

FHNW

Hochschule für Soziale Arbeit

Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit

Basel,

Bachelorarbeit

# Traumapädagogik in Pflegefamilien

Chancen und Herausforderungen für  
Pflegeeltern und Pflegekinder und die Rolle  
der Sozialen Arbeit

**Vorgelegt von:**

Sarah Huldi

**Eingereicht bei:**

Frau Barbara Schürch

Im Juni 2017

## Abstract

Durch enge Bindungspersonen frühtraumatisierte Kinder zeigen oft spezielle Verhaltensweisen, die ihre neuen Bezugspersonen in Heimen oder Pflegefamilien sehr herausfordern können. Um damit im pädagogischen Alltag angemessen, d.h. förderlich umgehen zu können, braucht es Wissen um Ursachen und Auswirkungen von Traumatisierungen und konkrete Handlungsansätze, wie mit diesen umgegangen werden kann. Die Traumapädagogik besteht aus verschiedenen Konzepten, die primär das Schaffen von Sicherheit, Stabilität und Selbstbemächtigung zum Ziel haben. In dieser Arbeit werden erste empirische Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Traumapädagogik im Heimkontext auf den Pflegefamilienkontext übertragen und folgende Frage dazu beantwortet: Was sind die Chancen und Herausforderungen des Traumapädagogik-Ansatzes in Pflegefamilien? Chancen sind vor allem das verbesserte Verständnis für das Verhalten, ein sich dadurch zum Positiven veränderndes Selbstbild des Kindes und Entlastung für die Pflegeeltern durch Handlungssicherheit und externe Unterstützung. Herausforderungen liegen vor allem in der Komplexität des Ansatzes und fehlender Unterstützung, woraus sich Aufgaben für die Soziale Arbeit ableiten lassen.

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Fragestellung .....	2
1.2	Eingrenzungen .....	3
1.3	Methodisches Vorgehen .....	4
1.4	Bezug zur Sozialen Arbeit.....	5
2	Pflegefamilien .....	7
2.1	Statistik und rechtliche Grundlagen der Pflegekinderhilfe in der Schweiz .....	7
2.2	Verschiedene Formen von Pflegefamilien .....	8
2.3	Exkurs zur Theorie der Integration.....	10
2.4	Verschiedene Aufgaben und Rollen der Sozialen Arbeit im Kontext von Pflegefamilien .	12
3	Trauma .....	15
3.1	Definitionen und Begrifflichkeiten: Traumatisches Ereignis, Traumatisierung, Trauma ...	15
3.2	Verschiedene Arten von Traumatisierungen .....	17
3.3	Traumatisierte Kinder – Auswirkungen von Traumatisierungen in früher Kindheit .....	19
3.3.1	Allgemeine Auswirkungen früher Traumatisierungen.....	20
3.3.2	Auswirkungen auf die Bindungsfähigkeit (Beziehungsebene) .....	21
3.3.3	Auswirkungen auf die Entwicklung .....	23
3.3.4	Auswirkungen auf die Selbst- und Fremdwahrnehmung.....	25
3.3.5	Folgen auf der Verhaltensebene .....	26
3.4	Herausforderungen für den pädagogischen Alltag .....	27
4	Traumapädagogik .....	28
4.1	Entstehung und Diskurs.....	29
4.2	Ziele der Traumapädagogik .....	30
4.3	Bisherige Methoden und Handlungsansätze aus der Anwendung im Heimkontext .....	31
4.3.1	Ebene der direkten Arbeit mit Kindern.....	32
4.3.2	Mitarbeiter-, Institutions- und Leitungsebene .....	34
4.4	Was spricht für Traumapädagogik? – Erfahrungen aus dem Heimkontext .....	35
5	Traumapädagogik in Pflegefamilien.....	37

5.1	Transfer der Handlungsansätze aus dem Heimkontext und weitere Aufgaben der Pflegeeltern von traumatisierten Kindern .....	37
5.1.1	Transfer für die direkte Arbeit mit Pflegekindern .....	38
5.1.2	Transfer für die Pflegeeltern .....	39
5.1.3	Weitere Aufgaben der Pflegeeltern von traumatisierten Kindern .....	40
5.2	Chancen der Traumapädagogik in Pflegefamilien.....	41
5.2.1	Chancen für Pflegefamilien und Pflegekinder .....	41
5.2.2	Chancen für weiteres Umfeld .....	42
5.3	Herausforderungen in der Anwendung der Traumapädagogik in Pflegefamilien .....	43
5.4	Aufgaben, Rolle und spezifische Anforderungen an die Soziale Arbeit in der Arbeit mit Pflegeeltern von traumatisierten Kindern .....	44
6	Schlussfolgerungen.....	47
6.1	Beantwortung der Fragestellungen und Erkenntnisse.....	47
6.2	Ausblick und weiterführende Fragen .....	48
7	Quellenverzeichnis .....	50

## Abkürzungsverzeichnis

<b>ADHS</b>	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
<b>BAG</b>	Bundesarbeitsgemeinschaft
<b>ICD</b>	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
<b>IGfH</b>	Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen eV
<b>KESB</b>	Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde
<b>PACH</b>	Pflege- und Adoptivkinder Schweiz
<b>PAVO</b>	Pflegekinderverordnung
<b>PTBS</b>	Posttraumatische Belastungsstörung
<b>UMA</b>	Unbegleitete minderjährige Asylsuchende
<b>ZGB</b>	Zivilgesetzbuch

## 1 Einleitung

Traumatisierungen und traumatisierte Kinder und Jugendliche sind aktuell aufgrund der vielen Flüchtlinge und vor allem der unbegleiteten minderjährigen Asylsuchenden (UMA) immer wieder in den Medien. Neben Krieg und Flucht gibt es jedoch noch viele andere Ursachen von Traumatisierungen. Im Studium habe ich ein Modul zum Thema «Soziale Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen» belegt, wodurch mein Interesse für die Thematik geweckt wurde. Ich habe realisiert, dass die Soziale Arbeit in vielen verschiedenen Arbeitsfeldern, insbesondere im Heimkontext, mit schwer traumatisierten Kindern, Jugendlichen und auch Erwachsenen zu tun hat. Allerdings steht dort in der Arbeit der Professionellen der Sozialen Arbeit nicht die Traumatisierung im Vordergrund, sondern die Begleitung und Förderung einer gelingenderen Lebensbewältigung der jeweiligen Klienten und Klientinnen. Die Aufgabe der Traumabearbeitung wird oft den therapeutischen Fachkräften übertragen. Da Kinder und Jugendliche jedoch auch im Alltag durch Traumatisierungen geprägtes Verhalten zeigen, kann dieses Thema nicht von der (sozial-)pädagogischen Arbeit ausgeklammert werden. Es braucht den Einsatz von spezifischen pädagogischen Methoden im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen, die ihnen helfen, wieder Vertrauen zu fassen in sich und die Welt. In diese Richtung arbeitet die Traumapädagogik, bei welcher der Fokus auf innere und äussere Sicherheit, die Förderung von Selbstwahrnehmung und -steuerung und den Beziehungsaufbau gelegt wird. Zu Traumapädagogik im Heimkontext gibt es schon vereinzelte Erfahrungen und entsprechend existieren auch erste Studien, die die Effektivität des Ansatzes bezüglich der Reduktion von traumaassoziierten Symptomen und dem wachsenden Gefühl von Sicherheit unterstützen. Traumatisierte Kinder wachsen jedoch nicht nur in Heimen auf, sondern werden auch in Pflegefamilien platziert, die keine spezielle pädagogische Ausbildung für den Umgang mit den Folgen von Traumatisierungen haben. Es ist deshalb wichtig, dass auch in diesem Kontext eine Begleitung gewährleistet werden kann, welche die traumatisierten Kinder darin unterstützt, neue Sicherheit und Stabilität zu gewinnen.

In meiner Bachelor-Thesis gehe ich deshalb der Frage nach, inwiefern die Traumapädagogik auch im Kontext von Pflegefamilien von Nutzen ist, welche Chancen sie eröffnet und welche Herausforderungen damit einhergehen. Damit verbunden ist die Frage, inwiefern der Ansatz hilfreich für aufnehmende Familien ist und was er für das traumatisierte Kind, bzw. den Jugendlichen selbst bringt. Ergänzend wird der Frage nachgegangen, was es allenfalls an Unterstützung durch die Soziale Arbeit braucht.

Die vorliegende Arbeit ist eine Literaturliteraturarbeit. Der Hauptteil gliedert sich wie folgt:

In **Kapitel 2** wird das Thema Pflegefamilien ausgeleuchtet. Die rechtlichen Grundlagen, die verschiedenen Formen innerhalb der Pflegekinderhilfe und die damit verbundenen Aufgaben und Rollen der Sozialen Arbeit in diesem Kontext werden erläutert. Als Einschub gibt es einen Exkurs zur «Theorie der Integration» von Nienstedt und Westermann (2008). In **Kapitel 3** geht es um den Begriff Trauma, bzw. Traumatisierung, um Möglichkeiten zur Kategorisierung und um die Entstehung und die möglichen Folgen von Traumatisierungen in früher Kindheit. Das **Kapitel 4** handelt von der Entstehung und dem Inhalt des Traumapädagogik-Ansatzes und den bisherigen Erfahrungen damit im Heimkontext. In **Kapitel 5** schliesslich werden Transfers der Handlungsansätze aus dem Heimkontext auf Pflegefamilien gemacht und die speziellen Aufgaben der Pflegeeltern von traumatisierten Kindern dargestellt, sowie die Chancen und Herausforderungen, wenn dieser Ansatz im Pflegefamilien-Kontext angewendet wird. Die spezifischen Anforderungen, die das an die Profession der Sozialen Arbeit stellt, werden ebenfalls diskutiert. In **Kapitel 6** werden die Kernerkenntnisse noch einmal gebündelt dargestellt und daraus fachliche und persönliche Schlussfolgerungen gezogen.

## 1.1 Fragestellung

In dieser Arbeit wird folgende Hauptfragestellung untersucht: **Was sind die Chancen und Herausforderungen des Traumapädagogik-Ansatzes in Pflegefamilien?**

Es wird folgenden Fragen nachgegangen: **Inwiefern lassen sich die positiven Erfahrungen mit Traumapädagogik im Heimkontext auch auf den Pflegefamilienkontext übertragen und für einen gelingenden Alltag nutzbar machen? Wo liegen dabei die Herausforderungen? Welcher Unterstützungsbedarf ergibt sich allenfalls daraus?**

Traumatisierte Kinder zeigen auffällige Verhaltensweisen, die sowohl Sozialpädagogen und -pädagoginnen in Heimen als auch Pflegeeltern an ihre Grenzen bringen. Obwohl die personellen und die allgemeinen Rahmenbedingungen sehr unterschiedlich sind, bleiben viele Gemeinsamkeiten bestehen. Nach ersten positiven Erfahrungen mit der Anwendung von traumapädagogischen Konzepten in Heimen und sozialpädagogischen Wohngruppen, stellt sich die Frage, wie diese Konzepte auch in Pflegefamilien Entlastung bringen und zu einem gelingenderen Alltag beitragen könnten.

Dazu werden folgende **Unterfragen** bearbeitet:

- Wie wirken sich Traumata in früher Kindheit aus?

- Wo setzt das Konzept der Traumapädagogik an und was sind die Erfahrungen aus dem Heimkontext?
- Welche Probleme und Herausforderungen ergeben sich im Alltagsleben in Pflegefamilien mit traumatisierten Pflegekindern?
- Welchen Beitrag kann Traumapädagogik in Pflegefamilien für einen gelingen Alltag und die Entwicklung des Pflegekindes leisten?
- Wo liegen die Herausforderungen in Bezug auf die Kompetenzen der Pflegeeltern, etwaige eigene Kinder, zeitliche Ressourcen für Weiterbildungen und zeitliche Ressourcen der Sozialen Arbeit?
- Was gibt es schon und was braucht es noch zusätzlich an unterstützender Rahmung und welche Aufgaben ergeben sich daraus für die Soziale Arbeit?

## 1.2 Eingrenzungen

Da Trauma, Traumapädagogik und Pflegekinderhilfe sehr umfangreiche Themenfelder sind, sind an verschiedenen Stellen Eingrenzungen nötig. Diese wurden anhand folgender Punkte vorgenommen:

- **Art des Traumas:** Es gibt verschiedene Ursachen von Traumatisierungen: Naturkatastrophen, Flucht, Unfälle, Vergewaltigungen, Vernachlässigungen etc. **Traumatisierungen durch Bindungspersonen in der frühen Kindheit** zeigen spezielle Auswirkungen auf die weitere Entwicklung des Kindes und stehen deshalb in dieser Arbeit im Fokus.
- **Folgen von Traumatisierungen:** Es gibt sowohl physische als auch psychische Folgen von Traumatisierungen. Es soll hier, wie in der Traumapädagogik auch, mehr um die psychischen Folgen gehen, vor allem um diejenigen, die im gelebten **Alltag** der Pflegefamilien am meisten Relevanz haben: Bindungsfähigkeit, Entwicklung, Wahrnehmung und Verhalten.
- **Art des Pflegeverhältnisses:** Es soll um nicht-professionelle Pflegefamilien gehen, also um Menschen ohne spezifisch traumaorientierte oder pädagogische Ausbildung, die sich entschieden haben Pflegeeltern zu werden und fremde Kinder für eine gewisse Zeit in ihrer Familie aufzunehmen. Dabei interessieren vor allem die langfristigen Platzierungen bei nicht verwandten Pflegefamilien, die als «Ersatzfamilien» bezeichnet werden und von professionellen Vermittlungsorganisationen begleitet werden. In meiner Arbeit wird, um der besseren Lesbarkeit willen, nur der Begriff «Pflegefamilie» verwendet, womit «nicht-professionelle, nicht verwandte, begleitete Pflegefamilie» gemeint ist.



- **Familie:** Wenn es um Bindungstraumatisierungen und Pflegefamilien geht, ist das allgemeine Thema «Familie» nicht auszuklammern. Es soll aber nur ganz am Rande um komplexe Spannungsfelder gehen, wie zum Beispiel Besuchskontakte mit den leiblichen Eltern.
- **Kindeswohl:** Der Diskurs um das Kindeswohl wird in der Literatur zum Teil breit diskutiert und spielt bei Fremdplatzierungen eine grosse Rolle, wird aber nicht ein Hauptfokus dieser Arbeit sein.
- **Integration:** Integration wird in dieser Arbeit nur im Rahmen der «Theorie der Integration» (siehe Kap. 2.3 «Exkurs zur Theorie der Integration») Erwähnung finden. Dabei geht es allein um die Integration in die Pflegefamilie, nicht in die Gesellschaft, weshalb auch der Fachdiskurs zum Thema Integration nicht thematisiert wird.

### 1.3 Methodisches Vorgehen

Diese Arbeit ist eine Literaturarbeit. Es wird keine neue Forschung gemacht, sondern Erkenntnisse anderer Autoren und Autorinnen miteinander in Beziehung gesetzt, um die oben genannten Fragestellungen zu beantworten.

Ein Modul zum Thema «Soziale Arbeit mit traumatisierten Kindern» brachte mich in Kontakt mit diesem Themenfeld. Mir wurde bewusst, wie wertvoll dieses Wissen in meinen vorherigen Praktika, wo ich mit Kindern arbeitete, gewesen wäre und wie wichtig das Wissen um Entstehung und Auswirkungen von Traumatisierungen und den richtigen, pädagogischen Umgang damit allgemein für die Soziale Arbeit ist. Durch den Hinweis einer guten Freundin stiess ich auf den Begriff «Traumapädagogik». So begann ich im Nebis- und Swissbib-Verzeichnis ([www.nebis.ch](http://www.nebis.ch), [www.baselbern.swissbib.ch](http://www.baselbern.swissbib.ch)) nach «Traumapädagogik», «Trauma», «traumatisierte Kinder», «Auswirkungen AND Trauma» und «Trauma AND Entwicklung» zu suchen. Bei dieser Suche fand ich das Buch «Pflegekinder und ihre Entwicklungschancen nach frühen traumatischen Erfahrungen» von Nienstedt und Westermann (2008), woraus der zweite Themenbereich meiner Arbeit entstand. Zugleich stiess ich auf zwei Grundlagenwerke zu Traumapädagogik (Weiß/Kessler/Gahleitner 2016 und Bausum et al. 2011). Über die Literaturverzeichnisse der drei genannten Bücher fand ich viele weitere Stichworte und Autoren, die mich u.a. auch zu wissenschaftlichen Artikeln im Internet führten.

Als Ergänzung zur reinen Literaturrecherche besuchte ich zwei Tagungen und ein Fachseminar: Die Tagung von «Pflege- und Adoptivkinder Schweiz» (PACH) in Basel, Anfang

November 2016, die Jahrestagung «Traumapädagogik» von TEAM-WERK mit Irmela Wiemann als Gastreferentin am 12. Dezember 2016 und am 10. Mai 2017 ein Fachseminar zum Thema «Frühes Trauma – späte Folgen» der IHP Luzern mit Michaela Huber als Referentin. Die zwei ersteren waren speziell für Pflegeeltern und Fachkräfte im Pflegekinderwesen, was einen guten Einblick in die Thematik des alltäglichen Lebens mit traumatisierten Kindern gab und woraus viele Anstösse und Fragen für die weitere Arbeit mitgenommen werden konnte.

Im Anschluss an die zweite Fachtagung nahm ich mit TEAM-WERK Kontakt auf, um zu erfahren, was sie als Organisation der Pflegekinderhilfe an Konzepten zum Umgang mit Traumapädagogik in der Sozialen Arbeit mit Pflegefamilien hätten. Sie schickten mir ihr Rahmenkonzept, wodurch ich eine wichtige praxisbezogene Quelle erhielt.

#### 1.4 Bezug zur Sozialen Arbeit

Professionelle der Sozialen Arbeit arbeiten sowohl in Kinderheimen als auch in Fachstellen zur Vermittlung, Beratung und Begleitung von Pflegefamilien und Pflegekindern. In manchen Fachstellen ist es sogar Voraussetzung, dass die Mitarbeitenden Erfahrungen aus der Arbeit im Heimkontext mitbringen (vgl. TEAM-WERK 2016: 10). Diese Verknüpfungen von praktischen, pädagogischen Erfahrungen und beraterischem Wissen ermöglichen es der Fachperson, sich besser in die Situation der Pflegeeltern hineinzusetzen.

In der Grundausbildung zur Sozialarbeiterin oder zum Sozialpädagogen nimmt das Thema «Trauma» noch einen sehr bescheidenen Platz ein. Bei Weiterbildungsangeboten sieht es jedoch ganz anders aus. Es gibt unzählige Weiterbildungsangebote für Sozialarbeitende in Richtung Psychotraumatologie und professioneller Begleitung von traumatisierten Menschen, sowohl im pädagogischen als auch im beratenden Bereich, welche rege genutzt werden. Die Einsicht setzt sich durch, dass das Wissen über Traumatisierungen, deren Auswirkungen auf die Betroffenen und über einen sinnvollen, heilenden Umgang mit den traumatisierten Menschen im wahrsten Sinne des Wortes «not-wendig» ist.

