

# Traumapädagogik

Eine Literatarbeit über Kompetenzen und Rahmenbedingungen für eine gelingende Traumarbeit in der stationären Kinder- und Jugendhilfe.



von Simon Gerber

Bachelor Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten  
Eingereicht bei Dr. Brigitte Müller im Juni 2018 zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

## **Abstract**

---

Traumapädagogik bedeutet für sozialpädagogische Fachkräfte den Alltag mit Kindern und Jugendlichen zu teilen, welche bereits früh in ihrem Leben belastende Erfahrungen gemacht haben. Aufgrund dieser Erfahrungen haben die Kinder und Jugendlichen psychische Überlebensstrategien entwickelt, welche in ihrer Intensität und Ausdrucksformen nicht den alltagspädagogischen Erfahrungen entsprechen. Die traumatisierten Kinder und Jugendlichen reagieren auf scheinbar kleinste Anlässe impulsiv, extrem aggressiv, laufen weg oder verletzen sich selbst. Lügen oder stehlen gehören zum Repertoire der Kinder und Jugendlichen, auch wenn sie sich zuweilen scheinbar nicht daran erinnern können. Auch gute Erfahrungen führen kurzfristig zu keinen Verhaltensänderungen, die traumatisierten Kinder und Jugendlichen sind grundsätzlich misstrauisch gegenüber der Welt. Ihr Selbstbild ist von Selbstablehnung und Verurteilung bestimmt. Auch wenn sie wollten, können sie nicht anders. Dabei wollen sie ganz normale Kinder und Jugendliche sein.

Um diese Kindern und Jugendlichen auf angemessene Art und Weise begleiten zu können und sie in ihren Selbstfindungs- und Selbstheilungsprozessen zu unterstützen, braucht es sozialpädagogische Fachkräfte, die sich auf die oftmals bizarren Verhaltensweisen und die psychische Realität dieser Kinder und Jugendlichen einlassen können. Dazu gehören bestimmte Haltungsdimensionen, Kenntnisse, Fertigkeiten, Kompetenzen und eine aktive Selbstfürsorge. Ohne für die traumapädagogische Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen förderliche Strukturen allerdings, bleiben diese individuellen Bemühungen jedoch ohne Aussicht auf Erfolg und Freude an der Arbeit.

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>I EINLEITUNG .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Ausgangslage &amp; Fragestellung .....</b>	<b>1</b>
<b>2 Methodisches Vorgehen &amp; Aufbau der Arbeit.....</b>	<b>3</b>
<b>3 Relevanz für die Soziale Arbeit.....</b>	<b>4</b>
<b>II HAUPTTEIL.....</b>	<b>5</b>
<b>1 Das Trauma.....</b>	<b>5</b>
1.1 Definition.....	5
1.2 Potenziell traumatisierende Ereignisse.....	6
1.3 Risikofaktoren für Traumata .....	7
<b>2 Traumafolgestörungen .....</b>	<b>10</b>
2.1 Klassifikation von Traumafolgestörungen.....	10
2.1.1 Diagnoseorientierte Klassifikation .....	10
2.1.2 Die posttraumatische Belastungsstörung.....	10
2.1.3 Akute Belastungsreaktion/-störung .....	11
2.1.4 Anpassungsstörung.....	11
2.2 Traumaspezifische Symptome .....	12
2.2.1 Übererregung .....	12
2.2.2 Wiedererleben .....	13
2.2.3 Vermeidung .....	13
2.2.4 Komplexe Auswirkungen von Traumatisierungen .....	14
2.3 Der Einfluss von traumatischen Erfahrungen auf das Gehirn.....	15
<b>3 Bindung und Traumatisierung .....</b>	<b>18</b>
3.1 Bindungstheorie in ihrer Bedeutung für die Traumapädagogik .....	19
3.1.1 Traumata und Desorganisation .....	20
3.1.2 Die Entwicklung traumapädagogischer Bindungskonzepte .....	20
3.1.3 Resilienz als Schutzfaktor .....	21
<b>4 Traumapädagogik .....</b>	<b>22</b>
4.1 Traumapädagogische Standards.....	25
4.2 Traumapädagogische Konzepte.....	25
4.2.1 Die Pädagogik des sicheren Ortes.....	25
4.2.2 Die Pädagogik der Selbstermächtigung .....	28

4.2.3 Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für pädagogische Fachkräfte als institutioneller Auftrag .....	30
4.3 Übertragung und Gegenreaktion in der traumapädagogischen Arbeit .....	32
4.3.1 Die Arbeit mit Übertragung und Gegenreaktion in der Pädagogik .....	32
4.3.2 Traumatische Übertragung wahrnehmen und erkennen .....	32
<b>5 Bedarfe von traumatisierten Kindern &amp; Jugendlichen .....</b>	<b>35</b>
5.1 Individuelle Beziehungsgestaltung .....	35
5.2 Co-Regulation und Selbst-Regulation .....	36
5.3 Die sozialpädagogische Fachkraft als Teil der Pädagogik .....	37
5.4 Akute Traumatisierung während einer Betreuung .....	38
<b>6 Anforderungen an Fachkräfte und Institutionen .....</b>	<b>39</b>
6.1 Haltungsdimensionen gegenüber traumatisierten Kindern & Jugendlichen .....	39
6.2 Kenntnisse & Kompetenzen der sozialpädagogischen Fachkräfte .....	39
6.3 Die Bereitschaft zum lebenslangen Lernen .....	41
6.4 Burnout-Prävention und Schutz vor sekundärer Traumatisierung .....	42
6.5 Strukturvoraussetzungen .....	42
6.6 Förderliche Rahmen- und Arbeitsbedingungen .....	43
<b>III SCHLUSSFOLGERUNGEN .....</b>	<b>45</b>
<b>1 Zusammenfassung der Ergebnisse und Beantwortung der Fragestellung .....</b>	<b>45</b>
<b>2 Kritische Reflexion &amp; Ausblick .....</b>	<b>48</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>50</b>
<b>Ehrenwörtliche Erklärung .....</b>	<b>55</b>

## **Abbildungs- und Tabellenverzeichnis**

---

Abbildung 1: Das dreieinige Gehirn .....	16
Abbildung 2: Die pädagogische Triade .....	26
Tabelle 1: Arten von Trauma .....	7
Tabelle 2: Die Traumapädagogik .....	22
Tabelle 3: Traumapädagogische Haltung als korrigierende Beziehungserfahrung .....	24

# I EINLEITUNG

---

Während meiner Praxisausbildung in der stationären Kinder- und Jugendhilfe wurde ich mit teilweise sehr herausfordernden Verhaltensweisen konfrontiert, die mich manchmal noch tagelang beschäftigten. Es waren Situationen, Reaktionen und Emotionen welche für mich – auch in ihrer Heftigkeit – neu und oft nicht nachvollziehbar waren. Erst in meinem dritten Ausbildungsjahr kam ich mit der vergleichsweise noch jungen Fachrichtung der Traumapädagogik in Berührung und zwar in Form einer internen Weiterbildung in meiner Praxisausbildungsorganisation.

Die Auseinandersetzung mit dem Begriff «Trauma» brachte für mich viele neue Erklärungsansätze für Erlebtes und half mir dabei, einige Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen, welche ich begleitete, besser zu verstehen. Aufgrund einer veränderten Sichtweise auf die oft nicht nachvollziehbaren Emotionen und Überlebensstrategien erweiterte sich in gewisser Weise auch meine Handlungsfähigkeit, vor allem in Bezug auf die Beziehungsgestaltung mit den Kindern und Jugendlichen. Eine traumasensiblere Haltung gegenüber den entwickelten Überlebensstrategien führte dazu, dass ich meine Beziehungsangebote vielfältiger und sicherer gestalten konnte. Im Verlauf der weiteren Auseinandersetzung mit der Fachrichtung Traumapädagogik, auch in Form von Literaturrecherche zur vorliegenden Arbeit, wurde ich auf viele weitere Einflussfaktoren und Rahmenbedingungen aufmerksam, welche die Beziehungsgestaltung mit den Kindern und Jugendlichen massgeblich prägen und somit eine gelingende Traumaaarbeit<sup>1</sup> ermöglichen.

## 1 Ausgangslage & Fragestellung

Mit der Einführung des DSM-III-R<sup>2</sup> im Jahr 1988 werden die Reaktionen von Kindern und Jugendlichen auf psychische Traumatisierung ernstgenommen und das Vorhandensein von posttraumatischen Belastungsstörungen anerkannt (vgl. Bruschi 2013: 4). Vor diesem Zeitpunkt wurde die Ansicht vertreten, «dass Kinder lediglich mit vorübergehenden und minimalen Störungen auf psychotraumatische Ereignisse reagieren» (Garmezy/Rutter 1985, zit. nach Landolt/Hensel 2008: 13). Seitdem haben verschiedene Forschungsprojekte die Häufigkeit und die Auswirkungen von Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter in den Fokus

---

<sup>1</sup> Traumaaarbeit ist die Unterstützung der Traumabearbeitung durch die professionellen Fachkräfte. Traumabearbeitung hingegen ist die Auf- und Verarbeitung des Traumas durch die Betroffenen (vgl. Weiss 2013b: 39).

<sup>2</sup> Das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM; englisch für «diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen») ist ein Klassifikationssystem der Psychiatrie. Es spielt eine zentrale Rolle bei der Definition und Diagnostik von psychischen Erkrankungen.

gestellt, wie zum Beispiel die Bremer Jugendstudie (Essau et al. 1999). In dieser berichten 22,5% der befragten Jugendlichen, dass sie in ihrem Leben ein traumatisches Ereignis erlebt haben. Es kann also festgehalten werden, dass eine bedeutsame Zahl von Kindern und Jugendlichen in ihrem Leben von traumatischen Ereignissen betroffen sind und dass ein erheblicher Teil dieser Kinder und Jugendlichen Traumafolgestörungen unterschiedlicher Dauer entwickelt (vgl. Landolt/Hensel 2008: 13f.).

Auch die Entstehung der Traumapädagogik kann Ende der 90er-Jahre verortet werden. In den vergangenen Jahren sind verschiedene traumapädagogische Konzepte entstanden. Traumapädagogik lässt sich definieren «als eine junge Fachrichtung, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, Fachkräfte die mit traumatisch belasteten Kindern und Jugendlichen im Arbeitsalltag konfrontiert sind, durch spezifische Fort- und Weiterbildung einerseits und durch die Schaffung tragfähiger Strukturen in den Institutionen andererseits, bei ihren anspruchsvollen Aufgaben zu unterstützen» (Weiss/Kessler/Gahleitner, 2016: 11).

Die entstandenen traumapädagogischen Konzepte wie etwa die «Pädagogik des sicheren Ortes» von Martin Kühn oder die «Pädagogik der Selbstermächtigung» von Wilma Weiss haben viele Gemeinsamkeiten bezogen auf traumapädagogische Haltungen und Handlungen, wie z.B. die «Annahme des Guten Grundes». Der Fokus liegt hier auf der Haltung der sozialpädagogischen Fachkräfte gegenüber traumatisierten Kindern und Jugendlichen, beleuchten diese aus verschiedenen Perspektiven und fokussieren auf unterschiedliche traumapädagogische Inhalte. Das Konzept der «Stabilisierung und (Selbst) Fürsorge für pädagogische Fachkräfte als institutioneller Auftrag» von Birgit Lang beschreibt die «Wucht traumatischer Übertragungen» sowie die «Beziehungsfalle» in welche die Fachkräfte tappen können, also Grundlegende Aspekte der Arbeit mit der eigenen Person als Werkzeug. Zusätzlich wird aber auch auf «stabilisierende Prinzipien von Einrichtungen und ihren Leitungen» und auf die «Förderung von Mitarbeiterinnen» eingegangen (vgl. Lang 2013, zit. in Bausum et al. 2013: 220f.).

Diese mehrperspektivische Ausrichtung – einerseits auf die Ebene Fachkräfte/Kinder und Jugendliche und andererseits auf die Ebene Fachkräfte/Institution – öffnet den Blick, um die eigene traumapädagogische Haltung zu reflektieren und weiter zu entwickeln. Vor dem Hintergrund meiner persönlichen Erfahrungen möchte ich in meiner Bachelor-Thesis nun die Inhalte der Traumapädagogik reflektieren und bezogen auf die Auswirkungen in der Praxis, resp. die Bedeutsamkeit für professionelles Handeln in der stationären Kinder- und Jugendhilfe, im Sinne einer gelingenden Traumaarbeit darstellen. Für diese Literaturarbeit stellt sich somit die Frage:

«Welche traumapädagogische Haltungen und traumaspezifische Kompetenzen der sozialpädagogischen Fachkräfte und welche institutionelle Rahmenbedingungen sind förderlich, bzw. hinderlich für professionelle Traumaarbeit in der stationären Kinder- und Jugendhilfe?»

Unterfragen zur Erarbeitung der genannten Fragestellung:

- *Welche Bedürfnisse haben traumatisierte Kinder und Jugendliche?*
- *Welche Kenntnisse und Fertigkeiten brauchen sozialpädagogische Fachkräfte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen?*
- *Welche Herausforderungen stellen sich an die Gestaltung des pädagogischen Alltags und an pädagogische Interventionen?*
- *Welche Anforderungen stellen sich an die Strukturvoraussetzungen, Rahmen- und Arbeitsbedingungen der Institutionen?*

Ziel der Arbeit ist es, anhand von verschiedenen Theorien und Konzepten, sowohl persönliche Anteile wie auch institutionelle Rahmenbedingungen darzustellen, welche die Entwicklung einer traumapädagogischen Haltung sowie traumaspezifischen Kompetenzen bei sozialpädagogischen Fachkräften massgeblich fördern und somit eine professionellere Traumaarbeit ermöglichen.

## **2 Methodisches Vorgehen & Aufbau der Arbeit**

Auf Grundlage verschiedener Theorien und Konzepte soll die oben genannte Fragestellung und deren Unterfragen beantwortet werden. Als methodisches Vorgehen dient die Literaturrecherche zu den verschiedenen Thematiken Trauma, Bindung, und Traumapädagogik. Die Recherche begann mit dem «Handbuch Traumapädagogik» (Weiss/Kessler/Gahleitner 2016), in dem verschiedene Konzepte vorgestellt werden, deren unterschiedlichen Aspekte und Schwerpunkte ich mittels weiterführender Literatur aus dem Literaturverzeichnis des genannten Werks vertiefen konnte und bezogen auf das Arbeitsfeld der stationären Kinder- und Jugendhilfe in der vorliegenden Arbeit darstelle.

Nachdem die Einleitung Ausgangslage, Fragestellung und Relevanz für die Soziale Arbeit beschreibt, gibt der Hauptteil Auskunft über die Begriffe Trauma und Traumafolgestörung, setzt Traumatisierung mit Bindung in Zusammenhang und stellt die Traumapädagogik und eine Auswahl an Konzepten vor. Abschliessend werden traumaspezifische Bedürfnisse von Betroffenen und Anforderungen an sozialpädagogische Fachkräfte und Institutionen dargelegt. Im Schlussteil wird die Fragestellung mit Hilfe der formulierten Unterfragen beantwortet



und kritisch reflektiert. Zudem werden weiterführende Gedanken zu dieser Literaturarbeit aufgeführt und der Rückbezug zur Bedeutsamkeit der Thematik für die Soziale Arbeit hergestellt.

### 3 Relevanz für die Soziale Arbeit

Autonomie und soziale Gerechtigkeit sind Leitprinzipien der Sozialen Arbeit (vgl. Avenir Social 2010: 6-7). In unserer Gesellschaft ist eine traumasensible Pädagogik notwendig, weil traumatisierte Kinder und Jugendliche aufgrund ihrer entwickelten Überlebensstrategien einen erschwerten Zugang zu Gleichaltrigen, zu Erwachsenen und vor allem zu sozialer Teilhabe haben. Sie ist auch notwendig, weil schon alleine die Kenntnis dieser Strategien den sozialpädagogischen Fachkräften die unterstützende Begleitung der Kinder und Jugendlichen bei ihrer Traumabearbeitung erleichtern kann (vgl. Weiss/Kessler/Gahleitner 2016: 20). Laut Silke Gahleitner «leisten Fachkräfte der Sozialen Arbeit und der (Heil-)Pädagogik mit Abstand den grössten Anteil der Traumaversorgung» (2009, zit. in ebd.: 21).

Untersuchungen im deutschsprachigen Raum zeigen, dass kaum ein anderer Bereich in einem so hohen Masse wie die stationäre Kinder- und Jugendhilfe – rund 75 Prozent der Kinder und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe haben traumatische Erfahrungen gemacht – mit diesen komplexen Problemkonstellationen konfrontiert wird (vgl. Schmid 2013, zit. in Weiss/Kessler/Gahleitner 2016: 176). Dank dem Bewusstsein über Traumafolgestörungen gelingt es den Fachkräften, ein anderes Verständnis für das Verhalten von Kindern und Jugendlichen mit posttraumatischen Belastungsstörungen zu entwickeln (vgl. Schmid 2013: 56). Die Fragestellung dieser Arbeit ist eine zentrale Frage für die Soziale Arbeit, weil sie sich damit auseinandersetzt, wie traumatisierte Kinder und Jugendliche betreut, geschützt und in ihrer Entwicklung gefördert, gesichert und stabilisiert werden können (vgl. AvenirSocial 2010: 6). Sie strebt nach einem adäquaten Umgang mit dem Verhalten von traumatisierten Kindern und Jugendlichen und möchte als eine Unterstützung zur Traumabearbeitung funktionieren.

# II HAUPTTEIL

---

## 1 Das Trauma

Die Begriffe Trauma und Traumatisierung werden im Alltag vielschichtig verwendet. Bei einer fachlichen Auseinandersetzung mit diesem Thema ist die genaue Definition der Begrifflichkeiten von grosser Bedeutung, um weitere Handlungsmöglichkeiten formulieren zu können. Ein Trauma muss unbedingt von den Folgen eines leidvollen Erlebnisses oder sehr viel erlebten Stresses abgegrenzt werden. Mobbing in der Schule oder auch eine Trennung der Eltern können zwar tiefgreifende Belastungen für ein Kind darstellen, aufgrund derer auch schwerwiegende körperliche und/oder psychische Symptome entwickelt werden. Dennoch lösen diese Erfahrungen in der Regel keine Traumatisierung aus, so dass andere Unterstützungsmassnahmen notwendig sind, um diesen Kindern und Jugendlichen zu helfen.

### 1.1 Definition

Das griechische Wort «Trauma» bedeutet übersetzt «Wunde». Traumata treten durch Ereignisse auf, welche die normalen Anpassungsstrategien des Menschen überfordern. Sie sind eine Bedrohung für die körperliche Unversehrtheit. Begleitet werden psychische Traumata von Gefühlen intensiver Angst, Hilflosigkeit und Kontrollverlust. Nach Freud ist ein Trauma «(...) ein Erlebnis, welches dem Seelenleben innerhalb kurzer Zeit einen so starken Reizzuwachs bringt, dass die Erledigung oder Aufarbeitung derselben in normal-gewohnter Weise missglückt, woraus dauernde Störungen im Energiebetrieb resultieren müssen» (Freud 1917 zit. nach Diepold 1997: 3). Wenn weder Widerstand noch Flucht möglich sind und Handeln keinen Sinn mehr hat, ist das Selbstverteidigungssystem des Menschen überfordert. Die Folge davon sind traumatische Reaktionen (vgl. Herman 2018: 46).

Interpretationen und Definitionen von Traumata gibt es in verschiedenen Zusammenhängen und Inhalten, z. B. im medizinischen, biologischen und rechtlichen Kontext. In der vorliegenden Arbeit beschäftigen wir uns mit psychischen Traumata. Für das Bestehen eines psychischen Traumas im klinischen Sinne müssen zwei Kriterien erfüllt sein: Erstens muss das traumatische Ereignis mit einer tatsächlichen oder subjektiv erlebten Bedrohung des Lebens oder der körperlichen Integrität einhergehen und zweitens müssen in dieser Situation Gefühle wie intensive Angst, Entsetzen oder Hilflosigkeit erlebt werden.

