

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW

Hochschule für Soziale Arbeit HSA

Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit

Bachelor Thesis

Begleitung traumatisierter Kinder und Jugendlicher in der Pflegefamilie

Traumapädagogische Aspekte des Zusammenlebens welche zur Stabilisierung von Kindern und Jugendlichen in der Pflegefamilie beitragen

Abbildung 1: Der sichere Ort



Quelle: Sozialpädagogische Pflegefamilien SGh 2020

Autor: Erich Geissbühler

Matrikelnummer: 16-650-947

Begleitet und eingereicht bei:

Dominik Schenker lic. sc. rel.

Olten, im Juni 2020

Abstract

In dieser Arbeit setzt sich der Autor auf der Grundlage von Theoriebezügen und Grundlagenliteratur mit dem Thema traumatisierter Kinder und Jugendlicher im Kontext der Pflegefamilie auseinander. In einem ersten Teil wird auf die Traumadefinition und die grundlegenden theoretischen Bezüge zur Bindung und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen eingegangen. Der Verfasser zeigt zudem auf, wie diesen traumatisierten Kindern und Jugendlichen im Alltag der Pflegefamilie durch traumapädagogische Ansätze begegnet werden kann. Hierbei geht es um Konzepte und Methoden der Traumapädagogik. Es wird jedoch schnell klar, dass es eine ganzheitliche Sichtweise und weitere Aspekte des Zusammenlebens braucht, um in der Pflegefamilie einen Lebensraum zu schaffen, in welchem sich traumatisierte Kinder und Jugendliche stabilisieren können und ihre Seele genesen kann. Die theoretischen Grundlagen und traumapädagogischen Ansätze dienen in erster Linie Pflegeeltern und den sozialpädagogischen Mitarbeitenden von Familienplatzierungsorganisationen (FPO)¹ aber auch Beistandspersonen und Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, welche in sozialpädagogischen Grossfamilien arbeiten, dazu, die vielen betroffenen Kinder und Jugendlichen mit Verständnis und einer adäquaten Haltung zu begleiten.

¹ „Mit dem Begriff der Familienplatzierungsorganisation (FPO) sind alle privaten Organisationen gemeint, die im Auftragsverhältnis Kinder in Pflegefamilien platzieren und weitere Dienstleistungen im Rahmen der Platzierung anbieten wie beispielsweise die Begleitung des Pflegeverhältnisses oder die Abklärung und Ausbildung von Pflegefamilien.“ (Integras o.J.).

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Herleitung der Fragestellung	1
1.2	Methodisches Vorgehen	3
2	Theoretische Grundlagen zu Trauma	4
2.1	Trauma in der Geschichte	4
2.2	Trauma Definition	6
2.2.1	Traumatische Ereignisse und Situationen	6
2.2.2	Typologie von traumatisierenden Erfahrungen	8
2.3	Traumafolgen	11
2.3.1	Akute Belastungsreaktion	11
2.3.2	Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	13
2.4	Risikofaktoren und Schutzfaktoren	15
2.5	Auswirkungen auf die Bindungsmuster	19
2.5.1	Bindungsmuster traumatisierter Kinder und Jugendlicher	22
2.5.2	Umgang mit diesen Bindungsmustern	23
2.5.3	Entwicklungsfähigkeit	24
3	Traumapädagogik	25
3.1	Ziele der Traumapädagogik	25
3.2	Traumapädagogische Perspektive und Haltung	26
3.2.1	Verstehensorientierter Zugang	28
3.2.2	Das Konzept des guten Grundes	28
3.2.3	Grundhaltung der Wertschätzung und Liebe	30
3.3	Grundlagen der Traumapädagogik im Alltag der Pflegefamilie	32
3.3.1	Der äussere sichere Ort	33
3.3.2	Der personale sichere Ort	33
3.3.3	Spiritualität und Rituale als sichere Orte	37
3.3.4	Selbstbemächtigung: Das Selbst als sicherer Ort	38
3.4	Traumapädagogische Interventionsmöglichkeiten	40
3.4.1	Pädagogischen Klettern	41
3.4.2	Biografiearbeit	41
3.4.3	Abgrenzung Traumapädagogik und Traumatherapie	42

4	Schluss	43
4.1	Fazit	43
4.2	Erkenntnisse für die Soziale Arbeit	49
4.3	Ausblick	50
	Literaturverzeichnis	51
	Anhang I Traumapädagogisches Diagnostisches Fallverstehen	56
	Anhang II Ehrenwörtliche Erklärung	60

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Der sichere Ort</i>	1
<i>Abbildung 2: Erregungsverlauf des Kindes</i>	35
<i>Abbildung 3: Diagnostisches Fallverstehen</i>	57

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Typologisierung traumatischer Ereignisse (Beispiele)</i>	8
<i>Tabelle 2: Bedingte Prävalenzen von PTBS nach Traumagruppen</i>	9
<i>Tabelle 3: Wahrscheinlichkeit einer PTBS</i>	10
<i>Tabelle 4: Traumapädagogische Haltung als korrigierende Beziehungserfahrung</i>	31

1 Einleitung

Laut Beckrath-Wilking (2013a: 19) können Traumata jeden treffen. Die Auswirkungen und Langzeitfolgen werden von vielfältigen Faktoren bestimmt. Unter anderem von der überwältigenden Wucht des Erfahrenen, jedoch auch von der individuellen Widerstandskraft und Resilienz der Betroffenen sowie davon, ob mitfühlende Menschen helfend, tröstend, taktvoll und lange genug zur Seite stehen. Das Leid der Betroffenen und die Hilflosigkeit der Helfenden machen oft klar, dass sowohl die dissoziiert gespeicherten Fragmente von Traumata wieder zusammengefügt werden müssen als auch eine Integration verschiedener Therapie- und Hilfsansätze erforderlich werden (vgl. ebd.: 19).