Da Pflegeeltern oft keine spezielle pädagogische Ausbildung haben, ist es die Aufgabe der begleitenden Fachpersonen (Sozialarbeitende), ihnen die notwendigen Kenntnisse zu vermitteln, sie bei ihrer pädagogischen Aufgabe zu begleiten und zu unterstützen und bei Bedarf an andere Fachpersonen weiterzuvermitteln.

Die Begleitung von Pflegefamilien ist ein Feld der Sozialen Arbeit, zu dem es erst wenig Forschung gibt. Die Kompetenzen der Sozialen Arbeit; wie Empowerment, systemische

Betrachtungsweise, ressourcenorientiertes Arbeiten, Kooperationen initiieren, Sicherstellen von gelingendem Alltag etc., entsprechen jedoch genau den Voraussetzungen für die Arbeit mit Pflegefamilien und Pflegekindern. In diesem Fachgebiet steckt somit noch viel Erweiterungspotential.

## 2 Pflegefamilien

In dieser Arbeit wird der Ansatz der Traumapädagogik im Kontext von Pflegefamilien untersucht. Um die Grundlagen zu verstehen, werden in diesem Kapitel zuerst ein paar statistische Zahlen zu Pflegekindern und Pflegefamilien dargelegt und die rechtliche Regelung von Pflegeverhältnissen kurz erklärt. Anschliessend werden verschiedene Formen von Pflegefamilien beschrieben und die verschiedenen Aufgaben und Rollen der Sozialen Arbeit im Kontext von Pflegefamilien erläutert. Dazwischen gibt es einen Exkurs zur «Theorie der Integration» von Nienstedt und Westermann (2008), welche für die Arbeit mit Pflegekindern von grosser Bedeutung ist. Die in diesem Kapitel erläuterten Grundlagen dienen der späteren Beantwortung der Fragestellung, was Chancen und Herausforderungen des Traumapädagogik-Ansatzes in Pflegefamilien sind. Der Fokus wird dabei auf die Schweiz gelegt, wo es auch schon kantonal sehr grosse Unterschiede gibt.

In Pflegefamilien gibt es diverse Spannungsfelder. In dieser Arbeit wird der Fokus – wie in der Einleitung bereits erwähnt – auf Auswirkungen von Traumatisierungen der Pflegekinder im Alltag der Pflegefamilie gelegt, weshalb auf andere Spannungsfelder, wie zum Beispiel die Entwicklung der Identität eines Pflegekindes als Kind von zwei unterschiedlichen Elternpaaren nicht eingegangen wird.

Was wird unter einer Pflegefamilie verstanden? Pflegefamilien «sind Familien, die sich der Aufgabe stellen, in ihrer Entwicklung besonders beeinträchtigte Mädchen und Jungen in ihr Zuhause aufzunehmen und ihnen einen sicheren und geschützten Lebensort anzubieten» (vgl. <http://www.st-mauritz.de/pflegefamilien/westfaelische-pflegefamilien/was-sind-westfaelische-pflegefamilien/>). Dies können völlig fremde oder auch verwandte Kinder sein, die aus irgendeinem Grund nicht bei ihren leiblichen Eltern aufwachsen können.

### 2.1 Statistik und rechtliche Grundlagen der Pflegekinderhilfe in der Schweiz

Verlässliche und vollständige **Zahlen** über die Anzahl Pflegekinder oder -familien und die verschiedenen Formen fehlen in der Schweiz. Einige Kantone machen Erhebungen, andere kaum. «Pflege- und Adoptivkinder Schweiz» (PACH) veröffentlichte Anfang 2017 den «Ergebnisbericht Bestandesaufnahme Pflegekinder Schweiz 2015» (s. Seiterle 2017). Dort werden Zahlen genannt, die hier zusammengefasst aufgeführt werden: Durchschnittlich wurden im Jahr 2015 1,1% der 0-18-jährigen in der Schweiz wohnhaften Personen fremdplatziert. Diese Zahlen gehen aus Statistiken von 16 Kantonen hervor und

ergeben hochgerechnet 18'000 Fremdplatzierungen im Jahr 2015. 5'000 Kinder und Jugendliche wurden in Pflegefamilien platziert, die anderen 13'000 in Kinder- und Jugendheimen. Es gibt also viele Pflegekinder in der Schweiz. Von diesen Pflegekindern wurden im Jahr 2015 34% bei verwandten Pflegefamilien untergebracht und 66% bei nicht verwandten Pflegefamilien.

Sämtliche Formen der Pflegekinderhilfe sind melde- und bewilligungspflichtig und stehen unter behördlicher Aufsicht. Auf der einen Seite finden sich Bestimmungen zum allgemeinen Kinderschutz und den Bedingungen für eine teilweise oder vollständige Entziehung der elterlichen Sorge. Dazu gehören die Artikel 307-316 Zivilgesetzbuch (ZGB), worin auch verschiedene Arten von Beistandschaften geregelt werden. Auf der anderen Seite gibt es die Pflegekinderverordnung (PAVO), die gestützt auf Artikel 316 ZGB die rechtlichen Verhältnisse bei Fremdunterbringung regelt. Darin eingeschlossen sind neben Pflegefamilien auch die Adoption, Heimunterbringung und Vermittlungsstellen für Pflegefamilien.

Die **generellen Aufgaben von Pflegeeltern** sind es, für eine «gute Pflege, Erziehung und Ausbildung des Kindes» zu sorgen (vgl. 2. Abschn. Art. 5 Abs. 1 PAVO). Sie müssen dementsprechende Voraussetzungen mitbringen, um die Bewilligung zur Aufnahme eines Pflegekindes zu erhalten. Die Bewilligung wird jeweils nur für ein bestimmtes Kind gegeben und jährlich wird überprüft, ob die Voraussetzungen für die Bewilligung noch gegeben sind (vgl. 2. Abschn. Art. 8 Abs. 2 und Art. 10 Abs. 1f.).

## 2.2 Verschiedene Formen von Pflegefamilien

Es gibt Eltern, die sich wegen allgemeiner oder momentaner Überforderung selbst Hilfe suchen, ihre Kinder **freiwillig** in Pflege geben und zum Wohl des Kindes mit den Pflegeeltern zusammenarbeiten (vgl. Wiemann 2010: 35). Es gibt Eltern, die durch Gespräche mit Schulpsychologen oder anderen involvierten Fachstellen dazu gebracht werden können, einer Fremdplatzierung (mindestens vorübergehend) «**freiwillig**» zuzustimmen. Freiwillig ist hier absichtlich in Anführungszeichen gesetzt, da es sich bei diesen Konstellationen oft nicht um eine Problemeinsicht durch die Eltern handelt, wobei die «Freiwilligkeit» nur durch Androhung einer Kindesschutzmassnahme zustande kommt und somit auch nicht mit dauerhafter Kooperation zu rechnen ist (vgl. Zitelmann 2016: 225). Es gibt auch Fälle, wo die Not offensichtlich und dringlich ist und es sofort zu einer **Kindesschutzmassnahme** (im Rahmen der Art. 310f. ZGB) kommt. Der Entzug des Aufenthaltsbestimmungs-

rechts ist jedoch mit weniger als 10% «eine Minderheit aller Platzierungen» (vgl. Häfeli 2013: 286). Die Kinder, die auf diesem Weg fremdplatziert werden, kommen dann meist zuerst in Heime, Notplatzierungsstellen oder Bereitschafts-Pflegefamilien, während das weitere Vorgehen geplant und eingeleitet wird.

Wiemann (2010: 21-33) unterscheidet verschiedene Formen von **Pflegeverhältnissen**, die sich auch überschneiden können: Kurzzeitpflege (Ergänzungsfamilien, Bereitschaftspflege, Notplatzierung) und Langzeit-/Dauerpflege (Ersatzfamilien), aber auch Verwandtenpflege, professionelle Pflegefamilien und Paten-/Assistenzfamilien. Überschneidungen gibt es zum Beispiel bei professionellen Bereitschafts-Pflegeeltern oder bei der Verwandtenpflege, die sowohl vorübergehend als auch langfristig sein kann. Die verschiedenen Modelle unterscheiden sich zum Teil sehr, sowohl durch die prognostizierte Dauer, den Zweck (Abklärung, Schutzmassnahme oder dauernde Entlastung), ob das Kind die Pflege-«Eltern» vorher schon als Tante und Onkel oder Grosseltern kannte oder ob es völlig fremde Personen sind, ob die Pflegeeltern eine pädagogische Ausbildung haben oder nicht und vieles mehr.

«**Ergänzungsfamilien**» kompensieren einen Teil der Erziehung, den die leiblichen Eltern (momentan) nicht erfüllen können. Dabei besteht jedoch immer die Möglichkeit der Rückführung in die Herkunftsfamilie. «**Ersatzfamilien**» ersetzen die Elternfunktion der leiblichen Eltern dauerhaft oder sollen dies zumindest per Definition (vgl. Westermann 2009: 151) tun. Dies ist bei Adoptiveltern klassisch der Fall. Oft werden bei der Platzierung, bzw. der Planung eines Pflegeverhältnisses das **Wohl des Kindes** und sein Bedürfnis nach Stabilität, Sicherheit und beständigen, befriedigenden Beziehungen nicht prioritär behandelt, sondern mehr Wert auf das **Recht der Eltern auf Umgang** mit ihrem Kind gelegt (vgl. Nienstedt/Westermann 2008: 183, Kötter 1994: 234, 243f., zit. in: Cappenberg 2009: 92 und Diouani 2004, Nienstedt 2004 und Simitis 1974, zit. in: Nienstedt/Westermann 2008: 186), wodurch es auch bei Dauerplatzierungen immer wieder zu Re-Traumatisierungen durch Besuchskontakte mit der Herkunftsfamilie kommt<sup>1</sup> (vgl. Bonus 2006: 20, Ertmer 2009: 221f. und Zitelmann 2016: 225, 229).

All die von Wiemann genannten Modelle lassen sich jeweils in zwei Kategorien einteilen: unbegleitet und begleitet (vgl. Ryter 2011: 6). **Unbegleitet** heisst, dass die Beratung der

---

<sup>1</sup> Damit hängt auch die verbreitete «Ideologie der unaufgebbaren Eltern-Kind-Beziehungen, die in Rückkehroptionen und Besuchskontaktansprüchen zum Ausdruck kommt» zusammen (vgl. Westermann 2009: 152). Das Thema Besuchskontakte würde jedoch zu weit von der Fragestellung dieser Arbeit wegführen und soll deshalb hier nicht weiter ausgeführt werden.

Pflegeeltern zum Beispiel nur durch einen allfälligen Beistand des Kindes geschieht und die Aufsicht früher durch die Vormundschaftsbehörde, heute durch die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) oder einen Schulpsychologischen Dienst gewährleistet ist. Diese Beratung und Kontrolle beschränkt sich jedoch auf ca. einen Besuch pro Jahr (vgl. 2. Abschn., Art. 10 PAVO). **Begleitet** heisst, dass die Erziehungsberechtigten (das kann auch ein Beistand oder eine Beiständin sein) einer Vermittlungsstelle den Auftrag geben, eine geeignete Pflegefamilie für das Kind zu suchen. Diese Organisation ist dann auch beauftragt, die Begleitung und Beratung der Pflegeeltern und Pflegekinder sicherzustellen und steht selbst unter der Aufsicht einer kantonalen Behörde (vgl. 1. Abschn., Art. 2, Abs. 1b. PAVO). Die Begleitung und Beratung geschieht durch eine in der Organisation angestellte Fachperson, meist mit einer sozialpädagogischen Grundausbildung, spezifischen Weiterbildungen und Berufserfahrung in der Kinder- und Jugendhilfe (vgl. Ryter 2011: 6 und TEAM-Werk 2016: 10). Diese Vermittlungsorganisationen, aber auch Beratungsstellen für Pflegeeltern und -kinder und weitere Dienstleistungsangebote sind in Abschnitt 4 der Pflegekinderverordnung (PAVO) geregelt.

Da der Fokus dieser Arbeit auf der Anwendung von Traumapädagogik in Pflegefamilien liegt, wird hier eine **Eingrenzung** auf langfristige Platzierungen von Kindern (nicht Jugendlichen) und nicht-professionelle Pflegeeltern gemacht. Die Stabilisierung nach traumatischen Erfahrungen braucht viel Zeit, weshalb alle Formen der Kurzzeitpflege wegfallen. Da es um die Übertragung von Erfahrungen aus dem Heimkontext auf Pflegefamilien gehen soll, sind auch sogenannte «professionelle» Pflegefamilien ausgeschlossen, da die Abgrenzung zu Kleinheimen und einzelnen Wohngruppen grösserer Heime dort nicht mehr klar wäre.

### 2.3 Exkurs zur Theorie der Integration

Nienstedt und Westermann (2008) haben aufgrund ihrer eigenen therapeutischen Erfahrungen und vielen Untersuchungen erkannt, dass es bei der Integration von Kindern in Ersatzfamilien einen mehr oder weniger gleichbleibenden Ablauf zu geben scheint. Daraus haben sie ihre **«Theorie der Integration»** entwickelt, die mittlerweile auch von anderen Autoren unterstützt wird (vgl. Zitelmann 2016: 221 und Gruen 2008: 13).

Diese Theorie wird hier erläutert, da sie Hintergrundwissen für das pädagogische Handeln im Alltag mit traumatisierten Kindern bietet. Sie kann Pflegeeltern bei der Orientierung helfen, indem sie herausforderndes Verhalten ihres Pflegekindes einer bestimmten Phase

zuordnen können. Das Verständnis über diese Phasenabläufe und das Wissen, dass auch die schwierigen Phasen nur Phasen sind und irgendwann der Vergangenheit angehören werden, kann auch beim Durchhalten in diesen Zeiten helfen.

Mit Integration in eine Ersatzfamilie ist der Prozess gemeint, im Verlauf dessen sich Pflegekinder als angenommenen Teil der Familie sehen lernen und neues Vertrauen und neue Bindungen aufbauen können.

Der Prozess wird in **drei Phasen** eingeteilt:

1. **(Über-)Anpassung**
2. **Übertragung**
3. **Regression**

In der ersten Phase scheint sich das Kind passiv und konfliktlos allen Erwartungen der Pflegeeltern anzupassen (vgl. Nienstedt/Westermann 2008: 85). Es verhält sich unauffällig und es hat den Anschein, als ob es bereits vollständig integriert sei. In der zweiten Phase hat das Kind schon ein gewisses Mass an Sicherheit und Vertrauen in die Pflegeeltern gewonnen, sodass es anfängt, sie mit seinen leiblichen Eltern zu «verwechseln». Es überträgt seine Erfahrungen mit den leiblichen Eltern auf die Pflegefamilie. Diese Phase ist für Pflegeeltern oft sehr schwierig, da sie nach der ersten ruhigen Phase nicht darauf vorbereitet sind und selbst in Übertragungs-Gegenübertragungs-Muster hineingeraten können und so immer wieder in einen Eskalationsstrudel rutschen (vgl. ebd.: 103). Wenn sich die Pflegeeltern auf diese Übertragungen einlassen und das Kind so korrigierende Erfahrungen machen kann, kann dieses allmählich lernen, zwischen den früheren Erfahrungen mit seiner Herkunftsfamilie und der Pflegefamilie zu unterscheiden (vgl. ebd.). Auf diese Phase folgt die abschliessende Phase der Regression. Das Kind «fällt» hier in frühere Entwicklungsphasen zurück, um so neue Bindungen aufbauen zu können. Es möchte und muss wieder getragen, gehalten, geschaukelt werden, möchte im Spiel von der Pflegemutter geboren werden, es kotet und nässt wieder ein, kann nicht mehr alleine essen etc. Diese «Rückschritte» können für Pflegeeltern auf den ersten Blick entmutigend und frustrierend sein, sind jedoch eine grosse Chance für die Nachholung von verpassten Entwicklungsschritten und die weitere Entwicklung gerade in Bezug auf die Bindungsfähigkeit (s. dazu ebd.: 131f. und Kap. 3.3.2 «Auswirkungen auf die Bindungsfähigkeit (Beziehungsebene)»).



## 2.4 Verschiedene Aufgaben und Rollen der Sozialen Arbeit im Kontext von Pflegefamilien

Wie schon in der Einleitung thematisiert, hat die Soziale Arbeit viele Bezüge zum Pflegekinderwesen. Diese sind jedoch im Vergleich zum Heimwesen weniger bekannt und auch weniger erforscht. Gerade in den Institutionen, welche Pflegefamilien, bzw. -kinder vermitteln, arbeiten viele Sozialarbeitende und Sozialpädagogen und -pädagoginnen. Sie übernehmen dort zentrale Aufgaben wie die **Ausbildung** der angehenden Pflegeeltern, Gespräche mit Interessierten zur **Eignungsabklärung** und natürlich die **Begleitung** der vermittelten Kinder und der aufnehmenden Familien (s. dazu: Ryter 2011 und TEAM-WERK 2016).

Anhand des Konzeptes einer Institution, die Familienplatzierungen vornimmt (TEAM-WERK 2016), werden nachfolgend die Aufgaben und Rollen der sozialen Fachpersonen (Sozialpädagogik und Sozialarbeit) etwas genauer erläutert. Dazu werden auch die Erkenntnisse einer Forschungsarbeit in einer anderen Vermittlungs- und Beratungsstelle für Pflegeeltern (Ryter 2011) miteinbezogen.

TEAM-WERK ist eine Institution mit Sitz im Kanton Zug und einer Zweigstelle in der Stadt Bern, welche schweizweit (mit Schwerpunkt auf den Kanton Bern und die angrenzenden Kantone) Pflegefamilien vermittelt, diese sehr eng begleitet und bei Bedarf auch mehr Aufgaben übernimmt, als sie gesetzlich und vertraglich müsste (vgl. TEAM-WERK 2016: 10). Die Fachpersonen sind zuständig für maximal zehn Kinder oder Jugendliche auf eine 100%-Anstellung (vgl. ebd.). Sie sind **Kontaktperson** für das Kind, die Pflegefamilie, die Herkunftsfamilie und amtliche Stellen, sorgen für eine gute Kommunikation zwischen diesen und **vermitteln** bei Bedarf (vgl. ebd.). Zur Begleitung gehören regelmässige (wöchentliche bis mindestens monatliche) **Besuche** in der Familie, fachliche **Beratung** und **Coaching** der Pflegeeltern und aktive **Entlastung** der Pflegefamilien in schwierigen Phasen (vgl. ebd.).

Die Fachperson hat verschiedene Rollen gleichzeitig. Auf der einen Seite ist sie rechtlich gesehen eine **Vorgesetzte**, die auch kontrollieren muss, wie und ob die Pflegeeltern ihre Aufgaben erfüllen, auf der anderen Seite ist sie eine **Expertin** mit Fachwissen, welches sie als Vorschläge, konkrete Aufforderungen oder direkte Interventionen weitergibt und dazu ist sie noch eine **Begleiterin** durch gute wie auch krisenhafte Situationen (vgl. Ryter 2011: 9). Der Vorteil dieser Rollenkumulation ist, dass alle Beteiligten eine gemeinsame Ansprechperson haben und weniger verzerrte Darstellungen entstehen, als wenn eine separate Person die Kontrollfunktion hätte und nur zu diesem Zweck in die Pflegefamilie

käme. Die Rollenakkumulation erzeugt aber natürlich auch ein Spannungsfeld zwischen den verschiedenen Rollen derselben Person. Durch klare, offene Kommunikation kann dieses aufgelöst oder zumindest entschärft werden (vgl. ebd.: 10). Dabei helfen auch rechtliche Vorgaben zur Aufsicht über die Fachpersonen und transparente Beschwerdeverfahren (vgl. TEAM-WERK 2016: 6f. und 11).

