründe für den Mangel an Bewusstsein, sich auf Psychohygiene einzulassen, diskutiert und dann anschließend praktische Möglichkeiten beschrieben, die sich aus eigener Erfahrung ableiten lassen können für ein effektives Psychohygiene-Management. Es werden einige Elemente eines Psychohygiene-Seminars dargestellt. Auf der Basis eigener klinischer Erfahrungen wird die Schlussfolgerung gezogen, dass die regelmäßige Sorge für Regeneration und Bewältigung von emotionalen Ressourcen sowie die Bewusstmachung von Ressourcen für Traumatherapeuten unerlässlich und zentral sind.

terung auf dieses Angebot einlassen. Doch weit gefehlt. Die Nachfrage nach diesem Kurs beliefert sich auf weniger als 1 Prozent meiner Kursanmeldungen.

Im Folgenden will ich mich einem der Frage nach einigen psychosozialen Bedingungen nachgehen, die damit zu tun haben könnten, dass Angebote zur Psychohygiene so wenig Resonanz finden, insbesondere den unzufriedensten Folgen des letzten Krieges, zum anderen will ich einige Möglichkeiten der Psychohygiene beschreiben und ein Seminarkonzept skizzieren.

Psychohygiene for therapists treating traumatized patients **Psychosoziale Bedingungen**

7)

The screenshot shows the website of the 'Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (MBS) LAND BRANDENBURG'. The page is titled "Teilstationäre und stationäre Hilfen" and features a navigation menu with options like "Aktuelles", "Bildung", "Kinder und Jugend", "Sport", "Einstellungen", and "Wir über uns". There is a search bar and a logo for "Fachstelle Fachstelle Brandenburg".

8)

The screenshot shows the website of the 'Süddeutsche Zeitung' (SZ.de). The article is titled "Forscher fordern mehr Hilfe für traumatisierte Flüchtlinge" and is dated "24. April 2018, 14:43 Uhr Psychiatrie". The article text is as follows:

Allein in den Jahren 2015 und 2016 sind geschätzt eine Viertel Million Flüchtlinge nach Deutschland gekommen, die eine Behandlung brauchen, um ihre traumatischen Erfahrungen bewältigen zu können.

Die Wissenschaftsorganisation Leopoldina hat macht Vorschläge, um die Situation der Betroffenen zu verbessern.

Ohne Therapie sei Integration kaum möglich, heißt es in der Stellungnahme.

Von Astrid Viciano

Anhang

A) Der Fragebogen

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit befasse ich mich mit der Frage nach traumapädagogischen Kompetenzen für Fachkräfte im Umgang mit traumatisierten Kindern in Einrichtungen der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Dank Ihrer Bereitschaft zur schriftlichen Beantwortung meiner Fragen kann ich Aussagen von Praktikern für diese Arbeit nutzen.

Beantworten Sie bitte die offenen Fragen kurz und ehrlich, so wie Sie wirklich denken. Setzen Sie bitte bei geschlossenen und Skalierungsfragen nur ein Kreuz (x).

Ihre Antworten werden im Rahmen dieser Arbeit ausgewertet und nicht an Dritte weitergeben. Vermeiden Sie bitte die Nennung Ihres Namens.

Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung und besseren Lesbarkeit wird die männliche Form verwendet. Die Ausführungen beziehen sich gleichermaßen auf weibliche, männliche und intersexuelle Personen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Teil I: Angaben zur Person:

Ihre berufliche Qualifikation(en):	Zu dem Zeitpunkt der Tätigkeit Erzieherin
Ihre Einrichtung:	heilpädagogische Wohngruppe für Kinder und Jugendliche

Teil II: Geschlossene Fragen

1. Ist im Konzept Ihrer Einrichtung der stationären Kinder und Jugendhilfe ein pädagogisches Wirken im Sinne der Traumaaarbeit benannt?

Ja	Nein	Keine Antwort
	x	

2. Wurden Sie in Ihrer Ausbildung oder in Ihrem Studium auf den Umgang mit Traumatafolgen vorbereitet?

Ja	Nein	Keine Antwort
x		

3. Werden Weiterbildungen mit traumapädagogischen Inhalten durch Ihre Arbeitsstelle gefördert?

Ja	Nein	Keine Antwort
x		

4. Gibt es in Ihrer Einrichtung eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Professionen im Rahmen der Traumarbeit (mit Therapeuten, Psychologen usw.)?

Ja	Nein	Keine Antwort
x		

5. Können Ideen des Netzwerkpartners (Therapeut, Psychologe, Psychiater) bei der Unterstützung der Traumabewältigung durch Fachkräfte Ihrer Einrichtung umgesetzt werden?

Ja	Nein	Keine Antwort
x		

6. Beobachten Sie Entwicklungen beim Kind/Jugendlichen, die im Zusammenhang mit der Umsetzung angeregter Handlungsmöglichkeiten zwischen Therapeuten und Fachpersonal stehen?