Kinder und Jugendliche, welche in einer Pflegefamilie aufwachsen, tragen meist traumatische Erlebnisse mit sich. Untersuchungen in Deutschland und der Schweiz haben gezeigt, dass über 75 % der Mädchen und Jungen in der stationären Jugendhilfe traumatisiert sind (vgl. Schmid et. al. 2010: 238). Die Zahlen einer bundesweiten Erhebung, welche Nienstedt/Westermann (2008: 22) bezugnehmend auf Walter aufführen, bestätigen zudem, dass es sich bei den fremduntergebrachten Kindern zu einem grossen Anteil um Kinder mit mehreren Problematiken im Herkunftssystem und chronifizierten Problemlagen handelt. Angegeben werden bei 94 % Überforderung der Eltern, bei 85 % Vernachlässigung, bei 61 % Gewalt in der Familie, bei 31 % Misshandlung in Form aggressiver Überwältigung und bei 16 % Anzeichen für sexuellem Missbrauch (vgl. Nienstedt/Westermann 2008: 22). Je nach Resilienz und eigener Bewältigungsstrategien der Kinder und Jugendlichen sowie einem Umfeld, welches einen Rahmen zur Bewältigung dieser oft tiefen Verletzungen schafft, können Kinder entsprechend besser oder weniger gut mit diesen Ereignissen aus der Vergangenheit umgehen (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 59f.).

1.1 Herleitung der Fragestellung

In meiner Aufgabe als Pflegevater sowie in der sozialpädagogischen Begleitung von Pflegefamilien begegne ich oft Kindern und Jugendlichen, welche in ihrem Leben traumatische Erlebnisse erfahren haben. Es gibt Pflegekinder, welche gar nicht mehr wissen, was ihnen in ihrer Kleinkindphase, als sie beispielsweise von ihrer drogensüchtigen Mutter vernachlässigt wurden, zugestossen ist. Kommen in der frühen Kindheit Gewalterfahrungen dazu können sich solche Erfahrungen später in der Pflegefamilie so äussern, dass für ein auffälliges Verhalten kaum ein Auslöser erkennbar ist und Kinder sowie Jugendliche aufgrund kleiner Trigger mit

Angst und Aggressionen zu kämpfen haben (Gahleitner et al. 2014: 266-268). Für Pflegefamilien ist es dann oft schwierig, diese Ereignisse richtig einzuordnen. Laut Liebel-Fryszter (2014: 67) wirken sich Traumatisierungen vor allem in Zusammenhang mit familiärer Gewalt, Missbrauch und Vernachlässigung langfristig auf das Beziehungsverhalten aus. Schnell kann es dadurch zu einer Überforderung und Unsicherheit in der Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit unberechenbaren und auffälligen Verhaltensweisen kommen. Die sozialpädagogischen Mitarbeitenden und Pflegeeltern stellen Fragen wie:

- Was ist ein Trauma?
- Wie wirkt sich ein Trauma kurzfristig und längerfristig auf die Psyche aus?
- Muss ich die Traumatisierung des Kindes kennen um es gut begleiten zu können?
- Was können traumatische Erlebnisse in einem Kind oder Jugendlichen auslösen?
- Wie können solche Phänomene aus einer anderen Perspektive eingeordnet werden?
- Durch welche Haltung kann dem Kind und Jugendlichen im Alltag professionell und positiv begegnet werden?
- Welche Interventionsmöglichkeiten dienen den oft an ihre Grenzen stossenden begleitenden Pflegeeltern und pädagogischen Mitarbeitenden?
- Wo ist die Grenze zwischen traumapädagogischer Arbeit und der Traumatherapie?

Diese Fragen dienen als Ausgangspunkt für die folgende, zu beantwortende Fragestellung dieser Bachelor Arbeit:

Wie wirken sich traumatische Erfahrungen aus und welche traumapädagogischen Sichtweisen, Ansätze und Handlungsweisen tragen in Pflegefamilien dazu bei, dass sich traumatisierte Kinder und Jugendliche in herausfordernden Lebensabschnitten stabilisieren können und ihr Genesungsprozess unterstützt wird?

Bewusst wird die Fragestellung, insbesondere für den Teil der Traumapädagogik, auf den Kontext der Pflegefamilie eingegrenzt, da beispielsweise Aspekte der Bindung oder der Tragbarkeit einer Platzierung in der Pflegefamilie anders wahrgenommen werden können als in anderen stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe.

1.2 Methodisches Vorgehen

Der Fokus dieser Arbeit liegt darin, den helfenden Pflegeeltern und sozialpädagogischen Mitarbeitenden² einer FPO das Bewusstsein über Traumata und deren mögliche Auswirkungen auf den pädagogischen Alltag zu schaffen.

In einem ersten theoretischen Teil wird auf die Traumadefinition eingegangen und die Typologie von Traumatisierungen beschrieben. Zudem soll auf die grundlegenden theoretischen Bezüge der Bindung und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen eingegangen werden und ein Bezug zu den möglichen Auswirkungen von Traumatisierung hergestellt werden. Damit werden die theoretischen Grundlagen gelegt und ein Bewusstsein dafür geschaffen.

In einem zweiten Teil wird auf die Traumapädagogik und entsprechenden Interventionsmöglichkeiten eingegangen. Hier soll der Bezug zur Begleitung von Pflegefamilien und deren Kindern und Jugendlichen leitend sein. Es geht in Traumapädagogik nicht nur um Konzepte und Methoden, welche im traumapädagogischen Kontext angewendet werden können, sondern auch um eine ganzheitliche Sichtweise der Aspekte des Zusammenlebens (vgl. Eichenberger 2019: 12). Auf diese Aspekte soll eingegangen werden sowie ergänzend einige ausgewählte Konzepte und Methoden der Traumapädagogik behandelt werden. Als Beispiel wird die Biographiearbeit erläutert. Durch sie erhalten Kinder und Jugendliche die Chance, ihre Geschichte und aktuelle Lebenssituation zu verstehen. Andererseits wird das ganz praktisch erfahrbare pädagogische Klettern vorgestellt. Es zielt auf eine Stärkung des Selbstwertes, der Bewältigungsfähigkeit sowie der Selbstwirksamkeit. Diese beiden Methoden könnten unterschiedlicher nicht sein, jedoch sind auch die Kinder und Jugendlichen Individuen und reagieren sehr unterschiedlich auf die verschiedenen Handlungsansätze. Gemeinsam haben die Methoden, dass sie Kinder und Jugendliche in ihren Emotionen und auch in ihrer Seele berühren und dadurch zu einer Aufarbeitung und Verarbeitung schwerer, verletzender Erlebnisse beitragen helfen. In einem Fazit werden die gewonnenen Erkenntnisse zusammengefasst. Die Erkenntnisse für die Soziale Arbeit sowie ein Ausblick bilden den Abschluss dieser Arbeit.