Zu unterscheiden ist zwischen dem traumatischen Ereignis und der traumatischen Reaktion. Kann ein traumatisches Ereignis nicht verarbeitet werden und entstehen deshalb Symptome beim Kind, hat dieses ein Trauma entwickelt. Von einem klinisch relevanten Trauma wird

gesprochen, wenn die festgestellten Symptome den Kriterien einer der Krankheiten entsprechen, die in einem der medizinischen Klassifikationssysteme beschrieben sind. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Traumata im ICD 10<sup>3</sup> als «... ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses (kurz- oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde». Im DSM-5 wird der Begriff ähnlich bestimmt: «Potenzielle oder reale Todesbedrohungen, ernsthafte Verletzung oder eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit bei sich oder bei anderen, auf die mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken reagiert wird.»

## 1.2 Potenziell traumatisierende Ereignisse

Eine grosse Anzahl von Kindern und Jugendlichen ist potenziell traumatischen Ereignissen (PTE) ausgesetzt, wobei die Mehrzahl diese Ereignisse adaptiv bewältigt. Die Prävalenz, ein PTE zu erleben, liegt in den USA bei Kindern und Jugendlichen je nach Stichprobe und Erhebungsinstrument zwischen 0,25 und knapp 62% (Costello et al. 2003; McLaughlin et al. 2013, zit. in Loos et al. 2015: 618). In einer nationalen Stichprobe Jugendlicher der neunten Klasse haben 56% mindestens von einem traumatischen Ereignis berichtet (vgl. Landolt et al. 2013, zit. in ebd.) «Die Spannbreite potentiell traumatisierender Ereignisse ist gross und reicht von körperlicher und sexueller Gewalt, Unfällen und lebensbedrohlichen Krankheiten bis hin zu Naturkatastrophen.» (Landolt 2004: 12).

Traumatisierende Ereignisse können unterschiedliche Formen haben. Terr (1991) unterscheidet zwischen Typ-1-Traumata und Typ-2-Traumata. Bei Ersterem handelt es sich um einmalige, unvorhersehbare Ereignisse, wie z.B. einen Unfall oder einen einmaligen Missbrauch. Traumatische Erlebnisse, die über einen längeren Zeitraum andauern oder sich wiederholen, werden unter dem Begriff des Typ-2-Traumas zusammengefasst. Beispiele sind häusliche Gewalt, emotionale und/oder körperliche Vernachlässigung sowie mehrmalige Missbrauchserfahrungen. Unter Umständen können auch Trennungen von Bezugspersonen hierzu gezählt werden.

---

<sup>3</sup> Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, englisch *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) ist das wichtigste, weltweit anerkannte Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen. Es wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben und oft kurz auch als Internationale Klassifikation der Krankheiten bezeichnet. Die aktuelle, international gültige Ausgabe ist ICD-10, Version 2016. Seit 2007 wird an einer Neufassung gearbeitet: Die ICD-11 soll im Jahr 2018 verabschiedet werden.

Traumaopfer-Typ	Traumatisches Ereignis
Trauma-Typ 1	Unfall Überfall Operativer Eingriff Längerfristige Trennung Verbrennung Naturkatastrophe
Trauma-Typ 2	Vernachlässigung Misshandlung Missbrauch (emotional, sexuell) Chronische Traumatisierung durch Krieg, Flucht, Folter Chronischer existenzieller Mangel (Hungersnot)

*Tabelle 1: Arten von Trauma (Terr 1991, zit. in Landolt/Hensel 2008: 17)*

Bei interpersonellen Traumata wird zudem unterschieden, ob der Täter/die Täterin eine Bezugsperson des Opfers oder eine fremde Person war. Des Weiteren können traumatische Erlebnisse auch anhand ihrer Ursachen klassifiziert werden. Es kann sowohl zwischen Natur- und Technikkatastrophen als auch von Menschen verursachten Ereignissen unterschieden werden.

### **Primäre und sekundäre Traumatisierung**

Es kann zwischen primärer und sekundärer Traumatisierung differenziert werden. Bei Erster ist das Kind oder der Jugendliche unmittelbar vom Ereignis betroffen. Entweder weil es dieses miterlebt oder weil es selber Opfer ist. Von sekundärer Traumatisierung wird gesprochen, wenn eine Information, die das Kind von anderen Personen erfahren hat, ein Gefühl der Lebensbedrohung und Emotionen wie Angst, Hilflosigkeit und/oder Entsetzen bei diesem auslöst.

### **1.3 Risikofaktoren für Traumata**

Kinder und Jugendliche, welche von einem Trauma betroffen sind, haben viel Leid erlebt und oftmals verschiedene Traumata überstehen müssen. Traumatische Erfahrungen können sich gegenseitig bedingen und ergänzen. Laut Wilma Weiss sind gerade auch Kinder und Jugendliche in der stationären Kinder- und Jugendhilfe von Vernachlässigung, körperlicher, häuslicher und sexueller Gewalt betroffen (vgl. Weiss 2016: 26-27). Eine Vereinheitlichung der verschiedenen Misshandlungsformen unter dem Oberbegriff der «Kindesmisshandlung»

vernachlässigt jedoch die unterschiedlichen Entstehungsbedingungen und Auswirkungen. Die Ärzte und Psychologen Ulrich T. Egle, Sven O. Hoffmann und Peter Joraschky haben die folgenden gesicherten Risikofaktoren zusammengetragen:

- Emotionale Misshandlung
- Körperliche Misshandlung
- Sexuelle Misshandlung
- Elterlicher Alkohol- und Drogenmissbrauch
- Ärmliche Verhältnisse
- Trennung/Scheidung
- Psychische und/oder körperliche Erkrankungen der Eltern
- Chronische familiäre Disharmonie
- Elterlicher Verlust der Arbeit
- Umzüge, Schulwechsel
- Wiederverheiratung eines Elternteiles
- Ernste Erkrankung in der Kindheit
- Väterliche Abwesenheit
- Mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr
- Kriminalität und Dissozialität eines Elternteils
- Schwere körperliche Erkrankungen eines Elternteiles
- Körperliche Gewalt in der Familie

(vgl. Egle, Hoffmann & Joraschky 2000: 14, zit. in Weiss 2016: 27)

Auch emotionale und körperliche Vernachlässigung, anhaltende Abweisung, häusliche Gewalt, Unfälle, schwere Krankheiten, Krankenhausaufenthalte, (gewaltsamer) Tod eines Familienangehörigen, Flucht, Krieg, körperliche und geistige Behinderung etc. gelten als weitere Risikofaktoren. Wichtig ist zu erwähnen, dass Risikofaktoren nicht gleichzusetzen sind mit traumatischen Erfahrungen. Sie können jedoch zu Traumatisierungen beitragen. Schon alleine das Miterleben traumatischer Ereignisse kann zu einer Traumatisierung beitragen (vgl. Weiss 2016: 28.). Die verschiedenen Formen der Kindesmisshandlung stellen die häufigsten Ursachen von Traumatisierungen im Kindesalter dar. «Unter Kindesmisshandlung werden einzelne oder mehrere Handlungen durch Eltern oder andere Bezugspersonen verstanden, die zu einer physischen oder psychischen Schädigung des Kindes führen, das Potential einer Schädigung besitzen oder die Androhung von Schädigung enthalten.» (Fegert/Spröber 2012: 571) Die Kindesmisshandlung stellt aufgrund der direkten Abhängigkeit des Kindes zu seinen Eltern einen sehr hohen Risikofaktor für eine Traumatisierung dar. Durch die Tatsa-

che, dass diese Personen, von welchen Sicherheit und Schutz ausgehen sollte, eine Bedrohung für das Kind darstellen, erzeugt in hohem Masse Gefühle der Hilflosigkeit und der Angst. «Traumatische Ereignisse in der Kindheit [...] sind immer eingewoben in einen Beziehungskontext und sind letztendlich der Zusammenbruch einer Beziehungsrelation, deren basales Versprechen plangerechte Förderung und liebevolle Unterstützung war.» (Peichl 2008: 52) Je jünger das Kind ist, desto weniger Ressourcen stehen ihm zur Verfügung um dieser Situation zu begegnen. «Als die häufigste Form von Kindesmisshandlung mit potentiell schwerwiegenden Konsequenzen benennen Jugendämter die Vernachlässigung.» (Weiss 2003: 21) Vernachlässigung wird von Schone et al. (1997: 21) definiert als «die andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns durch sorgeverantwortliche Personen, welches zur Sicherstellung der seelischen und körperlichen Versorgung des Kindes notwendig wäre».

Die seelische Misshandlung ist gekennzeichnet durch Zurückweisung, emotionale Unerreichbarkeit der Bezugsperson, Erniedrigung und Entwürdigung oder den Gebrauch des Kindes für die Bedürfnisse der Erwachsenen (vgl. Weiss 2003: 24). Die seelische Misshandlung ist eine ebenso häufige Ursache der Traumatisierung im Kindesalter wie die körperliche Misshandlung und «ist im Gegensatz zur Vernachlässigung durch eine überstimulierende und verletzende Beziehung geprägt» (Weiss 2003: 24).

Der sexuelle Missbrauch stellt eine besonders schwerwiegende Form der Kindesmisshandlung dar. «Sexueller Missbrauch ist ein traumatisches Erlebnis, das [...] psychische Sofort-, Früh- und Spätfolgen zeigen kann.» (Fegert/Spröber 2012: 572) Der sexuelle Missbrauch stellt mit allerhöchster Wahrscheinlichkeit einen Indikator für eine Kindeswohlgefährdung dar. «Ein sexueller Missbrauch, der innerhalb der Familie oder des Haushaltes stattfindet, ist in der Regel mit ernsthaften Beziehungsstörungen innerhalb der Familie oder des Haushaltes verbunden.» (Fegert/Spröber 2012: 572)

Nicht nur das eigene Erleben von körperlicher und/oder psychischer Misshandlung können Traumata auslösen. Wie bereits erwähnt, kann auch schon nur das Miterleben, wie z.B. bei häuslicher Gewalt, ebenfalls traumatisierend sein.

## 2 Traumafolgestörungen

Nachfolgend an die Definition und die Erläuterung verschiedenen Traumata-Formen sowie der Risikofaktoren von Traumata, werden in diesem Kapitel die verschiedenen Klassifikationen (Kap. 2.1) sowie die Symptome (Kap. 2.2) von Traumafolgestörungen vorgestellt. Ausserdem werden die Auswirkungen von Traumata auf Funktion und Struktur des Gehirns (Kap. 2.3) erläutert.

Die möglichen negativen Folgen traumatischer Ereignisse in Kindheit und Jugend sind mittlerweile gut belegt (vgl. Carrion, Weems, Ray, Reiss, 2002; Copeland, Keeler, Angold, Costello, 2007; Sachsse, 2013, zit. in Loos et al. 2015: 617-618) und betreffen eine ganze Bandbreite von Traumafolgestörungen, darunter insbesondere posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS).

### 2.1 Klassifikation von Traumafolgestörungen

Je nach auftretenden Symptomen bei traumatisierten Kinder oder Jugendlichen sind verschiedenste Unterstützungsangebote oder Therapieformen sinnvoll. Die Einordnung in das in der Schweiz gebräuchliche Klassifikationssystem ICD-10 ist zum einen notwendig, um Leistungen aus dem Gesundheitswesen beziehen zu können und zum anderen erleichtert eine Diagnose die Wahl der effektivsten Therapiemethode sowie den Austausch zwischen Fachkräften. Durch die Klassifikation der Traumafolgestörung ist eine detaillierte und systematische Beschreibung und damit auch eine gemeinsame Vorstellung über die vorherrschende Symptomatik möglich.

#### 2.1.1 Diagnoseorientierte Klassifikation

Als direkte Folge einer belastenden Lebenserfahrung werden die Diagnosen posttraumatische Belastungsstörung, akute Belastungsreaktion/-störung und die Anpassungsstörung vergeben. Die beiden Diagnosemanuale ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2017) der WHO und DSM-5 (Falkai et al. 2015) der APA unterscheiden sich deutlich in ihrem Anforderungsprofil zur Diagnosestellung. Im DSM-5 sind die Diagnosekriterien spezifischer. Dies führt dazu, dass die Diagnose PTBS nach ICD-10-Kriterien doppelt so häufig vergeben wird (vgl. Gahleitner et al. 2017: 30).

#### 2.1.2 Die posttraumatische Belastungsstörung

Die PTBS (F43.1, ICD-10 bzw. Ziffer 309.81, DSM-5) ist die primäre Traumafolgestörung in den diagnostischen Manualen. Sie kann frühestens nach vier Wochen gestellt werden, wenn

man davon ausgehen kann, dass der Verarbeitungsprozess der traumatischen Erfahrung nicht gelungen und eine Chronifizierung der Symptomatik eingetreten ist. Die Diagnose kann nur vergeben werden, wenn die Person eine objektivierbare Erfahrung von ernsthafter Bedrohung der körperlichen oder psychischen Integrität der eigenen Person oder anderer Personen erlebt hat, eine aussergewöhnliche Bedrohung mit katastrophalem Ausmass (A1-Kriterium). Die PTBS zeichnet sich durch drei Symptombereiche aus:

- unwillkürliches Wiedererleben von mit dem Ursprungstrauma verbundenen Träumen, Bildern, Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen (sog. Flashbacks oder Intrusionen)
- anhaltende Vermeidungsreaktionen gegenüber Traumahinweisreizen (Triggerung)
- Symptome erhöhten physiologischen Arousal<sup>4</sup> wie Schlafstörungen, Reizbarkeit, aggressives Verhalten, Konzentrationsschwierigkeiten und übertriebenen Schreckreaktionen.

(Gahleitner et al. 2017: 31)

### 2.1.3 Akute Belastungsreaktion/-störung

Die akute Belastungsreaktion (F43.0) wird im ICD-10 diagnostiziert, wenn die Symptome unmittelbar nach dem belastenden Ereignis auftreten und sich frühestens nach acht Stunden nach Beendigung der Belastung verringern. Symptome einer generalisierten Angststörung sowie sozialer Rückzug, Einengung der Aufmerksamkeit, Desorientierung, Ärger, sinnlose Überaktivität oder aussergewöhnliche Trauer können auftreten. Laut DSM-5 handelt es sich bei der akuten Belastungsstörung (Ziffer 308.3) um eine noch nicht chronifizierte Form der PTBS, die durch dissoziative<sup>5</sup> Symptome ergänzt wird. Es wird eine Störungsdauer von bis zu vier Wochen angenommen.

### 2.1.4 Anpassungsstörung

Die Anpassungsstörung (F43.20–28, ICD-10) beginnt i. d. R. innerhalb eines Monats nach dem belastenden Ereignis und dauert mit Ausnahme der längeren depressiven Reaktion (F43.21) nicht länger als sechs Monate. Die Anpassungsstörung wird dadurch definiert, dass die Person subjektiv leidet, emotional durch Ängste oder depressive Symptome belastet und in ihrer sozialen Funktionsfähigkeit eingeschränkt ist.

---

<sup>4</sup> Arousal ist ein Begriff aus der Psychologie und der Physiologie. Er bezeichnet den allgemeinen Grad der Aktivierung des zentralen Nervensystems beim Menschen und bei Wirbeltieren. Charakteristische Merkmale sind u. a. Aufmerksamkeit, Wachheit und Reaktionsbereitschaft.

<sup>5</sup> Der Begriff Dissoziation bezeichnet das (teilweise bis vollständige) Auseinanderfallen von psychischen Funktionen, die normalerweise zusammenhängen. Betroffen von dissoziativer Abspaltung sind meist die Bereiche Wahrnehmung, Bewusstsein, Gedächtnis, Identität und Motorik, aber manchmal auch Körperempfindungen.



## 2.2 Traumaspezifische Symptome

Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter wirken sich auf verschiedenste Bereiche wie z.B. soziale, emotionale, und/oder kognitive Kompetenzen aus. Die Kenntnis der Merkmale von Traumafolgestörungen und die Fähigkeit der Einordnung von Verhaltensweisen sind notwendig um betroffenen Kindern und Jugendlichen eine angemessene und frühzeitige Versorgung zu ermöglichen. Im Folgenden werden unterschiedliche Erscheinungsformen von Traumafolgestörungen – unterteilt in traumaspezifische Symptome und komplexe Symptomatiken – dargestellt. Verhaltensauffälligkeiten von traumatisierten Kindern und Jugendlichen können sehr häufig den drei psychischen Symptombereichen *Übererregung*, *Wiedererleben* und *Vermeidung* zugeordnet werden. Diese Verhaltensauffälligkeiten entwickeln sich in direkter Folge auf das traumatische Ereignis. Es kann neben dem sofortigen Auftreten auch ein verzögertes Einsetzen der Symptomatik nach dem traumatischen Ereignis beobachtet werden (vgl. Bruschi 2013: 13).

### 2.2.1 Übererregung

«Der Zustand der Übererregung (*Hyperarousal*) ist gekennzeichnet durch eine fortwährende erhöhte Wachsamkeit (*Hypervigilanz*).» (Scherwath/Friedrich 2012: 24) Das Kind ist über vorsichtig und achtet sehr darauf, was in der Umgebung passiert oder kontrolliert sein Umfeld im übertriebenen Maße. Es kann zudem beobachtet werden, dass die traumatisierten Kinder und Jugendlichen sehr schreckhaft sind und bereits bei kleinsten Geräuschen zusammensucken.

Die Übererregung führt zu Schwierigkeiten bei der Affektregulation. Bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen wird oftmals beobachtet, dass sie entweder schnell überreagieren oder sich verschließen und erstarrten. Durch die Übererregung können sowohl eine gesteigerte Reizbarkeit und Zornausbrüche, Angst und Panik sowie Aufsässigkeit und Trotz erklärt werden. Oft reichen die kleinsten Anlässe aus, um diese Empfindungen und Verhaltensweisen auszulösen. Die Folge ist, dass die Reaktionen eines Kindes für das Umfeld häufig nicht nachvollziehbar sind. In Folge einer Traumatisierung können auch Reaktionen wie plötzliches Weinen, Zerstörung von Gegenständen oder Weglaufen auftreten. Weiter kann beobachtet werden, dass die Stimmung der betroffenen Kinder und Jugendlichen häufig und ganz plötzlich wechselt. Auch können Ein- oder Durchschlafstörungen beobachtet werden sowie frühes Erwachen und Alpträume (vgl. ebd.)

Hyperaktivität bildet sich unter anderem in Schwierigkeiten beim Ruhig sein, beim Abwarten können und im häufigen Stören ab. Auch deutliche körperliche Anspannung ist eine Folge der Übererregung. Zudem hat die Übererregung Auswirkungen auf die Konzentration und die

Aufmerksamkeit. So sind häufig Leistungsabfälle im schulischen Bereich zu beobachten. Im Alltag wirken betroffene Kinder und Jugendliche unorganisiert und sind vergesslich, so dass sie einfache Aufgabenstellungen nicht mehr bewältigen können.

### 2.2.2 Wiedererleben

Auch das Wiedererleben ist wie die Übererregung eine direkte Folge auf eine traumatische Erfahrung. Häufig treten Erinnerungen an das traumatische Ereignis unkontrollierbar in den Gedanken des Kindes oder Jugendlichen auf und laufen wie ein Film vor dem inneren Auge ab. Einzelne Details welche während des Ereignisses wahrgenommen worden sind, können Auslöser dafür sein. Diese Details müssen nicht unbedingt mit der Gefahr verbunden sein. Der Grund für einen so genannten Flashback kann z. B. auch eine bestimmte Musik sein. Als Folge dieser Flashbacks treten Symptome der Übererregung wie massive Aggression oder Angst auf. Das Schwierige bei diesen Flashbacks ist, dass auch die Kinder und Jugendlichen nicht erklären können, was in ihnen vorgegangen ist und warum sie so reagiert haben (vgl. Scherwath/Friedrich 2012: 27).

Bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen führt die Konfrontation mit erinnerungsauslösenden Stimuli, wie z.B. Personen, Orten oder auch bestimmten Uhrzeiten, zu Leidensempfindungen durch Wiedererleben. Ebenfalls Ausdruck dieses Symptombereiches können Sinnestäuschungen oder auch Halluzinationen und Alpträume sein, bei denen das Kind oder der Jugendliche das Gefühl hat, dass das traumatisierende Ereignis wieder durchlebt wird. Auch dissoziative Zustände können auftreten. «Das bedeutet, dass traumatisierte Menschen häufig nicht im vollen Alltagsbewusstsein präsent sind, sondern sich laufend oder situativ als abgespalten von sich und der gerade stattfindenden Situation erleben oder deutliche Amnesien gegenüber aktuellem Geschehen oder Befinden haben.» (ebd.: 28). Die Betroffenen wirken verträumt und abwesend. Aufgrund der ähnlichen Symptomatik besteht die Gefahr der Verwechslung mit Aufmerksamkeitsstörungen. Manchmal können dissoziative Zustände dazu führen, dass sich Kinder und Jugendliche nicht mehr an von ihnen erfolgte Handlungen oder Aussagen erinnern. Diese Tatsache kann zu gestörter Kommunikation führen, da die Kinder und Jugendlichen Dinge abstreiten, die sie getan haben und sie zu lügen scheinen.

### 2.2.3 Vermeidung

Die Vermeidung stellt den dritten spezifischen Symptombereich nach einer Traumatisierung dar. «Die Vermeidungssymptomatik ist die logische Konsequenz aus der subjektiven Bedrohung durch Übererregung und Wiedererinnerungen.» (Weinberg 2005: 103).

Oft werden Gespräche, Orte, Personen und andere Details, welche mit dem traumatischen

Ereignis in Zusammenhang gebracht werden, vermieden. Betroffene Kinder und Jugendliche berichten von Erinnerungslücken. Die Symptomatik kann sich auch darin zeigen, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen sich zurückziehen oder dass es ihnen schwerfällt, Vertrauen in andere Menschen zu setzen. Den Kindern und Jugendlichen gelingt es schlechter, Freundschaften aufrecht zu erhalten. Sie vermeiden, das häusliche Umfeld zu verlassen und leiden teilweise unter Trennungsangst. Der Symptombereich der Vermeidung zeichnet sich auch durch ein verschobenes Zukunftsempfinden, verbunden mit dem Gefühl der Hoffnungslosigkeit aus (vgl. ebd.). Den Kindern und Jugendlichen fällt es deshalb schwer, Zukunftsperspektiven zu entwickeln und sie scheinen desinteressiert am Verlauf des eigenen Lebens. Viele Menschen beschreiben nach einem traumatischen Ereignis ein Gefühl der Verminderung der Körperwahrnehmung und der Entfremdung des eigenen Körpers. «Hierzu gehört auch das Phänomen, dass [die Kinder und Jugendlichen] (...) sich nicht eins mit dem eigenen Körper fühlen.» (Weinberg 2005: 104). Die beschriebenen Symptome können bis zum Verlust von Entwicklungsschritten führen. Dies kann sich z.B. in Einnässen und Einkoten darstellen, nachdem die Sauberkeitsentwicklung bereits abgeschlossen war. Es kann sich aber auch in regressiver Sprache und Spielverhalten äussern. Das Konsumieren von Drogen erleichtert die Vermeidung von traumaspezifischen Erinnerungen. Die Jugendlichen nutzen diese Art der Selbstmedikamentation zur Betäubung, denn dadurch gelingt es Jugendlichen sehr viel besser, nicht mit den Symptomen des Wiedererlebens und der Übererregung konfrontiert zu sein.

#### 2.2.4 Komplexe Auswirkungen von Traumatisierungen

In Folge von sehr früher und/oder chronischer Traumatisierung entstehen komplexe Auswirkungen mit einer grossen Zahl unterschiedlicher, sich teilweise überschneidender Symptome (vgl. Briere/Spinazzola 2011: 135). Studien «unterstützen die Vermutung, dass schwere Kindheitstraumata ätiologisch<sup>6</sup> an schweren Symptombildungen und Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter beteiligt sein könnten» (Egle et al. 1996; zit. nach Sachsse/Esslinger/Schilling 2004: 100). Briere und Spinazzola (2011: 134) benennen affektive Störungen wie Depressionen und Angsterkrankungen als Auswirkungen von komplexer Traumatisierung. Zudem können Identitätsstörungen, kognitive Beeinträchtigungen sowie ein schwaches Selbstwertgefühl und die Neigung zu Selbstbeschuldigungen weitere Symptome sein. Weitere traumabedingte Reaktionen sind Somatisierung<sup>7</sup>, Dissoziation, Substanzmiss-

---

<sup>6</sup> Die Ätiologie beschäftigt sich mit den Ursachen für das Entstehen einer Krankheit. Sie ist in der Medizin, Klinischen Psychologie und speziell der Epidemiologie von grosser Bedeutung.

<sup>7</sup> Somatisierung beschreibt die Neigung, körperliches Unwohlsein und Symptome, die nicht auf krankhafte physische Befunde zurückzuführen sind, trotzdem körperlichen Erkrankungen zuzuschreiben und eine Körpermedizinische Behandlung dafür anzustreben. Es wird angenommen, dass diese Neigung häufig eine Reaktion auf psychosoziale Belastungen ist.

brauch sowie Aktivitäten zur Verringerung von Anspannung wie Essstörungen, Selbstverletzung und Suizidalität. «Einige dieser Traumafolgen können als Symptome oder zugehörige Merkmale der Borderline-Persönlichkeitsstörung (American Psychiatric Association 2000) verstanden werden, die in manchen Studien auch mit Kindheitstrauma in Verbindung gebracht wurden.» (Ogata et al. 1990; zit. in Briere/Spinazzola 2011: 135)

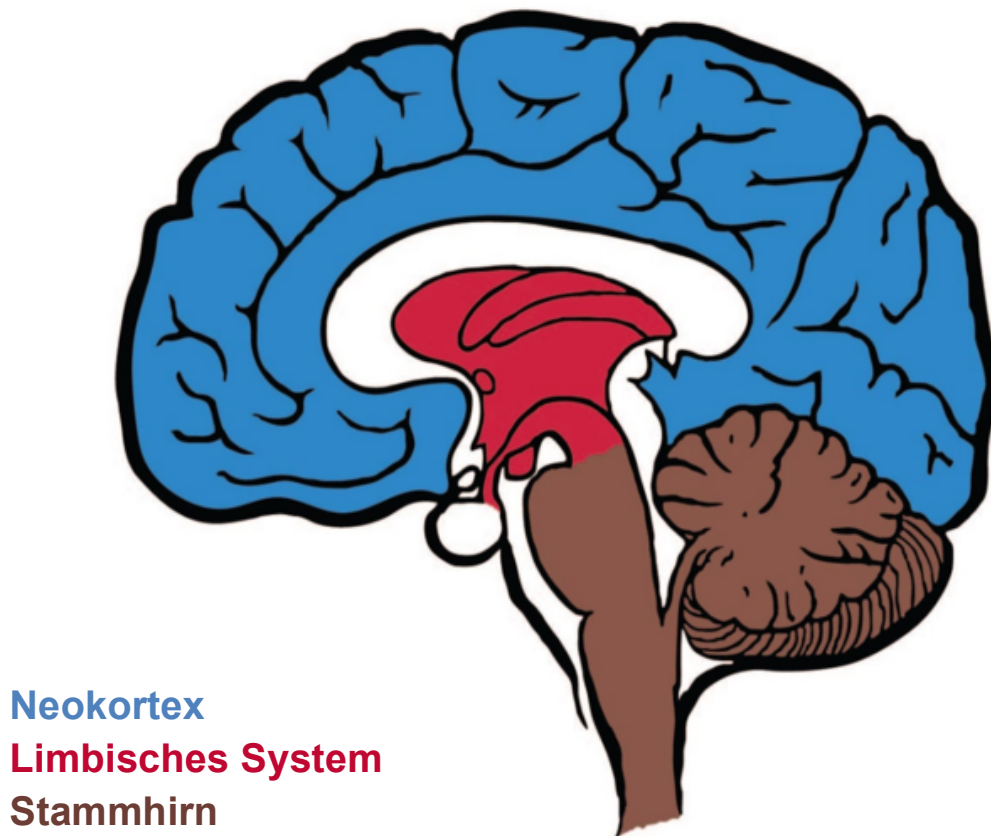
Allgemeine Entwicklungsverzögerungen und Defizite in Bereichen der Entwicklungsstörungen und/oder Störungen des Sozialverhaltens werden weiterhin mit Traumatisierungen in der frühen Kindheit in Verbindung gebracht. «Es [gibt] vielfältige Symptomatiken, die eher Teilbereiche der Entwicklung betreffen und in diesen zu Auffälligkeiten und besonderen Verhaltensmerkmalen führen.» (Schwerwath/Friedrich 2012: 32f)

### 2.3 Der Einfluss von traumatischen Erfahrungen auf das Gehirn

Forschungsergebnisse der vergangenen Jahre verknüpfen das Erleben eines seelischen Traumas mit der Entwicklung von Struktur und Funktion des menschlichen Gehirns. Teicher, Tomoda & Andersen (2003, zit. in Brisch 2009: 42) kamen in ihren Studien zu den Forschungsergebnissen: Opfer von Vernachlässigung und Missbrauch in der Kindheit wiesen im Erwachsenenalter im Vergleich zu nicht missbrauchten Kontrollprobanden strukturelle Veränderungen mit Volumenverminderungen im Hippocampus, dem Corpus callosum und der Amygdala auf.

Perry (2001, zit. in ebd.) stellt in seinen Untersuchungen dar, wie sich das Gehirn aufgrund von verschiedenen Nutzungsbedingungen unterschiedlich entwickeln kann. Neue Informationen werden vom sich entwickelnden Gehirn in einer gebrauchtsabhängigen Art und Weise organisiert und internalisiert. Wenn sich das Kind vermehrt in einem Zustand des Hyperarousal oder der Dissoziation befindet, werden nach einer Traumaerfahrung auch vermehrt neuropsychiatrische Symptome in Richtung einer posttraumatischen Belastungsstörung entwickelt (vgl. ebd.: 43). Während der Reifungszeit des kindlichen Gehirns können traumatische Ereignisse zudem einen Einfluss auf die Reifung der orbito-frontalen Hirnregion haben, welche für die Steuerung, Integration und Modulation von Affekten zuständig ist (vgl. Schore 2001 zit. in ebd.). Ein Trauma in der frühen Kindheit verändert zudem stark die Entwicklung der rechten «nonverbalen» Gehirnhälfte, die für verschiedene Aspekte der Bindung und Affektregulation verantwortlich ist (vgl. Schore & Schore 2008, zit. in ebd.).

Die traumatisierten Kinder und Jugendlichen können sich besser verstehen, wenn sie die Funktionsweise des Gehirns kennen und die Übertragung früherer traumatischen Erfahrungen und Bindungserfahrungen als normale menschliche Reaktion verstehen. Zur Erklärung der Funktionsweise des Gehirns eignet sich das Modell «Dreieinigen Gehirns» von Paul Mac Lean:



**Neokortex**  
**Limbisches System**  
**Stammhirn**

Abbildung 1: Das «Dreieinige Gehirn»

Das Dreieinige Gehirn besteht – vereinfacht – aus drei Bestandteilen, die im Idealfall gut zusammenarbeiten. Die Aufgabe des Neokortex ist die Kognition, das Lösen von Problemen. Das Stammhirn ist für das Überleben und die Reflexe zuständig, es stellt Energie bereit und reguliert die Grundlagen des Daseins. Das limbische System ist für Emotionen und Gedächtnis zuständig. Die Amygdala (Mandelkernkomplex) als Teil des limbischen Systems ist für eine schnelle Reaktion bei Gefahr verantwortlich. Normalerweise sendet die Amygdala bei Gefahr Signale an das Stammhirn, um Energie zum Kämpfen und Flüchten bereitzustellen und an den Neokortex (Denker), um zu überprüfen, ob eine Gefahr besteht. Bei traumatisierten Menschen, die vielfältigen Gefahren ausgesetzt waren, ist die Verbindung der Warnzentrale Amygdala zum Neokortex weitgehend ausgeschaltet. Die Kinder und Jugendlichen reagieren schneller übererregt, sie dissoziieren oder erstarren. Die physiologischen und psychischen Reaktionen auf den Angriff verringernden Sicherheitsreize werden nicht wahrgenommen. Sie sind immer noch in der «Angriffssituation». Auch die Übertragung traumatischer Erfahrungen, z. B. die Angst vor dem Verhungern, vor menschlichem Verrat, vor körperlicher und sexueller Gewalt, verhindern ein anhaltendes Gefühl von Sicherheit. Möglicherweise sorgen die Kinder und Jugendlichen für sich, indem sie überall Essen bunkern.

Sie suchen keine Hilfe in schwierigen Situationen, da sie Erwachsene nie als hilfreich erlebt haben. Oder sie «kleben» an den Bezugspersonen, weil die ja plötzlich verschwinden könnten. Dieses Selbst-Verstehen dient der kognitiven Bewältigung der erlebten Ereignisse und ist wichtiger Bestandteil der Klärung der eigenen Identität. Kindern hilft es, wenn sie verstehen, wieso und wie Seele und Körper heute auf den Extremstress, den sie hinter sich glauben, reagieren. Jedes Verhalten, mag es noch so bizarr, sinnlos und dysfunktional erscheinen, ist für die durchführende Person sinnhaft. Viele Verhaltensweisen kann man auf Grundlage der psychosozialen Lerngeschichte der Kinder und Jugendlichen gut erklären – sie haben eine Entwicklungslogik. In traumatisierenden Situationen gelernte Überlebensstrategien werden wegen ihrer hohen Funktionalität und Relevanz für das Überleben besonders schwer wieder «verlernt».

### 3 Bindung und Traumatisierung

Im besten Fall erfährt das Kind in seinen Bindungen Schutz, Beruhigung und Trost. Die verlässlich wiederkehrende Befriedigung des Bindungsbedürfnisses verhilft ihm zu einem Gefühl von Sicherheit. Die Erkundung der Umwelt wird vom Kind solange vorangetrieben, bis eine Verunsicherung auftritt und das Kind erneut Schutz bei der Bindungsperson suchen lässt.

In der Regel entwickelt das Kind im ersten Lebensjahr ein inneres Arbeitsmodell, in dem Erwartungen über die Verhaltensweisen von Bezugspersonen und eigene Nähe regulierende Verhaltensweisen ihnen gegenüber repräsentiert sind (vgl. Grossmann/Grossmann 2012: 381). In der zweiten Hälfte des zweiten Lebensjahres beginnt das Kind ein intuitives Verständnis für Gefühle, Wünsche und Absichten anderer Personen zu entwickeln (vgl. Dornes 2010: 154). Im Austausch mit seinen Bezugspersonen bildet sich das Selbst des Kindes «als ein organisierendes Zentrum, das nicht nur gespürt wird, sondern sich dessen bewusst ist, und das sich in all(en) [...] Akten zur Geltung bringen und behaupten will» (ebd.: 136). Die Autonomie seines Selbst kommt im Bestreben nach Tüchtigkeit und Selbstständigkeit zur Geltung, wenn das Kind aktiv ein Spielzeug erprobt oder versucht ein Problem zu lösen, um einen Effekt hervorzurufen (vgl. Grossmann/Grossmann 2012: 201f.). Durch die Reaktionen seiner Bezugspersonen auf bestimmte Aspekte der eigenen Person gewinnt das Kind Schritt für Schritt eine Perspektive auf die eigene Person (vgl. Dornes 2010: 136).

Das Bestreben nach Autonomie im zweiten sowie im dritten Lebensjahr ist verbunden mit der Suche nach Verbundenheit. Erste Versuche, das eigene Verhalten zu kontrollieren und sich an Regeln zu orientieren, beginnen bereits in der zweiten Hälfte des zweiten Lebensjahres. Die Aufmerksamkeit gegenüber Regeln und den Reaktionen von anderen Personen auf das eigene Handeln bilden die Basis für erste selbstbezogene positive oder negative Emotionen. Zudem findet auch die Entwicklung der Empathie in dieser Zeit statt (vgl. Bischof-Köhler 2011: 266 f.). Über die Angewiesenheit auf Bindung und Unterstützung können aber auch der Gewinn an Handlungsmöglichkeiten und das Autonomiestreben nicht hinwegtäuschen (vgl. Dornes 2010: 67). Auch wenn sich der Wandel weg von der interpsychischen, hin zur intrapsychischen Emotionsregulation im zweiten Lebensjahr zu vollziehen beginnt (vgl. Friedlmeier 2013: 208), ist das Kind beim Bewältigen von negativen Emotionen auf die Unterstützung ihrer Regulation durch Bezugsperson angewiesen.

Mit dem Eintritt ins vierte Lebensjahr erweitern sich auch Sprachverständnis und Sprachgebrauch. Eine der wichtigsten Entwicklungen besteht darin, Annahmen über Bewusstseinsvorgänge in anderen Personen vorzunehmen und diese in der eigenen Person zu erkennen (theory of mind) (vgl. Bischof-Köhler 2011: 325 ff.).



Das soziale Verstehen, welches sich im fünften und sechsten Lebensjahr entwickelt, erschliesst dem Kind Schritt für Schritt die eigenen psychischen Vorgänge. Dies kann beim Umgang mit den eigenen Emotionen helfen. Beruhigende Selbstgespräche, Ablenkung oder Rückzug von als belastend erlebten Situationen sind regulierende Strategien (vgl. Petermann/Wiedebusch 2008: 78 ff). Das Kind kann nun auch immer besser nachvollziehen, was eine andere Person denkt und welche Gefühle sie in einer bestimmten Situation haben kann. Dadurch wird es dem Kind auch möglich, durch Argumentieren und Verhandeln, d. h. durch die bewusste Steuerung seines emotionalen Selbstaustausdrucks, eine zielkorrigierte Partnerschaft mit Bezugspersonen aufrechtzuhalten (vgl. Grossmann/Grossmann 2012: 78). Das Kind erfährt aus dem Verhalten der Bindungspersonen, ob sein Handeln bedeutsam ist. «Die Orientierung des Kindes hin auf die Bedeutung neuer Erfahrungen im Kopf seiner klügeren Bindungsperson ist genauso wichtig, vielleicht sogar wichtiger als die Erfahrung selbst.» (ebd.: 275)

Die Bindung, die Kinder zu ihrer (ihren) Bezugsperson(en) aufbauen, hat grossen Einfluss auf die Folgen der traumatischen Ereignisse und können ihrerseits auch durch die Ereignisse stark beeinflusst werden. In diesen Extremsituationen wird das Bindungssystem automatisch aktiviert und die traumatisierte Person sucht Schutz und Sicherheit. Dabei kann die Bindung ein Schutz-, aber auch ein Risikofaktor sein, weil die Art der Bindung die Verarbeitung der traumatischen Erfahrungen beeinflusst. (vgl. König 2012, zit. in Ziegler 2014: 18)

Für die seelische Gesundheit während der späteren Kindheit (und weit darüber hinaus) haben Bindungserfahrungen der frühen Kindheit somit eine ausserordentlich weitreichende Bedeutung: Sichere Bindungen stehen in einem Zusammenhang mit einer gelingenden emotionalen Selbstregulation und mit der Fähigkeit, sich in Sichtweisen und Gefühlswelten anderer Personen hineinzusetzen. Sichere Bindungen schaffen wichtige Voraussetzungen, um belastende Erfahrungen durch geeignete Strategien in ihren destruktiven Auswirkungen einzuschränken oder sogar bewältigen zu können.

### **3.1 Bindungstheorie in ihrer Bedeutung für die Traumapädagogik**

Durch das Erleben von positiven Bindungen wird beim Kind ein Gefühl von «innerer Sicherheit» hergestellt. Mit diesem Gefühl sind Fähigkeiten zur gelingenden Stressregulation wie auch kognitive Steuerungsprozesse verbunden. Diese Fähigkeiten zur flexiblen Emotionen- und Stressregulation sind bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen, welche in ihren Bindungsbeziehungen massive Misshandlung, Vernachlässigung oder auch sexuellen Missbrauch erfahren haben, massiv eingeschränkt bzw. geschädigt.