Ja	Nein	Keine Antwort
x		

7. Gibt es regelmäßige Supervisionen (krisenunabhängig)?

Ja	Nein	Keine Antwort
	x	

Teil II: Skalierungsfragen

8. Wie schätzen Sie die Bedeutung traumapädagogischer Kompetenzen für Ihre Arbeit mit den Klienten ein?

Sehr wichtig	Wichtig	Weiß ich nicht oder keine Angabe	Wenig wichtig	Unwichtig
x				

9. Der pädagogische Alltag ist sowohl von Konflikten unter den Kindern/Jugendlichen als auch in den Beziehungen zu den Betreuern geprägt. Wie häufig treten diese Konflikte als Resultate erlebter traumatischer Erfahrungen auf?

Sehr häufig	Häufig	Manchmal	Selten	Nie
x				

10. Wie wichtig ist Ihnen Ihre Selbstreflexion im pädagogischen Alltag?

Sehr wichtig	Wichtig	Weiß ich nicht oder keine Angabe	Wenig wichtig	Unwichtig
x				

11. Schätzen Sie bitte ein, inwiefern die Strukturen Ihrer Einrichtungen einen Austausch mit Kollegen ermöglichen?

Sehr gut	Gut	Ausreichend	Ungenügend	Schlecht
		x		

12. Wie würden Sie die Möglichkeit einschätzen, unterschiedliche moralische und ethische Positionen mit Ihren Kollegen zu diskutieren?

Sehr gut	Gut	Ausreichend	Ungenügend	Schlecht
			x	

13. Wie würden Sie die Möglichkeit einschätzen, unterschiedliche moralische und ethische Positionen mit der Leitung zu diskutieren?

Sehr gut	Gut	Ausreichend	Ungenügend	Schlecht
			x	

14. Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit Ihrer Einrichtung mit interdisziplinären Professionen wie Therapeut, Psychologe, Psychiater ein?

Sehr gut	Gut	Ausreichend	Ungenügend	Schlecht
		x		

15. Schätzen Sie ein, in welcher Qualität Ideen und Handlungsvorschläge des Therapeuten im Umgang mit Kindern/Jugendlichen in Ihrer Einrichtung umgesetzt werden.

Sehr gut	Gut	Ausreichend	Ungenügend	Schlecht
		x		

Teil IV: Offene Fragen

16. Welche traumapädagogischen Kompetenzen benötigen Fachkräfte in Einrichtungen der stationären Kinder und Jugendhilfe, um den Bedürfnissen der Klienten gerecht zu werden?

Fundierte Wissen über die verschiedenen Bindungstypen und wie man mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen umgehen sollte. Also nicht den Fehler bei den Betroffenen suchen, sondern im System.

17. Wie reagieren Sie auf gezeigte Traumafolgestörungen wie Dissoziation (Wegdriften), Erstarren und Übererregung (Ausrasten)?

Ich versuche die Person an einen geschützten und bekannten Ort zu bekommen, z.B. Kinderzimmer und versuche der betroffenen Person durch leises und ruhiges Zureden zurück in den Alltag zu holen.

18. Wie unterstützen Sie Kinder und Jugendliche bei ihrer Regulation eines störungswertigen Verhaltens (bspw. Dissoziation, Übererregung, Wiedererleben von Ängsten)?

Vermeidung von Flashbacksituationen, Vorbereitung auf Frustsituationen, enge Zusammenarbeit mit behandelten Ärzten falls vorhanden, den Kolleg_innen und den Eltern.

19. Welche Empfehlungen würden Sie Kollegen mitgeben, die mit traumatisierten Kindern arbeiten?

Ein gutes Kollegium kann vieles gemeinsam auffangen. Scheiß Kolleg_innen schmeißen einem eher noch Steine in den Weg und machen die eh schon schwere Arbeit noch schwerer. Superversion regelmäßig!

20. Wie wird bei der Aufnahme eines Kindes/Jugendlichen auf seine traumaspezifische Biografie geachtet?

Leider viel zu wenig. Bei der Aufnahme wird vielleicht kurz darüber gesprochen, wieso das Kind/Jugendlicher in die Einrichtung kommt. Danach spielt der biografische Hintergrund meist keine Rolle mehr und die Erzieher_innen schreiben dem Kind/ Jugendlichen mutwillig, böswilliges Handeln zu.

21. Welche Beobachtungen machen Sie hinsichtlich der Entwicklungen des Kindes/ Jugendlichen, die im Zusammenhang mit der Umsetzung angeregter Handlungsmöglichkeiten zwischen Therapeuten und Fachpersonal stehen?

Ist von „Fall“ zu „Fall“ unterschiedlich und abhängig von der Zusammenarbeit der einzelnen Parteien, der Schwere des Traumas und des Umgangs des Betroffenen mit dem traumatischen Erlebnis.