Aufgaben und Herausforderungen für Beratungspersonen ergeben sich auch durch die besondere Situation der Langzeitbegleitung bei der Pflegefamilie zu Hause und das für eine gelingende Zusammenarbeit zum Wohl des Pflegekindes **absolut notwendige Vertrauensverhältnis** zwischen Pflegeeltern und Fachperson. Eine Beratungsperson braucht viele Fähigkeiten, Wissen, Bereitschaft zur Selbstreflexion, Feinfühligkeit und vor allem Empathie, um Vertrauen aufbauen zu können und eine gelingende Begleitung der Pflegefamilie zu ermöglichen (vgl. ebd.: 45f.). Wenn kein Vertrauensverhältnis entsteht oder dieses gestört wird, ist keine zielführende Zusammenarbeit zum Wohle des Kindes möglich.

Die Fachperson sollte vor allem angehende Pflegeeltern gut auf ihre Aufgaben vorbereiten und darin unterstützen, das Pflegekind auch mit seinen möglicherweise auftretenden Schwierigkeiten anzunehmen, ohne es mit eigenen oder anderen Kindern zu vergleichen (vgl. ebd.: 46f.).

Die folgende Auflistung fasst die Aufgaben und Rollen der Sozialen Arbeit im Kontext von Pflegefamilien nochmals zusammen.

**Aufgaben** der Sozialen Arbeit im Kontext von Pflegefamilien:

- Eignungsabklärungen machen
- Ausbilden und vorbereiten geeigneter Pflegefamilien
- Begleiten zugewiesener Pflegekinder
- Kontaktperson von allen Involvierten sein (Behörde, Herkunftsfamilie, Pflegefamilie und -kind)
- Für gute Kommunikation und Vermittlung zwischen diesen sorgen
- Regelmässige Besuche in der Familie, Beratung und Coachings der Pflegeeltern
- Ein tragendes Vertrauensverhältnis zu Pflegeeltern aufbauen
- Spannungsfelder (z.B. durch Rollenakkumulation) offenlegen und entschärfen

**Rollen** der Sozialen Arbeit im Kontext von Pflegefamilien:

- Kontaktperson
- Vorgesetzte

- Expertin
- Begleiterin
- Vertrauensperson

## 3 Trauma

Da es in dieser Arbeit um Traumapädagogik geht, braucht es Wissen um Ursachen und Folgen von Traumatisierungen. Diese Grundlagen werden in diesem Kapitel erarbeitet, um im nachfolgenden Kapitel dann auf den pädagogischen Umgang mit den Auswirkungen eingehen zu können.

Es werden Begrifflichkeiten definiert, verschiedene Arten von Traumatisierungen vorgestellt, mögliche Auswirkungen von Traumatisierungen in früher Kindheit aufgezeigt und abschliessend die Herausforderungen dieser Traumatisierungsfolgen für den pädagogischen Alltag herausgearbeitet.

### 3.1 Definitionen und Begrifflichkeiten: Traumatisches Ereignis, Traumatisierung, Trauma

Das Wort «Trauma» stammt aus dem Griechischen und bedeutet «Wunde» oder «Verletzung» (vgl. <http://www.duden.de/rechtschreibung/Trauma>). In dieser Arbeit wird dabei auf die seelischen, also psychischen Wunden fokussiert und nicht auf körperliche. Körperliche Wunden sind sichtbar (wenn auch nicht immer offensichtlich) und werden meist schneller behandelt als seelische Verletzungen, die man von aussen nur an ihren Auswirkungen erkennen, bzw. vermuten kann (vgl. Fischer/Riedesser 1999: 20).

Bei den Begrifflichkeiten im Themengebiet «Trauma» gibt es viele Überschneidungen, die Begriffe sind oft nicht eindeutig definiert und werden immer wieder auch synonym zueinander verwendet. Damit klar ist, was in dieser Arbeit mit den verwendeten Begriffen gemeint ist, werden die wichtigsten hier kurz definiert – im Wissen, dass sie auch hier nicht immer trennscharf verwendet werden können.

Ein «**traumatisches Ereignis**» ist ein Erlebnis, das als **existentiell bedrohlich** und **überwältigend** wahrgenommen wird und Gefühle von intensiver Angst und Verzweiflung auslöst (vgl. Fischer/Riedesser 1999:83). Zwar ist auch ein solches Ereignis noch nicht an sich «traumatisch», also traumatisierend, aber es kann ein traumatisches Erlebnis daraus werden. Somit kann ein solches Ereignis zumindest als «potentiell traumatisierend» eingestuft werden (vgl. Butollo/Hagl 2003: 63f.). Da ein solch bedrohliches und überwältigendes Erlebnis in der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) so definiert ist, dass es bei der Mehrheit der

Menschen eine Traumatisierung auslösen würde, wird der Begriff des «traumatischen Ereignisses» hier trotzdem verwendet.

Eine «**Traumatisierung**» ist die Folge aus einem solchen traumatischen Ereignis und dem Prozess der psychischen Erschütterung, der daraus entsteht. D.h. der Begriff Traumatisierung wird in dieser Arbeit nur verwendet, wenn tatsächlich eine «psychische Erschütterung und Symptombildung» stattgefunden hat (vgl. Butollo/Hagl 2003: 64). Solche «Symptome» sind Auswirkungen, die klar im Zusammenhang mit dem auslösenden Ereignis stehen und werden in Kapitel 3.3 «Traumatisierte Kinder – Auswirkungen von Traumatisierungen in früher Kindheit» im Zusammenhang mit der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) aufgeführt.

«Der Ausdruck <**Trauma**> wird umgangssprachlich für beides verwendet», also sowohl das Ereignis, wie auch die psychischen Folgen davon, aber «etymologisch richtig steht <Trauma> für die Verletzung, nicht aber für das, was diese Verletzung verursacht hat.» (ebd.) In dieser Arbeit wird «Trauma» deshalb grundsätzlich synonym mit «Traumatisierung» verwendet. Fischer und Riedesser (1999: 79) definieren den Begriff Trauma zusammenfassend als ein «vitaler Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit dem Gefühl von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauernde Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.» Diese Erschütterung ist die Traumatisierung.

Ein Begriff, der auch immer wieder in der Literatur auftaucht, ist die «**Traumatische Zange**» (vgl. Huber 2005: 39ff.). Es geht dabei um den Prozess der Entstehung einer Traumatisierung. Bei einer Bedrohung wird sowohl im Kindes- wie auch im Erwachsenenalter das Bindungssystem aktiviert (vgl. Butollo/Hagl 2003: 92 und Cappenberg 2005: 76). Wenn jemand in eine bedrohliche Situation gerät, die ihn und seine Bewältigungsmöglichkeiten überfordert und von Bindungspersonen keine (ausreichende) Hilfe kommt, greift das menschliche Hirn auf archaische Bewältigungsmuster zurück: Flüchten, kämpfen, totstellen und zuletzt fragmentieren (engl. **flight, fight, freeze, fragment**). Wenn weder eine Flucht noch ein Kampf möglich ist, dann setzt der Totstell-Reflex ein. Um das Überwältigende zu überleben, werden dabei die verschiedenen Wahrnehmungen und Emotionen fragmentiert. Das ist der Moment, in dem die «traumatische Zange» sich schliesst. D.h. das Erlebnis wird nicht zusammenhängend als eine Erinnerung abgespeichert, sondern zum Beispiel die Emotionen und die mit den Sinnen wahrgenommenen Reize (Farben, Geräusche, Gerüche etc.) gesondert voneinander im Gehirn abgelegt. Dieser Vorgang des Fragmentierens heisst **Dissoziation** und ist ein Phänomen, das sowohl in alltäglichen

als auch in traumatisierenden Situationen eine (überlebens-)wichtige Funktion erfüllt (vgl. Huber 2005: 54, bzw. als Überblick ebd.: 53-66).

Beispiele für **Alltagsdissoziationen** sind, wenn jemand mit dem Auto von der Arbeit nach Hause fährt, zu Hause ankommt und gar nicht gemerkt hat, dass er oder sie in der Zwischenzeit drei Ampeln und mehrere Kreuzungen mit Rechtsvortritt passiert hat, ohne es bewusst mitzubekommen. Oder wenn jemand so vertieft ein Buch liest, dass man die Person mehrfach ansprechen muss, bis sie es realisiert. Diese Arten von Dissoziation sind unproblematisch und sogar hilfreich. Die Wahrnehmungen, die in diesen Situationen abgespalten wurden, sind nicht belastend und werden vom Gehirn auch nicht so eingestuft. In einer potentiell traumatisierenden Situation ist der Moment, in dem eine Wahrnehmung als zu schrecklich zum Aushalten eingeschätzt und deshalb abgespalten wird, dann genau der Moment, in dem das Ereignis zum traumatisierenden Ereignis wird. Da das Abgespaltene von enormer Bedeutung für die Person ist, verschwinden diese Wahrnehmungen nicht einfach, sondern drängen immer wieder an die Oberfläche. Dieses plötzliche Hervordrängen von überwältigenden Teil-Erinnerungen wird «Flashback» genannt (vgl. Uttendörfer 2006: o.S.).

Fischer und Riedesser (1999: 58f.) zeigen das **Spannungsfeld** zwischen der objektiv fassbaren Situation und dem subjektiven Erleben derselben auf. Ein traumatisches Ereignis ist immer auch ein Erlebnis, das von einer bestimmten Person zu einem bestimmten Zeitpunkt gemacht wird. Die objektiv gleiche Situation hat nicht für alle Menschen die gleichen (gleich schwerwiegenden) Auswirkungen, weil nicht alle Menschen die gleichen Möglichkeiten haben, damit umzugehen. Wie sich ein Ereignis auf eine Person auswirkt, hängt von sozialen Umständen und individuellen Prämissen (wie z.B. Resilienz) ab. Hantke (2012: 65) fasst das so zusammen: «Ein Trauma resultiert aus einem Ereignis im Leben eines Menschen, (...) das nicht ausreichend verarbeitet wurde, weil im Moment des Erlebens eine dissoziative Trennung zwischen Steuerung und Erleben ausgelöst wurde und für die Verarbeitung auch in der Folge keine ausreichenden Ressourcen (Gesundheit, andere Menschen, Geld, Nahrung, Geborgenheit ...) vorhanden waren.»

### 3.2 Verschiedene Arten von Traumatisierungen

Es gibt verschiedene Versuche Traumata zu kategorisieren. In der Literatur wird die Aufteilung von Lenore Terr (1991/1995) immer wieder verwendet. Sie teilt traumatische Ereignisse in Typ I und Typ II auf. Typ I sind Monotraumatisierungen und Typ II mehrfache,

also Komplextraumatisierungen (vgl. Terr 1995: 53 und Terr 1991, zit. in: Streeck-Fischer 2009: 97). Diese können nochmals je unterteilt werden in Naturkatastrophen/Unfälle und interpersonelle Gewalt (vgl. Hipp 2014: 15f.), sodass das unten abgebildete Raster entsteht. In dieser Arbeit wird auf diese Kategorisierung zurückgegriffen, weil sie ein sehr weites Feld greifbar macht und sowohl Verursacher als auch Dauer und mögliche Wiederholungen beinhaltet (vgl. ebd.).

	<b>Typ I</b> <b>Monotraumatisierung</b>	<b>Typ II</b> <b>Komplextraumatisierung</b>
<b>Interpersonelle Gewalt</b>	Überfall, einmaliger sexueller Missbrauch, Gewalterlebnis	Misshandlungen, Vernachlässigung, Deprivation, serieller, sexueller Missbrauch
<b>Naturkatastrophen, Unfälle</b>	Unfall, Brand, Verlusterlebnis, Verloren gehen, Erdbeben	Krieg, Flucht, (Folgen von) Tsunami, Hungersnot, Atomkraftwerkunfall

Abb.1: Traumtypen nach Terr (eigene Darstellung in Anlehnung an: Terr 1991, zit. in Streeck-Fischer 2009: 97)

Diese Einteilung ist nicht absolut zu verstehen. Wie oben erklärt, kommt es bei einem traumatischen Erlebnis immer auch auf die vorhandenen Ressourcen zur Bewältigung an und was die betroffene Person vorher schon erlebt hat. Ein starkes Erdbeben kann zum Beispiel ebenso verheerende und langfristige Auswirkungen haben wie ein Tsunami und in der Folge kann auch eine Komplextraumatisierung daraus entstehen.

Welche Arten von Traumatisierungen sind nun bei Pflegekindern besonders häufig? Bei Pflegekindern handelt es sich vielfach um Entwicklungstraumata durch Deprivation, Vernachlässigung, körperliche Misshandlung oder sexuellen Missbrauch, also um interpersonelle Komplextraumatisierungen (vgl. Nienstedt/Westermann 2008: 21f.). Die allermeisten Pflegekinder haben Traumata erlitten (vgl. ebd. und Zitelmann 2016: 220). Wenn Kinder schon in früher Kindheit in Pflege gegeben werden, heisst das, dass schon zu diesem Zeitpunkt erhebliche Probleme in der Herkunftsfamilie aufgetreten waren. Die Wahrscheinlichkeit einer Traumatisierung ist also hoch. Der Fokus dieser Arbeit liegt deshalb auf interpersonellen Komplextraumatisierungen in früher Kindheit.

### 3.3 Traumatisierte Kinder – Auswirkungen von Traumatisierungen in früher Kindheit

Je nach Art des traumatischen Erlebnisses und Entwicklungsstand des Kindes zu diesem Zeitpunkt können ganz unterschiedliche Folgen entstehen. Wie oben ausgeführt, hängen die psychischen Folgen eines traumatischen Ereignisses auch von persönlichen und Umweltfaktoren ab. Es ist zudem erwiesen, dass Monotraumatisierungen allgemein oder auch Komplextraumatisierungen in «einer späteren Lebensphase» weniger schwerwiegende Folgen auf die Persönlichkeit und die Entwicklung haben als Komplextraumatisierungen in der frühen Kindheit. Kinder haben weniger Bewältigungsmöglichkeiten und ihr Gehirn befindet sich noch in der Entwicklung, welche durch die Traumatisierung verzögert oder sogar verhindert werden kann (vgl. Garbe 2015: 28, 30). Bei Monotraumatisierungen, die später im Leben auftreten, kann davon ausgegangen werden, dass die traumatisierte Person vorher wahrscheinlich schon mehr oder weniger sichere Bindungsmuster internalisiert hat und/oder über genügend externe und interne Bewältigungsressourcen verfügt, um die Traumatisierung gut verarbeiten zu können (vgl. ebd.: 29). Bei Typ II Traumatisierungen wie Vernachlässigung oder seriellem Missbrauch durch enge Bindungspersonen können jedoch gar nicht erst sichere Bindungen gebildet werden, welche die Voraussetzung für eine gesunde Entwicklung sind (vgl. ebd.: 31).

Ein sehr bekanntes Konzept zur Klassifizierung von Traumatisierungsfolgen ist die «**Post-traumatische Belastungsstörung**» (**PTBS**). Die PTBS ist in der «Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme» (ICD-10) aufgeführt. Dazu gehören folgende Symptome: Übererregung, Intrusion (durch Trigger ausgelöste Flashbacks) und Vermeidung von traumaassoziierten Situationen (vgl. Garbe 2015: 24f.). Darüber hinaus muss es ein traumatisches Ereignis geben, das mindestens ein halbes Jahr zurückliegt und mit den Symptomen in Verbindung steht, um eine klassische PTBS zu diagnostizieren (vgl. ebd.: 26). Das ist der Grund, weshalb diese Diagnose hier nicht in die Auswirkungen von Traumatisierungen in früher Kindheit miteinbezogen wird. Bei Komplextraumatisierungen (Typ II) in der frühen Kindheit, die oft durch die engen Bezugspersonen geschehen und wiederholt auftreten, ist ein solches Auslöser-Ereignis kaum zu ermitteln, da sich vieles im Entwicklungsumfeld des Kindes traumatisierend auswirkte und zu ganz unterschiedlichen Störungsbildern führen kann (vgl. ebd.: 26 und Herman 2003: 166)). Dies macht die Diagnose einer PTBS als Folge von Entwicklungs- oder Bindungstraumatisierungen schwierig (vgl. Rosner/Steil 2013: 3).



In dieser Arbeit werden deshalb andere Auswirkungen von Traumata herausgegriffen. In der Literatur werden unzählige mögliche Folgen von frühen Traumatisierungen beschrieben. Bei Ebel (2004) findet sich eine detaillierte Auflistung von möglichen Folgen früher Traumatisierungen bei Pflegekindern. Sie bildet die Kategorien «physische Symptome», «psychische Auffälligkeiten» und «Auffälligkeiten im Sozialverhalten», welche sie dann jeweils weiter untergliedert (vgl. Ebel 2004: o. S.). Nienstedt und Westermann (2008) fokussieren sehr stark auf gestörte Entwicklungen. Sie gehen auf die Entwicklung des Selbst und der Beziehungsfähigkeit (vgl. ebd.: 70ff.), die Autonomie- und Ich-Entwicklung (73ff.) und die Gewissensentwicklung (76ff.) ein. Wiemann zitiert in ihrem Buch «Adoptiv- und Pflegekindern ein Zuhause geben» aus einer Studie von Rutter (2006: 101-103, zit. in: Wiemann 2010: 115), die besagt, dass es vier Verhaltensmuster als Folge früher Deprivation oder posttraumatischer Belastungsstörung gibt. Diese sind Bindungsprobleme, Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität, dem Autismus ähnliche Verhaltensweisen und kognitive Beeinträchtigungen. Dementsprechend beschreibt Wiemann **Traumatisierungsfolgestörungen auf der Verhaltensebene, in der Bindungsfähigkeit, der Wahrnehmung und der kognitiven und emotionalen Entwicklung.**

Diese Schwerpunkte werden mit Bezug auf die Fragestellung dieser Arbeit übernommen und somit der Fokus in dieser Arbeit auf die Probleme gelegt, die Traumatisierungen von Pflegekindern im Alltag von Pflegefamilien mit sich bringen. Sowohl die Bindungsfähigkeit als auch die Entwicklung und die Wahrnehmung der traumatisierten Kinder haben wiederum Auswirkungen auf der Verhaltensebene, welche deshalb an den Schluss gestellt wird. Abgerundet wird das Kapitel mit einer Zusammenfassung über die Herausforderungen für den Alltag im Heimkontext und in Pflegefamilien.