### 3.1.1 Traumata und Desorganisation

In bis zu 80% der Fälle zeigen Kinder nach Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung desorganisierte Verhaltensweisen, wie z.B. kurzfristige dissoziative Zustände, ängstliches sowie widersprüchliches Verhalten, die nicht durch eine neurobiologische Erkrankung erklärt werden können. Hingegen finden sich bei gesunden reifgeborenen Kindern und psychosozial unbelasteten Eltern nur bei etwa 15 Prozent desorganisierte Bindungsmuster. (vgl. Cicchetti & Barnett 1995 u. A., zit. in Brisch 2009: 60) Kinder von Müttern, die selbst eine schwerwiegende, unverarbeitete Traumatisierung erlebt haben, zeigen etwa solche ängstlichen Sequenzen in ihrem Bindungsverhalten ebenfalls häufiger als Kinder von Müttern, die keine Traumatisierung erlitten oder sie bereits verarbeitet haben. (vgl. Solomon & George 1999, zit. in ebd.) Die Forschungsergebnisse zeigen somit, dass es zwischen desorganisierten Bindungsmustern bei Kindern und ungelösten Traumata ihrer Eltern einen Zusammenhang gibt. Es kann z. B. sein, dass das Schreien des eigenen Kindes bei den Eltern das einst erlebte Trauma triggert, da eben genau dieses schreien an die eigenen erlebten Ereignisse erinnert. Dadurch können dissoziative oder auch traumaspezifische und das Kind verängstigende Verhaltensweisen ausgelöst werden. (vgl. Brisch & Hellbrügge 2003, zit. in ebd.) Sind pathogene Faktoren wie Deprivation, Misshandlung, schwerwiegende Störungen das vorherrschende frühe Interaktionsmuster können hieraus Bindungsstörungen resultieren, sofern sich diese Bindungserfahrungen über mehrere Jahre erstrecken. Selbst nach einem Milieuwechsel, etwa durch Adoption, unter besseren emotionalen familiären Bedingungen können diese Bindungsstörungen weiter bestehen bleiben und eine extreme Belastung für die neue Beziehung zwischen Adoptiveltern und Kind darstellen. (vgl. Steele et al. 2002, zit. in ebd.) Oftmals lassen Bindungsstörungen die verborgenen Bindungsbedürfnisse der Kinder wegen der extremen Verzerrungen im Verhaltensausdruck nicht mehr erkennen. Sie können sich so im schlimmsten Fall zu überdauernden psychopathologischen Muster einer schweren Persönlichkeitsstörung verfestigen (Brisch/Hellbrügge 2003, zit. in ebd.: 96).

### 3.1.2 Die Entwicklung traumapädagogischer Bindungskonzepte

Positive Beziehungserfahrungen sind aufgrund der oben beschriebenen Zusammenhänge deshalb der vielleicht wesentlichste Beitrag für eine gelingende Traumabearbeitung. In allen traumapädagogischen Konzepten wird darum auch die Bedeutung von Bindung betont. In ihrer theoretischen Konzeption setzten die verschiedenen Konzepte unterschiedliche Schwerpunkte, die teilweise im Handeln erkennbar sind, meist fließen diese aber ineinander und ergänzen sich.

Die Erfahrung für jemanden Bedeutung zu haben ist für traumatisierte Kinder und Jugendliche oft ganz neu. Momente, in denen sich jemand Zeit für sie genommen oder etwas Beson-

deres Unternommen hat, bleiben ihnen oft lange Zeit in Erinnerung. Die Heimerziehungsforschung zeigt: Die exklusive Beziehung kann die Nachteile der institutionellen Bedingungen wie Schichtdienst und Betreuungswechsel teilweise ausgleichen: «Sie suchen weiterhin nach dem Verlorenen oder erfolglos Gesuchten, nach Erwachsenen, die persönliche Verantwortung gerade für sie übernehmen würden, zu denen sie gehören könnten.» (Wieland et al. 1992, zit. in Jäckle/Wuttig/Fuchs 2017: 639) Traumatisierten Kindern und Jugendlichen nutzt Beziehungsvielfalt. Idealerweise leben sie in einem Raum stabiler, sozialer Beziehungen. «Ausdrücklich geht es bei diesen Überlegungen jedoch um Beziehungsvielfalt, nicht um Beziehungsdynaden alleine.» (Gahleitner 2011: 29) Die Berücksichtigung der zum Teil desaströsen Bindungserfahrungen der Kinder und Jugendlichen im pädagogischen Alltag erfordert einen reflexiven Umgang mit den Bindungsfallen. Auf jeden Fall beinhaltet Bindungspädagogik, die Kinder und Jugendlichen in der Reflexion ihres Bindungsverhaltens auch kognitiv und alltäglich zu begleiten (vgl. Bowlby 1995, zit. in Weiss 2013: 112 f.).

### 3.1.3 Resilienz als Schutzfaktor

Resilienz beschreibt die Fähigkeit, Krisen zu bewältigen und diese Krisen mithilfe persönlicher und sozial vermittelter Ressourcen als Anlass für Entwicklungen zu nutzen. So gesehen ist Resilienz das Resultat von Gen-Umwelt-Interaktionen und ein Ergebnis von Lern- und Bewältigungserfahrungen. Die Bindungsforschung zeigt, wie die Bindung an eine Bezugsperson die unterstützenden Erfahrungen ermöglicht, aus welchen später die erforderlichen Kompetenzen zur Belastungsbewältigung entstehen können. Dies bedeutet aber sogleich auch, dass gerade frühe Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen die Beziehungserfahrungen, die Resilienz ermöglichen, verhindern.

## 4 Traumapädagogik

Die Traumapädagogik ist in den letzten Jahren unter Verwendung der Erkenntnisse der Psychotraumatologie entstanden. Heute hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass der pädagogische Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen Fachkenntnis und Methoden erfordert, die massgeschneidert bei der Bewältigung der Auswirkung traumatischer Erfahrungen unterstützen. Es sind zahlreiche traumapädagogische Konzepte und Ansätze entstanden. Im Jahr 2010 haben die Bundesarbeitsgemeinschaft für Traumapädagogik (BAG TP) und die Deutsche Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) gemeinsame Mindeststandards zur Weiterbildung zum Traumapädagogen/zur Traumapädagogin beschlossen, 2011 hat die BAG TP Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe vorgestellt. Heute ist Traumapädagogik sowohl Bestandteil der Pädagogik als auch der Psychotraumatologie. Traumapädagogik bezieht sich auf Forschung und Grundwissen von Psychotraumatologie, Psychoanalyse, Bindungs- und Resilienzforschung, Sozialer Arbeit, Erziehungswissenschaften, therapeutischer Disziplinen und der Neurobiologie.

### Die Traumapädagogik

Die Wurzeln	Die Bezugswissenschaften
- Reformpädagogik	- Soziale Arbeit
- Heilpädagogik	- Psychotraumatologie
- Psychoanalytische Pädagogik	- Psychoanalyse
- Die Pädagogik der Befreiung	- Bindungs- und Resilienzforschung
- Milieutherapeutische Konzepte	- Therapeutische Disziplinen
	- Neurobiologie

*Tabelle 2 Die Traumapädagogik (Weiss 2011 :262)*

Die Traumapädagogik ist in der pädagogischen Praxis entstanden. Aufgrund der Enttabuisierung der sexuellen Gewalt gegen Frauen beschäftigten sich ab Ende der 80er-Jahre Fachkräfte in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie Pflegeeltern mit den Möglichkeiten einer besseren Unterstützung traumatisierter Kinder und Jugendlichen. Mitte der 90er- Jahre, mit der Erweiterung des Blickwinkels auf alle Formen von Gewalt gegen Kinder, stieg das Interesse an den Auswirkungen anderer traumatischer Erfahrungen auf die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen und die Frage nach den Möglichkeiten einer pädagogischen Begleitung.

Als handlungsleitende Inhalte der Traumapädagogik haben sich folgende Konzepte herauskristallisiert:

- Pädagogik des sicheren Ortes (Kühn 2007)
- Pädagogik der Selbstbemächtigung (Weiss 2005; Weiss 2009)
- Traumapädagogische Gruppenarbeit (Bausum 2009)
- Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für Pädagog/innen als institutioneller Auftrag (Lang 2009)
- Traumapädagogik in der Schule (Ding 2009)
- Milieutherapeutische Konzepte (Gahleitner 2011)

All diese verschiedenen Konzepte verbindet eine traumasensible Grundhaltung. Im Mittelpunkt dieser Grundhaltung steht jeweils die «Annahme des guten Grundes»: Das Verhalten des Kindes ist entwicklungsgeschichtlich verstehbar als eine normale Reaktion auf eine ausserordentliche Belastung. Allen Konzepten liegt ein gemeinsames Menschenbild und eine gemeinsame Haltung zugrunde:

- Die Annahme des guten Grundes – «Alles, was ein Mensch zeigt, macht Sinn in seiner Geschichte!»
- Wertschätzung – «Es ist gut so, wie du bist!»
- Partizipation – «Ich traue dir was zu und überfordere dich nicht!»
- Transparenz – «Jeder hat jederzeit ein Recht auf Klarheit!»
- Spass und Freude – «Viel Freude trägt viel Belastung!»  
(BAG Traumapädagogik 2011).

Untersuchungen in Deutschland und der Schweiz haben gezeigt, dass 75 Prozent der Kinder und Jugendlichen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe traumatische Erfahrungen gemacht haben (vgl. Schmid et al. 2010: 238). Kaum ein anderer psychosozialer Bereich ist in einem so hohen Ausmass mit diesen komplexen Problemkonstellationen konfrontiert, wie die stationäre Kinder- und Jugendhilfe (vgl. Schmid 2013: zit. in Weiss/Kessler/Gahleitner 2016: 176). Die Relevanz der Thematik wird auch durch den steigenden Bedarf deutlich: Zahlen aus Deutschland zeigen, dass im Jahr 2007 28'200 Kinder und Jugendliche von der Inobhutnahme durch die Jugendhilfe betroffen waren. Im Jahr 2013 waren es bereits 42'120. Es kann also ein Anstieg von 49% verzeichnet werden. Will man sich einen Überblick über das Ausmass und die Entwicklung von Fremdplatzierungen in der Schweiz machen, ist es

schwierig statistische Grundlagen zu finden. In der Schweiz leben laut Aebischer (2012) zwischen 22'000 und 30'000 Kinder und Jugendliche nicht bei ihren Eltern. Genaue Zahlen zur Fremdplatzierung gibt es aber nicht. In dieser Belastungssituation erhalten nur noch jene Kinder und Jugendliche stationäre Hilfemassnahmen, bei denen ambulante Hilfen entweder kaum auf Erfolge hoffen lassen oder diese bereits gescheitert sind (vgl. Schmid 2013, zit. in Kessler et al 2016: 176). In der stationären Kinder- und Jugendhilfe erfordern diese psychisch schwer belasteten Kinder und Jugendlichen besondere und durchaus auch klinische Kompetenzen seitens der sozialpädagogischen Fachkräfte. Kenntnisse über Psychotraumatologie und Traumapädagogik zählen jedoch nicht zu den regulären Ausbildungsinhalten von Erzieher/innen, Sozialarbeiter/innen und Heilpädagog/innen. Darüber hinaus müssen auch die Strukturen der Einrichtungen eine Tragfähigkeit aufweisen, welche diese anspruchsvolle Arbeit der Fachkräfte unterstützt.

Die Traumapädagogik setzt sich das Vermitteln von korrigierenden Beziehungserfahrungen und eine gezielte Förderung von Kompetenzen zum Ziel, welche die traumatisierten Kinder und Jugendlichen aufgrund ihrer Traumata nicht lernen konnten (vgl. Schmid 2012: 411). Sie verkörpert eine Haltung, die weniger erziehend, als vielmehr versorgend, verstehend und fördernd auf das Kind wirken soll. Sie hilft bei der Bewältigung der traumatischen Erfahrungen, also dem persönlichen «(Wieder-)Erlangen einer inneren Sicherheit» (Schmid/Lang 2012: 339), sowie der «Selbstermächtigung in sozialen Beziehungen» (Weiss 2013b: 39). Die Traumapädagogik unterstützt die Stabilisierung und Förderung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen und begleitet und ergänzt den Therapieprozess derer. Deshalb ist auch ein interdisziplinärer Austausch zwischen der Pädagogik, der Psychotherapie und Psychiatrie unabdingbar. Mit der Traumapädagogik soll ein Umfeld geschaffen werden, das förderlich ist und Alternativen zum erlebten traumatisierenden Umfeld bereitstellt. Um diesen Unterschied zu verdeutlichen, hat Schmid in der folgenden Tabelle die wichtigsten Aspekte gegenübergestellt (vgl. Schmid 2013: 57).

<b>Traumatisierendes Umfeld</b>	<b>Traumapädagogisches Milieu</b>
Unberechenbarkeit	Transparenz/Berechenbarkeit
Einsamkeit	Beziehungsangebote/Anwaltschaft
nicht gesehen/gehört werden	beachtet werden/wichtig sein
Geringschätzung	Wertschätzung (Besonderheit)
Kritik und Entmutigung	Lob und Ermutigung
Bedürfnisse werden missachtet	Bedürfnisorientierung (Individualität)
Ausgeliefert sein; andere bestimmen absolut über mich	mitbestimmen können – Partizipation
Leid	Freude

*Tabelle 3: Traumapädagogische Haltung als korrigierende Beziehungserfahrung*

## 4.1 Traumapädagogische Standards

Um eine Orientierung für den Aufbau und eine Qualitätssicherung von traumapädagogischen Angeboten anzubieten verfasste die BAG-TP 2011 ein Positionspapier, in dem die traumapädagogischen Anforderungen an die Institutionen in Standards zusammengefasst wurden. Die Hauptpunkte dieses Positionspapieres werden im Folgenden dargestellt:

Leitungsaufgabe in einer Institution mit dem Anspruch auf Traumapädagogik ist, die traumapädagogischen Standards auf allen Ebenen durchzusetzen. Dazu gehören:

Die Sicherstellung der Überprüfung und Weiterentwicklung der internen Abläufe und Strukturen durch das Qualitätsmanagement (vgl. BAG-TP 2011: 15).

Die Personalentwicklung und -förderung fordert eine professionelle Grundhaltung, «eine hohe Reflexionsfähigkeit, Fachwissen, Belastbarkeit, Beziehungs- und Konfliktfähigkeit sowie eine eigene emotionale Stabilität» (BAG-TP 2011: 16). Dazu bietet die Institution

- eine Unterstützung in den Bereichen Sicherheit, Selbstreflexion und emotionaler Stabilisierung in regelmässigen Supervisionen mit Supervisorinnen und -visoren, die Kenntnisse in der Psychotraumatologie haben;
- jährliche Team-Tage zur Resilienzförderung;
- jährliche Team-Klausuren zur fachlichen Überprüfung & Weiterentwicklung der Konzepte;
- ressourcenorientierte Mitarbeiterinnen- und Mitarbeitergespräche;
- teamspezifische Fortbildungen für Mitarbeitende;
- eine Personalauswahl, in der auf Qualifikation und Persönlichkeit geachtet wird, damit das Team ergänzt wird, stabil und ressourcenvielfältig ist (vgl. ebd.)

Empfohlen wird eine Gruppengrösse von maximal acht Kindern und Jugendlichen. Sicherheitskonzepte bzw. -massnahmen (Notfallplan) sollten vorhanden sein (vgl. BAG-TP 2011: 16f.).

## 4.2 Traumapädagogische Konzepte

### 4.2.1 Die Pädagogik des sicheren Ortes

In der Traumapädagogik ist ein sicherer Ort die Grundlage, um die Kinder und Jugendlichen in der Traumabearbeitung zu unterstützen, sodass sie ihre Überlebensstrategien aufgeben können und «nach und nach alternative Fertigkeiten für nicht traumatisierte Umwelten erlernen können» (Schmid 2010: 47). Martin Kühn hat die «Pädagogik des sicheren Ortes» entwickelt und warnte darin vor der Gefahr einer Kette an Reaktionen, wenn die zur Verfügung gestellte Hilfe nicht gleich Wirkung zeigt (vgl. Kühn 2006: 2). Das Kind wird in der Institution als nicht länger tragbar eingestuft. Dies wiederum führt zu einem Wechsel der Institution.

Dieser Verlauf hat für das Kind grundlegende Auswirkungen auf die Bindung und weitläufige Folgen, wie z. B. die Gefahr einer Weiterführung dieser Geschehnisse in der nächsten Institution (vgl. ebd.: 2f.). Damit ein solcher Verlauf durchbrochen werden kann, braucht es einen sicheren Ort für das Kind und die Fachkräfte und genau deshalb wird in der Pädagogik des sicheren Ortes, wie auch allgemein in der Traumapädagogik, die Beziehungsarbeit, das Schaffen von Vertrauen und eines sicheren Ortes, der als Geborgenheit und Sicherheit erlebt wird, als wichtigster Bestandteil angesehen (vgl. Kärcher et al. 2012: 230f.). Einen solchen sicheren Ort sollte aber nicht nur auf der Ebene zwischen dem Kind und den Fachkräften, sondern auch auf den Ebenen zwischen Kind und Einrichtung und zwischen Fachkräften und der Einrichtung aufgebaut werden. Kühn nennt diese verschiedenen Ebenen eine «pädagogische Triade» und rät gleichzeitig zu einem geschützten Dialog.