B) Der Fragebogen

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit befasse ich mich mit der Frage nach traumpädagogischen Kompetenzen für Fachkräfte im Umgang mit traumatisierten Kindern in Einrichtungen der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Dank Ihrer Bereitschaft zur schriftlichen Beantwortung meiner Fragen kann ich Aussagen von Praktikern für diese Arbeit nutzen.

Beantworten Sie bitte die offenen Fragen kurz und ehrlich, so wie Sie wirklich denken. Setzen Sie bitte bei geschlossenen und Skalierungsfragen nur ein Kreuz (x).

Ihre Antworten werden im Rahmen dieser Arbeit ausgewertet und nicht an Dritte weitergeben. Vermeiden Sie bitte die Nennung Ihres Namens.

Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung und besseren Lesbarkeit wird die männliche Form verwendet. Die Ausführungen beziehen sich gleichermaßen auf weibliche, männliche und intersexuelle Personen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Teil I: Angaben zur Person:

Ihre berufliche Qualifikation(en):	Sozialpädagoge (Bachelor)
Ihre Einrichtung:	Jugendhilfe: sozialintegrative Wohngruppe (Alter Klientinnen: 12-18 Jahre), Perspektive: Verselbstständigung; Schwerpunkt transkulturelle Pädagogik

Teil II: Geschlossene Fragen

1. Ist im Konzept Ihrer Einrichtung der stationären Kinder und Jugendhilfe ein pädagogisches Wirken im Sinne der Traumarbeit benannt?

Ja	Nein	Keine Antwort
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wurden Sie in Ihrer Ausbildung oder in Ihrem Studium auf den Umgang mit Traumatafolgen vorbereitet?

Ja	Nein	Keine Antwort
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Werden Weiterbildungen mit traumapädagogischen Inhalten durch Ihre Arbeitsstelle gefördert?

Ja	Nein	Keine Antwort
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Gibt es in Ihrer Einrichtung eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Professionen im Rahmen der Traumarbeit (mit Therapeuten, Psychologen usw.)?

Ja	Nein	Keine Antwort
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Können Ideen des Netzwerkpartners (Therapeut, Psychologe, Psychiater) bei der Unterstützung der Traumabewältigung durch Fachkräfte Ihrer Einrichtung umgesetzt werden?

Ja	Nein	Keine Antwort
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Beobachten Sie Entwicklungen beim Kind/Jugendlichen, die im Zusammenhang mit der Umsetzung angeregter Handlungsmöglichkeiten zwischen Therapeuten und Fachpersonal stehen?

Ja	Nein	Keine Antwort
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Gibt es regelmäßige Supervisionen (krisenunabhängig)?

Ja	Nein	Keine Antwort
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil III: Skalierungsfragen

8. Wie schätzen Sie die Bedeutung traumapädagogischer Kompetenzen für Ihre Arbeit mit den Klienten ein?

Sehr wichtig	Wichtig	Weiß ich nicht oder keine Angabe	Wenig wichtig	Unwichtig

<input checked="" type="checkbox"/>				
-------------------------------------	--	--	--	--

9. Der pädagogische Alltag ist sowohl von Konflikten unter den Kindern/Jugendlichen als auch in den Beziehungen zu den Betreuern geprägt. Wie häufig treten diese Konflikte als Resultate erlebter traumatischer Erfahrungen auf?

Sehr häufig	Häufig	Manchmal	Selten	Nie
	<input checked="" type="checkbox"/>			

10. Wie wichtig ist Ihnen Ihre Selbstreflexion im pädagogischen Alltag?

Sehr wichtig	Wichtig	Weiß ich nicht oder keine Angabe	Wenig wichtig	Unwichtig
<input checked="" type="checkbox"/>				

11. Schätzen Sie bitte ein, inwiefern die Strukturen Ihrer Einrichtungen einen Austausch mit Kollegen ermöglichen?

Sehr gut	Gut	Ausreichend	Ungenügend	Schlecht
			<input checked="" type="checkbox"/>	

12. Wie würden Sie die Möglichkeit einschätzen, unterschiedliche moralische und ethische Positionen mit Ihren Kollegen zu diskutieren?

Sehr gut	Gut	Ausreichend	Ungenügend	Schlecht
	<input checked="" type="checkbox"/>			

13. Wie würden Sie die Möglichkeit einschätzen, unterschiedliche moralische und ethische Positionen mit der Leitung zu diskutieren?

Sehr gut	Gut	Ausreichend	Ungenügend	Schlecht
----------	-----	-------------	------------	----------

			<input checked="" type="checkbox"/>	
--	--	--	-------------------------------------	--

14. Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit Ihrer Einrichtung mit interdisziplinären Professionen wie Therapeut, Psychologe, Psychiater ein?

Sehr gut	Gut	Ausreichend	Ungenügend	Schlecht
	<input checked="" type="checkbox"/>			

15. Schätzen Sie ein, in welcher Qualität Ideen und Handlungsvorschläge des Therapeuten im Umgang mit Kindern/Jugendlichen in Ihrer Einrichtung umgesetzt werden.