² Sozialpädagogische Mitarbeitende: sind Professionelle der Sozialen Arbeit und verfügen über eine entsprechende fachliche Qualifikation, sie begleiten Pflegefamilien mit ihren Pflegekindern und agieren als Bindeglied der Behörden und Beistandspersonen mit der Pflegefamilie sowie dem Herkunftssystem.

2 Theoretische Grundlagen zu Trauma

Was ist ein Trauma? Dies ist die Leitfrage in diesem Kapitel, welche sich sowohl Pflegeeltern als auch sozialpädagogische Mitarbeitende in der Begleitung von Kindern- und Jugendlichen stellen können. In diesem Teil der Arbeit geht es darum, ein Bewusstsein für psychische Traumata bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe und deren Folgen zu erhalten. Deshalb wird auf die Geschichte und Definition von Trauma eingegangen. Zudem werden Auswirkungen von traumatischen Erfahrungen auf die Bindungs- und Entwicklungsfähigkeit ausgearbeitet und in diesem Kontext auf Grundsätze der Bindungstheorie und Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter eingegangen. Diese theoretischen Grundlagen sollen ein Grundverständnis und Bewusstsein für die Lebenslage bzw. Lebenssituation von traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere im Pflegefamilien-Setting, schaffen.

2.1 Trauma in der Geschichte

Das Wort ‚Trauma‘ kommt aus dem Altgriechischen und bedeutet Wunde oder Verletzung (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 17). Der Begriff Trauma wird unter anderem sowohl in medizinischen, biologischen und psychologischen Kontexten verwendet (vgl. Weiss 2013: 25). Er findet heute oft auch alltagssprachliche Verwendung, was zu einer Bagatellisierung der belastenden Erlebnisse von traumatisierten Menschen führen kann und eine differenzierte Sichtweise und Abgrenzung erfordert. In diesem Kapitel wird auf das psychische Trauma eingegangen. Es handelt sich also um eine Verletzung der menschlichen Psyche, das sogenannte Psychotrauma (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 17).

Sigmund Freud, der sich bereits vor über hundert Jahren stark mit den Zusammenhängen schwerwiegender Erlebnisse und ihren Folgen beschäftigte, beschreibt das Trauma als „...ein Erlebnis, welches dem Seelenleben innerhalb kurzer Zeit einen so starken Reizzuwachs bringt, dass die Erledigung oder Aufarbeitung desselben in normalgewohnter Weise missglückt, woraus dauernde Störungen im Energiebetrieb resultieren müssen“ (Freud 1917: GW XI, 284).

Das Verständnis und die Wahrnehmungen von Freud in Bezug zu Trauma und Psyche als eine kausale Verknüpfung zwischen der Erfahrung sexuellen Missbrauchs in der Kindheit und den Symptomen einer Hysterie im jungen Erwachsenenalter, wurde jedoch immer wieder zurückgewiesen (vgl. Dittmar 2013: 28f). Ein Grund dafür war, dass sich die Psychologie über Jahrzehnte hinweg eher mit Merkmalen der Person wie ungünstigen kognitiven

Verarbeitungsformen, Genetik, Vulnerabilität³ oder Resilienzfaktoren⁴ beschäftigt hat (vgl. Hensel 2014: 28). Länger anhaltende psychische Belastungen bei Menschen nach traumatischen Erlebnissen, wurden also eher mit Merkmalen der Person in Verbindung gebracht als mit der Schwere des realen Ereignisses und Erlebens. So wurde in Deutschland über viele Jahre, auch nach dem zweiten Weltkrieg, die Haltung vertreten, dass gesunde Menschen psychische Belastungen verkraften können. Damit wurde vielen traumatisierten und dadurch seelisch leidenden Menschen unrecht getan (vgl. Dittmar 2013: 29). In den 1970er-Jahren führten gesellschaftliche Bewegungen dazu, dass die Forschung begann, sich wieder intensiver mit psychischer Traumatisierungsphänomen auseinanderzusetzen (vgl. Weiss 2013:74f). Aus dem Vietnamkrieg zurückgekehrte Kriegsveteranen organisierten sich und waren bereit, öffentlich über Kriegsverbrechen und ihre traumatischen Erlebnisse zu erzählen. Parallel führte die Frauenbewegung dazu, dass sexueller Missbrauch gegen Frauen enttabuisiert wurde und viele Forschungsarbeiten darüber verfasst wurden. Die Ergebnisse einer 1984 von der Soziologin Diana Russell beschriebenen epidemiologischen Umfrage, welche sie bei 930 nach dem Zufallsprinzip ausgewählten Frauen durchführte, waren erschreckend: Jede dritte Frau war in der Kindheit sexuell missbraucht worden und jede vierte Frau war vergewaltigt worden (vgl. ebd.). Die gleichen Symptome, die bereits bei Kriegsveteranen beobachtet wurden, konnten durch Untersuchungen zu den psychologischen Folgen von Vergewaltigungen ebenso festgestellt werden (vgl. ebd.). Durch die laufende Zunahme wissenschaftlicher Erkenntnisse und klinischem Wissen zu Traumatisierungen, ist in den letzten Jahrzehnten ein integriertes Verständnis von Auswirkungen der Traumaeffekte auf das soziale, psychologische und physiologische Erleben von Menschen als Individuen gewachsen (vgl. ebd: 26). Erneute Beachtung fanden auch die Erkenntnisse aus der Bindungsforschung und Bindungstheorie sowie der Resilienzforschung, die sich mit Schutzfaktoren zur Bewältigung von traumatischen Erfahrungen befasst (vgl. ebd.).