### *3.3.1 Allgemeine Auswirkungen früher Traumatisierungen*

Die Folge einer Traumatisierung nennt Bonus (2006: 38) eine «abgeschlossene Seelenprovinz». Das Unerträgliche wird abgespalten und mit den Gefühlen und Erinnerungen daran verschlossen, sodass das Bewusstsein keinen Zugriff mehr darauf hat. Damit sind die Gefühle jedoch nicht gelöscht, sondern nur verdrängt und sie drängen durch Trigger ausgelöst immer wieder unvermittelt herauf, was zu Re-Traumatisierungen mit erneuter Überforderung und Panik (Flashbacks) führt (vgl. ebd.: 39).

Es kann also bei kleinen Alltagskonflikten Reaktionen geben wie bei einer Lebensbedrohung (s. dazu Nienstedt/Westermann 2008: 105f.). Dies ist, weil im traumatisierten Kind durch einen Trigger (z.B. schnelle Handbewegung, strenger Tonfall, Kritik...) die traumati-

sierende Situation hervorgeholt wird. Für das Kind ist die aktuelle Situation nicht von der damaligen zu unterscheiden, das Überwältigende geschieht für das Kind im Hier und Jetzt, auch wenn es objektiv gesehen schon mehrere Jahre zurückliegt. Die Reaktionen entsprechen deshalb auch den primären Reaktionen auf Bedrohung: Flucht, Kampf, Totstellen und Fragmentieren (s. Kap. 3.1 « Definitionen und Begrifflichkeiten: Traumatisches Ereignis, Traumatisierung, Trauma»). Dies äussert sich zum Beispiel in Aggressionen gegen sich selbst und gegen andere, Weglaufen, Erstarren, Verdrängen und «Vergessen» (vgl. Wiemann 2010: 106) (für mehr zu Verhaltensweisen s. Kap. 3.3.5 «Folgen auf der Verhaltensebene»).

### 3.3.2 Auswirkungen auf die Bindungsfähigkeit (Beziehungsebene)

Zum besseren Verständnis gebe ich hier zuerst einen groben Kurzausschnitt über die **Bindungstheorie** von Bowlby und Ainsworth (Bowlby 1969 und Ainsworth 1973, zit. in: Cappenberg 2005: 70f.). Es gibt zwei angeborene Grundbedürfnisse für Entwicklung und Lernen: Bindung und Erkundung, auch als «Exploration» bekannt. Diese zwei Bedürfnisse stehen sich gegenüber und gewährleisten zusammen grösstmöglichen Schutz und schnellstmögliche Entwicklung des Kindes (vgl. Cappenberg 2005: 72). Je nach Verhalten der Bezugsperson entwickeln sich bei Säuglingen und Kleinkindern verschiedene Bindungstypen.

Eine sichere Bindung fördert Explorationsverhalten und somit das Lernen. Durch interpersonelle Traumatisierungen werden entweder gar keine Bindungen entwickelt oder aber nicht sichere, die einer gesunden Entwicklung des Kindes im Weg stehen. Der erlernte Bindungsstil ist relativ stabil und wirkt sich somit auf jede weitere mögliche Bindung zu neuen Bezugspersonen oder Freunden aus. **Bis zur und in der Adoleszenz kann jedoch nochmal ein neuer Bindungsstil erlernt werden, was eine grosse Chance für alle früh traumatisierten Kinder ist** (vgl. ebd.: 76). Je nachdem was für ein Bindungsstil ein Kind in den ersten zwei Jahren erlernt hat, entwickelt es unterschiedliche **interne Arbeitsmodelle** (vgl. Fremmer-Bombik 1995, zit. in: ebd.). Diese internen Arbeitsmodelle sind verinnerlichte Repräsentanzen der gemachten Bindungserfahrungen mit daraus abgeleiteten Handlungsanleitungen. Sie bestimmen, wie man auf bedrohliche Situationen – in welchen das Bindungssystem aktiviert wird – reagiert (vgl. Cappenberg 2005: 76 und Maragos 2003: 92). Wenn also ein Kind von seinen Eltern vernachlässigt wird oder Gewalt erlebt, entwickelt es Arbeitsmodelle, die es dazu anleiten, niemandem zu vertrauen und stets ängstlich und wachsam zu sein. Solche Arbeitsmodelle werden auch später im

Leben, in anderen Situationen handlungsleitend sein, also auch bei (weiteren) als bedrohlich wahrgenommenen, potentiell traumatisierenden Ereignissen.

Zu den wichtigsten Entwicklungen durch Bindung gehört die Entwicklung des Selbst, also des Konzepts über sich selbst und Annahmen von Selbstwirksamkeit. Auch die Gestaltung von späteren Beziehungen, der Umgang mit belastenden Gefühlen oder die Kommunikation über diese gehen aus frühen Bindungserfahrungen hervor (vgl. Scheuerer-Englisch 1998, zit. in: Cappenberg 2005: 76). Die primäre Bindungsperson, meist die Mutter, «spiegelt» das Kind. Sie reagiert auf Freude oder Beunruhigung, indem sie zurücklacht oder beruhigend auf es einredet. Sie sagt dem Kind, was es jetzt wohl fühlt und gibt so den inneren Gefühlszuständen einen Namen. Das ist das sogenannte «Mentalisieren», das als Basis für die Wahrnehmung von eigenen und fremden Gefühlen dient (zu Wahrnehmung s. Kap. 3.3.4 «Auswirkungen auf die Selbst- und Fremdwahrnehmung»).

Gruen (1997, zit. in: Cappenberg 2005: 77) weist auf den grossen **Unterschied von Bindung und Beziehung** hin. Bindung bedeutet immer Abhängigkeit. Ein Säugling bindet sich an seine Mutter und seinen Vater, weil er ohne sie nicht überleben könnte. Die Angst ums Überleben, durch welche das Bindungsverhalten des Kindes ausgelöst wird, wird bei liebevollen und kompetenten Bezugspersonen durch ihr sogenannt «feinfühliges» Verhalten aufgehoben. Aber auch ein Kind, das keine feinfühliges Bezugspersonen hat, versucht sich an diese zu binden, weil es trotz allem Schaden, den es durch sie erleidet, abhängig von ihnen ist. Beziehung beruht im Gegensatz dazu auf gleichberechtigtem gegenseitigem Austausch (vgl. ebd.).

Die Meinungen gehen auseinander, wenn es darum geht, ab wann eine Bindung entsteht oder genug gefestigt ist, um bei einer **Trennung** traumatisierend zu wirken. Nienstedt und Westermann (2008: 304) schreiben, dass Säuglinge bis ca. sechs Monate noch gar keine spezifische Bindung an eine bestimmte Person hätten und dementsprechend auch keine Trennungsreaktion zeigten. Die Studien, auf die sie sich berufen, sind jedoch aus den 1960er- und 1970er-Jahren und somit nicht mehr aktuell. Wiemann hält dem mit einer Studie von Dornes (1993, zit. in: Wiemann 2010: 70) entgegen, dass Säuglinge schon gleich nach der Geburt ihre Mutter am Geruch, der Stimme, dem Herzschlag etc. erkennen. Dies erkenne man auch an der starken Erregung, die beim Säugling ausgelöst wird, wenn die Mutter weggeht. Auch Bonus (2006: 19, 57, 61ff.) hält fest, dass schon die Trennung von der leiblichen Mutter ausreicht, um ein kleines Kind zu traumatisieren. Die Folgen von solch frühem Verlust finden sich in **Urmisstrauen** (vgl. Wiemann 2010: 69) und **Bindungsangst** (vgl. ebd.: 69f.). Die genannten Autoren und Autorinnen sind sich

trotz ihrer unterschiedlichen Auffassungen darin einig, dass – auch wenn die Trennung von der Mutter und dem vertrauten Umfeld belastend sein kann – dies kein Grund sein darf, ein Kind nicht aus einem traumatisierenden Umfeld herauszunehmen (vgl. Nienstedt/Westermann 2008: 22 und Bonus 2006: 77).

Kinder, die früh durch ihre engsten Bezugspersonen traumatisiert wurden, sind oft mehrfach traumatisiert: Einerseits durch den Grund für die Fremdplatzierung bei Pflegeeltern und andererseits durch die Trennung von ihren Bindungspersonen selbst – unabhängig davon, wie diese Bindung geartet ist oder war. Diese Erfahrungen haben Auswirkungen darauf, wie sich das Kind in nachfolgenden Beziehungen verhalten wird, ob es Nähe zulassen und (sichere) Bindungen aufbauen kann. Den Kindern mit frühen Trennungserfahrungen erscheint es gefährlich, sich abhängig zu machen bzw. eine Bindung einzugehen, weil es jederzeit wieder zu einer Trennung kommen könnte. Auch Beziehungen zu Gleichaltrigen können schwierig sein, weil Nähe für die bindungstraumatisierten Kinder gefährlich scheint und die Machtverhältnisse unter Gleichaltrigen nicht von vornherein klar sind. Wachsende Beziehungen werden als Schutz vor Ablehnung schnell wieder abgebrochen (vgl. Wiemann 2010: 114f.). Das macht es für die Traumatisierten sehr schwierig, mit anderen Personen längerfristig enge Beziehungen oder Bindungen einzugehen.

Trotz der vielen Belastungsfaktoren gibt es viele Beispiele von positiven Entwicklungen der Bindungsfähigkeit auch bei schwer frühtraumatisierten Kindern (vgl. Nienstedt/Westermann 2008: 27f. und Weiß 2016: 290). Vor allem kleine Kinder haben eine «Bindungsentschlossenheit», die es ihnen ermöglicht, sich auch nach schweren Enttäuschungen in der Herkunftsfamilie an neue Bezugspersonen zu binden, um von ihnen ver- und umsorgt zu werden und so korrigierende Bindungserfahrungen zu machen (vgl. Wiemann 2010: 69). Sehr schädlich sind jedoch wiederholte Beziehungsabbrüche durch Um- oder Weiterplatzierungen (vgl. Garbe 2015: 154 und Wiesinger et al. 2009: 100).

### **3.3.3 Auswirkungen auf die Entwicklung**

Verschiedene Autoren und Autorinnen (wie z.B. Himpel/Hüther 2009, Garbe 2015 oder Bonus 2006) setzen sich mit der Entwicklung von Kindern nach traumatischen Erfahrungen auseinander. Sie betonen die Sensibilität des Gehirns während der Reifungs- und Entwicklungsphase bis ins Jugendalter. Alle gemachten Erlebnisse und Erfahrungen wirken sich auf die Entwicklung des Gehirns aus. Lebensumstände wie Vernachlässigung oder Gewalt in der Familie bedeuten enormen Stress für Kinder. Chronischer Stress wirkt

sich «sowohl strukturell als auch funktionell auf verschiedene Bereiche des zentralen Nervensystems» aus (vgl. Himpel/Hüther 2009: 109). Je früher solche Traumatisierungen durch Bindungspersonen geschehen, «desto tiefgreifender beeinflussen sie das Wachstum des neuronalen Systems» (vgl. Garbe 2015: 18). Entwicklungsprozesse können durch eine Frühtraumatisierung tiefgreifend gestört werden. Betroffen sind die zum Zeitpunkt der Traumatisierung laufenden Entwicklungsschritte. Dies kann entweder zu einer Verzögerung der Entwicklung oder zu einem kompletten Abbruch führen (vgl. ebd. und Bonus 2006: 42f.). Weil nicht alle Entwicklungsebenen gleich betroffen sein müssen, kann es zu einem «Sammelsurium an verschiedenen Entwicklungsstufen» in ein und demselben Kind kommen (vgl. Bonus 2006: 43).

Betroffen sind sowohl die kognitive Entwicklung als auch die emotionale, soziale und körperliche Entwicklung (vgl. Krüger 2008: 41 und Nienstedt/Westermann 2008: 73, 75). Da die kognitive Entwicklung oft verspätet und verlangsamt ist, erhalten traumatisierte Kinder häufig fälschlicherweise die Diagnose ADHS, weil bei ADHS ähnliche Symptome auftreten wie sie sich durch Traumatisierungen auch zeigen können (wie z.B. Lernschwierigkeiten oder Konzentrationsstörungen (durch Dissoziationen)) (vgl. Wiemann 2010: 107f.).

Wie im vorherigen Kapitel beschrieben, braucht es für eine gesunde Entwicklung das Zusammenspiel von Bindungs- und Explorationsverhalten. Wenn das Kind einerseits keine sichere Bindung entwickeln kann und dadurch keine Sicherheit zum Explorieren erlebt und andererseits immer wieder erfährt, dass seine (misslungenen) Erkundungen Aggressionen bei seinen Bezugspersonen auslösen, wird es irgendwann aufhören etwas auszuprobieren, wenn auch nur ein geringes Risiko zu scheitern besteht (vgl. Nienstedt/Westermann 2008: 73). Die Entwicklung einer gesunden Autonomie ist dadurch unterbunden (vgl. ebd.: 75).

Die Entwicklung des Selbst ist ebenfalls erheblich gestört, da das Kind oft von Anfang an erlebt, dass es nicht verstanden und als moralisch «schlecht» beurteilt wird (vgl. Nienstedt/Westermann 2008: 70). Da sich das Bild über sich selbst bei Säuglingen und Kleinkindern aus den Rückmeldungen der Umwelt herausbildet, ist sowohl der Selbstwert als auch die Selbstwirksamkeitserwartung von vernachlässigten und misshandelten Kindern sehr schlecht (vgl. ebd. 70f.). Sie können extrem sensibel auf Kritik reagieren. Da ihr Selbstwert negativ ist, erleben sie jede noch so kleine Kritik als grosse Gefährdung, was die enormen Gefühlsausbrüche erklären kann (vgl. Nienstedt/Westermann 2008: 72 und Wiemann 2010: 112). Fehlverhalten wird verleugnet (auch wenn es offensichtlich ist), da das Zugeben den Selbstwert des Kindes zu stark erschüttern würde und aus ihrer Per-

spektive auch die Bindung zu ihrer Bezugsperson in Gefahr bringt (vgl. Nienstedt/Westermann 2008: 77 und Wiemann 2010: 112).

Das Gewissen bildet sich bei kleinen Kindern zuerst nur als äussere Anpassung an die Erwartungen der Bindungspersonen und ist abhängig von ihrer Anwesenheit bzw. der Kontrolle durch diese. Mit der Zeit entwickelt es sich weiter zu einem verinnerlichten Massstab von gut und schlecht. Dies geschieht durch die Identifikation mit den Normen und Werten der Bindungspersonen. Wenn nun die Bindungspersonen bedrohlich und unbeständig sind, jedoch streng strafen, dann wird auch der verinnerlichte Massstab, also das Gewissen des Kindes, so sein. Da es sich Kinder nicht leisten können, ihre Bindung zu Bezugspersonen in Gefahr zu bringen, identifizieren sie sich mit deren Erwartungen und Werten, wodurch sie sich selbst als schuldig und schlecht wahrnehmen und das Gefühl haben, sie verdienen die Strafen (vgl. Nienstedt/Westermann 2008: 76f.). Solches Verhalten wird als «Überanpassung» charakterisiert (vgl. ebd.: 77).

#### **3.3.4 Auswirkungen auf die Selbst- und Fremdwahrnehmung**

Wahrnehmungsstörungen, vor allem **Körper-, Gefühls- und Zeitwahrnehmung**, werden immer wieder als Folgen von Traumatisierungen genannt. Durch Dissoziationen haben Kinder oft ein reduziertes **Schmerzempfinden** und wenig Orientierung in der Zeit. Begriffe wie «morgen» oder «gestern» geben ihnen keinen Halt (vgl. Uttendörfer 2006: o.S.). Die mangelnde Schmerzempfindung bedeutet auch, dass sich die Kinder dadurch eher Gefährdungen aussetzen (vgl. Streeck-Fischer 2009: 102). Die Unterscheidung von Fantasie und Realität ist gestört (vgl. ebd.: 101). Auch können sie sich Dinge nicht merken oder behaupten, etwas noch nie gehört zu haben (vgl. Wiemann 2010: 112f.). Dies nicht um die Erwachsenen zu ärgern, sondern weil sie besagte Informationen wirklich nicht wahrgenommen oder aber wieder ausgeblendet haben. Da die **Dissoziation** – also das Verdrängen von Wahrnehmungen aus dem Bewusstsein – nicht steuerbar ist, können sie nicht selbst wählen, was sie wahrnehmen und was nicht. Auch Gesten, Mimik oder Aussagen werden oft ganz anders interpretiert, als sie gemeint sind. Durch viele schlechte Erfahrungen mit erwachsenen Menschen bilden sich Erwartungshaltungen, die nur Schlechtes von Erwachsenen erwarten und alle Aussagen und Handlungen werden in diesem Sinne interpretiert (vgl. Nienstedt/Westermann 2008: 105, 109).

Die schlechte **emotionale Selbstwahrnehmung** hat mehrere Ursachen. Auf der einen Seite ist es das mangelnde Spiegeln durch Bindungspersonen und dass dadurch auch

das Mentalisieren, also Gefühle und innere Zustände in Worte fassen, nicht gelernt werden konnte (vgl. Streeck-Fischer 2009: 100f., Hipp 2014: 18ff. und Kap. 3.3.2 «Auswirkungen auf die Bindungsfähigkeit (Beziehungsebene)»). Auf der anderen Seite kommt die schlechte Wahrnehmung von Emotionen daher, dass negative Gefühle als Bedrohung empfunden und durch Dissoziation abgespalten werden (vgl. Nienstedt/Westermann 2008: 75 und Wiemann 2010: 109), weshalb eine pädagogische Intervention wie Strafen nicht zielführend ist.

### 3.3.5 Folgen auf der Verhaltensebene

Alle ausgeführten Auswirkungen auf Bindungsfähigkeit, Entwicklung und Wahrnehmung haben ihrerseits Auswirkungen auf der Verhaltensebene. Durch Bindungsstörungen, eine verzerrte Wahrnehmung und Entwicklungsverzögerungen können Verhaltensweisen entstehen, die für das soziale Umfeld unverständlich und oft sehr herausfordernd sind.

Um mit den immer wiederkehrenden Überwältigungen und Bedrohungen umzugehen, erlernen Kinder unterschiedliche Verhaltensweisen, die je nach Person unauffällig und funktional sein können oder eher auffällig und dysfunktional (vgl. Bonus 2006: 39). Diese erlernten **«Überlebensstrategien»** münden später in «unangepasstes» Verhalten. Verhalten, das in der damaligen Situation lebensrettend war, kann später oder in anderen Situationen eine völlige Überreaktion sein. Diese Reaktionen sind schwer bis nicht kontrollierbar, da sie – wie alles traumatische Material – dem Bewusstsein nicht zugänglich und durch Wiederholungen tief in der Hirnstruktur eingepägt sind. Der Umgang damit muss von allen Beteiligten gelernt werden, sowohl von den betroffenen Personen selbst als auch von deren Bezugspersonen.

Gleich wie bei der Wahrnehmung von Gefühlen ist es auch bei der «Selbst-, Affekt- und Impulsregulierung» (vgl. Streeck-Fischer 2009: 100). Weil sie als Säugling kein einfühlsames Gegenüber hatten, das sie von aussen regulierte, tröstete und beruhigte, haben sie nicht lernen können, sich selbst zu regulieren. Wie ein Baby oder Kleinkind sind traumatisierte Kinder nicht fähig, sich selbst zu beruhigen oder ein Bedürfnis aufzuschieben und fallen mit dementsprechend «alters-unangepasstem» Verhalten auf (vgl. Wiemann 2010: 108f.).