Sehr gut	Gut	Ausreichend	Ungenügend	Schlecht
		<input checked="" type="checkbox"/>		

Teil IV: Offene Fragen

16. Welche traumapädagogischen Kompetenzen benötigen Fachkräfte in Einrichtungen der stationären Kinder und Jugendhilfe, um den Bedürfnissen der Klienten gerecht zu werden?

Empathievermögen, Reflexion der eigenen Biografie, sich kritisch mit hierarchischen/diskriminierenden Strukturen auseinandersetzen wie mit Rassismus und Sexismus und einen ressourcenorientierten Blick auf Klienten werfen

17. Wie reagieren Sie auf gezeigte Traumafolgestörungen wie Dissoziation (Wegdriften), Erstarren und Übererregung (Ausrasten)?

- Dissoziation: wird selten direkt mit Klient*innen erlebt, sondern eher im Nachgang in der Aufarbeitung von Traumata als Symptom erkannt, das in meinen Fällen eher in akuten Bedrohungssituation auftritt e.g. vielfache sexualisierte Gewalterfahrung von Klient*innen, die während der Übergriffe von Dissoziationen berichten
- Erstarren: Aushalten der Situation, wiederholtes Ansprechen des betreffenden Jugendlichen
- Übererregung: Impulsumleitung/ Steuerung in Richtung Bewegung/ körperliche

Aktivität, aus der Situation herausgehen mit Klient*in; im Anschluss in der Regel Gespräch, erlebe ich oft als emotionalen Zusammenbruch (Weinen usw.) der Klient*innen, die dann Nähe (sowohl körperlich als auch Gespräche) suchen

18. Wie unterstützen Sie Kinder und Jugendliche bei ihrer Regulation eines störungswertigen Verhaltens (bspw. Dissoziation, Übererregung, Wiedererleben von Ängsten)?

- Reflexionsgespräche mit den Jugendlichen hinsichtlich der Kontextualisierung der Symptomatik hinsichtlich der Traumata; deutlich machen das jeweilige Handlungen Folgen des Traumas sein können, gemeinsames Erarbeiten von Handlungsstrategien (immer an den Ressourcen der Jugendlichen orientiert z.B. Sport, Schreiben, Musik usw.)
- generell würde ich jedoch behaupten, dass mit mehr Zeit für Einzelarbeit mit den Jugendlichen definitiv ein höheres Potenzial (im Team) vorhanden wäre die Klient*innen zu unterstützen, es jedoch an der Zeit scheitert, neben dem laufenden „Alltagsdingen“, die es zu bewältigen gibt, intensiv mit den Jugendlichen zu arbeiten; oft würde ich mehr intensivpädagogische Einzelzeit mit den jeweiligen Klient*innen wünschen (wenn diese in Einzelfällen ermöglicht werden, erlebe ich diese als extrem gewinnbringend)

19. Wie unterstützen Sie Kinder und Jugendliche bei ihrer Regulation eines störungswertigen Verhaltens (bspw. Dissoziation, Übererregung, Wiedererleben von Ängsten)?

- ZUHÖREN & SICH ZEIT NEHMEN
- ZEIT GEBEN: kein Drängeln: die Jugendlichen entscheiden, was sie kommunizieren möchten und was nicht
- die jeweilig kommunizierten Erfahrungen nie werten bzw. in Kontext mit eigener erlebter Biografie setzen
- hohes Empathievermögen entwickeln und gemeinsam auch „schwere Zeiten“ und sogenannte „negative Gefühle“ aushalten können
- Ressourcen der Klient*innen nutzen !
- Traumata strukturell einordnen z.B. sexualisierte Gewalterfahrungen als Konsequenz patriachal geprägter Strukturen/Gesellschaften (Zusammenhänge schaffen, dass Erlebtes oft kein Einzelfall ist und nicht die SCHULD der Betroffenen); parallel dazu viel Arbeit mit Erlebbarkeit des eigenen Körpers/ Gefühle machen z.B. durch Bewegung, Kreativität, Ausdruck usw.

20. Wie wird bei der Aufnahme eines Kindes/Jugendlichen auf seine traumaspezifische Biografie geachtet?

- wünschenswert wäre eine intensive Übergabe des Kindes im Sinne von einer sehr engmaschigen Übergabe durch die Clearingstelle/ des Jugendamts und vielfache Gespräche (auch neben dem ersten Aufnahmegespräch) und eine kontinuierliche therapeutische Anbindung, die nicht durch die Wechsel der Einrichtung (Standortmäßig) unterbrochen wird; im Arbeitskontext erfolgt dies oft nur sporadisch; gerade im Bereich der Arbeit mit Geflüchteten Jugendlichen fehlt bislang der Zugang zu geeigneten Traumatherapeutinnen die sich mit Spezifikationen wie Kriegstraumata, Genitalverstümmelung usw. vertraut zeigen & die jeweiligen Muttersprachen der Jugendlichen beherrschen, was unabdingbar für eine tiefgehende therapeutische Arbeit wäre

21. Welche Beobachtungen machen Sie hinsichtlich der Entwicklungen des Kindes/ Jugendlichen, die im Zusammenhang mit der Umsetzung angeregter Handlungsmöglichkeiten zwischen Therapeuten und Fachpersonal stehen?