³ Vulnerabilität: Verwundbarkeit, Verletzbarkeit

⁴ Resilienz: psychische Widerstandskraft, Fähigkeit, schwierige Lebenssituationen ohne anhaltende Beeinträchtigung zu überstehen.

2.2 Trauma Definition

Die beeinträchtigenden Auswirkungen von Traumata auf die Menschen werden heute nicht mehr infrage gestellt (vgl. Weiss 2013: 25). Sie wurden allgemein anerkannt und seit 1992 in das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebene und international bedeutendste Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen ‚ICD-10‘ aufgenommen (vgl. Dittmar 2013: 30). ICD-10 versteht Trauma als „...ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses (kurz- oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde.“ (zit. nach Weiss 2013: 25) Baierl (2014: 23f.) fasst die wichtigsten Elemente einer Traumatisierung wie folgt zusammen:

Traumatisierung entsteht durch Situationen oder Geschehnisse extremer oder lang anhaltender, meist aussergewöhnlichen Belastung, welche die Bewältigungsmöglichkeiten des Betroffenen übersteigen und dadurch zu anhaltenden tiefgreifenden Veränderungen des Selbst- und Weiterlebens führen sowie dauerhafte Veränderungen von Denken, Fühlen und Handeln hervorruft.

In der aktuellen ICD-10-GM Version 2020 werden im Kapitel V die ‚Psychischen und Verhaltensstörungen kodifiziert (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 2020: F00-F99). Unter der Klassifikation ‚F43 Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen‘ folgen zwei Kategorien, welchen ein Trauma zugrunde liegt: ‚F43.0 Akute Belastungsreaktion‘ und ‚F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung‘. Diese beiden Klassifikationen werden durch ‚ursächliche Faktoren‘ hervorgerufen und unterscheiden sich diesbezüglich von anderen psychischen Störungen oder Krankheiten, bei denen die Ursachen nicht immer erkennbar sind. Die akute Belastungsreaktion und posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) jedoch wären also ohne die Einwirkung des belastenden Ereignisses oder die andauernden, unangenehmen Umstände als primäre und ausschlaggebende Kausalfaktoren, nicht entstanden (vgl. ebd).

2.2.1 Traumatische Ereignisse und Situationen

Die ‚ursächlichen Faktoren‘ eines Traumas werden als traumatische Ereignisse beschrieben und können sehr unterschiedlich sein. Nach DSM-IV, einem Klassifikationssystem der Psychiatrie aus den USA, ist die traumatische Situation so definiert, dass sowohl objektive und subjektive Kriterien eines traumatischen Ereignisses erfüllt sein müssen (vgl. Dittmar 2013:

33f). Die nachfolgend aufgeführten Kriterien für traumatische Ereignisse können diesen objektiven und subjektiven Kriterien zugeordnet werden (vgl. Uniklinikum Dresden o.J.):

Traumatische Ereignisse (vgl. ebd):

- bedrohen die Unversehrtheit und Integrität eines Menschen (objektiv)
- versetzen den Menschen in extreme Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen (subjektiv)
- sind so aussergewöhnlich, dass die normalen Anpassungs- und Bewältigungsstrategien des Menschen überfordert sind (subjektiv)

Traumatische Ereignisse beinhalten zudem meist eine der folgenden Erfahrungen (vgl. ebd):

- Tatsächliche oder drohende Todeserfahrungen (objektiv)
- ernsthafte Verletzungen (objektiv)
- Gefahr der körperlichen Unversehrtheit bei der eigenen Person oder bei einer anderen Person beobachtet (objektiv)

Diese allgemeinen Kriterien zeigen, dass Traumatisierung primär auf ein furchtbares oder stark belastendes Geschehen zurückzuführen ist und nicht auf Eigenheiten der traumatisierten Personen (vgl. Baierl 2014: 23). So bezeichnen die objektiven Bedingungen die traumatischen Ereignisse, welche bei fast allen Menschen eine extreme Belastung hervorrufen würden (vgl. Dittmar 2013: 33f). Die subjektiven Bedingungen beschreiben das Erleben einer Person, die auf die Bedrohung mit Angst, Hilflosigkeit und Entsetzen reagiert. Diese Reaktionen werden von jeder Person unterschiedlich erlebt, gehören jedoch ebenso zu den ursächlichen Faktoren eines Traumas dazu (vgl. ebd.). So unterstreicht Scherwath/Friedrich (2014: 18), „dass ein Trauma sich aus der Korrelation objektiver Faktoren und subjektiver Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Handlungsaspekten zusammensetzt.“ Zusammenfassend kann mit Bezug auf Scherwath/Friedrich eine traumatische Situation so definiert werden, dass sie, in Abgrenzung zu schweren oder belastenden Lebensereignissen, vom betroffenen Menschen nicht mehr im Rahmen seiner üblichen Anpassungs- und Bewältigungsstrategien gelöst werden kann, sondern für ihn ein Ereignis oder eine Situation darstellt, die – von absoluter Unabsehbarkeit, Heftigkeit und Auswegslosigkeit geprägt – das übliche Selbstwirksamkeits- und Verarbeitungsvermögen ausser Kraft setzt (vgl. ebd.).“

2.2.2 Typologie von traumatisierenden Erfahrungen

Die verschiedenen traumatisierenden Erfahrungen werden nach unterschiedlichen Traumaty-
pen unterteilt (vgl. Dittmar 2013: 35). Die mögliche Unterteilung nach Terr erfolgt in verschie-
denen Dimensionen, welche in nachfolgender Tabelle in strukturierter Form dargestellt wer-
den:

Tabelle 1: Typologisierung traumatischer Ereignisse (Beispiele)

Ausprägung/ Einwirkungsdauer	Typ – I (einmalig, kurzfristig)	Typ – 2 (mehrfach, langfristig)
Akzidentelle Traumata	<ul style="list-style-type: none"> - Schwere Verkehrsunfälle - Berufsbedingte Trauma (Polizei, Feuerwehr, Rettungskräfte) - Kurz dauernde Katastrophen 	<ul style="list-style-type: none"> - Lang dauernde Naturkatastrophen (z.B. Erdbeben, Überschwemmung) - Technische Katastrophen (z.B. Giftgaskatastrophen)
Interpersonale Traumata „man made“	<ul style="list-style-type: none"> - Kriminelle bzw. körperliche Gewalt (einmalig) - Ziviles Gewalterleben (z.B. Banküberfall) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mehrfache sexuelle und körperliche Gewalt / Missbrauch in der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter - Kriegserleben, Geiselnhaft - Folter, politische Inhaftierung