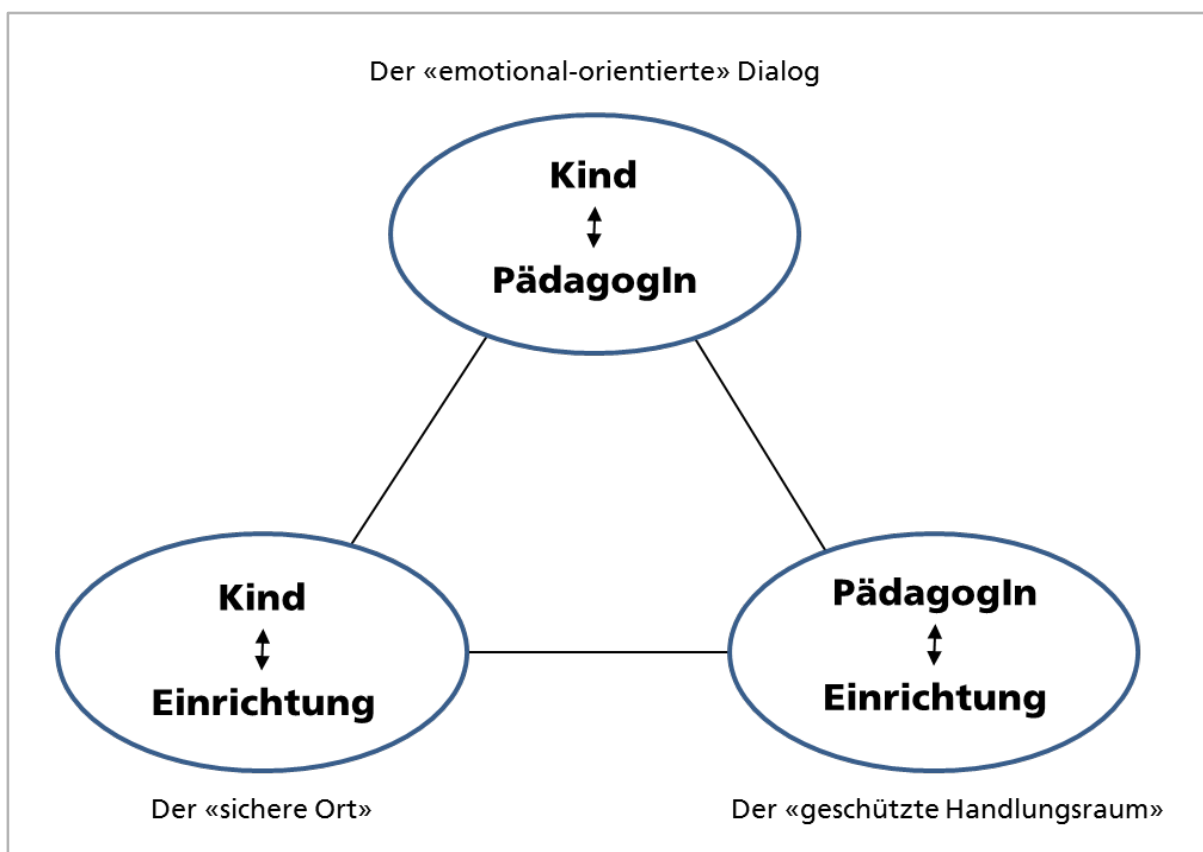


Abbildung 2: Die pädagogische Triade (Kühn 2013: 32)

### Der «sichere Ort»: die Ebene von Kind und Einrichtung

Traumatisierte Kinder und Jugendliche können die Welt aufgrund der erlebten Ohnmachtserfahrungen und den damit verbundenen Sicherheitsverlust der äusseren Welt nicht mehr als sicheren Ort betrachten. Zugleich wurde durch diese Erfahrung auch das innere Sicherheitsgefühl zerstört. Um dieses Gefühl einer inneren Sicherheit wiederherstellen zu können, brau-

chen die Kinder und Jugendlichen aber zunächst einen verlässlichen und einschätzbaren Lebensraum, einen «äusseren sicheren Ort» (Kühn 2013:33). Die traumatisierten Kinder und Jugendliche nehmen Einrichtungen jedoch nicht grundsätzlich als sichere Orte wahr. Teilweise können schon die kleinsten Konfrontationen mit neuen Regeln oder Tagesabläufen verunsichernd wirken, weil diese Kinder und Jugendlichen den Glauben und das Vertrauen in sich und ihre Umwelt verloren haben (vgl. Kühn 2011: 153f.). Ein äusserer sicherer Ort sollte eine ruhige, helle und weitläufige Umgebung, ohne dunkle, angstmachende Plätze und kaputte Gegenstände oder Möbel sein (vgl. Schmid 2008: 302). Dazu zählt auch eine geachtete Privatsphäre (vgl. Kärcher et al. 2012: 231.).

### **Der «emotional-orientierte Dialog»: die Ebene von Kind und Fachkraft**

Die Fachkräfte der Traumapädagogik sind gefordert, mittels stabiler Beziehungsangebote und einer behutsamen und geduldigen Begleitung eine neue gemeinsame Beziehungssprache entwickeln und die traumatisierten Kinder und Jugendlichen so alternative Beziehungserfahrungen machen lassen (vgl. Kärcher et al. 2012: 231; Kühn 2013: 33f.). Aufgrund dieser neuen Beziehungserfahrungen kann das Kind neues Vertrauen in die unmittelbare Umgebung und die Mitmenschen aufbauen und die zwischenmenschliche Kommunikation anpassen (vgl. Kühn 2013: 33f.).

### **Der «geschützte Handlungsraum»: die Ebene von Fachkraft und Einrichtung**

Damit die Fachkräfte der Traumapädagogik nicht sich selbst oder ihre Klienten und Klientinnen überfordern oder gar emotional oder körperlich verletzen, brauchen auch sie Schutz, denn eine solche Verletzung könnte gerade bei Kindern und Jugendlichen zu einer Retraumatisierung führen. Die Fachkräfte müssen deshalb stets handlungsfähig bleiben und sich selbstwirksam fühlen (vgl. Kärcher et al. 2012: 232; Kühn 2013: 34). «Ein geschützter Entwicklungsraum des Kindes braucht einen geschützten Handlungsraum der PädagogInnen.» (Kühn 2008: 324) Dieser sichere Ort besteht aus Prinzipien wie Transparenz, Verbindlichkeit und einem Klima, in dem Fehler gemacht werden dürfen und die Mitarbeitenden sich beteiligen können. Zudem gehören regelmässige Supervisionssitzungen oder Fallbesprechungen dazu. Und nicht zuletzt ist die arbeitsrechtliche Absicherung wie unbefristete Arbeitsverträge für die Handlungssicherheit und die Beziehungskontinuität zu den Kindern und Jugendlichen von grosser Bedeutung (vgl. Kärcher et al. 2012: 232). Somit haben auch die Leitungskräfte eine grosse Verantwortung für die Gewährleistung des sicheren Ortes (vgl. Kühn 2008: 324; Kühn 2013: 34).



### **Der Geschützte Dialog**

Während des Aufenthaltes treffen traumatisierte Kinder und Jugendliche auch immer wieder auf Menschen, die nichts über die Folgen von Traumata wissen. Für Fachkräfte der Schule zum Beispiel sind Verhaltensweisen und ehemalige Überlebensstrategien der traumatisierten Kinder und Jugendlichen manchmal unverständlich (vgl. Kärcher et al. 2012: 232; Kühn 2011: 154f.). Es ist deshalb wichtig, dass die Fachkräfte der Traumapädagogik in einen geschützten Dialog mit den kooperierenden Institutionen wie der Schule, den Behörden oder der Herkunftsfamilie treten, um «eine gemeinsame Problemdefinition zu erarbeiten, mit Fachwissen aufzuklären, konflikthafte Situationen und auffälliges Verhalten zu deuten und für Verständnis zu werben» (Kärcher et al. 2012: 232). Ebenso soll eine Art Anforderungsprofil für das Kind erstellt werden, welches seine Fähigkeiten und Kompetenzen zum jetzigen Zeitpunkt beschreibt sowie Leistungen, die es erbringen kann. So können auch ausserhalb der Institution weitere sichere Orte entstehen (vgl. ebd.: 233). Ein geschützter Dialog bedeutet also Parteilichkeit und Anwaltschaft für die kindlichen Bedürfnisse zu übernehmen und somit das Kind auch ausserhalb der Institution so gut wie möglich zu schützen (vgl. Kühn 2011: 155).

#### **4.2.2 Die Pädagogik der Selbstermächtigung**

Das Konzept der Selbstermächtigung von Wilma Weiss geht davon aus, dass traumatisierte Kinder und Jugendliche das Gefühl für sich selbst verlieren, sich anders fühlen und ihr eigenes Verhalten, Gefühle und Empfindungen selbst nicht verstehen (vgl. Weiss 2013a: 167; Weiss 2013c: 146). Dieses Selbstkonzept behindert sie und sie weisen Störungen in der Ich-Wahrnehmung, der Affektmodulation und Impulskontrolle und in den Beziehungen auf (vgl. Weiss 2013a: 167f.). Das Konzept der Selbstermächtigung zielt auf das Wiedererlangen des Gefühls für sich selbst und dem Zugang zu den eigenen Gefühlen und Empfindungen mit der Unterstützung von Bezugspersonen (vgl. ebd.). Ohne die Erfahrung der Selbstermächtigung ist eine Traumaheilung gar nicht möglich. Die Kinder und Jugendlichen brauchen Unterstützung, um ein positives Selbstbild zu erlangen und um wieder zur Hauptperson ihres Lebens zu werden (vgl. Weiss 2013c: 145f.). Die sozialpädagogischen Fachkräfte sind aufgefordert, die Lebensleistung der Kinder und Jugendlichen zu würdigen, ihre Ressourcen zu benennen und sie in ihrer Entwicklung zur Selbstermächtigung zu unterstützen (vgl. Weiss 2013a: 167). Das Konzept definiert zuerst, was Selbstermächtigung ist und darauf folgen drei auf sich aufbauende Schritte, die zur Selbstermächtigung führen: das Selbstverstehen, die Selbstwahrnehmung und die Selbstregulation

### **Selbstermächtigung**

Die traumatisierten Kinder und Jugendlichen haben viele Momente erlebt, denen sie hilflos gegenüberstanden und in denen sie sich ohnmächtig und abhängig fühlten. «Selbstermächtigung bedeutet die Befreiung von Abhängigkeit und Ohnmacht.» (Weiss 2013a: 167) Durch Förderung des Selbstverstehens, der Selbstakzeptanz, der Selbst- und Körperwahrnehmung und der Selbstregulation sollen die Kinder und Jugendlichen lernen, aktiv zu handeln, für ihre Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmung einzustehen und sich somit selbst zu bemächtigen (vgl. Weiss 2013a: 169).

### **Selbstverstehen und Selbstakzeptanz**

#### ***Selbstverstehen***

Bevor traumatisierte Kinder und Jugendliche sich selbst bemächtigen können, müssen sie zuerst den Sinn für ihre selbst- und fremdschädigenden Verhaltensweisen verstehen, aufgeben und Alternativen erarbeiten (vgl. Weiss 2013c: 145). Der erste Schritt ist das Erklären der Funktionsweise des Gehirns (siehe dazu Kap 2.3) durch die Fachkräfte. Mithilfe von Bildern oder Märchen kann die Erklärung der Entwicklungsstufe des Kindes angepasst werden (vgl. Weiss 2016: 125). Wenn Kinder und Jugendlichen wissen, dass nicht sie als Person, sondern ihr sogenanntes Reptilienhirn (Stammhirn) auf vermeintliche Gefahren reagiert und ihre Verhaltensweisen bestimmt, ist dies sehr entlastend und befreit sie von Schuld- und Schamgefühlen, Hilflosigkeit und Verwirrung (vgl. Weiss 2016: 126).

#### ***Selbstakzeptanz***

Ein wichtiger Bestandteil in der Traumaheilung ist das Akzeptieren von Wunden, Schwierigkeiten, und Beeinträchtigungen. Zu wissen und zu verstehen, dass die Kinder und Jugendlichen einen guten Grund für ihr Verhalten und Handeln haben, ist die Voraussetzung für Selbstakzeptanz. Mit der Frage «Du tust das, weil...?» kann nach dem guten Grund für das Verhalten gefragt und gleichzeitig Respekt und Wertschätzung an der Überlebensstrategie gezeigt werden. Zudem regt sie an, über das Verhalten nachzudenken (vgl. Weiss 2013c: 147-151). Die Fachkräfte helfen den Kindern und Jugendlichen ihr Verhalten zu interpretieren, indem sie Wissen über die Psychotraumatologie anbieten. Dabei wird statt Mitleid, Mitgefühl gezeigt und die Kinder und Jugendlichen werden nicht als Opfer, sondern als Überlebenskünstler gesehen (vgl. Weiss 2013a: 174).

### **Selbstwahrnehmung**

Die traumatisierten Kinder und Jugendlichen kennen ihre Gefühle, ihren Körper, ihr Verstand und ihre Grenzen kaum, und lernten nicht sich selbst wahrzunehmen, da sie früher meist auf die Gefühle und Empfindungen der traumatisierenden Bezugsperson konzentriert waren und

gerade in traumatischen Situationen darauf angewiesen waren, ihren Körper und ihre Gefühle nicht zu spüren (vgl. Weiss 2016: 126). Empfindungen von Gefühlen und ihre psychosomatischen Auswirkungen zu kennen und zu unterscheiden lernen, stellt ein wesentlicher Bestandteil der Selbstwahrnehmung dar, denn Empfindungen (Schwitzen, Aufregung, Zittern) sind «körperliche Hinweise darauf, dass etwas nicht stimmt, dass etwas zu grossen Stress erzeugt» (Weiss 2016: 128). Damit die Kinder und Jugendlichen in ihren Körper- und Sinneswahrnehmung ein Gefühl von Stärke und Sicherheit bekommen (z. B. im Sport oder durch Entspannungserfahrungen), ist es die Aufgabe der Fachkräfte, die Kinder und Jugendlichen Stück für Stück zu sich selbst zu führen (vgl. Weiss 2013c: 151).

### **Selbstregulation**

Voraussetzung für die Selbstregulation ist das Wahrnehmen von Empfindungen (vgl. Weiss 2016: 128). «In Bezug auf die soziale Teilhabe bedeutet Selbstregulation vor allem Stressregulation.» (ebd.:131) Selbstregulation geht somit einen Schritt weiter, von der Wahrnehmung der Empfindung zum Umgang mit Gefühlen und Empfindungen, wie zum Beispiel sich selbst wieder zu beruhigen (vgl. Weiss 2016: 130). Dies passiert, indem die Kinder und Jugendlichen mit Hilfe der sozialpädagogischen Fachkräfte die Auslöser für die Übererregung finden (vgl. ebd.). Wenn die Kinder und Jugendlichen lernen, auf ihre Empfindungen zu achten, können sie auch lernen, ihr Frontalhirn, den Denker zu aktivieren. Trotz allem gibt es manchmal Situationen – vor allem bei einer Bedrohung des Selbstwertes und der Angst vor dem Versagen – in welchen nur ein «Denker von aussen» (externe Regulation) oder Notfallstrategien wie z. B. Atemübungen helfen können. Diese Notfallstrategien sollten die Kinder und Jugendlichen von einem Repertoire auswählen und in einem geschützten Rahmen erarbeiten und erproben können (vgl. Weiss 2016: 131). Durch die Fähigkeit zur Selbstregulation kann auch eine verbesserte Kontrolle über allgemeine Traumafolgestörungen, wie z. B. das Dissoziieren und das Rückblenden erreicht werden (vgl. Weiss 2013a: 174f.).

#### **4.2.3 Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für pädagogische Fachkräfte als institutioneller Auftrag**

Im Konzept der Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für pädagogische Fachkräfte als institutioneller Auftrag (Lang 2009) soll durch die Förderung der Fachkräfte auf vier verschiedenen Ebenen der Schutz vor einer sekundären Traumatisierung der Fachkräfte erreicht werden. Diese Ebenen werden im Folgenden erläutert.

**Die Förderung der Sinnes- und Körperwahrnehmung:** Um das Umfeld mit seiner Atmosphäre (Befindlichkeit der Fachkräfte, Gruppenatmosphäre etc.) wahrnehmen, einschätzen

und einordnen zu können, ist eine gute Sinneswahrnehmung sehr wichtig. Dazu gehören beispielsweise das Erfassen der Befindlichkeit der Mitarbeitenden, der Geräuschkulisse und der Gruppenatmosphäre. Die Förderung der Sinneswahrnehmung kann in regelmässigen Körperübungen, aber auch mit speziell für und von den Fachkräften eingerichteten «Wohlfühlorten» im Büro oder Bereitschaftszimmer vorgenommen werden. So wird durch Entspannungs-, Rückzugs- und Auftankmöglichkeiten für ein Sicherheitsgefühl gesorgt (vgl. Lang, B. 2013a: 224).

**Förderung der Emotionsregulation:** Damit die Fachkräfte für die Kinder und Jugendlichen vorhersehbar, einschätzbar und verlässlich sind, müssen sie ihre Gefühle kennen, verstehen und zuordnen können. In regelmässigen Fallberatungen und Supervisionen kann vor allem auf die Dynamiken in Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen und den daraus resultierenden Gefühlen eingegangen werden (vgl. Lang, B. 2013a: 225).

**Resilienzförderung:** Eigenschaften, welche die Fachkräfte widerstandfähiger machen, sollen gefördert werden. Dazu gehören Intelligenz, Humor, der Glaube an das Gute, Mut, Loslassen können, Phantasie und Lösungsorientierung. Lang schlägt für die Förderung der Resilienz Spiele und erlebnispädagogische Interventionen vor (vgl. Lang, B. 2013a: 225).

**Förderung der Selbstwirksamkeit:** «Die eigene Wirksamkeit hat grossen Einfluss auf die eigene Sicherheit.» (Lang, B. 2013a: 226) Die Förderung der Selbstwirksamkeit und somit der Sicherheit der Fachkräfte ist äusserst wichtig, da die traumatisierten Kinder und Jugendlichen immer wieder die Grenzen der Fachkräfte testen, teilweise auch überschreiten und so die Fachkräfte in Ohnmachtssituationen bringen. Gleichzeitig ist das Ziel die Schaffung eines sicheren Ortes für die Kinder und Jugendlichen (vgl. ebd.: 226).

Für die Stabilisierung der Fachkräfte durch strukturelle Anforderungen an die Einrichtungen und Leitungsfachkräfte nennt Lang vier Prinzipien (vgl. Lang, B. 2013a: 222f.):

**Transparenz und Einschätzbarkeit:** Fachkräfte müssen Entscheidungen, Vorgaben und Planungen der Einrichtungen nachvollziehen können, damit sie sich an ihrem Arbeitsplatz sicher fühlen und in ihrer Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen eine klare Position und Orientierung bieten können.

**Partizipation:** Durch Partizipation wird die Transparenz und die Selbstwirksamkeit der Fachkräfte erhöht.

**Individualisierung:** Die Fachkräfte müssen die Gewissheit haben, dass sie in ihrer Arbeit kreativ sein dürfen, wenn der pädagogische Alltag dies verlangt. So können sie sich handlungsfähig erleben.

**Wertschätzung und Individualität:** Vor allem im Teamprozess sind Wertschätzung und Individualität sehr wichtig, um die Ressourcen der Fachkräfte zu erkennen und zu nutzen.

### 4.3 Übertragung und Gegenreaktion in der traumapädagogischen Arbeit

Die Wahrnehmung und Einordnung der Übertragungsdynamiken gehören innerhalb der therapeutischen Settings zum vorrangigen Handwerkszeug und Arbeitsgrundlage. Auch Fachkräfte, deren Ausrichtung psychoanalytisch orientiert ist, arbeiten mit den Erklärungsmodellen der Übertragung und Gegenübertragung in der Beziehungsdynamik und den daraus abgeleiteten Instrumenten und Methoden.

#### 4.3.1 Die Arbeit mit Übertragung und Gegenreaktion in der Pädagogik

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde der Nutzen der Psychoanalyse für die Erziehung erkannt. Die Erkenntnisse daraus wurden von Vertreterinnen und Vertretern der entstehenden Bewegung der psychoanalytisch orientierten Pädagogik verwendet. Als einer der wichtigsten Vertreter wird hier August Aichhorn benannt. Er leitete insbesondere im Umgang mit dissozialen, verwahrlosten Jugendlichen ein Umdenken ein. Aichhorn war der Meinung, wer sich mit Beziehung auseinandersetze, müsse sich auch mit Übertragung auseinandersetzen. Aichhorn verwendet den Begriff der positiven Übertragung, in die die sozialpädagogischen Fachkräfte die Kinder und Jugendlichen bringen müssen. Wilma Weiss stellt das Arbeiten mit Übertragung und den Gegenreaktionen in traumapädagogischen Zusammenhängen als einen wichtigen Bestandteil pädagogischer Methoden dar. Weiss betont die pädagogische Aufgabe, die Übertragung durch das Verstehen der Dynamik und versorgende Angebote zu minimieren und nicht weiter zu verstärken.