- je intensiver sich mit den jeweiligen Jugendlichen auseinandergesetzt wird, desto aktiver kann die Bewältigung des Traumas unterstützt werden
 - ich bin immer wieder extrem überrascht, welche Resilienzen/ eigene Kompetenzen die Jugendlichen mitbringen/in sich tragen, um ihre Traumata zu bewältigen, habe oft das Gefühl, es fällt ihnen leichter als uns Erwachsenen, sich auf das Hier & Jetzt zu fokussieren
 - Traumata sind lebenslang einschneidende Erlebnisse, die die jeweilige Biografie färben, eine Bewältigung bedeutet nicht ein Auflösen des Erlebten, lediglich eine Entlastung

C) Der Fragebogen

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit befasste ich mich mit der Frage nach traumapädagogischen Kompetenzen für Fachkräfte im Umgang mit traumatisierten Kindern in Einrichtungen der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Dank Ihrer Bereitschaft zur schriftlichen Beantwortung meiner Fragen kann ich Aussagen von Praktikern für diese Arbeit nutzen.

Beantworten Sie bitte die offenen Fragen kurz und ehrlich, so wie Sie wirklich denken. Setzen Sie bitte bei geschlossenen und Skalierungsfragen nur ein Kreuz (x).

Ihre Antworten werden im Rahmen dieser Arbeit ausgewertet und nicht an Dritte weitergeben. Vermeiden Sie bitte die Nennung Ihres Namens.

Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung und besseren Lesbarkeit wird die männliche Form verwendet. Die Ausführungen beziehen sich gleichermaßen auf weibliche, männliche und intersexuelle Personen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Teil I: Angaben zur Person:

Ihre berufliche Qualifikation(en):	Sozialpädagoge
Ihre Einrichtung:	Jugendwohngruppe

Teil II: Geschlossene Fragen

1. Ist im Konzept Ihrer Einrichtung der stationären Kinder und Jugendhilfe ein pädagogisches Wirken im Sinne der Traumarbeit benannt?

Ja	Nein	Keine Antwort
	<input checked="" type="checkbox"/>	

2. Wurden Sie in Ihrer Ausbildung oder in Ihrem Studium auf den Umgang mit Traumatafolgen vorbereitet?

Ja	Nein	Keine Antwort
	<input checked="" type="checkbox"/>	

3. Werden Weiterbildungen mit traumapädagogischen Inhalten durch Ihre Arbeitsstelle gefördert?

Ja	Nein	Keine Antwort
<input checked="" type="checkbox"/>		

4. Gibt es in Ihrer Einrichtung eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Professionen im Rahmen der Traumarbeit (mit Therapeuten, Psychologen usw.)?

Ja	Nein	Keine Antwort
----	------	---------------

<input checked="" type="checkbox"/>		
-------------------------------------	--	--

5. Können Ideen des Netzwerkpartners (Therapeut, Psychologe, Psychiater) bei der Unterstützung der Traumabewältigung durch Fachkräfte Ihrer Einrichtung umgesetzt werden?

Ja	Nein	Keine Antwort
<input checked="" type="checkbox"/>		

6. Beobachten Sie Entwicklungen beim Kind/Jugendlichen, die im Zusammenhang mit der Umsetzung angeregter Handlungsmöglichkeiten zwischen Therapeuten und Fachpersonal stehen?

Ja	Nein	Keine Antwort
<input checked="" type="checkbox"/>		

7. Gibt es regelmäßige Supervisionen (krisenunabhängig)?

Ja	Nein	Keine Antwort
<input checked="" type="checkbox"/>		

Teil III: Skalierungsfragen

8. Wie schätzen Sie die Bedeutung traumapädagogischer Kompetenzen für Ihre Arbeit mit den Klienten ein?

Sehr wichtig	Wichtig	Weiß ich nicht oder keine Angabe	Wenig wichtig	Unwichtig
<input checked="" type="checkbox"/>				

9. Der pädagogische Alltag ist sowohl von Konflikten unter den Kindern/Jugendlichen als auch in den Beziehungen zu den Betreuern geprägt. Wie häufig treten diese Konflikte als Resultate erlebter traumatischer Erfahrungen auf?

Sehr häufig	Häufig	Manchmal	Selten	Nie

	<input checked="" type="checkbox"/>			
--	-------------------------------------	--	--	--

10. Wie wichtig ist Ihnen Ihre Selbstreflexion im pädagogischen Alltag?

Sehr wichtig	Wichtig	Weiß ich nicht oder keine Angabe	Wenig wichtig	Unwichtig
<input checked="" type="checkbox"/>				

11. Schätzen Sie bitte ein, inwiefern die Strukturen Ihrer Einrichtungen einen Austausch mit Kollegen ermöglichen?

Sehr gut	Gut	Ausreichend	Ungenügend	Schlecht
<input checked="" type="checkbox"/>				

12. Wie würden Sie die Möglichkeit einschätzen, unterschiedliche moralische und ethische Positionen mit Ihren Kollegen zu diskutieren?