### 3.4 Herausforderungen für den pädagogischen Alltag

Auswirkungen von Traumatisierung bergen vielfache Herausforderungen für den pädagogischen Alltag – sei es im Heimkontext oder in Pflegefamilien. In der Betreuung und im Zusammenleben mit traumatisierten Kindern zeigen sich die meisten Auswirkungen im Verhalten der Kinder. Unsichere oder desorientierte Bindungsmuster, Bindungsangst oder andere Bindungsstörungen machen es schwierig, eine tragfähige Beziehung zu den Kindern aufzubauen und zu erhalten. Dass die Kinder nicht vertrauen können, macht das Ganze noch schwieriger. Sie fordern wachsende Bindungen immer wieder durch Weglaufen, Aggressionen etc. heraus. Hierbei kann das Wissen aus der Theorie der Integration von Nienstedt und Westermann (2008) sehr hilfreich sein.

Auswirkungen wie Konzentrationsstörungen und Lernschwierigkeiten durch verzögerte oder gehemmte Entwicklung und eine verzerrte Wahrnehmung und Interpretation von gut gemeinten Handlungen und Aussagen sorgen für ein erhöhtes Konfliktpotential. Auch durch scheinbare Kleinigkeiten ausgelöste Flashbacks tragen das ihre dazu bei. Da wiederum die starken Emotionen in konflikthafter Situationen von Beziehungstraumatisierten kaum ausgehalten werden können, bergen solche Situationen hohe Eskalationsgefahr.

Jegodtka benennt in ihrem Aufsatz im Handbuch Traumapädagogik (2016) eine weitere Herausforderung – nicht nur für den pädagogischen Alltag mit Traumatisierten, sondern für alle psychosozial helfenden Berufsgruppen, die in ihrem Arbeitsalltag mit extremem Leid in Berührung kommen – die sogenannte «sekundäre Traumatisierung» (vgl. Jegodtka 2016: 141f.). Eine sekundäre Traumatisierung ist eine Art «Mitgefühlerschöpfung», die mit ähnlichen Symptomen einhergehen kann wie die oben genannten Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (vgl. Jegodtka 2013: 76, zit. in ebd.: 142 und Kap. 3.3 «Traumatisierte Kinder – Auswirkungen von Traumatisierungen in früher Kindheit»).

Es gibt also mehr als genug Herausforderungen verbunden mit speziellen Anforderungen an Erziehende in der Arbeit mit frühtraumatisierten Kindern. Im nachfolgenden Kapitel wird der Ansatz der Traumapädagogik vorgestellt, der genau in solchen Situationen Orientierung und Handlungsansätze geben kann.



## 4 Traumapädagogik

Um herausfinden zu können, welche Chancen und Herausforderungen sich aus der Übertragung des Traumapädagogik-Ansatzes auf Pflegefamilien ergeben, braucht es zuerst eine Klärung, was der Inhalt der «Traumapädagogik» ist.

Es gibt keine einheitliche Definition von «Traumapädagogik». Der Begriff oder zumindest die Thematik wurde zu unterschiedlichen Zeiten von unterschiedlichen Personen und Fachrichtungen mitgeprägt und langsam ausgefüllt. Der Begriff ist zwar neu, die Idee jedoch nicht. Traumapädagogik versucht einen Wissenstransfer aus der Psychotraumatologie und der Traumatherapie in die Pädagogik zu machen (vgl. Bausum 2012: 42 und May 2012: 195). Dabei werden auch Ideen von verschiedenen pädagogischen Ansätzen wie der Heil- und der Reformpädagogik, der psychoanalytischen Pädagogik und milieutherapeutischen Konzepten einbezogen (vgl. Weiß 2011, zit. in Bausum 2012: 42). Auch Fachwissen aus der Psychoanalyse (wie z.B. korrigierende Beziehungserfahrung im Therapeuten-Klienten-Kontext), der Bindungs- und Resilienzforschung, der systemischen Arbeit und verschiedenen Körpertherapien findet Eingang in den traumapädagogischen Diskurs (vgl. Bausum 2012: 43f.).

Kühn (2008: 322f.) versteht **Traumapädagogik als Sammelbegriff von verschiedenen Konzepten zur Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen** und hält die Konzepte «Selbstbemächtigung» von Weiß (2004/2011/2016), «Traumazentrierte Pädagogik» von Uttendörfer (2006) und «Sicherer Ort» von Kühn (z.B. 2006) für die wichtigsten.

In Bausums Aufsatz zu den Wurzeln und Bezügen der Traumapädagogik (vgl. Bausum 2012: 45ff.) wird dargelegt, dass im deutschsprachigen Raum vor allem **Weiß** mit ihrem Buch «Philipp sucht sein Ich» und ihrem Konzept der Selbstbemächtigung (s. Weiß 2004/2011/2016), **Kühn** mit seiner Pädagogik des «Sicheren Ortes» (s. Kühn 2006/2011a/2011b), **Bausum** mit dem Thema «Traumapädagogische Gruppenarbeit» (s. Bausum 2016) und Birgit **Lang** mit ihrer «Selbstfürsorge» für pädagogische Fachkräfte (s. Birgit Lang 2011: 211, zit. in Bausum 2012: 48f.) bekannt geworden sind.

Da es in dieser Arbeit nicht um Gruppenpädagogik, sondern um Arbeit mit einzelnen Pflegekindern geht, wird Bausums Ansatz zur Gruppenarbeit nachfolgend nicht weiter ausgeführt. Kühns Ansatz «Sicherer Ort» (und die damit verbundene «Traumazentrierte Pädagogik» von Uttendörfer) wird in Kapitel 4.3.1 «Ebene der direkten Arbeit mit Kindern» kurz

erklärt. Einzelne Aspekte der «Selbstbemächtigung» von Weiß, wie Selbstwahrnehmung und Förderung eines positiven Selbstbildes werden ebenfalls dort vertieft.

In diesem Kapitel werden die Entstehung und der Fachdiskurs um Traumapädagogik und deren Ziele thematisiert und anschliessend bisherige Methoden und Handlungsansätze aus dem Heimkontext und Erfahrungen daraus vorgestellt, um diese in Kapitel 5 «Traumapädagogik in Pflegefamilien» auf die Arbeit mit Pflegekindern übertragen zu können.

#### 4.1 Entstehung und Diskurs

Aus der Erkenntnis, dass das «traumatisierte Kind (...) auch im pädagogischen Alltag ein traumatisiertes Kind» ist, entwickelte sich in jüngster Zeit ein Fachdiskurs zum Thema Traumapädagogik (vgl. Weiß 2004: 125). Weil sich die Beeinträchtigungen im pädagogischen Alltag auswirken, brauchen Betreuungspersonen sowohl Wissen um Ursachen und Folgen von Traumatisierungen als auch konkrete Interventionsmöglichkeiten, um angemessen Hilfestellung bieten zu können. Es müssen laut Weiß (vgl. ebd.) auch therapeutische Methoden integriert werden. Weiß (ebd.: 67) plädiert in diesem Sinn für ein umfassendes Verständnis von Traumabewältigung. Diese Aufgabe soll nicht nur von Therapeuten und Sozialarbeiterinnen übernommen werden, sondern auch von den direkten Bezugspersonen der Betroffenen, unabhängig von einer spezifischen Ausbildung.

Bausum (2012: 45f.) fasst einige **Eckdaten und wichtige Entwicklungsschritte** des Fachdiskurses zur Traumapädagogik zusammen, die hier kurz aufgeführt werden:

- 2001: erste Fortbildungen zu Traumapädagogik durch die Internationalen Gesellschaft für erzieherische Hilfen eV (IGfH)
- 2002: Internetseite [www.traumapädagogik.de](http://www.traumapädagogik.de) von Kühn und Vogt
- 2003: Buch «Philipp sucht sein Ich» von Weiß
- 2005: erste Integration und Wirkungsevaluation eines traumapädagogischen Konzepts in eine Wohngruppe in Deutschland
- 2008: Gründung der «Bundesarbeitsgemeinschaft für Traumapädagogik» (BAG Traumapädagogik) durch Weiß und Kühn, Herausgabe von Standard für traumapädagogische Weiterbildungen
- 2009: Buch «Traumapädagogik – Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis»

- 2010: Curriculum für Zusatzqualifizierung in Traumapädagogik der BAG Traumapädagogik

Ein weiterer wichtiger Schritt war die Herausgabe des «Handbuch Traumapädagogik» von Weiß, Kessler und Gahleitner im Jahr 2016.

Gemäss Bausum, Besser, Kühn und Weiß (2011: 7) ist Traumapädagogik mittlerweile eine «eigenständige Fachdisziplin», da sich über die verschiedenen Autoren und Konzepte hinweg eine gemeinsame **Grundhaltung** herauskristallisiert hat. Bausum (2012: 50) fasst es so zusammen: «**Kinder und Jugendliche reagieren normal auf etwas Unnormales, das sie erlebt haben.**» Es geht also darum, die Kinder als Experten ihrer eigenen Erfahrung zu sehen und ihnen zu helfen, sich und ihr Verhalten zu verstehen, um gute Entscheidungen treffen zu können (vgl. ebd.: 51).

## 4.2 Ziele der Traumapädagogik

Den verschiedenen Konzepten zur Traumapädagogik liegen gemeinsame Zielsetzungen zugrunde. Es geht darum, die verschiedenen Auswirkungen von frühen Traumatisierungen zu erkennen und so den Betroffenen «**einen weitgehend selbstbemächtigten Umgang mit den Folgen der Traumatisierung zu ermöglichen**» (vgl. Bausum 2012: 53). **Teilziele** sind die Förderung eines positiven Selbstbildes, der Körper- und Selbstwahrnehmung und der Impulskontrolle, die psychische und soziale Stabilisierung und die Schaffung von inneren und äusseren Sicheren Orten (vgl. <http://www.st-mauritz.de/traumapaedagogik/> und Uttendörfer 2006: o.S.).

Je nach Konzept werden die Ziele **unterschiedlich gewichtet**. Beim Konzept des **Sicheren Ortes**, das auch in der **Traumazentrierten Pädagogik** von zentraler Bedeutung ist, ist zum Beispiel die Herstellung von äusserer Sicherheit das erste und oberste Ziel (vgl. Uttendörfer 2006: o.S.) Bei der **Selbstbemächtigung** wird mehr Gewicht auf das Verstehen, die Selbstakzeptanz und die Selbstregulation gelegt (vgl. Weiß 2016: 290). Bei der **Selbstfürsorge** geht es vor allem darum, als pädagogische Fachkraft seine Grenzen wahrzunehmen und zu akzeptieren und Hilfe in Anspruch zu nehmen (vgl. Jegodtka 2016: 149).

Es geht jedoch bei all diesen Konzepten darum, traumatisierten Kindern zu ermöglichen, sich selbst und ihr Verhalten zu verstehen und daraus Sicherheit, ein positives Selbstbild und ein Gefühl der Selbstwirksamkeit zu entwickeln.

### 4.3 Bisherige Methoden und Handlungsansätze aus der Anwendung im Heimkontext

Was bedeutet das nun auf der Handlungsebene? In der Literatur werden ganz verschiedene Handlungsebenen angesprochen. Direkte Interventionen der Bezugspersonen mit den oder für die traumatisierten Kinder, Interventionen auf der Team-Ebene, sowie Richtlinien für die Konzepterstellung und Institutionsleitungen sind darunter. Da in dieser Arbeit der Fokus auf der Übertragbarkeit der Traumapädagogik in den nicht-professionellen Pflegefamilien-Kontext liegt, werden direkte Interventionen mit Kindern im Vordergrund stehen. Leitungs-, Institutions- und Mitarbeiter-Ebene sollen trotzdem kurz erwähnt werden, weil auch daraus wichtige Schlussfolgerungen gezogen werden können.

Als Methoden der Traumapädagogik werden in verschiedenen Sammelwerken und Übersichten unterschiedliche Ansätze aufgeführt. Die schon genannten **Konzepte Selbstmächtigung** (Weiß 2016), **Gruppenarbeit** (Bausum 2016), **Selbstfürsorge** (Birgit Lang 2011, zit. in Bausum 2012), **Traumazentrierte Pädagogik** (Uttendörfer 2006) und **Sicherer Ort** (Kühn 2006) sind die meistgenannten. Bei diversen Autorinnen und Autoren wird bei den Lösungsansätzen die Bedeutung der **Förderung der Körper- und Selbstwahrnehmung** betont (s. dazu: Gahleitner/Kamptner/Ziegenhain 2016: 119f. oder Weiß 2011: 17). Die **Bedeutung von Bindung** für traumatisierte Kinder wird ebenfalls immer wieder hervorgehoben (s. dazu: Brisch 2011, Thomas Lang 2016 oder Gahleitner et al. 2016).

Grob zusammengefasst geht bei all diesen Konzepten darum, traumatisierten Kindern zu ermöglichen, sich selbst und ihr Verhalten zu verstehen und daraus Sicherheit, ein positives Selbstbild und ein Gefühl der Selbstwirksamkeit zu entwickeln. Damit dies möglich ist, brauchen sie Sicherheit und Stabilität durch das Schaffen von Sicheren Orten. Dabei hilft zum Beispiel eine möglichst grosse Konstanz bei den Bezugspersonen (vgl. Schirmer 2012: 235). Aus dieser Sicherheit und dem Verständnis für sich und ihr Verhalten heraus sollen die traumatisierten Kinder (wieder) aktiv ihr Leben gestalten und ihre Ressourcen nutzen lernen (vgl. Bausum et al. 2011: 29). Damit es den Begleit- und Bezugspersonen gelingt, die Umstände für solche Veränderungsprozesse zu schaffen und aufrechtzuerhalten, brauchen sie selbst Sicherheit und Stabilität in den Rahmenbedingungen ihrer Arbeit (vgl. Jegodtka 2016: 148f.).

Alle diese Handlungsansätze (und auch weitere) können zu folgenden **Themengebieten** zusammengefasst werden:

- Auf der **Ebene der direkten Arbeit mit Kindern**: Sicherer Ort, Bindungsaufbau, Selbstwahrnehmung, Stabilität und Förderung eines positiven Selbstbildes
- Auf **Mitarbeiter-, Institutions- und Leitungsebene**: Selbstfürsorge der Bezugspersonen und Transparenz

Nachfolgend sollen zuerst die Themen vorgestellt werden, die sich auf direkte Arbeit mit den Traumatisierten beziehen und anschliessend wird auf die Themen auf den anderen Ebenen eingegangen.

#### *4.3.1 Ebene der direkten Arbeit mit Kindern*

##### **Sicherer Ort**

Beim Konzept des Sicheren Ortes macht man sich die Kraft von Imagination zu nutze. Die Kinder werden dazu aufgefordert, sich einen wunderbaren Ort auszudenken, wo sie sich sicher fühlen können. Das kann eine Burg mit Drachen als Wächter sein, ein Baumhaus mitten im Wald oder ein Schloss in den Wolken, wo niemand hinkommt. Der Fantasie sind keine Grenzen gesetzt. Dieser Ort kann dann nach und nach immer konkreter ausgestattet werden. Man fragt die Kinder, was sie dort sehen, riechen, hören, fühlen, denn je mehr Sinne berührt werden, desto wirksamer, also beruhigender, wird die Vorstellung dieses Sicheren Ortes (vgl. Uttendörfer 2006: o.S.). Wenn dieses gedankliche Versetzen an ihren inneren Sicheren Ort mit den Kindern geübt wurde, ist es eine grosse Chance, Flashbacks und emotionale Erinnerungen durch dieses Versetzen unterbrechen und kontrollieren zu können (vgl. ebd.). Dafür ist es wichtig, dass der Sichere Ort immer wieder aufgenommen, vertieft und bewusst in den schwierigen Situationen angewendet wird.

##### **Bindungsaufbau**

Bindungsaufbau hat viel mit dem Erarbeiten von Vertrauen zu tun (vgl. Kühn 2006: o.S.). Kinder mit traumatischen Beziehungserfahrungen müssen viele positive, korrigierende Erfahrungen machen können und alles nachholen, was sie durch schädliche Bindungsmuster ihrer Bezugspersonen nicht oder evtl. falsch gelernt haben. Für die neuen Bezugspersonen heisst das, dass sie die Kinder spiegeln und im Umgang mit ihnen viel mentalisieren sollen, was nebenbei auch die Selbstwahrnehmung fördert (s. Kap. 3.3.2 «Auswirkungen auf die Bindungsfähigkeit (Beziehungsebene)»). Das sorgt für einen lang-

samen Vertrauensaufbau und legt die Basis dafür, dass sich die Kinder trauen, sich erneut in eine (für sie gefährlich scheinende) Abhängigkeit zu begeben und Kind sein zu dürfen. Die Bezugspersonen müssen lernen, Übertragungen von früheren Beziehungserfahrungen der Kinder auf sie zu erkennen und nicht persönlich zu nehmen, sondern auszuhalten um eben solche korrigierenden Erfahrungen herzustellen. Um diesen Prozess zu vereinfachen, hilft es, wenn die Bezugsperson über das Wissen der Theorie der Integration verfügt (s. Kap. 2.3 «Exkurs zur Theorie der Integration»).

### **Selbstwahrnehmung**

Neben dem Spiegeln und Mentalisieren, was auch der Wahrnehmung der eigenen Gefühle dienlich ist (s. oben), wird die Förderung der Selbst- und Körperwahrnehmung in der Literatur zu Traumapädagogik zwar oft als sehr wertvoll erwähnt, jedoch meist nicht weiter ausgeführt. Eine Ausnahme ist zum Beispiel der Beitrag zum «Trommeln gegen Trauma» von Ding (2011: 205-216) im Sammelband «Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis». Dabei wird in Kindergruppen mit Congas getrommelt, wobei verschiedene Rhythmen geübt werden und sich die Kinder dazu bewegen lernen. Jedes Kind hat dabei «seine» Conga, wo es sich so ausdrücken darf, wie es möchte und auf der niemand anderes ohne Erlaubnis des Kindes spielen darf. Durch diese Spiele mit den Congas lernen die Kinder ihre Innenwelt auszudrücken und so wahrzunehmen (vgl. Ding 2001: 205-216). Beim Zusammenhang von Traumatisierungen und passenden Methoden zur Förderung der Selbstwahrnehmung besteht noch Forschungsbedarf.

### **Stabilität**

Als Gegensatz zum unberechenbaren Umfeld, an welches frühtraumatisierte Kinder gewöhnt sind, brauchen sie im neuen Umfeld umso mehr Stabilität und Kontinuität (vgl. Streeck-Fischer 2009: 103). Dies kann durch gleichbleibende Tages- oder Wochenabläufe und Rituale gefördert werden. Die Verhaltensweisen der Bezugspersonen sollten vorhersagbar sein und die Verlässlichkeit der Erwachsenen soll die Norm sein (vgl. Budde 2012: 169). Im Heimkontext mit durch Schichtarbeit stets wechselnden Bezugspersonen ist dies eine grosse Herausforderung. Stabilität heisst auch, dass eine Konfrontation mit re-traumatisierenden Situationen so weit als möglich verhindert und vermieden werden soll (vgl. Hantke 2012: 69).