Quelle: Eigene Darstellung (vgl. Terr 1989 nach Dittmar 2013: 36f) ohne medizinisch bedingte Traumata, Bei-
spiele redigiert, keine vollständige Aufzählung

Typ-I-Trauma: sind plötzlich und überraschend einsetzende, einmalige traumatische Erfahrun-
gen, welche zu einer akuten Belastungsreaktion führen können, dann jedoch oft keine länger
anhaltenden psychischen Störungen generieren (vgl. Universitätsklinikum Dresden: o.J.).

Typ-II-Traumata: sind länger andauernde oder sich wiederholende traumatische Erlebnisse
und sogenannte „man made disaster“ (durch Menschenhand verursachte Traumata), sie ziehen
häufig tiefgreifende und schwere Störungen bzw. psychische Probleme nach sich (vgl. ebd.).

Zusätzlich zu den oben erwähnten traumatischen Ereignissen wird der Begriff der Bindungs-
und Beziehungstraumatisierung ebenso zur Klassifikation von Traumatisierungen verwendet
(vgl. Dittmar 2013: 37f.). Darunter werden Verhaltensweisen Erwachsener verstanden, die
Kinder und Jugendliche mit psychologischen Mitteln schädigen.

Zu diesen Traumatisierungen gehören nach Dittmar (2013: 37):

- *Emotionale Vernachlässigung,*
- *chronische Entwertung von Kindern und Zuschreiben einer Sündenbockrolle,*

- *Behindern der psychosozialen Entwicklung des Kindes durch Quälen, Isolieren, Terrorisieren oder Ignorieren des Kindes,*
- *Erleben einer Vielzahl von Trennungen und Verlusten,*
- *Erleben von Gewalt, Gewaltandrohung oder Suiziddrohungen zwischen den Eltern, Erleben von Substanzmittelmissbrauch durch die Eltern,*
- *Missachtung aller elementaren psychischen Bedürfnisse eines Kindes, wie wahrgenommen werden, gehalten werden, beschützt werden und Ähnliches.*

Diese Formen der Bindungs- und Beziehungstraumatisierung kommen oft in gehäufter und massiver Form vor. Meist sind missbräuchliche Handlungen nur die hervorstechenden Ereignisse in einem familiären Umfeld, in welchem emotionale Vernachlässigung, Zurückweisung oder Isolation geschehen (vgl. ebd.).

Bei allen aufgeführten traumatischen Erfahrungen werden ähnliche psychische Symptome beobachtet. Allerdings hat sich herausgestellt, dass die durch Menschen verursachten Traumata und zeitlich länger andauernden Typ-II-Traumata häufig zu stärker beeinträchtigenden psychischen Folgen führen (vgl. ebd. 38). Dies bestätigen die Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung über die bedingte Prävalenz⁵ von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) nach Traumagruppen. Es wurde untersucht, welcher Anteil der von den verschiedenen Traumen Betroffenen, später eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln (vgl. Maercker et al. 2008: 584f).

Tabelle 2: Bedingte Prävalenzen von PTBS nach Traumagruppen
(bezogen auf PTBS-Vollbild und partielle PTBS)

Art des Traumas	Bedingtes Auftreten der PTBS-Vollbild in %
Schwerer Unfall	12.8%
Kindesmissbrauch	35.3 %
Vergewaltigung	37.5 %

Quelle: Eigene Darstellung nach Maercker et al. 2008: 584 Tab. 4, stark gekürzt und vereinfacht.

Das Universitätsklinikum Dresden publiziert in seinem Artikel über Traumafolgestörungen mit Verweis auf diverse Quellen unter anderem zwei weitere Arten von Traumen, welche im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe von Bedeutung sind:

⁵ bedingte Prävalenz: Wahrscheinlichkeit bei einer bestimmten Untergruppe, hier Traumagruppen

Tabelle 3: Wahrscheinlichkeit einer PTBS

Art des Traumas	Häufigkeit einer PTBS in %
Vernachlässigung als Kind	21.8%
Misshandlung als Kind	30.6 – 35.4%

Quelle: Eigene Darstellung nach Universitätsklinikum Dresden o.J.

Die Subsumierung von ‚**Misshandlung** als Kind‘ unter einen Oberbegriff kommt den unterschiedlichen Entstehungsbedingungen und Auswirkungen nicht nach. Kinder und Jugendliche in Pflegefamilien sind oft von emotionaler, körperlicher und sexueller Misshandlung betroffen (vgl. Weiss 2013: 26f.). **Vernachlässigung** ist die von Jugendämtern am häufigsten benannte Form von Risikofaktoren, welche potenziell zu schwerwiegenden Konsequenzen führen. Die fehlende Versorgung durch Vernachlässigung kann materieller, emotionaler und kognitiver Art bewusst oder unbewusst erfolgen (vgl. ebd: 28f.). Kinder leben in Abhängigkeit von ihren Eltern, dabei erleben sie sie als eine Art Naturmacht, derer sie sich nicht entziehen können. Wenn sie schreckliche Erfahrungen wie eine Hungersnot oder Bombenhagel erleben, jedoch zu ihren beschützenden Bezugspersonen fliehen können, werden diese Kinder die Angst und Schrecken hervorrufenden Erfahrungen verkraften können. Kinder, die jedoch von ihren ‚Beschützern‘ überwältigt oder vernachlässigt werden, verlieren ihren Zufluchtsort und schlagen oft andere Fluchtwege ein, so dass sie die überwältigenden oder abweisenden Erfahrungen verdrängen und eine Kluft zwischen der realen Erfahrung und der Erinnerung daran entsteht. Die verdrängten Erfahrungen spiegeln sich dann oft noch in ihren Fantasien wider, ohne dass sich das Kind noch an die Realerfahrungen erinnert (vgl. Nienstedt/Westermann 1989: 94). Es ist nicht erstaunlich, dass sich Traumatisierungen, welche mit familiärer Gewalt, Missbrauch und Vernachlässigung zusammenhängen, entsprechend auf das Beziehungsverhalten der Kinder und Jugendlichen auswirken. Dies kann eine produktive Arbeitsbeziehung zu Professionellen der Sozialen Arbeit und therapeutischen Fachpersonen erheblich erschweren (vgl. Liebel-Fryszter 2014: 67).