Sehr gut	Gut	Ausreichend	Ungenügend	Schlecht
<input checked="" type="checkbox"/>				

13. Wie würden Sie die Möglichkeit einschätzen, unterschiedliche moralische und ethische Positionen mit der Leitung zu diskutieren?

Sehr gut	Gut	Ausreichend	Ungenügend	Schlecht
	<input checked="" type="checkbox"/>			

14. Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit Ihrer Einrichtung mit interdisziplinären Professionen wie Therapeut, Psychologe, Psychiater ein?

Sehr gut	Gut	Ausreichend	Ungenügend	Schlecht
<input checked="" type="checkbox"/>				

15. Schätzen Sie ein, in welcher Qualität Ideen und Handlungsvorschläge des Therapeuten im Umgang mit Kindern/Jugendlichen in Ihrer Einrichtung umgesetzt werden.

Sehr gut	Gut	Ausreichend	Ungenügend	Schlecht

	☒			
--	---	--	--	--

Teil IV: Offene Fragen

16. Welche traumapädagogischen Kompetenzen benötigen Fachkräfte in Einrichtungen der stationären Kinder und Jugendhilfe, um den Bedürfnissen der Klienten gerecht zu werden?

hohe Sozialkompetenz: sensibler Umgang mit den individuellen Bedürfnissen traumatisierter Personen

Selbstreflexion: Reflexion eigener Handlungsmuster im Umgang mit Betroffenen

hohe Beratungskompetenz: psychoedukative Kommunikation zur Krisenbewältigung und Vorsorge, ebenso Begleitung der therapeutischen Prozesse

Kenntnis über traumapädagogische Methoden bzgl. Heilung und Nachreifung traumatisierter Personen und deren Anwendung in Alltagssituationen

17. Wie reagieren Sie auf gezeigte Traumafolgestörungen wie Dissoziation (Wegdriften), Erstarren und Übererregung (Ausrasten)?

Situation beruhigen, Betroffenen ansprechen, bei Dissoziation gegebenenfalls körperlichen Kontakt herstellen. Mit Ich- und Du- Botschaften kommunizieren. Den Betroffenen wieder zur Ruhe kommen lassen, gegebenenfalls befragen, welche Möglichkeiten ich habe, ihn zu unterstützen. Wenn sich die ganze Situation wieder beruhigt/„normalisiert“ hat, versuchen diese auszuwerten. Gemeinsam schauen, ob der Betroffene den Auslöser für die Situation erkennt. Gegebenenfalls zu therapeutischen Möglichkeiten beraten. Gemeinsames Erarbeiten von Anker- oder Erdungsmöglichkeiten (Igelball in Hand nehmen, bei starken Dissoziationen kann auch ein Eiswürfel in der Hand helfen, Gemeinsam laufen - Beim Laufen kann ein Mensch nicht Dissoziieren - Gefahr umzukippen -)

18. Wie unterstützen Sie Kinder und Jugendliche bei ihrer Regulation eines störungswertigen Verhaltens (bspw. Dissoziation, Übererregung, Wiedererleben von Ängsten)?

Vorbereitende Beratung und Reflexion von perspektivisch möglichen Situationen. Mitteilung bisher beobachteter Verhaltensweisen und gemeinsames Erarbeiten von Handlungsalternativen zur Bewältigung von traumbedingten Verhaltensmustern. Angebot zur Begleitung und teilnehmenden Beobachtung in Krisen- und Konfliktsituationen. Gemeinsames Erarbeiten von Handlungsschritten zur Intervention in Krisensituationen.

19. Welche Empfehlungen würden Sie Kollegen mitgeben, die mit traumatisierten Kindern arbeiten?

Kenntnis über plötzlich auftretende Verhaltensänderungen durch nicht offensichtliche Auslöser, sogenannte Trigger. Schärfung der eigenen Sensibilität, um diese Trigger zu erkennen. Hohe Bereitschaft zur Selbstreflexion, um ein möglichst breites Spektrum an Handlungsalternativen zu ermöglichen. Bewusstsein darüber mit Angriffen konfrontiert zu werden, die nicht gegen die

eigene Person gerichtet sind. Bereitschaft mit den traumaauslösenden Situationen konfrontiert zu werden.

20. Wie wird bei der Aufnahme eines Kindes/Jugendlichen auf seine traumaspezifische Biografie geachtet?

Vollständige Fallanamnese mit Genogramm und biografischer Aufarbeitung der individuellen Geschichte unter den Professionellen. Systemische Beratung zum gesamten Familienkonstrukt und zur individuellen Falldynamik. Hypothesenbildung zu wahrnehmbaren Handlungsmustern des Betroffenen. Abklären aller bisherigen professionellen Hilfsangebote, gegebenenfalls Vernetzung mit beteiligten Institutionen. Psychoedukation beteiligter Institutionen (Schule, KITAS usw.) zu individuellen Besonderheiten des Betroffenen (nach gemeinsam erarbeiteten Handlungsplan mit Betroffenen).