#### 4.3.2 Traumatische Übertragung wahrnehmen und erkennen

Die traumatisierten Kinder und Jugendlichen entfalten ihre mitgebrachten Ideen der Beziehungsgestaltung zu Anderen und zu sich selbst erst nach einer gewissen Zeit des Ankommens und des Gewinnens von Sicherheit. Der Beginn der Übertragungen ist laut Nienstedt und Westermann (2008, zit. in Kessler 2016: 284) «der Zeitpunkt nach der Ankommensphase». Das Wissen um die Dynamik der Übertragung ist der erste Schritt, um diese zu erkennen und sich dem Verstehen anzunähern. Bei traumatischen Übertragungen ist es, als wäre

eine «dritte Person» im Raum (Hermann 2006: 186, zit. in ebd.), welche immer wieder die Beziehung stört. «Die Beziehung zur pädagogischen Fachkraft ist stets durch die Präsenz der Täter und die Präsenz des traumatischen Geschehens geprägt.» (Lang, Th. 2013: 193) Die traumatischen Übertragungen der Kinder und Jugendlichen spürt die pädagogische Fachkraft im Einzelkontakt mit diesen, manchmal macht sich die Dynamik ebenfalls auf der Teamebene bemerkbar. Ganze Teams können von Übertragungsdynamiken blockiert und in Handlungsunfähigkeit gebracht werden. Kinder, deren Eltern liebevolle, aber auch vernachlässigende oder gewaltvolle Anteile zeigten, übertragen diese auf unterschiedliche pädagogische Fachkräfte im Team. Die Fachkräfte werden aufgeteilt in Gute und Böse. Der Kontakt der Kinder zu den einzelnen Fachkräften im Team ist geprägt durch Dissoziation, Übererregung und Erstarrung. Das heisst, die Fachkräfte sind nicht immer mit gleichen, kohärenten Verhaltensweisen eines Kindes konfrontiert (vgl. Weiss 2016, zit. nach Kessler 2016: 285). Kinder und Jugendliche, die in ihren Bindungserfahrungen Hilflosigkeit und Ohnmacht erlebt haben, sehnen sich nach einem Retter/einer Retterin (vgl. Hermann 2006, zit. in ebd.). Für die Fachkräfte ist diese Rolle des Retters oder der Retterin sehr verführerisch, da diese Rolle am ehesten mit dem pädagogischen Selbstbild vereinbar ist. Somit kann sich die pädagogische Fachkraft in dieser Rolle als selbstwirksam erleben (vgl. Lang, B. 2013; Weiss 2013a, zit. in ebd.). Verharrt eine pädagogische Fachkraft in der Rolle der Rettenden oder des Retters, geht oft der Blick für weitere Anteile des Kindes verloren, die andere Fachkräfte zu spüren bekommen. Dies kann unter Umständen dazu führen, dass sich Konflikte auf Teamebene bilden, welche sich im gegenseitigen Werten der pädagogischen Fähigkeiten (ist unfähig, Konflikte auszutragen, muss konsequenter sein, kann keine Grenzen setzen und hält sich nicht an die vereinbarten Regeln) manifestiert (vgl. Weiss 2016, zit. in ebd.).

Nienstedt und Westermann (2008, zit. in ebd.: 283) sehen die Übertragungsbeziehung als grundlegend an, um durch das nochmalige Erleben gleicher Situationen in einem pädagogischen Umfeld in eine Heilung der traumatischen Übertragung zu gelangen. Es ist Auftrag der pädagogischen Fachkräfte, durch das Verstehen der traumatischen Übertragung die Kinder und Jugendlichen über ein korrigierendes Beziehungsangebot zu entlasten. Ebenso sind es die Rollenerfahrungen, die die Kinder und Jugendlichen in der Beziehungsdynamik übertragen. «In krisenbesetzten Begegnungen reinszenieren die Kinder [und Jugendlichen] ihre Erfahrungen und zeigen in ihrem Verhalten Opfer oder/und Täteranteile.» (Lang, B. 2013: 139) Durch diese Rollenzuschreibungen werden die pädagogische Fachkraft in unreflektierten, stressbelasteten Situationen geradezu in Gegenreaktionen gedrängt. Diese Gegenreaktionen lassen sich am ehesten mit der Retter-, Opfer-, oder Täterrolle beschreiben. Um Beziehungsangebote aufrechtzuerhalten, sind das Wissen, Wahrnehmen und Reflektieren der

Gegenreaktion zentrale Elemente der Arbeit mit traumatischer Übertragung (vgl. Lang, Th. 2013, zit. in Kessler 2016: 283). Thomas Lutz und Wilma Weiss haben für den Umgang mit traumatischen Übertragungen in der Pädagogik einen Lei(d)tfaden entwickelt:

### **Lei(d)tfaden im Umgang mit Übertragungen**

- Traumatische Übertragungen wahrnehmen
  - Innehalten, Gegenreaktionen wahrnehmen
  - Aus Gegenreaktion rausgehen
  - In Beziehung bleiben
  - Übertragungsinhalte wahrnehmen
  - Sicherheit für das Kind herstellen, deeskalieren
  - Ich sehe Deine Bedürfnisse
  - Ich respektiere Deine Gefühle
  - Realitätsüberprüfung mit dem Kind
  - Übertragungsinhalte mit dem Kind erforschen, evtl. später, nicht vergessen!
  - Verhandeln über Handlungsschritte: Was brauchst Du?
  - Übertragungsinhalte genauer, möglichst im Team, identifizieren
  - Eigene Gegenreaktionen klären, auch im Team
  - Übertragungsinhalte allgemein bearbeiten (Entlastung von Schuld, Aufheben v. Isolation)
- (Weiss 2016: 177)

## 5 Bedarfe von traumatisierten Kindern & Jugendlichen

Nach Grawe (2004) lassen sich vier psychische Grundbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen belegen: Lustgewinn bzw. Unlustvermeidung, Orientierung bzw. Kontrolle, positives Selbstwernerleben sowie Bindung (zit. nach Baiertl 2017: 72). Ein erfülltes und psychisch gesundes Leben hängt für Kinder und Jugendliche demnach davon ab, wie weit sie sich positiv Erlebtem zuwenden und sich von negativ Erlebtem abwenden können. Zusätzlich ist es davon abhängig, inwiefern sie sich als selbstwirksam erleben und ob sie dies im Rahmen sicherer Bindungen tun können (vgl. Borgs-Laufs u. Dittrich, 2010, zit. in ebd.). Je besser die Grundbedürfnisse traumatisierter Kinder und Jugendlicher erfüllt werden, desto besser können sie zukünftig selbst zur deren Erfüllung beitragen (vgl. Borgs-Laufs u. Dittrich, 2010, zit. in ebd.). Um den Bedarfen von traumatisierten Kindern gerecht zu werden, bedarf es einer engen Verflechtung therapeutischer und pädagogischer Interventionen. Nur sehr selten können die Bedarfe von traumatisierten Kindern und Jugendlichen von einer einzigen Institution abgedeckt werden. Wenn zwischen Fachkräften, Institutionen und anderen Beteiligten Personen einvernehmliches Handeln möglich ist, profitieren die Kinder und Jugendlichen am meisten.

### 5.1 Individuelle Beziehungsgestaltung

Wenn die Kinder und Jugendlichen in der Beziehung Vertrauen, Transparenz, Respekt und Anteilnahme erfahren, kann eine helfende professionelle und stabilisierende Beziehung entstehen. «Dieses Beziehungsangebot erfolgt häufig in winzigen Alltags- und Dialogsequenzen.» (Gahleitner 2011, zit. in Lang 2016: 272) Durch diese Beziehungsangebote entsteht bei den Kindern und Jugendlichen neues Vertrauen zu ihren Mitmenschen (vgl. Kühn 2009, zit. in ebd.). Die Beziehungsgestaltung orientiert sich am Bindungsmuster der traumatisierten Kinder und Jugendlichen. Von besonderer Bedeutung ist zudem ein flexibler Umgang mit Nähe und Distanz. Die Fachkräfte «entwickeln eine Sensibilität bezüglich der Beziehungsgestaltung mit den Kindern und Jugendlichen» (BAG TP 2011: 15). Bowlby (2011, zit. in Lang 2016: 274) formuliert fünf therapeutische Hauptaufgaben für die Arbeit mit bindungsunsicheren Menschen. Wilma Weiss beschreibt analog dazu fünf pädagogische Aufgaben:

- Die Pädagog/in muss als sichere Basis verfügbar sein.
- Er/sie muss die Mädchen und Jungen zu mentaler Exploration, zum Reden über unbewusste Voreingenommenheiten, Übertragungen alter Bindungsinhalte ermutigen.
- Die Mädchen und Jungen können die Beziehung zu den Pädagog/innen überprüfen



- und aktuelle Wahrnehmungen und Gefühle mit Erfahrungen mit den Eltern und anderen Bezugspersonen von früher vergleichen.
- Möglicherweise wird dann die Erkenntnis erleichtert, dass die alten Bindungsmodelle für die Gestaltung des zukünftigen Lebens unangemessen sind bzw. sein werden.

(Weiss 2016: 115)

## 5.2 Co-Regulation und Selbst-Regulation

Bindungstraumatisierte Kinder und Jugendliche brauchen Bezugspersonen, die durch eine Co-Regulation neue Erfahrungen ermöglichen und eine Förderung und Entwicklung der Selbstregulation anregen. «Wir lernen [...] die Regulierung unserer Gefühle, den Umgang mit dem Körper und seinen Bedürfnissen, indem jemand anders uns versorgt, unsere Gefühle ernst nimmt, uns zeigt, was man mit den Bedürfnissen anfängt.» (Hantke/Görges 2012: 43) Die Regulierung von intensiven Empfindungen, Schmerzen oder das Fehlen von Kontakt der Haut ist auf die Hilfe und den Ausgleich von aussen angewiesen (vgl. ebd.).

### **Geduld, Vorhersagbarkeit und Kontinuität**

Bindungstraumatisierte Kinder und Jugendliche benötigen Bezugspersonen mit Geduld und Kraft, denn sie brauchen Zeit, um sich zu entwickeln. Um die neuronalen Verbindungen zwischen denen für menschlichen Kontakt und denen für Sicherheit, Vorhersagbarkeit und Wohlbefinden stabiler zu machen, brauchen psychologische und neurobiologische Entwicklungen viele Wiederholungen (vgl. Perry/Szalavitz 2006: 121). Um neue Lernerfahrungen von Sicherheit und Selbstregulation zu verstärken, zeigen sich die sozialpädagogischen Fachkräfte mit vorhersagbaren, von Kontinuität geprägten Verhaltensweisen.

### **Feinfühliges Interaktionsverhalten und dialogische Sprache**

Die Fähigkeit und Bereitwilligkeit der sozialpädagogischen Fachkräfte, Signale des Kindes zu sehen, richtig zu interpretieren und angemessen und prompt darauf zu reagieren wurde von Mary Ainsworth als Feinfühligkeit beschrieben (vgl. Ainsworth 1977/2011, zit. in Lang 2016: 278). Für eine pädagogisch bindungsorientierte Arbeit kann das folgende Möglichkeiten beinhalten:

- Ich bin so achtsam wie möglich für die Signale der zu betreuenden Kinder und Jugendlichen. Ich erkenne ihre spezielle Art und Weise, Signale auszusenden. Was drücken sie aus, welches Anliegen drücken sie aus, welches Bedürfnis steckt hinter diesem Signal?

- Bindungsbedürfnisse werden von Mädchen und Jungen mit unsicherem Bindungsverhalten oft verzerrt mitgeteilt. Bin ich mir nicht sicher, so beschreibe ich, was ich gehört und gesehen habe, was ich meine, verstanden zu haben. So gebe ich ihnen ein Feedback – ein Feedback im Sinne von «Zurückfüttern» von dem was ich wahrgenommen habe.
- Ich beobachte, welche Fähigkeiten das Mädchen/der Junge hat, Zeitspannen zwischen ihrem/seinem Signal und der Beantwortung des Bedürfnisses auszuhalten, ohne dass ein (zu) hoher Erregungszustand aktiviert wird. Ich versuche so, das Bedürfnis entsprechend der Fähigkeit «warten zu können» zu versorgen. Ist das nicht im Zeitfenster des Mädchens/des Jungen möglich, so lasse ich es/ihn wissen, dass ich ihr/sein Bedürfnis wahrgenommen habe und vereinbare, wann ich mich darum kümmern kann. Wir überlegen gemeinsam und üben immer wieder ein, welche Selbstversorgungsmöglichkeiten das Mädchen oder der Junge schon hat und einsetzen kann.
- Ich spiegele, welche inneren Zustände ich bei den Jungen und Mädchen wahr - nehme. Ich gebe ihren Emotionen Worte, aber auch Ausdruck durch meine Mimik und Gestik. Sie erfahren so, dass ich mich in ihre innere Welt einfühlen kann, dass sie verstanden werden und sie sich so selber erkennen und selber verstehen lernen. (Lang 2016: ebd.)

### **Berührung**

Durch liebevolle und wohlwollende Berührung wird Halt, Trost, Sicherheit, Geborgenheit, Wärme und ein Gefühl der Beruhigung vermittelt. Berührung ist somit entscheidend für die Entwicklung. Die am tiefsten und zentral gelegenen Hirnregionen entwickeln sich in der frühen Kindheit sehr stark. «Diese Systeme reagieren auf Rhythmus und Berührung.» (Perry/Szalavitz 2006: 180) Im Umgang mit Berührungen sind sozialpädagogische Fachkräfte meist sehr vorsichtig. Achtsamkeit in Bezug auf Nähe- und Distanzregulierung ist ein Muss. Brisch (2009) schreibt jedoch auch, dass der Körperkontakt vorzüglich das aktivierte Bindungssystem eines Menschen beruhigt und das Bedürfnis nach Bindungssicherheit durch Kontakt als grundlegendes Prinzip für alle Altersstufen gilt (zit. in Lang 2016: 279). Diese Aussage von Brisch gilt es in die pädagogische Arbeit zu integrieren.

### **5.3 Die sozialpädagogische Fachkraft als Teil der Pädagogik**

«Die Traumapädagogik beschreibt [...] die Notwendigkeit zur Bereitstellung eines «Sicheren Ortes» an dem die betroffenen Kinder und Jugendlichen neue und korrigierende Erfahrungen mit sich und ihrer Umwelt machen können [...].» (Lang, B. 2013: 136) Die sozialpädagogischen Fachkräfte sind Teil der Pädagogik. Zudem ist ihre Sicherheit und ihre Stabilisierung Teil einer institutionellen Aufgabe und einer persönlichen Verantwortung. Dies bedeutet besonders für bindungspädagogisches Arbeiten, dass die sozialpädagogischen Fachkräfte ihre eigenen Bindungserfahrungen und die daraus resultierenden Erwartungen und Beziehungs-

fallen kennen müssen (vgl. BAG Traumapädagogik 2011). Zur Stabilisierung der sozialpädagogischen Fachkräfte bedarf es Strukturen der Fallreflexion. Dies, um einerseits die Beziehungsgestaltung unter dem Aspekt der Reinszenierung früherer Erfahrungen zu erkennen und andererseits um die daraus resultierenden Gefühle und Empfindungen zu versorgen. Bindungsorientierte Pädagogik braucht sozialpädagogische Fachkräfte, welche mit einer inneren Balance und einem ausgeglichenen emotionalen Engagement sowie professioneller Distanz in Beziehung gehen. In dieser Beziehungspädagogik geht es «um das Wiederherstellen von Vertrauen, das Wiedererlangen von Zuversicht, die Rückkehr zu einem Gefühl der Sicherheit und die Wiederverbindung mit der Liebe» (Perry/Szalavitz 2006: 290).

#### 5.4 Akute Traumatisierung während einer Betreuung

Jederzeit und in jedem Setting kann es zu akuten Traumatisierungen von Kindern oder Jugendlichen kommen. Akut traumatisierte Kinder und Jugendlichen benötigen nach Baierl (2008, zit. in Baierl 2016: 85) vor allem:

- ein sicheres Umfeld
- feste Ansprechpartner
- die Möglichkeit, soviel sie wollen über das Erlebte zu reden
- parallel dazu defokussierende Interventionen, welche die Aufmerksamkeit auf andere Aspekte lenken
- Die Erfahrung, dass das Trauma vorbei ist, das Leben weitergeht
- verfügbare Hauptbezugspersonen wie z. B. Eltern, Bezugsbetreuer und auch Freunde.

#### **Im Vordergrund stehen dann:**

- die Stabilisierung der Kinder und Jugendlichen
- das Schaffen von möglichst viel Normalität
- das Geschehene weder zu bagatellisieren noch zu dramatisieren
- die Möglichkeit, Gefühle zu spüren, zu äussern, auszudrücken und auszuagieren
- das Ermöglichen eines Rückzugs, ohne die Kinder oder Jugendlichen allein zu lassen
- Vermeiden einer Konfrontation mit Erlebtem gegen das Bedürfnis der Traumatisierten.

#### **Für Helfer ist Selbstfürsorge wichtig, um zuverlässig zur Verfügung stehen zu können:**

- Helfer (privat wie professionell) brauchen Unterstützung.
- Sekundäre Traumatisierung kann geschehen, und es sollte präventiv dagegen gearbeitet werden.
- Es ist normal und notwendig, nicht unbegrenzt zur Verfügung stehen zu können und zu wollen, Helfer benötigen Freiräume.

## 6 Anforderungen an Fachkräfte und Institutionen

### 6.1 Haltungsdimensionen gegenüber traumatisierten Kindern & Jugendlichen

Als erstes brauchen traumatisierte Kinder und Jugendliche einen sicheren Lebensort, welcher wesentlich durch eine grundsätzlich wertschätzende und auf die Bedürfnisse der Kinder empathisch einfühlend ausgerichtete Grundhaltung geprägt ist (vgl. Brisch & Hellbrügge 2009, zit. in Baierl et al. 2016: 60). Der sozialpädagogischen Fachkraft, welche ein sicheres Rollenverständnis hat und angemessen und individuell eine professionelle Beziehung anbieten kann, kommt dabei im Sinne eines authentischen Gegenübers eine zentrale Rolle zu. Eine wertschätzende Grundhaltung setzt voraus, dass die durch die Traumatisierung veränderten Selbst- und Weltwahrnehmungen dieser Kinder und Jugendlichen verstanden werden. Jedes gezeigte Verhalten ist innerhalb dieses Verständnisses sinnvoll, wertvoll und erklärbar, denn es beinhaltet in Wirklichkeit ein altes Überlebensmuster. Wenn die Fachkräfte bereit und fähig sind, diese veränderten Erlebens- und Deutungsweisen als die aktuelle Lebenswirklichkeit der Kinder und Jugendlichen zu akzeptieren, können aus diesem Verständnis heraus Wege in heilsamere Wirklichkeiten angeregt werden.

Eine klare Ressourcen- und Lösungsorientierung, sowie ein wacher Blick für Resilienzfaktoren, welcher das Leid würdigt, aber auch erkennt, dass es immer unbeschädigte und spontan lebendige Anteile in jedem Kind gibt, hilft dabei. Freudige und entspannende Erfahrungen sind für alle Beteiligten überlebenswichtig, denn über sich selbst und eigene emotionale Zustände lachen oder witzeln zu können, kann Fachkräfte wie Kinder oder Jugendliche aus mancher Erstarrung lösen und entlasten. Traumainhalte dürfen aber keinesfalls ins Lächerliche gezogen werden und traumatisierte Kinder und Jugendliche dürfen nicht das Gefühl bekommen, nicht ernst genommen zu werden.

### 6.2 Kenntnisse & Kompetenzen der sozialpädagogischen Fachkräfte

Alleine mit gutem Willen und gesundem Menschenverstand wird man im Kontakt mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen überfordert sein. Ihre Beziehungs- und Verhaltensmuster sind zutiefst von erlebter chronischer zwischenmenschlicher Gewalt geprägt. Aus der Sicht des Kindes dienen diese dem Überleben und Vermeiden der ursprünglichen traumatischen Gefühle. Ohne spezifisches psychotraumatologisches Wissen wird es zwischen Kind und Betreuer immer wieder zu belastenden Reinszenierungen der früheren traumatischen Erfahrungen kommen. Wichtige Aspekte für den Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen werden im Folgenden erläutert:

Mit dem Aufsetzen der Traumabrille sollen die Dynamiken der oftmals nicht nachvollziehbaren Verhaltensweisen verstanden werden können. Das Aufsetzen der Traumabrille meint, die

oftmals nicht oder nur schwer nachvollziehbaren Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen als Ausdruck früherer Beziehungserfahrung zu verstehen. Die früheren Erfahrungen werden von den Kindern und Jugendlichen auf die jetzige Situation übertragen und die aktuellen Bezugspersonen wird mit seinen früheren Bezugspersonen, in der Regel sind das die Eltern, verwechselt (vgl. Nienstedt u. Westermann 2007: 103). Diese alten Reaktionsmuster werden durch sogenannte Trigger ausgelöst. Trigger sind Wahrnehmungen der Kinder, die sie an die früheren Traumata erinnern, wie z. B. die laute Stimme einer Bezugsperson oder zu viel körperliche Nähe etc. Sogenanntes Fehlverhalten der Kinder, das bevorzugt in den beschriebenen Triggersituationen auftritt, in denen das Kind emotional wieder in die biografische traumatische Situation katapultiert wird, kann sinnvollerweise als Kontrollverlust (vgl. Hensel, 2012, zit. in Baierl et al. 2017: 62) verstanden werden.