Die Grundlage einer angemessenen Hilfe beinhaltet die Kenntnis der verschiedenen Traumata und der unterschiedlichen Wirkfaktoren (vgl. Weiss 2013: 27). Die traumatischen Ereignisse führen nicht selten zu Verwundungen, welche im Körper und Nervensystem des Menschen gespeichert werden und entsprechende Traumafolgen hervorrufen (vgl. Latschar/Wiemann 2018: 85).

2.3 Traumafolgen

Nachdem die ursächlichen Faktoren, also die traumatischen Ereignisse und Erfahrungen, die zu einem Trauma führen, entsprechend erläutert wurden, wird nachfolgend auf mögliche Belastungsreaktionen und Traumafolgestörungen eingegangen.

2.3.1 Akute Belastungsreaktion

Nebst der Beschreibung der akuten Belastungsreaktion wird in diesem Teil beschrieben, wie betroffene Kinder und Jugendliche und deren Umfeld in einer solchen Situation adäquat und professionell begleitet werden können. Dies erscheint umso wichtiger, da eine angemessene Akutversorgung gute Chancen enthält, dass eine normale akute Belastungsreaktion abklingen kann, ohne später in eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) überzugehen (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 162ff). In sozialpädagogischen Handlungsfeldern geht es meist um die Auseinandersetzung mit langfristigen Traumafolgestörungen (vgl. ebd.). Professionelle Helfende werden jedoch auch in der Kinder- und Jugendhilfe, wozu auch die Pflegefamilien gehören, mit Situationen konfrontiert, in denen das traumatische Ereignis erst kürzlich akut erlebt wurde, wie beispielsweise bei einer Durchsetzung eines Obhutsentzuges durch die Polizei oder einer Notfallplatzierung nach massiver Gewalt in der Familie (vgl. ebd.).

Definition akute Belastungsreaktion

Für Dittmar (2013: 39) bedeutet ein Trauma die Erschütterung der gesamten Persönlichkeit, welche durch den traumatischen Stress folgende unmittelbare Reaktionen hervorruft:

- *nicht mehr wissen, was los ist (Verstörung),*
- *nichts mehr fühlen (wie im Schock),*
- *nichts mehr spüren (emotionale Taubheit),*
- *nicht mehr wahrnehmen oder überflutet werden von Bildern sowie*
- *nichts mehr wissen durch Erinnerungslücken oder den Verlust der räumlichen und zeitlichen Einordnung des Geschehens (Desorientiertheit).*

Diese unmittelbaren Folgen einer Traumatisierung können nach ICD-10 dem Code ‚F43.0 Akute Belastungsreaktion‘ zugeordnet werden. Die akute Belastungsreaktion tritt während des traumatischen Ereignisses ein und verschwindet in vielen Fällen nach wenigen Stunden oder Tagen bis hin zu vier bis sechs Wochen wieder (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 23). Die typischen Belastungsreaktionen wie Verstörung (Schockzustand), sich betäubt fühlen, Unruhe, Schlafstörungen oder kurzfristiger Ausfall des Erinnerungsvermögens, können bei dieser

vorübergehenden Dauer im Rahmen des Selbstheilungsprozesses des Organismus meist überwunden werden (vgl. ebd.). Da die Situation jedoch nicht mit den üblichen Anpassungs- und Bewältigungsstrategien gelöst werden kann, schaltet der menschliche Organismus die Notprogramme, die dem Überleben dienen, ein (vgl. ebd.: 18). Die im Hirn aktivierten Notfallprogramme Flucht und Kampf, sowie andere Schutzfaktoren, helfen den betroffenen Kindern und Jugendlichen, der traumatischen Situation etwas entgegenzusetzen, und die Wucht der Belastung abzufangen (vgl. ebd.: 23). Die Erkenntnisse der Hirnforschung zeigen, dass diese erlebten Trauma neuronal verankert werden und ihre Spuren tief und weit in der Persönlichkeitsentwicklung hinterlassen (vgl. ebd.:19).

Erstversorgung bei akuter Belastungsreaktion

Da sich viele Kinder und Jugendliche von einem einmaligen traumatischen Erleben durch ihre Selbstheilungskräfte gut erholen können, zielt die Interventionen der Pflegeeltern und Professionellen der Sozialen Arbeit darauf, die Selbstheilungsprozesse und regenerativen Kräfte der Betroffenen durch das Schaffen von Sicherheit und Beruhigung, zu unterstützen (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 163). Dadurch bestehen gute Chancen, dass eine akute Belastungsreaktion abklingen kann, ohne dass eine chronifizierte oder spätere ‚Posttraumatische Belastungsstörung‘ daraus entsteht (vgl. ebd.).

Mit Bezug auf Fischer und Krüger stellt Scherwath/Friedrich fest, dass die Schockphase, welche meist unmittelbar nach dem Erleben eines traumatischen Erlebnisses oder einer traumatischen Situation eintritt, durch die Schockanzeichen an bleicher Hautfarbe, schneller und flacher Atmung, starkem Zittern, leerem Blick, Verwirrtheit, Schwindel, Übelkeit oder Erstarrung erkannt werden kann (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 164).

Im Schockzustand geht es nach Scherwath/Friedrich primär darum, dass die helfende Person dem betroffenen Kind oder Jugendlichen gegenüber:

- Präsenz signalisiert („ich bin da!“),
- wenn angezeigt Reorientierung gibt und aufklärt, wer es ist, und ihm mitteilt, dass es sich in Sicherheit befindet und Hilfe erwartet wird,
- erklärt, dass Zittern oder hemmungsloses Weinen ganz normale und gesunde Reaktionen sind, die dem Körper jetzt helfen, den Stress abzubauen („Es ist alles in Ordnung!“),
- für Ruhe und Wärme sorgt (ihm eine Decke umlegt, ein warmes Getränk anbietet, oder es zum Hinsetzen/Hinlegen auffordert) und
- eine reizarme Umgebung herstellt (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 164).