21. Welche Beobachtungen machen Sie hinsichtlich der Entwicklungen des Kindes/ Jugendlichen, die im Zusammenhang mit der Umsetzung angeregter Handlungsmöglichkeiten zwischen Therapeuten und Fachpersonal stehen?

Möglichkeit der Nachreife und Entwicklungsförderung im sozial-emotionalen Bereich. Umsetzen gemeinsam erarbeiteter Handlungsalternativen durch den Betroffenen. Während Therapieprozess verminderte Leistung im schulischen Bildungsbereich aufgrund der Entwicklungsförderung bisher vernachlässigter Bereiche. Im Bedarfsfall Notwendigkeit der Aussetzung der Schulpflicht und Beantragen eines Nachteilsausgleichs (bei ambulanter Therapie). Wichtig ist die Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen Therapeut und Pädagoge, um die bestmögliche Entwicklungsförderung des Betroffenen zu gewährleisten. Ersichtlich wird, dass das Zusammenführen der Multiprofessionalität (durch Netzwerkarbeit) alle Sichtweisen berücksichtigt und je nach Vehemenz Prioritäten gemeinsam erarbeitet werden.

D) Der Fragebogen

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit befasse ich mich mit der Frage nach traumapädagogischen Kompetenzen für Fachkräfte im Umgang mit traumatisierten Kindern in Einrichtungen der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Dank Ihrer Bereitschaft zur schriftlichen Beantwortung meiner Fragen kann ich Aussagen von Praktikern für diese Arbeit nutzen.

Beantworten Sie bitte die offenen Fragen kurz und ehrlich, so wie Sie wirklich denken. Setzen Sie bitte bei geschlossenen und Skalierungsfragen nur ein Kreuz (x).

Ihre Antworten werden im Rahmen dieser Arbeit ausgewertet und nicht an Dritte weitergeben. Vermeiden Sie bitte die Nennung Ihres Namens.

Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung und besseren Lesbarkeit wird die männliche Form verwendet. Die Ausführungen beziehen sich gleichermaßen auf weibliche, männliche und intersexuelle Personen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Teil I: Angaben zur Person:

Ihre berufliche Qualifikation(en):	Sozialpädagoge (B.A.)
Ihre Einrichtung:	Stationäre Wohngruppe für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge

Teil II: Geschlossene Fragen

1. Ist im Konzept Ihrer Einrichtung der stationären Kinder und Jugendhilfe ein pädagogisches Wirken im Sinne der Traumaaarbeit benannt?

Ja	Nein	Keine Antwort
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wurden Sie in Ihrer Ausbildung oder in Ihrem Studium auf den Umgang mit Traumatafolgen vorbereitet?

Ja	Nein	Keine Antwort
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Werden Weiterbildungen mit traumapädagogischen Inhalten durch Ihre Arbeitsstelle gefördert?

Ja	Nein	Keine Antwort
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Gibt es in Ihrer Einrichtung eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Professionen im Rahmen der Traumaaarbeit (mit Therapeuten, Psychologen usw.)?

Ja	Nein	Keine Antwort
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Können Ideen des Netzwerkpartners (Therapeut, Psychologe, Psychiater) bei der Unterstützung der Traumabewältigung durch Fachkräfte Ihrer Einrichtung umgesetzt werden?

Ja	Nein	Keine Antwort
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Beobachten Sie Entwicklungen beim Kind/Jugendlichen, die im Zusammenhang mit der Umsetzung angeregter Handlungsmöglichkeiten zwischen Therapeuten und Fachpersonal stehen?

Ja	Nein	Keine Antwort
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Gibt es regelmäßige Supervisionen (krisenunabhängig)?

Ja	Nein	Keine Antwort
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil III: Skalierungsfragen

8. Wie schätzen Sie die Bedeutung traumapädagogischer Kompetenzen für Ihre Arbeit mit den Klienten ein?

Sehr wichtig	Wichtig	Weiß ich nicht oder keine Angabe	Wenig wichtig	Unwichtig
	<input checked="" type="checkbox"/>			

9. Der pädagogische Alltag ist sowohl von Konflikten unter den Kindern/Jugendlichen als auch in den Beziehungen zu den Betreuern geprägt. Wie häufig treten diese Konflikte als Resultate erlebter traumatischer Erfahrungen auf?