In diesen Stresssituationen haben Kinder und Jugendliche keine innere Freiheit, anders handeln zu können. Also macht es in diesen Situationen auch keinen Sinn ein anderes Verhalten der Kinder und Jugendlichen zu verlangen oder zu erwarten oder gar das Fehlverhalten zu sanktionieren. Was hingegen mehr Sinn macht, ist über Wiedergutmachung zu sprechen und zwar erst dann, wenn die Kinder und Jugendlichen wieder zur Ruhe gekommen sind. Die Sichtweise, dass diese Kinder und Jugendlichen provozieren, kontrollieren oder Grenzen testen wollen, verstärkt nur das Gefühl der persönlichen Kränkung der sozialpädagogischen Fachkraft und erhöht die Wahrscheinlichkeit einer ungünstigen Reaktion. Das Modell des Kontrollverlustes kann die reaktiven negativen Gefühle (Ärger, Hilflosigkeit usw.) in der Bezugsperson mildern und Mitgefühl und Empathie für das Kind wecken (vgl. ebd.).

Um in Hochrisikosituationen ruhig, gelassen und deeskalierend reagieren zu können, reicht das Wissen um das Gefangensein dieser Kinder und Jugendlichen in ihren Verhaltensmustern aber nicht aus. Es ist zudem auch die Bereitschaft nötig, die Notwendigkeit zur eigenen Veränderung zu akzeptieren und an sich selbst zu arbeiten.

Ein wesentlicher Aspekt ist die Regulation der eigenen negativen Gefühle, die im Kontakt mit diesen Kindern in den Betreuungspersonen hervorgerufen werden (vgl. Weinberg 2010, zit. in ebd.). Die Kinder und Jugendlichen können ihre eigene Emotionsregulation nur an einem Gegenüber, der seine eigene emotionale Reaktivität im Griff hat, nachentwickeln und so wieder Kontrolle über ihr Leben erhalten. Den vierten zentralen Baustein im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen stellen spezifische traumabezogene pädagogische Handlungsmöglichkeiten dar.

Aufbauend auf einer Pädagogik des Aktiven Zuhörens, die ein Verstehen der Gefühle und Motive des Kindes vor ein pädagogisches Handeln stellt, wurden spezifische traumapädagogische Ansprechmöglichkeiten und Vorgehensweisen entwickelt wie z. B. die «Du tust das, weil-Intervention» von Wilma Weiss.

### 6.3 Die Bereitschaft zum lebenslangen Lernen

Aufgrund ihrer früherer Erfahrungen prägen traumatisierte Kinder und Jugendliche eine Atmosphäre, die oft durch Angst, Scham, Schuld, Trauer, Wut oder Ohnmacht gekennzeichnet ist. Diese Gefühle beeinflussen das Verhalten der Kinder und Jugendlichen, da sie sich tief in Körper und Psyche verankert haben (vgl. Lang 2009, zit. in Baierl et al. 2017: 63). Sozialpädagogische Fachkräfte können in diesen Atmosphären mit überwältigenden impulsiven und überraschenden Gefühlen und Verhaltensweisen konfrontiert werden, die nebst psychotraumatologischem Fachwissen auch einen besonderen Umgang erfordern.

Die Fachkräfte müssen in der Lage sein, Triggersituationen zu erkennen und angemessen zu reagieren. Es kann durchaus geschehen – gerade im pädagogischen Beziehungssystem –, dass von den traumatisierten Kindern oder Jugendlichen so starke Signale gesendet werden, dass für das betreuende Gegenüber eine Belastungssituation entsteht, welche zu eigenen heftigen emotionalen Reaktionen führt. Häufig zeigen sich diese Reaktionen in Stellvertretergefühlen oder auch in Form von sogenannten Intrusionen. Anstatt auf Wutausbrüche von Kindern oder Jugendlichen mit eigener Wut zu reagieren, sollten die eigenen Gefühle gut moduliert werden können, um «durch aktives Zuhören und empathisches Einfühlen die hinter dem Verhalten liegenden Gefühle anzusprechen» (Weinberg 2010, zit. in ebd.).

Für sozialpädagogische Fachkräfte bedeutet dies ein grosses Mass an Selbstreflexion und die Notwendigkeit, an einer kontinuierlichen Supervision teilzunehmen (vgl. Stamm 2002, zit. in ebd.). Die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen erfordert, wie bereits beschrieben, die Fähigkeit, sich einerseits mit den individuellen Lebensgeschichten auseinanderzusetzen und andererseits eine gewisse professionelle Distanz zu wahren.

Supervision kann dabei helfen, sich in diese Lebensgeschichten einzufühlen ohne in Identifikation zu geraten. In Supervisionen können empathische Zugänge zu den vielfältigen und oft extrem belastenden Themen von Kindern und Jugendlichen gefunden und gleichzeitig konkrete professionelle Umgangs- und Verhaltensweisen entwickelt werden. Die Supervision sollte traumaspezifisch erfolgen, da sich die Supervisionsprozesse im Bereich der Traumaarbeit von üblichen Supervisionen insbesondere durch den hohen Stellenwert an Gegenübertragungsthematiken und der Notwendigkeit einer Burnout-Prävention unterscheiden. Im Besonderen sollte auch auf die Ressourcen der Kinder und Jugendlichen sowie auf die Ressourcen jeder einzelnen sozialpädagogischen Fachkraft und auf die des gesamten Teams und die der gesamten Organisation geschaut werden.

Auch berufsgruppenübergreifende Team- oder Gruppensupervision bieten Möglichkeiten, nicht allein mit einem Fall dazustehen, sondern gemeinsam Verantwortung zu übernehmen. Es sollte auch über hilfreiche Psychohygiene- oder Selbstfürsorgemassnahmen, die über den Supervisionsrahmen hinausgehen, reflektiert werden können. Denn alle, die mit trauma-

tisierten Menschen arbeiten, sind aufgrund der schwerwiegenden Thematik mehr oder weniger anfällig für sekundäre Traumatisierungen (vgl. Stamm 2002, zit. in ebd.: 64).

#### 6.4 Burnout-Prävention und Schutz vor sekundärer Traumatisierung

Es ist sehr wichtig, sowohl die persönlichen Stresssituationen der sozialpädagogischen Fachkräfte zu identifizieren, als auch deren persönliche zur Bewältigung der Stresssituation zur Verfügung stehenden Möglichkeiten und Ressourcen zu kennen, um Überforderung, dem Ausgebrannt sein oder einer sekundären Traumatisierung der sozialpädagogischen Fachkräfte vorzubeugen (vgl. Lemke 2006, zit. in Gahleitner et al. 2016: 67). Stress entsteht aus einem Ungleichgewicht zwischen diesen beiden Polen (vgl. Weimer & Pöll 2012, zit. in ebd.).

Die Symptome einer sekundären Traumatisierung sehen Phänomenen einer Posttraumatischen Belastungsstörung ähnlich und zeigen sich auf vielfältige Weise. Es können depressive Reaktionen, aber auch Reizbarkeit und ängstliche Beklemmung vorherrschen. Körperlich können Schlafstörungen, Erschöpfungszustände und psychosomatische Beschwerden auftreten, kognitiv zeigen sich z. B. Konzentrationsprobleme (vgl. Brauchle et al. 2000, zit. in ebd.). In der Fachliteratur sind inzwischen eine Reihe von hilfreichen Massnahmen zur Ressourcenaktivierung und zur Selbstfürsorge zu finden (Drexler 2012, zit. in ebd.).

Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass eine gezielte Aktivierung von Ressourcen positive Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit hat, indem sie Stressreaktionen entgegenwirkt bzw. sie erst gar nicht entstehen lässt (vgl. Diegelmann & Isermann 2011, zit. in ebd.).

#### 6.5 Strukturvoraussetzungen

Für eine traumapädagogische Ausrichtung einer Einrichtung braucht es nicht nur die Kompetenz und das Engagement der sozialpädagogischen Fachkräfte. In einem Forschungsprojekt zur Umsetzung traumapädagogischer Inhalte nach umfassenden Schulungen (vgl. Gahleitner et al. 2015, zit. in Weiss/Kessler/Gahleitner 2016: 177-178) wurde deutlich: Eine veränderte Grundhaltung sowie das höhere fachliche Niveau wird nur erreicht, wenn der Veränderungsprozess von der gesamten Organisation getragen wird und ein kollegialer, interdisziplinärer, hierarchieunabhängiger Austausch entsteht. Das interprofessionelle Gefüge in der Einrichtung muss demnach mit den Entwicklungen einer gesteigerten Fachlichkeit mithalten können und alle Fachkräfte müssen in der Lage und bereit sein, über das eigene Handeln und die eigene Haltung zu reflektieren bzw. sich infrage zu stellen (vgl. ebd.). Diese «neue Belastung» kommt jedoch den Kindern zugute und entlastet so wiederum die Fachkräfte. Aufgrund dessen lässt sich insgesamt eindeutig eine Qualitätsverbesserung verzeichnen



(vgl. Gahleitner et al. 2015: ebd.). Zudem hat sich gezeigt, dass partizipative Strukturen gegenüber den Kindern und Jugendlichen offenbar auch partizipative Strukturen und Prozesse in den Einrichtungen bedingen. Nicht nur die Arbeit mit den traumatisierten Kindern und Jugendlichen, auch der Umgang miteinander muss Wertschätzung und Bindungssensibilität ausstrahlen.

## 6.6 Förderliche Rahmen- und Arbeitsbedingungen

Sozialpädagogische Fachkräfte brauchen Rahmen- und Arbeitsbedingungen, die sie in der herausfordernden Arbeit mit den traumatisierenden Kindern und Jugendlichen unterstützen und ihnen Sicherheit geben (vgl. BAG TP 2011). Um angemessene Rahmen- und Arbeitsbedingungen herzustellen, bedürfen folgende Aspekte unter Umständen eines gemeinsamen kollegialen Engagements: Wann immer möglich sollte bei der Planung der Dienste darauf geachtet werden, dass Reinszenierungsprozesse sowie Übertragungen und Gegenübertragungsgefühle immer wieder unterbrochen werden können. Dadurch entstehen Möglichkeiten zur Stabilisierung, Selbstberuhigung wie auch zur Reflexion. Dies gilt für die sozialpädagogischen Fachkräfte wie auch für die Kinder und Jugendlichen. Nach schwierigen Interaktionen kann so eine neue korrigierende Erfahrung innerhalb der Beziehungsgestaltung entstehen (vgl. Gahleitner et al. 2016: 67). Aus dieser Logik ergibt sich demnach auch, dass Dienste nicht zu lange am Stück und nicht durchgängig allein gemacht werden sollten. Zudem ist ein transparentes und handhabbares Konzept im Umgang mit Überstunden wichtig. Da in von Ohnmachtsgefühlen begleiteten Belastungssituationen die Wahrscheinlichkeit steigt (vgl. ebd.), in einer Art Notregulationsstrategie mehr zu arbeiten, ist es hilfreich, ein System zu haben, welches Überstunden und Mehrarbeit befristet und die Möglichkeit bietet, Überstunden abzubauen.

Veränderungen insbesondere bei Bezugspersonen können bei traumatisierte Kindern und Jugendlichen starke Verunsicherungen auslösen. Dennoch ist eine gewisse Mitarbeiterfluktuation in der sozialpädagogischen Arbeit Normalität. Deshalb muss darauf geachtet werden, dass nebst der vorhandenen Fluktuation Systeme geschaffen werden können, die eine Konstanz in der Betreuung gewährleisten. Weiter ist es förderlich, ein Vertretungssystem zu installieren, das gewährleistet, dass bei Krankheit der sozialpädagogischen Fachkräfte den Kindern und Jugendlichen bekannte und nicht zu häufig wechselnde Personen Vertretungsdienste übernehmen. Partnerteams (zwei Teams vertreten sich gegenseitig), ein Vertretungspool (ehemalige Praktikanten, Pädagoginnen in Elternzeit) oder ein Springerteam (mehrere Pädagogen in Teilzeitstehen zum Abruf zur Verfügung) können hier als bewährte Beispiele von Vertretungskonzepten aufgeführt werden. Zudem ist auch die Ausstattung des Arbeitsbereiches wesentlich. Laptop und Mobiltelefone zum Beispiel ermöglichen im Gegen-



satz zu Kabeltelefonen und Tower-Computer, Aufgaben zu verbinden, weil man nicht an Büroräume gebunden ist. Gleichzeitig wird dadurch auch Transparenz geschaffen (vgl. ebd.: 68).

Auch die Räumlichkeiten, in denen die sozialpädagogischen Fachkräfte mit den Kindern und Jugendlichen arbeiten und in der stationären Jugendhilfe teilweise auch leben, sind ein weiterer wichtiger Aspekt. Wenn die Büroräume dezentral liegen, erschwert dies den Kontakt zu den Kindern und Jugendlichen. Es ist daher von Vorteil, wenn bei der Raumzuordnung darauf geachtet wird, dass die Räume der Kinder und Jugendlichen und die Räume der sozialpädagogischen Fachkräfte eine Einheit bilden. Es muss aber trotzdem auch möglich sein, dass die sozialpädagogischen Fachkräfte sich, wenn nötig, zum Beispiel zur Selbstberuhigung, zurückziehen können. Den Kindern und Jugendlichen mehr Freiraum zum Erleben, Spass, Bewegen und Emotionsausgleich zu geben, ohne immer daneben stehen zu müssen, wird z. B. durch einen eigenen Garten, der geschützt und vom Arbeitsbereich einsehbar ist, ermöglicht. Dies wiederum kann die Selbstwirksamkeitserfahrung der Kinder und Jugendlichen, wie auch der Fachkräfte erhöhen und für Entspannung und Entlastung sorgen.

Nicht nur der wertschätzende Umgang im Miteinander, sondern auch Arbeitsbedingungen, haben einen wichtigen Einfluss auf das Erleben der Wertschätzung der Fachkräfte.

Zu wissen, dass man als Fachkraft gewollt ist, gehört dazu und drückt sich aus in einem unbefristeten Arbeitsvertrag, der zeigt, dass man nicht in Frage gestellt wird. Auch in der Bezahlung, also der fairen und der Arbeit angemessenen Eingruppierung, drückt sich der Wert der geleisteten Arbeit aus. Die Teilnahme an Fachtagungen und Fortbildungen ermöglicht den Fachkräften, sich in ihrer Professionalität zu erleben und weiterzuentwickeln.

# III SCHLUSSFOLGERUNGEN

---

## 1 Zusammenfassung der Ergebnisse und Beantwortung der Fragestellung

Das Vermitteln von korrigierenden Beziehungserfahrungen und eine gezielte Förderung von Kompetenzen wie dem Selbstverstehen, der Selbstakzeptanz, der Selbstwahrnehmung und der Selbstregulation, welche die Kinder und Jugendlichen aufgrund der Auswirkungen der erlebten traumatischen Ereignisse nicht lernen konnten, wird in der Traumapädagogik als Ziel definiert. Mit der Traumapädagogik soll demnach ein förderliches Umfeld bereitgestellt, sowie Alternativen zum bisherigen traumatisierenden Umfeld, also ein sicherer Ort geschaffen werden. Hier können die Kinder und Jugendlichen genau diese neuen korrigierenden Erfahrungen mit sich und ihrer Umwelt machen.

Eine traumapädagogische Haltung soll versorgend, verstehend und fördernd auf die Kinder und Jugendlichen wirken und somit bei der Selbstermächtigung und dem Wiedererlangen einer inneren Sicherheit helfen. Sie soll von Transparenz und Berechenbarkeit, von Wertschätzung und Ermutigung und von Partizipation geprägt sein, damit sozialpädagogische Fachkräfte den Kindern und Jugendlichen bedürfnisorientiert, anwaltschaftlich und empathisch begegnen können.

Um diese Haltung entwickeln zu können, müssen die teilweise bizarren Verhaltensweisen der traumatisierten Kinder und Jugendlichen als Ausdruck früherer Beziehungserfahrungen verstanden werden. Dieses Verständnis und die Annahme eines guten Grundes, also die Annahme, dass die Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen in ihrer subjektiven Empfindung durchaus Sinn machen, kann durch die Entwicklung eines Bewusstseins für Triggersituationen gefördert werden und hilft dabei, das Verhalten der Kinder und Jugendlichen als Kontrollverlust zu sehen und nicht als bewusstes Fehlverhalten oder gar einer Provokation. Betreffend Kenntnissen und Fertigkeiten kann zusammengefasst werden, dass für sozialpädagogische Fachkräfte psychotraumatologisches Wissen im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen unabdingbar ist. Nur mit Hilfe dieses Erklärungswissens und der Fähigkeit diese Wissensbestandteile situationsbedingt und bei Bedarf abrufen zu können, können Reinszenierungen von traumatischen Erfahrungen vermieden werden und angemessen auf die Dynamiken der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse reagiert werden. Die sozialpädagogischen Fachkräfte müssen ihre eigenen Bindungserwartungen und Beziehungsfallen kennen. Ausserdem müssen sie den traumatisierten Kindern und Jugendliche unterstützend in der Regulation von intensiven Körper-

empfindungen und Gefühlen beiseite stehen können. In diesem Prozess müssen die sozialpädagogischen Fachkräften Geduld und Kraft aufbringen, denn die psychologischen und neurobiologischen Entwicklungsprozesse nehmen sehr viel Zeit in Anspruch. Um die Selbstregulation aber auch die Sicherheit der Kinder und Jugendlichen zu stärken, müssen sozialpädagogische Fachkräfte ihr Handeln vorhersehbar und von Kontinuität geprägt gestalten. Ein Aspekt, welchem mit viel Achtsamkeit begegnet werden soll ist der wohlwollende Körperkontakt. Ein reflektierter Umgang mit Nähe und Distanz wird von allen Seiten gefordert, was aber nicht bedeuten soll, dass kein Körperkontakt stattfinden soll. Berührungen sind für traumatisierte Kinder und Jugendliche von grosser Bedeutung, da diese Sicherheit und Geborgenheit vermitteln. Schlussendlich brauchen traumatisierte Kinder und Jugendliche sozialpädagogische Fachkräfte, welche eine sichere Basis darstellen, zu mentaler Exploration anregen, als Modell für neue Bindungsbeziehungen verfügbar sind, feinfühlig agieren und mit den Kindern und Jugendlichen in einer dialogischen Beziehung stehen. Zudem sei hier noch erwähnt, dass in den oftmals sehr belastenden Situationen auch Humor und die Fähigkeit über sich selber zu lachen, nicht fehlen darf.

Mit der Frage «Du tust das, weil...?» kann bei einer Intervention der sozialpädagogischen Fachkraft nach dem guten Grund für das Verhalten gefragt und gleichzeitig Respekt und Wertschätzung an der Überlebensstrategie der Kinder und Jugendlichen gezeigt werden. Zudem werden diese durch die Frage angeregt über das eigene Verhalten nachzudenken. Eine Intervention sollte zudem nicht ein anderes Verhalten der Kinder und Jugendlichen verlangen und/oder erwarten und auch nicht das Fehlverhalten sanktionieren. Hingegen kann eine Intervention nach einem Kontrollverlust, wenn die Kinder und Jugendlichen wieder zur Ruhe gekommen sind, eine Wiedergutmachung beinhalten. Bei akut traumatisierten Kindern und Jugendlichen gilt es defokussierende Interventionen einzuleiten, welche die Aufmerksamkeit der Kinder und Jugendlichen auf andere Aspekte lenkt. Um den oben beschriebenen Bedarfen von traumatisierten Kindern gerecht zu werden, reichen pädagogische Interventionen alleine nicht aus. Für eine angemessene Traumaarbeit ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit auf Augenhöhe unbedingt notwendig.