Nach dem Abklingen der ersten Schocksymptome zeigen sich bei vielen Betroffenen die erwähnten Symptome der akuten Belastungsreaktion für weitere Tage und Wochen. In dieser Zeit ist es besonders angezeigt, den betroffenen Kindern und Jugendlichen Sicherheit und emotionale Unterstützung zu geben und ihnen eine verlässliche Beziehungspräsenz anzubieten sowie für ein Gleichgewicht von Körper, Geist und Seele zu sorgen (vgl. ebd.). Letzteres kann oft schon ganz einfach mit einer klaren Tagesstruktur, mit genügend Ruhe, Erholung und Schlaf, genügend Bewegung, welche nicht eine übergrösse Anstrengung bedeutet, gesunder Ernährung mit viel Kartoffeln, Gemüse und Obst, unterstützt werden. Die basische Ernährung soll gemäss Scherwath/Friedrich mit Bezug auf Fischer dem, nach einem Trauma oft übersäuerten Körper helfen, wieder ins Gleichgewicht zu kommen (vgl. ebd.: 165f.). Aufklärung und Information der Kinder und Jugendlichen über die Akutsymptomatiken und dass diese innerhalb von wenigen Wochen wieder verschwinden werden, können in der Akutphase zur Normalisierung beitragen. Die emotionale Unterstützung und Zuwendung kann darin bestehen, dem Kind und Jugendlichen zu signalisieren, dass man da ist und ohne sich aufzudrängen ein offenes Ohr hat, wenn es erzählen möchte. Durch das ausdrücken der helfenden Person von Vermutungen wie es dem betroffenen Kind oder Jugendlichen geht, werden den Gefühlen oder dem Innenleben Worte gegeben und die mögliche Sprachlosigkeit des Betroffenen kann vielleicht überwunden werden. Wenn es dies dann tut, geht es darum, aktiv zuzuhören ohne intensiv oder detailliert nachzufragen, jedoch gesagtes zu paraphrasieren (vgl. ebd.). Eine psychotherapeutische Begleitung ist meist (noch) nicht angezeigt im Gegenteil könnte eine verfrühte Ankündigung zu einem Therapeuten zu gehen, eher zur Verunsicherung als zur Stabilisierung beitragen. Im Grossen und Ganzen geht es für die helfende Person also darum, eine Balance zwischen Zuwendung, Fürsorglichkeit und Ermutigung zur Selbstwirksamkeit und Handlungsfähigkeit herzustellen, damit einerseits keine Überfürsorge entsteht und andererseits die Phase der Hilflosigkeit, welche sich auch erst Tage später zeigen kann, abgefangen werden kann (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 166).

2.3.2 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

„Erst wenn die unter traumatischem Stress entstandenen Symptome sich intensivieren, ausbreiten und nach vier Wochen keine deutliche Linderung eintritt, kann von einer Posttraumatischen Belastungsstörung ausgegangen werden“. (Huber 2009, zit. nach Scherwath/Friedrich 2014: 23)

Bei rund einem Viertel, der von der Posttraumatischen Belastungsstörung betroffenen Menschen, bilden sich die Belastungsreaktionen zunächst zurück und können dann jedoch durch erneute Belastungen wieder aufflammen, da das Trauma bzw. Teile davon verdrängt wurden und unverarbeitet blieb (vgl. ebd.).

Die Hauptsymptome der Posttraumatischen Belastungsstörung sind folgende:

- **Wiedererleben (Intrusion)**, indem ungewollt wiederkehrende und belastende Erinnerungen oder Bruchstücke des traumatischen Ereignisses erlebt werden, wie wenn es gerade geschähe. Diese sogenannten Flashbacks können in unterschiedlicher Ausprägung und Sinneswahrnehmungen auftreten und werden meist durch Trigger (Schlüsselreize) ausgelöst (vgl. Dittmar 2013: 43ff). Sowohl für die Psyche, wie auch für den Körper stellen diese Flashbacksituationen eine grosse Belastung dar, können jedoch als Heilungsversuche des Organismus verstanden werden. Werden diese Wiederholungen nicht therapeutisch verarbeitet, werden sie oft als Retraumatisierung erlebt (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 27).
- **Vermeidung (Konstriktion und Numbing)**, indem Orte, Menschen, Situationen, Gegenstände, Anlässe oder Aktivitäten gemieden werden, welche die Erinnerung an die traumatische Erfahrung wachrütteln könnten, damit die überflutenden und belastenden Gedanken und Gefühle, die durch die Erinnerungen an das erlebte Trauma entstehen, vermieden werden können (vgl. Dittmar 2013: 45). Das Abschalten der Erinnerungen kann zu dissoziativen Zuständen⁶ und Teilamnesien⁷ führen und die Betroffenen können sich nur noch bruchstückhaft an das Erlebte erinnern (vgl. ebd.). Dies dient dem Organismus als ‚Überlastungsschutz‘, kann jedoch dazu führen, dass das Erlebte unverarbeitet bleibt und die posttraumatischen Symptome länger bestehen bleiben (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 28).
- **Übererregung (Hyperarousal)**, bei der das autonome Nervensystem auch bei kleineren Belastungen, die vor dem Trauma leicht kompensiert werden konnten, stärkere Erregung hervorruft. Die Übererregung kann sich mit Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit, beeinträchtigtem Schlafverhalten (vgl. Dittmar 2013: 46), allgemeiner Unruhe, Konzentrations- und Leistungsschwächen, Orientierungslosigkeit (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 28) aber

⁶ Dissoziation: es gibt verschiedene Arten der Dissoziation, hier im Sinne von Wahrnehmungsveränderung wie wegdriften, benebelt sein, Erinnerungslücken und veränderte Kontrolle über Körperempfindung und -bewegung, welches bei Kindern und Jugendlichen oft als schlechtes Benehmen bewertet wird (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 41).