Sehr häufig	Häufig	Manchmal	Selten	Nie
		<input checked="" type="checkbox"/>		

10. Wie wichtig ist Ihnen Ihre Selbstreflexion im pädagogischen Alltag?

Sehr wichtig	Wichtig	Weiß ich nicht oder keine Angabe	Ungenügend	Unwichtig

	<input checked="" type="checkbox"/>			
--	-------------------------------------	--	--	--

11. Schätzen Sie bitte ein, inwiefern die Strukturen Ihrer Einrichtungen einen Austausch mit Kollegen ermöglichen?

Sehr gut	Gut	Ausreichend	Ungenügend	Schlecht
	<input checked="" type="checkbox"/>			

12. Wie würden Sie die Möglichkeit einschätzen, unterschiedliche moralische und ethische Positionen mit Ihren Kollegen zu diskutieren?

Sehr gut	Gut	Ausreichend	Ungenügend	Schlecht
	<input checked="" type="checkbox"/>			

13. Wie würden Sie die Möglichkeit einschätzen, unterschiedliche moralische und ethische Positionen mit der Leitung zu diskutieren?

Sehr gut	Gut	Ausreichend	Ungenügend	Schlecht
			<input checked="" type="checkbox"/>	

14. Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit Ihrer Einrichtung mit interdisziplinären Professionen wie Therapeut, Psychologe, Psychiater ein?

Sehr gut	Gut	Ausreichend	Ungenügend	Schlecht
		<input checked="" type="checkbox"/>		

15. Schätzen Sie ein, in welcher Qualität Ideen und Handlungsvorschläge des Therapeuten im Umgang mit Kindern/Jugendlichen in Ihrer Einrichtung umgesetzt werden.

Sehr gut	Gut	Ausreichend	Ungenügend	Schlecht
	<input checked="" type="checkbox"/>			

Teil IV: Offene Fragen

16. Welche traumapädagogischen Kompetenzen benötigen Fachkräfte in Einrichtungen der stationären Kinder und Jugendhilfe, um den

Bedürfnissen der Klienten gerecht zu werden?

- Traumasensibilität, interkulturelle Kompetenzen, Empathie und Einfühlungsvermögen, Wissen über Auswirkungen von Traumafolgestörungen, gute Netzwerkkennntnisse, Psycho-und Schlafhygiene

Wie reagieren Sie auf gezeigte Traumafolgestörungen wie Dissoziation (Wegdriften), Erstarren und Übererregung (Ausrasten)?

- Dissoziation: Person ansprechen, starke Reize setzen (Kühlpack etc.)
- Übererregung: Selbst- und Fremdgefährdung absichern, Freiräume eröffnen (gelernte Skills anwenden / erarbeitete Skills aus Notfallkoffer: z.B. kalt duschen, eine Runde um die Einrichtung laufen etc.)
- Rückbindung und Austausch mit Träger, Vormund, Jugendamt und mitwirkenden Netzwerkpartnern (Therapeuten etc.)

17. Wie unterstützen Sie Kinder und Jugendliche bei ihrer Regulation eines störungswertigen Verhaltens (bspw. Dissoziation, Übererregung, Wiedererleben von Ängsten)?

- siehe oben bei Frage 2

18. Welche Empfehlungen würden Sie Kollegen mitgeben, die mit traumatisierten Kindern arbeiten?

- Aneignung von Fachwissen, Weiterbildungen nutzen bzw. beim Träger beantragen
- gute Kontaktpflege zu den Netzwerkpartnern zur Anbindung an eine Traumabehandlung
- Möglichkeiten von externen Experten / Supervisionen / Fallberatungen nutzen nach oben genannten Situationen
- traumasensibel / kultursensibler Umgang; Selbstreflexion

19. Wie wird bei der Aufnahme eines Kindes/Jugendlichen auf seine traumaspezifische Biografie geachtet?

- Clearingverfahren, Biografiearbeit, Informationen aus Klientenakten nutzen (Bsp: Bamf-Interview, Arztbriefe etc.), umfangreich detaillierte Übergabe und Einholen von Informationen aus den Klientenanfragen durch den zuständigen Fallsteuerer des Jugendamtes oder den Betreuern der vorherigen Einrichtung

21. Welche Beobachtungen machen Sie hinsichtlich der Entwicklungen des Kindes/ Jugendlichen, die im Zusammenhang mit der Umsetzung

angeregter Handlungsmöglichkeiten zwischen Therapeuten und Fachpersonal stehen?

- abhängig von Einsicht und Mitwirkung des Kindes / Jugendlichen
- benötigt viel Geduld und Reflexionsgespräche um die Umsetzung angeregter Handlungsmöglichkeiten zu gewährleisten
- wenn erfolgt, förderlich für die Entwicklung des des / Jugendlichen in Bezug auf die Bearbeitung der Traumatafolgen

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere an Eides statt durch meine Unterschrift, dass ich die vorstehende Diplomarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt und alle Stellen, die ich wörtlich oder annähernd wörtlich aus Veröffentlichungen entnommen habe, als solche kenntlich gemacht habe. Ebenso habe ich mich auch keiner anderen als der angegebenen Literatur oder sonstiger Hilfsmittel bedient. Die Arbeit hat in dieser oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungskommission vorgelegen.

Dresden, 17.08.2018

Hannes Wilhelm