### **Förderung eines positiven Selbstbildes**

Aus frühen (Beziehungs-)Traumatisierungen resultiert fast immer ein negatives Selbstbild. Die Bezugspersonen des Kindes können diesem entgegenwirken, indem sie immer wieder sagen, dass sie selbst auch so fühlen oder handeln würden, wenn sie so schlimme Dinge erlebt hätten (vgl. Wiemann 2010: 119). Sie können dem Kind erklären, wie das menschliche Hirn auf überwältigende Erlebnisse reagiert und dass ihre Reaktionen ganz normal sind. Durch dieses Verständnis und die Akzeptanz ihrer Gefühle und Bedürfnisse durch die Bezugspersonen kann ihr Selbstbild langsam beginnen sich zu verändern. Auf der Basis der Wertschätzung können die Bezugspersonen anfangen, den Kindern Handlungsalternativen aufzuzeigen und einzuüben. Aus einem positiven Selbstbild geht auch eine gesteigerte Selbstwirksamkeitserwartung und vermehrte Selbststeuerung hervor. «**Partizipation**» ist hier ein wichtiges Stichwort, denn deren hohe Wichtigkeit und Wirksamkeit in Bezug auf das Selbstbild und die Selbstwirksamkeit ist sowohl auf Kinder- wie auf Mitarbeiterebene bekannt und wird durch empirische Forschungsergebnisse gestützt (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik 2011: 6, 10 und Macsenaere 2011: 112).

#### **4.3.2 Mitarbeiter-, Institutions- und Leitungsebene**

##### **Selbstfürsorge der Bezugspersonen**

Birgit Lang (2011: 211, zit. in: Bausum 2012: 48f.) betont, wie wichtig Stabilisierung und Selbstfürsorge auch gerade für pädagogische Fachkräfte ist, da die emotionalen Übertragungen traumatisierter Kinder «in ihrer Qualität das sonst übliche Maß bei Weitem übersteigen». Mit Selbstfürsorge ist gemeint, sich selbst und seine Grenzen wahrzunehmen, zu akzeptieren und für Entlastung zu sorgen (vgl. Jegodtka 2016: 149). Dazu gehört auch die Inanspruchnahme von Supervision (vgl. ebd.).

##### **Transparenz**

Die Mitarbeitenden in Heimen müssen sich auf ihre Vorgesetzten verlassen können. Die Hierarchiesysteme müssen transparent und von Verantwortlichkeit geprägt sein (vgl. Bausum 2012: 51). Wenn Machtmissbrauch oder Willkür herrschen, haben Angestellte keine Kraft, um traumatisierte Kinder pädagogisch zu begleiten. Sie brauchen Rückhalt im Team und von der Institution, um von ihren Belastungen sprechen zu können ohne stigmatisiert zu werden. Auch hier sei das Stichwort «Partizipation» erwähnt (s. oben).

#### 4.4 Was spricht für Traumapädagogik? – Erfahrungen aus dem Heimkontext

Der Titel dieser Arbeit heisst Traumapädagogik in Pflegefamilien. Doch was spricht eigentlich dafür, Traumapädagogik in Pflegefamilien anzuwenden? Um darauf eine Antwort geben zu können, wird in diesem Kapitel auf die Ergebnisse diverser Studien über die Wirksamkeit von Traumapädagogik im Heimkontext eingegangen.

Macsenaere und Klein (2011, zit. in: Macsenaere 2016: 110f.) haben eine **Studie** durchgeführt um die **Wirksamkeit von Traumapädagogik** zu erforschen. Die Ergebnisse waren sehr positiv. Die Wirksamkeit von Traumapädagogik deutet sowohl bei den anwendenden Fachkräften als auch bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen auf hohe Evidenz hin (vgl. ebd.: 111). In Traumapädagogik geschulte Fachkräfte haben demnach mehr Kenntnisse über Traumatisierungen, erkennen deshalb im Alltag kritische Situationen besser (z.B. Flashbacks), haben mehr Verständnis für schwierige Verhaltensweisen und sorgen besser für sich selbst (vgl. ebd.). Zum selben Ergebnis kommt auch die Evaluation von Uttendörfer (2006: o.S.). Laut Macsenaere und Klein (2011, zit. in: Macsenaere 2016: 110f.) fühlen sich Kinder und Jugendliche in traumapädagogisch geführten Heimen sicherer, zeigen weniger traumaassoziierte Symptome und können ihre Ressourcen besser aufbauen. Bis sich die traumapädagogische Arbeit in Einrichtungen durchsetzen und dann Wirkung zeigen kann, braucht es jedoch eine gewisse Zeit. Die Autoren reden von ca. zwei Jahren (vgl. ebd.). Das liegt daran, dass sich Einstellungen von Personen, also zum Beispiel den Angestellten in Heimen, nur sehr langsam verändern und nur wenn die betreffenden Personen das auch wollen (vgl. Schirmer 2012: 221). Wenn also eine Weiterbildung besucht oder eine Neukonzeptionierung eines Heimes vorgenommen wird, kann nicht sofort mit vollem Erfolg gerechnet werden. Es muss eine Übergangszeit eingeplant werden, in der das neue Wissen und die neuen Handlungsansätze im alltäglichen Arbeiten ausprobiert und geübt werden können und sich zu inneren Einstellungen und Haltungen entwickeln können.

Aktuelle Jugendhilfestudien zeigen auf, dass das, was bei Kindern und Jugendlichen in Heimen zu positiven Verläufen führt, vom normalen Alltagsgeschehen ausgeht (vgl. Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin 2009 und Gahleitner et al. 2014, zit. in: Gahleitner 2016: 56). Es sind nicht die Therapiestunden, die die grösste Wirkung auslösen, sondern die Fachkräfte, die im Alltag anwesend sind und auf heilsame, förderliche Art und Weise mit den Kindern und Jugendlichen interagieren. Diese selbst



«weisen eindeutig den Fachkräften im Alltag die größte Veränderungsrelevanz für positive Verläufe zu» (vgl. ebd.).

Auf der Institutionsebene hat umgesetzte Traumapädagogik positive Auswirkungen auf die Arbeitsplatzattraktivität. Es gibt geringere Personalfuktuation, weil die Identifikation mit der Einrichtung stärker ist, was wiederum für die Bindungen der Kinder förderlich ist (vgl. Schirmer 2012: 235). Damit verbunden ist die Aufforderungen an Institutionsleitungen, «Strukturen zu schaffen, welche die Sicherheit am Arbeitsplatz und den professionellen Selbstschutz erhöhen» (vgl. Jegodtka 2016: 144). Auch Schirmer (2012: 235) betont, dass es von der Leitung ausgehen muss, damit es funktioniert.

Uttendörfer (2006: o.S.) berichtet, dass aus den Evaluationen seiner traumapädagogischen Aus- und Weiterbildungen hervorgeht, dass das neu erlernte Wissen den Fachkräften hilft, die Prozesse besser zu verstehen, die zwischen ihnen und den betreuten Kindern ablaufen. Dadurch werde auch das Verhältnis von Nähe und Distanz zu den Kindern besser, was die Professionellen sicherer und reflektierter handeln lässt.

Da sich im Heimbereich so deutliche positive Effekte abzeichnen, erscheint es äusserst wertvoll, Traumapädagogik auch in den Alltag der Pflegeeltern einbringen zu können. Im folgenden Kapitel werden Möglichkeiten und Herausforderungen dieses Transfers genannt und aufgezeigt.

## 5 Traumapädagogik in Pflegefamilien

Im Fokus dieser Arbeit stehen Pflegefamilien, die ein traumatisiertes Kind aufgenommen haben. Traumatisierte Kinder können mit ihren Verhaltensweisen eine enorme Herausforderung für alle Involvierten sein. Es gibt erst wenig Literatur, die traumapädagogische Herangehensweisen konkret mit dem Pflegefamilienkontext verknüpft. Die Publikationen von Nienstedt und Westermann (2008) sowie Wiemann (2010), Zitelmann (2016) und Budde (2012) sind solche Ausnahmen.

Wenn die Bildungsangebote in Bezug auf Traumapädagogik betrachtet werden, kann festgestellt werden, dass es im Moment zu diesem Thema viele Bildungsangebote für Pflegeeltern gibt, bei Ausbildungen auf eine Einführung in Traumapädagogik geachtet wird und es viele Weiterbildungen für Fachpersonen gibt, die entweder pädagogisch im direkten Kontakt mit traumatisierten Kindern oder Jugendlichen arbeiten oder beratend Betreuende unterstützen und begleiten. Das deutet darauf hin, dass dies ein Thema ist, von dem sich sowohl Pflegeeltern wie auch Professionelle, die mit Traumatisierten arbeiten, angesprochen fühlen. Wissen über Traumatisierungen kann helfen zu verstehen und ist für alle Beteiligten eine Entlastung und Unterstützung (vgl. Budde 2012: 144).

In diesem Kapitel werden zuerst die Handlungsansätze aus dem Heimkonzept auf Pflegefamilien übertragen und weitere spezifische Aufgaben der Pflegeeltern von traumatisierten Kindern aufgeführt. Anschliessend werden die Chancen des Traumapädagogik-Ansatzes in diesem Kontext beleuchtet. Als Abschluss wird auf einige Herausforderungen bei der Umsetzung der Traumapädagogik eingegangen, was es zur Überwindung dieser Herausforderungen braucht und wie allenfalls die Soziale Arbeit hilfreich sein könnte.

### 5.1 Transfer der Handlungsansätze aus dem Heimkontext und weitere Aufgaben der Pflegeeltern von traumatisierten Kindern

Im Folgenden werden zu den in Kapitel 4.2 «Bisherige Methoden und Handlungsansätze aus der Anwendung im Heimkontext» genannten Themengebieten Transfers für die Anwendung in Pflegefamilien geschaffen. Als erstes wird auf die Ebene der direkten Arbeit mit Pflegekindern eingegangen. Als zweites wird die Übertragung von der Mitarbeiter-, Institutions- und Leitungsebene auf Pflegeeltern in ihrem Setting thematisiert. Im Anschluss daran werden weitere Aufgaben von Pflegeeltern von traumatisierten Kindern aufgeführt.

### 5.1.1 Transfer für die direkte Arbeit mit Pflegekindern

**Sicherer Ort:** Wenn Pflegeeltern das Konzept des Sicheren Ortes kennen, können sie es mit ihren Pflegekindern üben und sie dabei unterstützen, das Konzept in Situationen, die für die Kinder bedrohlich scheinen, konkret anzuwenden. Das setzt voraus, dass die Pflegeeltern von diesem Konzept wissen, das Vorgehen und die Wirkung davon verstehen und idealerweise auch an sich selbst testen konnten. Das ist ein Appell an Therapeutinnen und Therapeuten und auch Sozialarbeitende, dafür zu sorgen, dass Pflegeeltern Zugang zu diesem Wissen haben.

**Bindungsaufbau:** Budde (2012: 169) schreibt, dass es darum gehe, das Pflegekind viele Erfahrungen machen zu lassen, die andere Kinder schon früher in ihrer Entwicklung machen konnten, es zum Beispiel in den Arm zu nehmen und zu trösten, wenn es traurig oder wütend ist. Diese Erfahrungen können aufgrund der negativen Vor-Erfahrungen nicht mehr so schnell im Gehirn verankert und zum Beispiel in positive Bindungsmuster umgewandelt werden, wie das bei kleineren und vor allem nicht-traumatisierten Kindern der Fall ist. Obwohl es länger geht und so aussehen kann, als verändere sich nichts, sagt Gahleitner (2005: 63, zit. in: Gahleitner/Kamptner/Ziegenhain 2016: 119), dass diese sogenannten **«schützenden Inseleerfahrungen»** das Wichtigste für eine langsame Veränderung und Korrektur der früheren traumatischen Beziehungserfahrungen sind. Bei diesen Erfahrungen sind positive Bindungserfahrungen, wie das sich geborgen, beschützt, verstanden und angenommen Fühlen, die wichtigsten. Pflegeeltern können und sollen positive Bindungen **vorleben** und alle Voraussetzungen schaffen, dass sich das Kind auf eine neue Bindung einlassen kann. Budde (2012: 170) schreibt: «Alle Bindungen beginnen im wechselseitigen Kontakt mit gemeinsamem Tun.» So können Pflegeeltern die vielen Möglichkeiten im Alltag nutzen, um mit dem Kind zu spielen oder Aufgaben gemeinsam zu erledigen und diesen Kontakt herzustellen. Wenn Pflegeeltern die verschiedenen Phasen der Integration nach Nienstedt und Westermann (2008) kennen, hilft ihnen das durch die schwierigen Phasen hindurch, weil sie wissen, dass es für den Aufbau von sicheren und tragfähigen Beziehungen nötig ist, die früheren Erfahrungen der Kinder nochmals aufleben und korrigieren zu lassen. «Durch den Aufbau eines liebevollen, zugewandten, strukturierten und vorhersehbaren Umfelds können die Pflegeeltern eine Rolle übernehmen, die wesentlich für die Nachreifung [nachholende Entwicklung] ist.» (Budde 2012: 150) Von Seiten der Sozialen Arbeit wäre hier Aufklärungsarbeit über die «Theorie der Integration» unterstützend.

**Selbstwahrnehmung:** Auch beim Fördern der Selbstwahrnehmung funktioniert vieles in Pflegefamilien über Vorleben und Vorzeigen. Sie sollen sowohl die Kinder spiegeln und in Worte fassen, was sie glauben, dass die Kinder fühlen, sowie auch erklären, was sie selbst fühlen und wie sie mit ihren eigenen Gefühlen und Handlungsimpulsen umgehen.

**Stabilität:** Traumatisierte Kinder brauchen viel Stabilität (vgl. Streeck-Fischer 2009: 103). Diesem Bedürfnis können Pflegeeltern entgegenkommen, indem sie sich berechenbar verhalten und möglichst wenige Veränderungen oder spontane Aktivitäten durchführen. Veränderungen lösen bei Traumatisierten oft ängstliche Reaktionen aus. Dagegen können zum Beispiel Wochenpläne oder Kalender helfen, die nicht zu voll sind und regelmäßig aktualisiert werden. Alle aussergewöhnlichen Anlässe wie Familienfeste oder Ausflüge sollen schon möglichst lange im Voraus mit dem Pflegekind besprochen werden, damit es Zeit hat, sich innerlich darauf einzustellen (vgl. Budde 2012: 169).

**Förderung eines positiven Selbstbildes:** Die Pflegeeltern können ihren Pflegekindern zeigen, wie sie selbst mit belastenden Gefühlen umgehen, indem sie offen darüber reden (vgl. Budde 2012: 170). Wie die Bezugspersonen im Heim können auch die Pflegeeltern den Kindern erklären, dass ihre Gefühle und ihr Verhalten eine normale Reaktion auf ihre schlimmen Erlebnisse sind und so ihre Selbstakzeptanz fördern. Natürlich kann nicht alles Verhalten toleriert werden, auch wenn der Grund dafür verständlich ist. Wenn also das Pflegekind Essen stiehlt und hortet, weil es früher vernachlässigt wurde, kann im Dialog mit dem Kind Verständnis ausgedrückt werden, wieso es das getan hat. Dabei ist es wichtig die Gefühle zu benennen und eine Verbindung mit dem in der Vergangenheit Erlebten zu schaffen. Dann sollte jedoch der Unterschied zur jetzigen Situation aufgezeigt werden und gesagt werden, dass dieses Verhalten jetzt nicht mehr nötig ist und gemeinsam nach Handlungsalternativen gesucht werden (vgl. Wiemann 2010: 122). Wenn das Pflegekind erlebt, dass es für sein Verhalten nicht verurteilt wird, sondern Verständnis erfährt, kann sein Selbstbild sich langsam verändern.

### *5.1.2 Transfer für die Pflegeeltern*

**Selbstfürsorge der Pflegeeltern:** Da Pflegeeltern im alltäglichen Umgang mit den traumatisierten Pflegekindern mehrheitlich auf sich alleine gestellt sind, sind bei ihnen die «Fähigkeit zur Selbstreflexion und die Bereitschaft sich Hilfe und Unterstützung zu holen unerlässlich» (vgl. May 2012: 211 oder auch Budde 2012: 174). Wiemann (2010: 76f.) betont auch die Wichtigkeit des «Auftankens» in der Paarbeziehung, in Hobbys oder ande-

ren Aufgaben, wo es nicht um das Pflegekind geht, um Kraft zu schöpfen und nicht abhängig zu sein von den Höhen und Tiefen des Kindes. Unterstützung kann von begleitenden und beratenden Sozialarbeitenden kommen oder in der Zusammenarbeit mit allenfalls involvierten Therapeutinnen oder Therapeuten.

**Transparenz:** Pflegeeltern brauchen «Rückendeckung», auf welche sie sich verlassen können. Das ist bei unbegleiteten Formen von Pflegefamilien nicht möglich. Bei begleiteten Pflegefamilien kommt es auf die Handhabung der Vermittlungsorganisation an. Pflegeeltern müssen wissen, was im Hintergrund abläuft, wenn Weiter- oder Rückplatzierungen ein Thema sind und brauchen Unterstützung beim in der Literatur immer wieder als herausfordernd dargestellten Thema der Besuchskontakte mit der Herkunftsfamilie. Hier sind die Sozialarbeitenden als Fallführende oder Vermittlungspersonen sehr gefordert, den Pflegeeltern die nötige Transparenz und somit Sicherheit zu geben.

### *5.1.3 Weitere Aufgaben der Pflegeeltern von traumatisierten Kindern*

Budde (2012) gibt Pflegeeltern in ihrem Aufsatz «Traumasensibler Umgang mit Pflegekindern» verschiedene Anregungen zum Umgang mit ihren traumatisierten Pflegekindern. Dabei nennt sie viele Themen, die auch in der Literatur zu Traumapädagogik im Heimkontext vorkommen und in den zwei vorangehenden Unterkapiteln eingearbeitet wurden. Nachfolgend werden deshalb nur einige der Aspekte kurz erklärt, die sich speziell auf den Kontext von Pflegefamilien beziehen.

**Umgang mit Kontakt zur Herkunftsfamilie des Kindes:** Weitere Aufgaben können unter Umständen sein, den Kontakt zur Herkunftsfamilie aufrechtzuerhalten oder bei begleiteten Besuchen anwesend zu sein. Zu diesem Thema gibt es sehr viel Literatur, da es eine grosse Diskussion ist, inwiefern solche Besuchskontakte förderlich oder schädlich für das von seinen Eltern traumatisierte Kind selbst und die wachsenden Beziehungen zu den Pflegeeltern sind. Diskutiert wird sowohl die rechtliche Situation als auch wie Pflegeeltern mit den oft heftigen Reaktionen des Kindes auf solche Kontakte am besten umgehen können (s. dazu: Stiftung zum Wohl des Pflegekindes 2009 und Nienstedt/Westermann 2008: 181-267). Diese Diskussion wird hier jedoch nicht weiter ausgeführt.