Als Grundlage bezüglich Anforderungen an die Strukturvoraussetzungen, Rahmen- und Arbeitsbedingungen gilt es die von der BAG TP erarbeiteten traumapädagogischen Standards zu beachten und umzusetzen. Die Institution bietet verschiedene Massnahmen zur Förderung und Forderung einer professionellen Grundhaltung, welche durch Fachwissen, Belastbarkeit, Beziehungs- und Konfliktfähigkeit, Reflexionsfähigkeit und emotionale Stabilität geprägt ist. Weiter müssen sich die sozialpädagogischen Fachkräfte an ihrem Arbeitsplatz sicher fühlen. Dazu müssen die Institutionen Entscheidungen und Vorgaben transparent kommunizieren. Und die Prozesse zwischen Fachkräften und Einrichtung sollten partizipativ gestaltet sein. Es muss eine gewisse konstruktive Fehlerkultur gelebt werden, damit

die sozialpädagogischen Fachkräfte handlungsfähig bleiben. Innerhalb eines Teams sind Wertschätzung und Individualität, analog der Grundhaltung gegenüber den traumatisierten Kindern und Jugendlichen, von grosser Bedeutung. In der Einrichtung soll ein kollegialer, interdisziplinärer, hierarchieunabhängiger Austausch gelebt werden. Um die Beziehungsgestaltung zu den traumatisierten Kindern und Jugendlichen und die dazugehörigen Gefühle und Empfindungen zu erkennen und zu versorgen, sind zudem Strukturen zur Reflexion (Fallreflexion, Supervision etc.) notwendige Voraussetzung. Diese Reflexionsgefässe tragen stark zur Stabilisierung der sozialpädagogischen Fachkräfte bei.

Bei der Ausgestaltung der Rahmen- und Arbeitsbedingungen der Einrichtung ist zu beachten, dass Reinszenierungsprozesse sowie Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamiken immer wieder durch eine ganz bewusste Planung der Arbeitseinsätze unterbrochen werden können und so Räume zur Entspannung und Reflexion geschaffen werden. Der Umgang mit Mehrarbeit soll transparent und handhabbar geregelt sein. Es ist weiter von Vorteil, ein Vertretungssystem, welches eine konstante und vertraute Betreuung der traumatisierten Kinder und Jugendlichen gewährleistet, zu installieren. Weitere Rahmenbedingungen wie die Ausgestaltung der Büroräumlichkeiten und Umschwung sowie die technische Ausstattung einer Einrichtung können Sicherheit, Transparenz, Resilienz und Flexibilität der sozialpädagogischen Fachkräfte sowie der Kinder und Jugendlichen fördern und für Entlastungsmomente sorgen. Weitere Einflussfaktoren auf das Erleben der Wertschätzung und die Weiterentwicklung der Professionalität der sozialpädagogischen Fachkräfte sind zudem unbefristete Arbeitsverträge, eine angemessene Entlohnung sowie die Ermöglichung von Teilnahme an Fortbildungsangeboten und Fachtagungen.

## 2 Kritische Reflexion & Ausblick

Traumapädagogik ist eine Antwort auf die Anfragen der im pädagogischen Alltag agierenden Kinder und Jugendlichen. Trotz aller Auseinandersetzung mit der Frage, wie traumatisierte Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung optimal begleitet, unterstützt und gefördert werden können, darf nicht vergessen werden, dass Massnahmen von traumatisierten Kindern und Jugendlichen häufig abgebrochen werden und die damit einhergehenden Beziehungsabbrüche auch ein grosses Risiko für eben diese darstellen. Es wird immer schwieriger eine passende Hilfe zu finden und die betroffenen Kinder und Jugendliche machen immer wieder negative Beziehungserfahrungen. Das Bild der Kinder und Jugendlichen von der Welt und sich selbst verschlechtert sich.

Diese Tatsache zeigt, dass das Thema Trauma in der stationären Kinder- und Jugendhilfe von enormer Bedeutung ist. Auch der Berufskodex der Sozialen Arbeit Schweiz betont das Ziel, die «Menschen (...) zu schützen und ihre Entwicklung zu fördern, zu sichern oder zu stabilisieren», was mit den vielen Abbrüchen nicht gewährleistet werden kann (AvenirSocial 2010: 6). Oft liegen die Gründe für den Abbruch der Massnahmen von traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der Hilflosigkeit der sozialpädagogischen Fachkräfte. Dies ist auch kaum verwunderlich, da die stationäre Kinder- und Jugendhilfe, wie bereits in der Einleitung erwähnt, in so hohem Masse mit diesen sehr belastenden Problemkonstellationen der Kinder und Jugendlichen konfrontiert ist.

Aus diesem Grund ist eine Auseinandersetzung mit dem Thema Traumapädagogik in der Sozialen Arbeit kaum vermeidbar. Die Soziale Arbeit sollte sich diesbezüglich den psychotherapeutischen Erkenntnissen und Grundlagen annähern und von diesem Wissen profitieren, trotz dem ständigen bestreben sich von der Profession Psychotherapie abzugrenzen. Die Traumapädagogik in die stationäre Kinder- und Jugendhilfe zu integrieren und ihre Entwicklung zu fördern ist sinnvoll, denn unabhängig von Alter, sozioökonomischen Status, und Gesundheitszustand der Klientinnen und Klienten, können alle traumatisiert sein und haben eine angemessene Hilfe verdient. Und genauso haben auch die sozialpädagogischen Fachkräfte einen gewissen Schutz nötig, der durch eine konsequente, den Standards entsprechende Traumapädagogik gewährleistet werden kann. Die sozialpädagogischen Fachkräfte können nur dann stetig handlungsfähig bleiben und den anspruchsvollen Konfrontationen mit Bindungsgestörtem Verhalten und starken Übertragungen und Gegenübertragungsgefühlen standhalten, wenn sie bezüglich den oben beschriebenen traumaspezifischen Aspekten gefördert, unterstützt und auch aus- oder zumindest weitergebildet werden.

Schlussendlich aber kann Traumapädagogik nur weiterentwickeln werden, wenn sich Fachkräfte der Sozialen Arbeit in sozialpolitische Auseinandersetzungen einbringen, um die Bedeutung von Empathie wieder vermehrt in einen gesellschaftlichen Diskurs zu bringen. «Die grundsätzliche Geringschätzung, die unser Erziehungssystem und unsere Gesellschaft sozialen Beziehungen gegenüber an den Tag legen, untergräbt auch die Entwicklung von Empathie.» (Perry/Szalavitz 2006: 299) Eine Entwicklung, an der Traumapädagogik schlussendlich scheitern muss.

# Literaturverzeichnis

---

- Aebischer, Mirjam (2012). Aktuelle Entwicklungen in der Fremdunterbringung. In: SozialAktuell. 44 Jg. (12). S.10–14.
- American Psychiatric Association (2013). DSM 5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Avenir Social (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. URL:  
[http://www.avenirsocial.ch/cm\\_data/Do\\_Berufskodex\\_Web\\_D\\_gesch.pdf](http://www.avenirsocial.ch/cm_data/Do_Berufskodex_Web_D_gesch.pdf)  
[Zugriff: 15.1.2018]
- Baierl, Martin (2017). Traumaspezifische Bedarfe von Kindern und Jugendlichen. In: Gahleitner, Silke Brigitta / Hensel, Thomas / Baierl, Martin / Kühn, Martin & Schmid, Marc (Hg.) (2017): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. 3. Aufl. S. 72–88 Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Baierl, Martin / Götz-Kühne, Cornelia / Hensel, Thomas / Lang, Birgit / Strauss, Jochen (2017). Traumaspezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In: Gahleitner, Silke Brigitta/Hensel, Thomas/Baierl, Martin/Kühn, Martin & Schmid, Marc (Hg.) (2017): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. 3. Aufl. S. 59–71 Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bausum, Jacob / Besser, Lutz Ullrich / Kühn, Martin / Weiss, Wilma (2013) Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Beckrath-Wilking, Ulrike / Biberacher, Marlene / Dittmar, Volker / Wolf-Schmid, Regina (2013). Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Bischof-Köhler, Doris (2011). Soziale Entwicklung in Kindheit und Jugend. Bindung, Empathie, Theory of Mind. Stuttgart: Kohlhammer.
- Briere, J./ Spinazzola, J. (2011): Einschätzung der Folgen komplexer Traumata. In: Courtois, C./ Ford, J. (Hrsg.): Komplexe traumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlung. Eine evidenzbasierte Anleitung. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Brisch, Karl-Heinz (2009) Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. 14. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, Karl-Heinz & Hellbrügge, Theodor (Hg.) (2015). Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. 3. Auflage Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brusch, Frauke (2013). Trauma im Kindes- und Jugendalter – Erklärungs- und Handlungsmodelle sowie Analyse bestehender Versorgungssysteme. Bachelor Thesis an der Fakultät Wirtschaft und Soziales, Departement Soziale Arbeit. Hamburg: Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

- Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik (2011): Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Ein Positionspapier der BAG Traumapädagogik.  
URL: <http://www.bag-traumapaedagogik.de/index.php/standards.html>  
[Zugriff: 14. 4.2018]
- Diepold, Barbara (1995). Borderline-Entwicklungsstörungen bei Kindern - Zur Theorie und Behandlung. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 44/7. S. 270–279.
- Diepold, Barbara (1997). «Diese Wut hört niemals auf». Zum Einfluss realer Traumatisierungen auf die Entwicklung von Kindern. In: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (AKJP) 27, S. 73–85. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel Verlag.
- Dornes, Martin (2010). Die Modernisierung der Seele. Kind – Familie – Gesellschaft. Frankfurt a. M.: S. Fischer Verlag.
- Egle, Ulrich T. / Hoffmann, Sven O. / Joraschky, Peter (2000): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. 3. Auflage. Stuttgart / New York: Schattauer.
- Fegert, Jörg M./ Spröber, Nina (2012): Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch. In: Fegert, Jörg M./Eggers, Christian/Resch, Franz (Hrsg.): Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, 3. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.
- Friedlmeier, W. (2013). Prosoziale Motivation. In: M. A. Wirtz, H.-O. Häcker & K.-H. Stapf (Hrsg.). Dorsch Lexikon der Psychologie. Bern: Huber.
- Frijia, A. (2009). Traumatisierte Kinder und Jugendliche in der stationären Jugendhilfe. Traumafolgen als Herausforderung für den pädagogischen Alltag. Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg. Fakultät für Soziale Arbeit und Pflege, Fachbereich Sozialpädagogik.
- Gahleitner, Silke Brigitta (2012a). Das Therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen. 2. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Gahleitner, Silke Brigitta (2012b). Traumapädagogik und Psychosoziale Traumaarbeit. Modeerscheinung oder Notwendigkeit? In: Streeck-Fischer, Annette (Hg.). Zeitschrift Trauma & Gewalt. Forschung und Praxisfelder. Themenheft Traumapädagogik III. 6. Jg. (3). S. 216–217.
- Gahleitner, Silke Brigitta (2012c). Traumatherapie, Traumaberatung und Traumapädagogik. In: Zeitschrift Supervision. Mensch, Arbeit, Organisation. 30. Jg. (2). S. 14–21.
- Gahleitner, Silke Brigitta / Frank, Christina / Leitner, Anton (Hrsg.) (2015). Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik. Weinheim & Basel. Beltz Juventa.
- Gahleitner, Silke Brigitta / Hensel, Thomas / Baierl, Martin/Kühn, Martin & Schmid, Marc (Hg.) (2017): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. 3. Auflage Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.



- Grossmann, Karin / Grossmann Klaus E. / Waters E. (Hrsg.) (2005). Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies. New York: Guilford Press.
- Grossmann, Karin / Grossmann Klaus E. (2012). Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hantke, Lydia & Görges, Hans-Joachim (2012). Handbuch Traumakompetenz: Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik. Paderborn: Junfermann.
- Herman, Judith (2018). Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. 5. aktualisierte Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Jäckle Monika/Wuttig, Bettina/Fuchs Christian (Hrsg.) (2017). Handbuch Trauma Pädagogik Schule Bielefeld: transcript Verlag.
- Kärcher, Andrea / Lindlacher, Monika / Romer, Reiner / Schneider-Arnoldi, Wolfram (2012). «Sichere Orte schaffen» – ein Qualifizierungsprojekt des SOS-Kinderdorfs-Vereins zur Betreuung psychisch belasteter Kinder und Jugendlicher in stationären Erziehungshilfen. In: Schmid, Marc / Tetzner, Michael / Rensch, Katharina / Schlüter-Müller, Susanne (Hg.) Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik. S.227–243. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kessler, Tanja (2016). Diese Wut, die mich immer wieder einholt. Methodisches zur Arbeit mit traumatischer Übertragung und der Gegenreaktion. In: Weiss, Wilma / Kessler, Tanja / Gahleitner, Silke B. (Hrsg.) (2016). Handbuch Traumapädagogik. Weinheim und Basel. Beltz Juventa.
- Kindler, Heinz / Helming, Elisabeth / Meysen, Thomas / Jurczyk, Karin (Hrsg.) (2011): Handbuch Pflegekinderhilfe. München: Deutsches Jugendinstitut.
- Kühn, Martin (2008). Wieso brauchen wir eine Traumapädagogik? Annäherung an einen neuen Fachbegriff. In: Zeitschrift Trauma & Gewalt. Forschung und Praxisfelder. Themenheft Traumapädagogik I. 2. Jg. (4). S.318–327.
- Kühn, Martin (2011). Wie sicher ist der «Sichere Ort»? – Einrichtungen der stationären Jugendhilfe als sichere Entwicklungsräume für traumatisierte Mädchen und Jungen. In: Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung. 29. Jg. (4). S.152–158.
- Kühn, Martin (2013). «Macht Eure Welt endlich wieder mit zu meiner!» Anmerkungen zum Begriff Traumapädagogik. In: Bausum, Jacob / Besser, Lutz Ulrich / Kühn, Martin / Weiss, Wilma (Hg.). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Auflage. S. 24–37. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Landolt, Markus A.(2004). Psychotraumatologie des Kindesalters. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Landolt, Markus A. / Hensel Thomas (2008) (Hrsg.). Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Lang, Birgit (2013). Die PädagogInnen als Teil der Pädagogik. In: Lang, Birgit / Schirmer, Claudia / Lang, Thomas / Andreae de Hair, Ingeborg / Wahle, Thomas / Bausum, Jacob / Weiss, Wilma / Schmid, Marc (Hg.): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel.:Beltz Juventa, S.127–144.

- Lang, Thomas (2013). Bindungspädagogik – Haltgebende, verlässliche und einschätzbare Beziehungsangebote für Kinder und Jugendliche. In: Lang, Birgit / Schirmer, Claudia / Lang, Thomas / Andrae de Hair, Ingeborg / Wahle, Thomas / Bausum, Jacob / Weiss, Wilma/Schmid, Marc (Hg.). Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S. 187–217.
- Levine, P. A. / Kline, M (2006): Verwundete Kinderseelen heilen. Wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können. Münschen: Kösel.
- Loos, Sabine / Wolf, Saskia / Tutus, Dunja / Goldbeck, Lutz (2015). Häufigkeit und Art traumatischer Ereignisse bei Kindern und Jugendlichen mit Posttraumatischer Belastungsstörung. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 64. S. 617–633. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Nienstedt, Monika / Westermann, Arnim (2008): Pflegekinder und ihre Entwicklungschancen nach frühen traumatischen Erfahrungen. 2. Auflage. Stuttgart: Klett Cotta.
- Peichl, Jochen (2008): Die inneren Trauma-Landschaften. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Petermann, Franz / Wiedebusch, Silvia (2008). Emotionale Kompetenz bei Kindern. Göttingen: Hogrefe.
- Perry, B. / Szalavitz, M. (2006): Der Junge, der wie ein Hund gehalten wurde. Was traumatisierte Kinder uns über Leid, Liebe und Heilung lehren können. Münschen: Kösel.
- Sachsse Ulrich (Hg) (2004) Traumazentrierte Psychotherapie. Stuttgart und New York: Schattauer.
- Scherwath, Corinne / Friedrich, Sibylle (2012). Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung. München: Ernst Reinhardt.
- Schleiffer, Roland (2015). Fremdplatzierung und Bindungstheorie. Weinheim und Basel. Beltz Juventa.
- Schmid, Marc (2010). Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe: «Traumasensibilität» und «Traumapädagogik». In: Fegert, J.M. / Ziegenhain, U. / Goldbeck, L. (Hg.): Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. S. 36–60. Weinheim: Juventa.
- Schmid, Marc (2013). Warum braucht es eine Traumapädagogik und traumapädagogische Standards? In: Lang, Birgit/Schirmer, Claudia / Lang, Thomas/Andrae de Hair, Ingeborg / Wahle, Thomas / Bausum, Jacob / Weiss, Wilma / Schmid, Marc (Hg.). Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik.S.56–82. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Schone, R., Gintzel, U., Jordan, E., Kalscheuer, M., Münder, J. (1997). Kinder in Not. Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit. Münster: Votum.
- Schulze, H. / Loch, U. / Gahleitner, S. B. (Hrsg.) (2012). Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatalogie. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

- Streeck-Fischer, Annette (2010). Traumatisierte Bindung – Chancen und Gefahren in der Psychotherapie von Jugendlichen mit selbst- und fremddestruktivem Verhalten. In: Brisch, Karl Heinz/Hellbrügge, Theodor (Hg.). Bindung, Angst und Aggression. Theorie, Therapie und Prävention. S. 162–176. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Terr, Lenore (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148/1. S.10–20.
- Weinberg, Dorothea (2005): Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Trauma-Intervention und traumabezogene Spieltherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weiss, Wilma (1996): Nicht überleben, leben wollen wir. Über Möglichkeiten und Bedingungen von Traumaverarbeitung im Kontext von Erziehungseinrichtungen. In: Kompass-Beratungsstelle Kirchheim Teck (Hrsg.). Sexuell missbraucht - und dann. Tagungsreader. S.43–62.
- Weiss, Wilma (2011): Traumapädagogik – eine junge Fachdisziplin, die zum Handeln befreit. In: Evangelischer Erziehungsverband (EREV): Evangelische Jugendhilfe, Heft 5, S. 260–267.
- Weiss, Wilma (2013a). Selbstermächtigung – ein Kernstück der Traumapädagogik. In: Bausum, Jacob / Besser, Lutz Ulrich / Kühn, Martin / Weiss, Wilma (Hg.). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Auflage. S. 167–181. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Weiss, Wilma (2013b). Traumapädagogik – Geschichte, Entstehung und Bezüge. In: Lang, Birgit / Schirmer, Claudia / Lang, Thomas / Andreae de Hair, Ingeborg / Wahle, Thomas/Bausum, Jacob/Weiss, Wilma/Schmid, Marc (Hg.). Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. S.32–44 Weinheim/Basel: Beltz Juventa..
- Weiss, Wilma (2013c). Selbstermächtigung/Selbstwirksamkeit – ein traumapädagogischer Beitrag zur Traumaheilung. In: Lang, Birgit / Schirmer, Claudia / Lang, Thomas / Andreae de Hair, Ingeborg / Wahle, Thomas / Bausum, Jacob / Weiss, Wilma / Schmid, Marc (Hg.). Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. S.145–156. Weinheim/Basel: Beltz Juventa..
- Weiss, Wilma / Friedrich, Esther Kamala / Picard, Eva / Ding, Ulrike (2014). Als wär ich ein Geist, der auf mich runter schaut. Dissoziation und Traumapädagogik. Weinheim/Basel. Beltz Juventa.
- Weiss, Wilma (2016). Philip sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. 8. Auflage Weinheim/Basel. Beltz Juventa.
- Ziegler, Stephanie (2014). Traumapädagogik. Eine Theoriearbeit über die Beziehungsarbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen und die Gefahr einer sekundären Traumatisierung. Bachelor Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten.
- Zimmermann, David / Rosenbroch, Hans / Dabbert, Lars (2017).Praxis Trumapädagogik. Perspektiven einer Fachdisziplin und ihrer Herausforderung in verschiedenen Praxisfeldern. Weinheim/Basel. Beltz Juventa.