**Körperliche Nähe:** Körperliche Nähe spielt eine grosse Rolle beim Aufbau von Bindungen. Traumatisierte Kinder brauchen zwar viel Nähe, haben aber oft nicht gelernt, menschliche Nähe als etwas Schönes und Tröstliches zu erleben, sondern mussten Nähe

als etwas Bedrohliches erfahren. Pflegeeltern brauchen daher viel **Feingefühl**, um das richtige Mass und die richtige Art der Nähe zu finden (vgl. Budde 2012: 169). Weil traumatisierte Kinder oft entweder extrem scheu oder dann völlig distanzlos sind, gehört es auch dazu, das Kind darin anzuleiten mit wem es auf welche Art und Weise Nähe aufbauen kann, zum Beispiel wann es jemanden umarmen soll und wann nicht (vgl. ebd.: 171).

«**Trauma-Linse**» als Zugang: «Pflegeeltern und BezugspädagogInnen haben das intimste und direkteste Verhältnis zu dem Kind (...).» (Budde 2012: 165) Ihnen kommt daher auch grosse Wichtigkeit zu. Wenn Pflegeeltern um die Auswirkungen von Traumatisierungen wissen, können sie auch andere Involvierte, wie Lehrpersonen oder Freunde der Familie darüber informieren. So helfen sie mit, dass auch diese das Kind «durch eine 'Trauma-Linse' [also sensibel für die Traumatisierungsfolgen] sehen» und so förderlicher mit dem Kind umgehen können (vgl. ebd.).

## 5.2 Chancen der Traumapädagogik in Pflegefamilien

### 5.2.1 Chancen für Pflegefamilien und Pflegekinder

Traumapädagogik verstanden als verinnerlichte Grundhaltung verbunden mit konkreten Interventionsmöglichkeiten, bringt viele Chancen für Pflegefamilien. Im Alltag einer Familie gibt es viele Möglichkeiten für Gespräche, für Fragen, für Nähe etc. Das alles sind Chancen für kleine Schritte auf dem Weg hin zur Überwindung und Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse (vgl. Bonus 2006: 47). Die **grösste Chance** ist dabei das **Verständnis für das Verhalten des Pflegekindes**. Wenn auf der einen Seite Pflegeeltern verstehen, wieso das Kind bei scheinbaren Kleinigkeiten unangemessen reagiert, warum es lügt, stiehlt oder Tiere quält, können sie durch ihr Vorwissen angemessen reagieren und so den Weg freimachen für das Erlernen alternativer Verhaltensweisen. Wenn auf der anderen Seite ein Pflegekind versteht, dass sein Verhalten eine normale Reaktion auf seine unnormalen Erlebnisse ist und andere mit diesen Erlebnissen auch so reagieren und fühlen würden, dann steht der Weg frei für die Entwicklung eines positiven Selbstbildes (vgl. Bausum 2012: 50). Durch das **Verständnis** wird es für Pflegeeltern auch einfacher, das Verhalten nicht persönlich zu nehmen (vgl. Zitelmann 2016: 227). Wenn auch das **Umfeld** der Pflegefamilie besser informiert und instruiert wird und Verständnis zeigt, kann ein förderliches Umfeld geschaffen werden, um re-traumatisierende Situationen möglichst zu verhindern. Traumapädagogisch informierte Pflegeeltern können auch ihren eigenen (**leiblichen**) **Kindern** besser erklären, warum sich das Pflegekind manchmal in

ihren Augen «nicht normal» verhält oder bei ihm andere Regeln gelten, was viel Konkurrenzverhalten und Eifersucht abmildern kann. Diese können dann besser auf die Andersartigkeit des Pflegekindes reagieren.

Die Traumapädagogik beinhaltet auch **konkrete Handlungsanleitungen** aus den verschiedenen Konzepten, die sie vereint. Diese Interventionsmöglichkeiten können Pflegeeltern Handlungssicherheit geben und die Gefühle der Unsicherheit und Hilflosigkeit vermindern.

Mit der Traumapädagogik ist auch immer die Idee verknüpft, dass alle beteiligten Fachpersonen und «Laien» zusammen auf ein gemeinsames Ziel hinarbeiten. Dabei ist das Augenmerk immer mehr auf die **Selbstfürsorge** der Betreuenden gerichtet, was auch Pflegeeltern in die Situation bringt, dass sie sich – ohne schlechtes Gewissen – Unterstützung und Beratung holen dürfen. Dazu gehört auch **externe Unterstützung** durch die Soziale Arbeit und die Psychotherapie, zum Beispiel in Form von Supervision.

Wenn die traumatisierten Kinder lernen, sich in der Pflegefamilie sicher zu fühlen, ist es für sie eine Chance, neue Bindungserfahrungen machen zu können, vertrauen zu lernen (vgl. Kühn 2006: 9) und verpasste Entwicklungsschritte nachholen zu können (vgl. Budde 2012: 150). Das führt auch dazu, dass traumabedingte Symptome abnehmen (vgl. Macsenaere/Klein 2011, zit. in: Macsenaere 2016: 110f.).

### **5.2.2 Chancen für weiteres Umfeld**

Die Anwendung der Traumapädagogik in Pflegefamilien hat auch über diese betroffenen Familien und Kinder hinaus weitere Chancen. Sie entfaltet ihre Wirkung zum Beispiel auch in der Schule und der Therapie.

Für Therapeuten und Therapeutinnen, die mit traumatisierten Kindern arbeiten, ist es eine grosse Chance, wenn das Kind auch im Alltag von traumasensibel agierenden Personen betreut wird. Für eine erfolgreiche Bearbeitung traumatischer Erlebnisse in der **Therapie** ist eine gewisse «**Alltagsstabilität**» und die Verfügbarkeit von Ressourcen Voraussetzung (vgl. Pillen 2008: o. S. und Streeck-Fischer 2009: 105). Diese Stabilität kann sich besser entwickeln, wenn es zu möglichst wenigen re-traumatisierenden Situationen kommt und das Kind sich in seinem neuen Zuhause sicher und geschützt fühlt. Somit schafft Traumapädagogik die Voraussetzung für eine erfolgreiche therapeutische Bearbeitung der traumatischen Erinnerungen.

Weil traumatisierte Kinder sehr empfindlich auf Kritik und äusserliche Kontrolle (Steuerung) reagieren können, haben sie oft Mühe, sich in der **Schule** problemfrei zu integrieren (vgl. Wiemann 2010: 113). Auch fällt es frühtraumatisierten Kindern schwer, ihr Verhalten unabhängig von ihrer (in der Schule nicht anwesenden) Bindungsperson zu steuern (vgl. ebd.: 111 und 123). Ihre Angst und ihr Kampf um die Erhaltung der Kontrolle über sich selbst lässt sie oft in sogenannt «unangepasstes Verhalten» flüchten. Wie oben erwähnt, können Pflegeeltern im schulischen Kontext eine Mittlerfunktion einnehmen, indem sie den Lehrpersonen erklären, wieso sich das Kind so verhält und wie ihm geholfen werden kann, sich auf diese für sie höchst bedrohlichen Rahmenbedingungen einzulassen (vgl. ebd.: 113). Hier sind auch Schulsozialarbeitende aufgefordert nach den Gründen für problematisches Verhalten zu suchen und mit Pflegeeltern und Fachpersonen zusammenzuarbeiten.

### 5.3 Herausforderungen in der Anwendung der Traumapädagogik in Pflegefamilien

Wie in den vorangehenden Kapiteln beschrieben wurde, können viele der positiven Erfahrungen mit Traumapädagogik aus dem Heimkontext auch auf Pflegefamilien übertragen werden. Es gibt jedoch auch Herausforderungen, die sich dabei stellen. In diesem Kapitel geht es um die Herausforderungen, die sich in der **konkreten Anwendung** der Traumapädagogik in Pflegefamilien stellen.

Die Traumapädagogik ist ein theoretisches Modell, das einiges an Wissen über Traumatisierungen und konkrete Methoden (wie dem Sicheren Ort) benötigt und vor allem eine gute **Reflexionsfähigkeit, Belastbarkeit und innere Distanzierungsfähigkeit** der Pflegeeltern voraussetzt. Das **Grundlagen-** wie auch **Methodenwissen** zur Traumapädagogik erhalten Pflegeeltern, die von Vermittlungsorganisationen begleitet sind, von diesen Organisationen. Sowohl in der Vorbereitung von angehenden Pflegeeltern als auch an Weiterbildungsveranstaltungen ist Traumapädagogik momentan ein grosses Thema. Trotzdem hängt die Umsetzung dieses Wissens von der Motivation und der Eigeninitiative der Pflegeeltern ab.

Für die Umsetzung brauchen Pflegeeltern sowohl genug materielle als auch immaterielle **Ressourcen**. Wenn noch leibliche Kinder da sind, die auch die Zeit und Kraft der Pflegeeltern in Anspruch nehmen oder es Schwierigkeiten in der Paarbeziehung gibt, sind diese Ressourcen eingeschränkt und können bei der Betreuung des Pflegekindes fehlen.



Auch das **Setting**, als Pflegefamilie plötzlich an eine grössere Organisation angebunden zu sein, sich einem Konzept unterzuordnen und gewissermassen kontrolliert zu werden, kann für Pflegeeltern sehr herausfordernd sein. Es ist denkbar, auch ohne Einbindung in ein solches Setting traumapädagogisch arbeiten zu können. Grundsätzlich beruht der traumapädagogische Ansatz jedoch auf Netzwerkarbeit, Unterstützung und Austausch von Betreuenden und Fachpersonen und betont den hohen Wert einer solchen Zusammenarbeit, weshalb auch das **Fehlen genug solcher Settings** als Herausforderung bei der Umsetzung der Traumapädagogik in Pflegefamilien gesehen werden kann.

Wie in Kapitel 3.4 «Herausforderungen für den pädagogischen Alltag» erwähnt wurde, ist bei den Personengruppen, die im professionellen Rahmen mit schwer traumatisierten Menschen arbeiten, das Phänomen der «**sekundären Traumatisierung**» bekannt. Zu sekundären Traumatisierungen von Pflegeeltern ist der Autorin keine Forschung bekannt. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass das Phänomen auch in diesem Kontext auftaucht. Dies ist zwar keine direkte Herausforderung durch die Anwendung von Traumapädagogik, aber durch das stärkere Befassen damit, was Traumatisierungen sind und was sie auslösen, werden Pflegeeltern sensibler darauf, was ihr Pflegekind erlebt haben könnte. Erhöhte Sensibilität und Empathie ist äusserst wertvoll für die Beziehungsgestaltung zwischen Pflegeeltern und Pflegekind, erhöht jedoch auch das Risiko einer sekundären Traumatisierung (vgl. Daniels 2008: 7, zit. in: Jegodtka 2016: 144). Pflegeeltern sind gefährdet eine sekundäre Traumatisierung zu entwickeln ohne das Wissen um solche Phänomene und eine kontinuierliche professionelle Begleitung.

#### 5.4 Aufgaben, Rolle und spezifische Anforderungen an die Soziale Arbeit in der Arbeit mit Pflegeeltern von traumatisierten Kindern

Bei all den Herausforderungen durch die Folgen von Traumatisierungen und einer nicht immer einfachen Umsetzung von traumapädagogischen Standards stellt sich für die Soziale Arbeit die Frage, was Pflegeeltern an Unterstützung brauchen, um Traumapädagogik erfolgreich umsetzen zu können.

Das Konzept von TEAM-WERK, wie in Kapitel 2.4 «Verschiedene Aufgaben und Rollen der Sozialen Arbeit im Kontext von Pflegefamilien» vorgestellt, sieht eine enge Begleitung vor, bei der die oder der Professionelle der Sozialen Arbeit als Kontaktperson für das Kind, die Pflegefamilie, die Herkunftsfamilie und amtliche Stellen agiert und zwischen diesen vermittelt, aber auch Beratung, Coaching sowie Entlastung in schwierigen Phasen

bietet. Die Begleitung von Pflegeeltern mit traumatisierten Pflegekindern ist mit zusätzliche Aufgaben und Herausforderungen verbunden und einzelne Aspekte, die TEAM-WERK schon jetzt berücksichtigt, bekommen eine andere oder gewichtigere Bedeutung.

Im Konzept von TEAM-WERK wird darauf hingewiesen, dass alle angestellten Fachpersonen **traumapädagogische Weiterbildungen** besucht haben (vgl. TEAM-WERK 2016: 6). Die Aufgaben dieser traumapädagogisch geschulten sozialen Fachkräfte sind es einerseits, dieses **Wissen** an die von ihnen betreuten Pflegefamilien weiterzugeben und andererseits, die Pflegeeltern dazu zu motivieren, sich selbst in Kursen und Weiterbildungstagen mehr (Methoden-)Wissen anzueignen. Nach Ryter (2011: 47) soll auch entwicklungspsychologisches Wissen zur Unterscheidung von Traumatisierungsfolgen und «normalen» Entwicklungskrisen oder -auffälligkeiten von den Professionellen der Sozialen Arbeit vermittelt werden.

Pflegeeltern brauchen also **Grundvoraussetzungen wie Lernbereitschaft, Belastbarkeit und Reflexionsfähigkeit** und eine **fachlich kompetente Unterstützung** von Seiten der Sozialen Arbeit. Die Soziale Arbeit ist gefordert bei der Übertragung des theoretischen Wissens in die praktische Umsetzung im Alltag der Pflegefamilien die bestmögliche Unterstützung zu gewährleisten. Wissensvermittlung braucht es vor allem in den Bereichen Ursachen und Auswirkungen von Traumatisierungen, Phasen der Integration nach Nienstedt und Westermann (2008) und grundlegende traumapädagogische Methoden wie zum Beispiel dem Sicherem Ort.

Wo **Ressourcen** einer Pflegefamilie kurzzeitig oder längerfristig eingeschränkt sind, müssen die zuständigen Fachpersonen Entlastung bieten oder im Notfall eine möglichst sanfte Umplatzierung des Pflegekindes in die Wege leiten. Dies geschieht – im Wissen, dass damit Beziehungs- und Trennungstraumatisierungen wiederbelebt werden können – nur im äussersten Notfall, wenn die Betreuung des Pflegekindes anders nicht mehr gewährleistet werden kann.

Die **Selbstfürsorge** der Pflegeeltern ist bei der teilweise grossen Belastung von enormer Wichtigkeit. Dabei sollen die begleitenden und beratenden Sozialarbeitenden Unterstützung bieten und allenfalls auch an traumaspezifisch ausgebildete Therapeutinnen oder Therapeuten weitervermitteln. Sozialarbeitende als Fallführende oder Vermittlungspersonen sind sehr gefordert, den Pflegeeltern die nötige **Transparenz** und somit **Sicherheit** zu geben, damit sie ihre Aufgabe trotz Ungewissheiten bestmöglich erfüllen können - gerade wenn es um hoch emotionale Fragen wie Rückkehroptionen und andere rechtliche

Belange geht, die Auswirkungen auf die Fortführung oder Auflösung des Pflegeverhältnisses haben.

## 6 Schlussfolgerungen

In Kapitel 5 «Traumapädagogik in Pflegefamilien» wurden die in den vorangehenden Kapiteln erarbeiteten Grundlagen zusammengeführt, um nun die Fragestellungen dieser Arbeit beantworten zu können und daraus Erkenntnisse zu ziehen. Im Anschluss wird ein Ausblick gemacht auf weiterführende für die Soziale Arbeit relevante Fragen, die beim Schreiben dieser Arbeit aufkamen.

### 6.1 Beantwortung der Fragestellungen und Erkenntnisse

Die Hauptfragestellung dieser Arbeit war, **was die Chancen und die Herausforderungen des Traumapädagogik-Ansatzes in Pflegefamilien sind**. Es deutet darauf hin, dass die grössten **Chancen** sich auf das traumatisierte Pflegekind und die aufnehmende Pflegefamilie beziehen. Dazu gehören vor allem das verbesserte Verständnis für das Verhalten des Kindes und aufgrund dessen angemessenere, förderliche Reaktionen und ein sich zum Positiven veränderndes Selbstbild des Kindes. Weitere Chancen der Traumapädagogik in Pflegefamilien wurden im Aufbau von neuen Bindungen, im Nachholen von verpassten oder unterbrochenen Entwicklungsschritten und in der besseren Selbstwahrnehmung gefunden. Über diese Chancen für Kind und Familie hinaus, kann sich die Anwendung traumapädagogischer Konzepte auch sehr positiv auf allfällige therapeutische Prozesse auswirken und die Lern- und Anpassungsfähigkeit in der Schule verbessern. **Herausforderungen** sind indes vor allem in der hohen Komplexität des Ansatzes enthalten und dem Anspruch, der sich daraus für nicht-professionelle Pflegeeltern ergeben kann. Auch fehlende externe Unterstützung führt zu Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Traumapädagogik in Pflegefamilien. Eine erste Erkenntnis aus dieser Arbeit ist deshalb, dass die Soziale Arbeit das Grundlagen- und Methodenwissen zu Traumatisierungen und Traumapädagogik auf praktisch anwendbares Wissen herunterbrechen könnte, um es in dieser Form an Pflegeeltern weiterzugeben.

Inwiefern sich die positiven Erfahrungen mit Traumapädagogik im Heimkontext auch auf den Pflegefamilienkontext **übertragen** und für einen gelingenden Alltag nutzbar machen lassen, wurde in Kapitel 5.1 «Transfer der Handlungsansätze aus dem Heimkontext und weitere Aufgaben der Pflegeeltern von traumatisierten Kindern» thematisiert. Erkenntnisse aus diesen Recherchen waren, dass in der direkten Arbeit mit den Kindern viel aus dem Heimkontext übernommen werden kann. Dazu gehören Methoden wie der «Sichere Ort», das Fördern von korrigierenden Beziehungserfahrungen, der Selbstwahrnehmung

und der Entwicklung eines positiven Selbstbildes. Die direkte Übertragung der Handlungsansätze von der Mitarbeiter-, Institutions- und Leitungsebene im Heimkontext auf die Ebene der Pflegeeltern gestaltete sich etwas schwieriger, was auf das sehr unterschiedliche Setting zurückzuführen ist. Vor allem das Thema der Selbstfürsorge findet im Zusammenhang mit Traumapädagogik im Heimkontext immer mehr Beachtung, was sich auch auf die traumapädagogische Arbeit im Kontext von Pflegefamilien auswirken wird.

**Unterstützungsbedarf** von der Sozialen Arbeit ergibt sich an mehreren Stellen. Einen hohen Stellenwert hat die Wissensvermittlung, also die Vermittlung des theoretischen Wissens aus der Traumapädagogik auf die praktische Anwendung im Pflegefamilien-Alltag. Aber auch die Unterstützung bei der Selbstfürsorge der Pflegeeltern und bei Bedarf die Weitervermittlung an andere Fachpersonen, also das Initiieren von Netzwerken, ist wichtig. Dies ist in begleiteten Pflegeverhältnissen bereits teilweise der Fall, ausserhalb dieser Pflegeformen erhalten die Pflegeeltern jedoch wenig Unterstützung. Werden die Pflegeeltern nicht oder nicht genügend begleitet, so ist das traumapädagogische Arbeiten nur beschränkt und nur mit viel Eigeninitiative möglich.

Kurz zusammengefasst ist die zentrale Chance von Traumapädagogik, mit einem verbesserten Verständnis und Hintergrundwissen zum Verhalten des Pflegekindes adäquater reagieren zu können und damit den Heilungsprozess positiv zu unterstützen.

## 6.2 Ausblick und weiterführende Fragen

Es gibt erst wenig Forschung zu Traumapädagogik und somit wenig empirische Erkenntnisse über deren Wirksamkeit. Wie aus der Literatur ersichtlich ist, ist das Thema in der Schweiz noch viel weniger bekannt als zum Beispiel in Deutschland. Dass es jedoch im Moment so viele traumapädagogische Aus- und Weiterbildungsangebote für verschiedene Zielgruppen gibt, lässt vermuten, dass sich dies in nächster Zeit ändern wird.

Zwei grosse Unterschiede zwischen «normalen» Eltern und Pflegeeltern sind, dass einerseits Pflegeeltern einen Auftrag vom Staat erhalten und erfüllen müssen und andererseits Pflegekinder Kinder mit erschwerten Entwicklungsvoraussetzungen sind. Dies beantwortet einen Teil der Frage, die sich mir gestellt hat, warum es so viel theoretisches Wissen braucht – oder sogar eine Aus- oder Weiterbildung –, um Pflegeeltern zu sein, wenn es gleichzeitig keine Ausbildung braucht, um Eltern zu sein. Dabei bleiben jedoch weitere Fragen offen wie: **Wo sind die Grenzen der «Professionalisierung» im Pflegefamilienkontext?** Wo vergrault man (potentielle) Pflegeeltern mit zu hohen Anforderungen?

Aber auch: Wo sind die Grenzen als Pflegeeltern ohne Ausbildung? Respektive, **wo braucht es klar Therapeuten oder Sozialarbeitende?**

Der Ergebnisbericht der «Pflege- und Adoptivkinder Schweiz» (PACH) (vgl. Seiterle 2015) ist die einzige mir bekannte nationale Erhebung über Pflegefamilien- und Heimplatzierungen. Darin werden keine Zahlen genannt über die Verteilung von professionell begleiteten und unbegleiteten Pflegeverhältnissen. Es gibt jedoch nicht genug Vermittlungsorganisationen, um mehr als eine kleine Minderheit der Familienpflege-Platzierungen abzudecken. Dass es demnach viele Pflegeverhältnisse gibt, die nur über eine Beistandschaft des Pflegekindes begleitet werden, was einem Besuch pro Jahr gleichkommt, hat mich sehr erstaunt. Da die grosse Mehrheit der Pflegekinder traumatisiert ist und in dieser Arbeit die vielfältigen Auswirkungen solch früher Traumatisierungen herauskamen, müsste es selbstverständlich sein, dass alle Pflegefamilien sozialarbeiterische Begleitung und Unterstützung erhalten, was aber nicht der Realität entspricht. Da diese Situation nicht so einfach verändert werden kann, stellt sich die **Frage, was die Soziale Arbeit tun kann, um auch diesen Pflegeeltern Zugang zu Unterstützung und hilfreichen Wissen zu ermöglichen**. Es müssen Angebote geschaffen werden, die es diesen Pflegefamilien ermöglicht, an Informationen zu Traumapädagogik heranzukommen, bzw. an Schulungen oder Austausch-Gruppen teilzunehmen, wenn das Interesse dazu vorhanden ist.

Da ein beachtlicher Teil der Wirksamkeit der Traumapädagogik im Heimkontext auf dem Gefühl der Sicherheit der Mitarbeitenden beruht, stellt sich die **Frage, wie Traumapädagogik auf «institutioneller» Ebene im Pflegefamilienkontext umgesetzt werden könnte**. Das heisst, **was es an Settings braucht**, um Pflegeeltern auch in nicht begleiteten Platzierungen mehr Rückhalt zu geben, auf den sie in pädagogisch herausfordernden Situationen verlässlich zurückgreifen können und welche Notfallszenarien es bei Krisen gibt. Dies ist ein Feld, wo es weitere Forschung braucht.

In dieser Arbeit stellt sich der Ansatz der Traumapädagogik als sehr erfolgsversprechend auch für die Anwendung in Pflegefamilien heraus. Dabei darf jedoch neben der Komplexität des Ansatzes die Wichtigkeit der Beziehung zwischen Pflegeeltern und Pflegekind nicht ausser Acht gelassen werden. Ist diese Beziehung nicht von Liebe und Annahme geprägt, bringt auch der beste Ansatz keine positive Veränderung.

## 7 Quellenverzeichnis

- Bausum, Jacob (2016). «... mit einer Ansammlung von Einzelkämpfern». Traumapädagogische Gruppenarbeit. In: Weiß, Wilma / Kessler, Tanja / Gahleitner, Silke B. (Hg.) (2016). Handbuch Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Verlag. E-Book mit eISBN 978-3-407-29471-5. S. 303-313.
- Bausum, Jacob / Besser, Lutz / Kühn, Martin / Weiß, Wilma (Hg.) (2011). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Besser, Lutz Ulrich (2011). Wenn die Vergangenheit Gegenwart und Zukunft bestimmt. Wie Erfahrungen und traumatische Erlebnisse Spuren in unserem Kopf hinterlassen, Gehirn und Persönlichkeit strukturieren und Lebensläufe determinieren. In: Bausum, Jacob / Besser, Lutz / Kühn, Martin / Weiß, Wilma (Hg.) (2011). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim/München: Juventa Verlag. S. 39-54.
- Bonus, Bettina (2006). Mit den Augen eines Kindes sehen lernen. Band 1. Zur Entstehung einer Frühtraumatisierung bei Pflege- und Adoptivkindern und den möglichen Folgen. Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Brisch, Karl Heinz (2011). «Schütze mich, damit ich mich finde». Bindungspädagogik und Neuerfahrung nach Traumata. In: Bausum, Jacob / Besser, Lutz / Kühn, Martin / Weiß, Wilma (Hg.) (2011). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim/München: Juventa Verlag. S. 145-162.
- Budde, Marlene (2012). Traumasensibler Umgang mit Pflegekindern. In: Bundesarbeitsgemeinschaft Prävention & Prophylaxe e.V. (Hg.) (2012). Schriftenreihe gegen sexualisierte Gewalt. Band 9. Traumapädagogik. Berlin: Verlag die Jonglerie. S. 143-175.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik (2011). Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. URL: <http://www.bag-traumapaedagogik.de/index.php/standards.html> [Zugriffsdatum: 09.06.2017].
- Butollo, Willi / Hagl, Maria (2003). Trauma, Selbst und Therapie. Konzepte und Kontroversen in der Psychotraumatologie. Bern: Verlag Hans Huber.

- Cappenberg, Martina (2005). Besuchskontakte vor dem Hintergrund der Bindungstheorie: Möglichkeiten und Grenzen dieser Theorie, zum Verständnis der Situation von Pflegekindern beizutragen. In: Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hg.) (2009). 3. Jahrbuch des Pflegekinderwesens. Kontakte zwischen Pflegekind und Herkunftsfamilie. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. S. 69-96.
- Ding, Ulrike (2011). Trommeln gegen Trauma. Der Einsatz von Congas in der Arbeit mit traumatisierten Kindern. In: Bausum, Jacob / Besser, Lutz / Kühn, Martin / Weiß, Wilma (Hg.) (2011). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim/München: Juventa Verlag. S. 205-216.
- Duden (Hg.) (o.J.). URL: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Trauma> [Zugriffsdatum: 10.06.2017].
- Ebel, Alice (2004). Traumatisierte Kinder erziehungsunfähiger Eltern. Ursachen und Folgen von Traumatisierung im Kindesalter und der Umgang damit in der Pflegefamilie. URL: <http://www.agsp.de/html/a43.html> [Zugriffsdatum: 16.05.2017]
- Ertmer, Heinzjürgen (2009). Regelung von Besuchskontakten. In: Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hg.) (2009). 3. Jahrbuch des Pflegekinderwesens. Kontakte zwischen Pflegekind und Herkunftsfamilie. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. S. 213-233.
- Fischer, Gottfried / Riedesser, Peter (1999). Lehrbuch der Psychotraumatologie. 2. Auflage München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Gahleitner, Silke B. / Kamptner, Carina / Ziegenhain, Ute (2016). Bindungstheorie in ihrer Bedeutung für die Traumapädagogik. In: Weiß, Wilma / Kessler, Tanja / Gahleitner, Silke B. (Hg.) (2016). Handbuch Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Verlag. E-Book mit eISBN 978-3-407-29471-5. S. 123-130.
- Garbe, Elke (2015). Das kindliche Entwicklungstrauma. Verstehen und bewältigen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gruen, Arno (2008). Vorwort von Arno Gruen. In: Nienstedt, Monika / Westermann, Arnim (2008). Pflegekinder. Und ihre Entwicklungschancen nach frühen traumatischen Erfahrungen. 2. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 11-14.
- Häfeli, Christoph (2013). Kinderschutz und Erwachsenenschutz. In: Mösch Payot, Peter / Scheicher, Johannes / Schwander, Marianne (Hg.) (2013). Recht für die Soziale



- Arbeit. Grundlagen und ausgewählte Aspekte. 3. Auflage. Bern: Haupt. S. 274-322.
- Hantke, Lydia (2012). Traumapädagogik, Traumaberatung, Traumatherapie – Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Möglichkeiten voneinander zu lernen. In: Bundesarbeitsgemeinschaft Prävention & Prophylaxe e.V. (Hg.) (2012). Schriftenreihe gegen sexualisierte Gewalt. Band 9. Traumapädagogik. Berlin: Verlag die Jonglerie. S. 57-87.
- Himpel, Sunke / Hüther, Gerald (2009). Auswirkungen emotionaler Verunsicherungen und traumatischer Erfahrungen auf die Hirnentwicklung. In: Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hg.) (2009). 3. Jahrbuch des Pflegekinderwesens. Kontakte zwischen Pflegekind und Herkunftsfamilie. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. S. 109-123.
- Hipp, Michael (2014). Trauma, Traumafolgestörungen und ihr Einfluss auf die Erziehungskompetenz. Traumatisierte Familiensysteme im multiinstitutionellen Versorgungskontext. In: Krist, Marita / Wolcke, Adelheid / Weisbrod, Christina / Ellermann-Boffo, Kathrin (Hg.) (2014). Herausforderung Trauma. Diagnosen, Interventionen und Kooperationen der Erziehungsberatung. Weinheim/Basel: Beltz Juventa Verlag. S. 14-39.
- Huber, Michaela (2005). Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung Teil 1. Paderborn: Junfermann.
- Hüther, Gerald (2002). Die Folgen traumatischer Kindheitserfahrungen für die weitere Hirnentwicklung. URL: <http://www.agsp.de/html/a34.html> [Zugriffsdatum: 8.3.17].
- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) (2016). URL: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en> [Zugriffsdatum: 29.06.2017].
- Jegodtka, Renate (2016). Sekundäre Traumatisierung. Existenzielle Berührung und Selbstfürsorge in pädagogischen Arbeitsfeldern. In: Weiß, Wilma / Kessler, Tanja / Gahleitner, Silke B. (Hg.) (2016). Handbuch Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Verlag. E-Book mit eISBN 978-3-407-29471-5. S. 139-151.
- Krüger, Andreas (2008). Akute psychische Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen. Ein Manual zur ambulanten Versorgung. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Kühn, Martin (2006). Bausteine einer «Pädagogik des Sicheren Ortes». Aspekte eines pädagogischen Umgangs mit (traumatisierten) Kindern in der Jugendhilfe aus der Praxis des SOS-Kinderdorfes Worpswede. URL: [http://www.jugendsozialarbeit.de/media/raw/martin\\_kuehn.pdf](http://www.jugendsozialarbeit.de/media/raw/martin_kuehn.pdf) [Zugriffsdatum: 24.05.2017].
- Kühn Martin (2008). Wieso brauchen wir eine Traumapädagogik? Annäherung an einen neuen Fachbegriff. In: Schmid, Marc / Fegert, Jörg M. (2008) (Gastherausgeber). Trauma & Gewalt. Forschung und Praxisfelder. Themenheft Traumapädagogik I. 2. Jg. (4), November 2008.
- Kühn, Martin (2011a). «Macht Eure Welt endlich wieder zu meiner!». Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In: Bausum, Jacob / Besser, Lutz / Kühn, Martin / Weiß, Wilma (Hg.) (2011). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim/München: Juventa Verlag. S. 25-38.
- Kühn, Martin (2011b). Traumapädagogik und Partizipation. Zur entwicklungslogischen, fördernden und heilenden Wirksamkeit von Beteiligung in der Kinder- und Jugendhilfe. In: Bausum, Jacob / Besser, Lutz / Kühn, Martin / Weiß, Wilma (Hg.) (2011). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim/München: Juventa Verlag. S. 133-143.
- Lang, Birgit (2011). Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für pädagogische Fachkräfte als institutioneller Auftrag. In: Bausum, Jacob / Besser, Lutz / Kühn, Martin / Weiß, Wilma (Hg.) (2011). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim/München: Juventa Verlag. S. 217-225.
- Lang, Thomas (2016). Bindung und Trauma. Co-Regulation und Selbstregulation – die äußere und die innere Welt korrigierender Beziehungserfahrungen. In: Weiß, Wilma / Kessler, Tanja / Gahleitner, Silke B. (Hg.) (2016). Handbuch Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Verlag. E-Book mit eISBN 978-3-407-29471-5. S. 272-281.
- Macsenaere, Michael (2016) Partizipation. In: Weiß, Wilma / Kessler, Tanja / Gahleitner, Silke B. (Hg.) (2016). Handbuch Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Verlag. E-Book mit eISBN 978-3-407-29471-5. S. 106-114.

- Maragkos, Markos (2003). Bindung und Posttraumatische Belastungsstörungen. In: Butollo, Willi / Hagl, Maria (2003). Trauma, Selbst und Therapie. Konzepte und Kontroversen in der Psychotraumatologie. Bern: Verlag Hans Huber. S. 91-108.
- May, Ina (2012). Traumapädagogik konkret. In: Bundesarbeitsgemeinschaft Prävention & Prophylaxe e.V. (Hg.) (2012). Schriftenreihe gegen sexualisierte Gewalt. Band 9. Traumapädagogik. Berlin: Verlag die Jonglerie. S. 195-212.
- Nienstedt, Monika / Westermann, Arnim (2008). Pflegekinder. Und ihre Entwicklungschancen nach frühen traumatischen Erfahrungen. 2. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Pflegekinderverordnung (PAVO) (2017). URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19770243/201706200000/211.222.338.pdf> [Zugriffsdatum: 22.06.2017].
- Pillen, Sandra (2008). Störungsbild Trauma. URL: <http://www.pro-psychologie.de/Trauma%20Download.pdf> [Zugriffsdatum: 27.05.2017].
- Rosner, Rita / Steil, Regina (2013). Jugendpsychiatrie Teil III: Traumafolgestörungen. Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. URL: [http://www.traumatherapie-jugendliche.de/fileadmin/120301/ekvt/pdf/DNP\\_Kinder\\_PTBS.pdf](http://www.traumatherapie-jugendliche.de/fileadmin/120301/ekvt/pdf/DNP_Kinder_PTBS.pdf) [Zugriffsdatum: 17.06.2017].
- Schirmer, Claudia (2012). Traumatisierte Kinder und Jugendliche in der stationären Jugendhilfe. In: Bundesarbeitsgemeinschaft Prävention & Prophylaxe e.V. (Hg.) (2012). Schriftenreihe gegen sexualisierte Gewalt. Band 9. Traumapädagogik. Berlin: Verlag die Jonglerie. S. 215-236.
- Schweizerisches Zivilgesetzbuch (ZGB) (2017). URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/201701010000/210.pdf> [Zugriffsdatum: 29.06.2017].
- Seiterle, Nicolette (2017). Ergebnisbericht Bestandesaufnahme Pflegekinder Schweiz 2015. Zürich: PACH Pflege- und Adoptivkinder Schweiz. URL: [http://pa-ch.ch/wp-content/uploads/2017/05/PACH\\_Bericht\\_Nicolette\\_Seiterle\\_2017.pdf](http://pa-ch.ch/wp-content/uploads/2017/05/PACH_Bericht_Nicolette_Seiterle_2017.pdf) [13.06.2017].
- St. Mauritz – Kinder- und Jugendhilfe (Hg.) (o.J.). Traumapädagogik. URL: <http://www.st-mauritz.de/traumapaedagogik/> [Zugriffsdatum: 17.05.2017].

- St. Mauritiz – Kinder- und Jugendhilfe (Hg.) (o.J.). Westfälische Pflegefamilien. URL: <http://www.st-mauritz.de/pflegefamilien/westfaelische-pflegefamilien/was-sind-westfaelische-pflegefamilien/> [Zugriffsdatum: 22.05.2017].
- Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hg.) (2009). 3. Jahrbuch des Pflegekinderwesens. Kontakte zwischen Pflegekind und Herkunftsfamilie. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Streeck-Fischer, Annette (2009). Frühe Misshandlungen und ihre Folgen – Traumatische Belastung in der Entwicklung. In: Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hg.) (2009). 3. Jahrbuch des Pflegekinderwesens. Kontakte zwischen Pflegekind und Herkunftsfamilie. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. S. 97-107.
- TEAM-WERK - Familienplatzierungen (2016). Rahmenkonzept. Februar 2016. Alosen.
- Terr, Lenore (1995). Schreckliches Vergessen, heilsames Erinnern. Traumatische Erfahrungen drängen ans Licht. München: Kindler.
- Uttendörfer, Jochen (2006). Traumazentrierte Pädagogik. URL: <http://www.traumapaedagogik.de/?p=55> [Zugriffsdatum: 09.06.2017].
- Weiß, Wilma (2004). Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Weiß, Wilma (2011). «Wer macht die Jana wieder ganz?» Über Inhalte von Traumabearbeitung und Traumaarbeit. In: Bausum, Jacob / Besser, Lutz / Kühn, Martin / Weiß, Wilma (Hg.) (2011). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim/München: Juventa Verlag. S. 15-24.
- Weiß, Wilma (2016). Die Pädagogik der Selbstbemächtigung. Eine traumapädagogische Methode. In: Weiß, Wilma / Kessler, Tanja / Gahleitner, Silke B. (Hg.) (2016). Handbuch Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Verlag. E-Book mit eISBN 978-3-407-29471-5. S. 290-302.
- Westermann, Arnim (2009). Die Trennung des Kindes von den Eltern und die Verleugnung der Trennung durch aufrechterhaltene Besuchskontakte. In: Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hg.) (2009). 3. Jahrbuch des Pflegekinderwesens. Kontakte zwischen Pflegekind und Herkunftsfamilie. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. S. 151-170.

Wiemann, Irmela (2010). Adoptiv- und Pflegekindern ein Zuhause geben. Informationen und Hilfen für Familien. Bonn: BALANCE Buch + Medien Verlag.

Zitelmann, Maud (2016). Pflegekindschaft als Chance für traumatisierte Kinder. In: Weiß, Wilma / Kessler, Tanja / Gahleitner, Silke B. (Hg.) (2016). Handbuch Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Verlag. E-Book mit eISBN 978-3-407-29471-5. S. 220-231.

## Ehrenwörtliche Erklärung

Ich, Sarah Haldi, erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig, ohne unerlaubte Hilfe und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst und sämtliche Zitate kenntlich gemacht habe.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_