⁷ Amnesie: Ausfall des Erinnerungsvermögens

auch mit körperlichen Symptomen wie Zittern, Schwitzen und Herzrasen bemerkbar machen (vgl. Universitätsklinikum Dresden o.J.).

Nach Scherwath/Friedrich erleben traumatisierte Menschen oft eine traumatische Schleife, in der sich das Trauma immer wieder zu wiederholen scheint. Häufig schwanken traumatisierte Menschen auch zwischen intrusivem Wiedererleben und konstruktiven, vermeidenden Bewältigungsversuchen hin und her, ohne dass sie dies jedoch selbst regulieren können. Die Posttraumatische Belastungsstörung kann sich so im Erwachsenenalter zu einer Persönlichkeitsstörung ausprägen. Da das Reaktivieren der traumatischen Erfahrung im Nervensystem zu neuer Verwundung, also einer Retraumatisierung führen kann, sind für eine Traumatherapie spezialisierte Fachkräfte beizuziehen. Das Ziel ist es, dass durch therapeutische Behandlung und traumapädagogische Begleitung betroffene Kinder und Jugendliche nach und nach ein Gefühl von Sicherheit und persönlicher Handlungsfähigkeit wiedererlangen können (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 27-29).

In den beiden letzten Jahrzehnten wurden erfolgsversprechende Methoden zur Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung etabliert, bei welchen die Exposition, also die Auseinandersetzung mit dem traumatischen Ereignis im Mittelpunkt stehen (vgl. Hecker/Maercker 2016). Die Wichtigkeit sozialer Einflussfaktoren bei der Behandlung von Traumafolgestörungen wurden erkannt. So können die Reaktionen anderer einen starken Einfluss darauf haben, wie die Opfer die belastenden Ereignisse interpretieren und ob sie weiterhin ihre Erfahrungen und Reaktionen mit anderen teilen oder sich abkapseln, was für die Verarbeitung einer Posttraumatischen Belastungsstörung einen sehr wichtigen Faktor darstellt (vgl. ebd.).

2.4 Risikofaktoren und Schutzfaktoren

Nicht jedes traumatische Erlebnis führt automatisch auch zu einer ‚akuten Belastungsreaktion‘ oder später zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Für den einen Menschen stellt ein Ereignis eine traumatische Extremerfahrung dar und der andere kann das gleiche Ereignis bewältigen, da er entsprechende Bewältigungsstrategien besitzt und anwenden kann (vgl. Dittmar 2013: 33). Hipp drückt es noch differenzierter aus und stellt fest: Ob ein traumatisches Ereignis beim Menschen nachhaltige traumatische Auswirkungen zeigt, hängt nicht nur vom Ausprägungsgrad und der Einwirkungsdauer ab, sondern auch von den Ressourcen und Verarbeitungskapazitäten des betroffenen Menschen (vgl. Hipp 2014: 15). Oft sind es nicht die traumatischen Ereignisse alleine, welche ein Trauma bewirken, sondern das Erleben von

existenzieller Bedrohung bei gleichzeitiger Schutz- und absoluter Hilflosigkeit (vgl. Scherwath/Friedrich 2013: 44). Die Risiko- und Schutzfaktoren eines Kindes erhöhen oder vermindern die Wahrscheinlichkeit, ob aus einer traumatischen Erfahrung dann auch Traumafolgesymptomatiken erwachsen (vgl. ebd). Im Kontext der stationären Kinder- und Jugendhilfe sind es oft Vorkommnisse innerhalb der Herkunftsfamilie, die zu den Risikofaktoren gehören. Diese wirken mit den Schutzfaktoren zusammen und beeinflussen das Entstehen von Traumata (vgl. Weiss 2013: 26-28).

Risikofaktoren

Umstände oder Eigenschaften, welche die Wahrscheinlichkeit erhöhen, eine Traumafolgestörung zu entwickeln werden als Risikofaktoren beschrieben (vgl. Baierl 2014: 42). Dem Alter des Opfers zum Zeitpunkt einer traumatischen Erfahrung wird die grösste prognostische Bedeutung auf das Risiko der Entwicklung dauerhafter und tiefgreifender Störungen und psychologischer Probleme zugeschrieben (vgl. Hipp 2014: 15). Die psychosozialen Belastungen von Kindern in stationären Einrichtungen werden bedauerlicherweise nicht ausreichend erhoben (vgl. Weiss 2013: 26-44). Jedoch kann davon ausgegangen werden, dass Mädchen und Jungen, bevor sie in die Pflegefamilie kommen, bereits vieles wiederfahren ist, welches sich als Risikofaktoren negativ auf traumatische Erlebnisse und deren Folgen auswirkt (vgl. ebd). Die Liste der Risikofaktoren ist lang. Nachfolgend werden einige davon mit Bezug auf Baierl (2014: 42-44), Scherwath/Friedrich (2013: 50-59) und Weiss (2016: 26-44) aufgeführt:

- Niedriger sozial-ökonomischer Standard (Armut)
- Zugehörigkeit zu einer Minderheit oder Randgruppe
- Migrationshintergrund
- Disharmonisches Familienleben und dysfunktionale Familienstrukturen
- Konflikte, Rollenunklarheit durch Trennung/Scheidung der Eltern, neue Partnerschaft eines Elternteils oder häufig wechselnde neue Partner
- Geringe soziale Einbindung und Unterstützung
- Erziehungsdefizite
- Anregungsarmes Wohnumfeld, häufige Umzüge oder Schulwechsel
- wenig oder keine Sinngebung und Kontrolle über das Geschehen
- Ablehnung durch Gleichaltrige, wenig Freunde, Mobbing
- Niedriges Selbstwirksamkeitserleben
- Vorbelastung oder Krankheit in der Familie
- Psychische Erkrankungen und Sucht in der Familie

- Geringes Bildungsniveau der Eltern
- Kriminalität oder Dissozialität von einem Elternteil
- Traumata in der Familiengeschichte
- Verlust von Familienangehörigen
- Körperliche Faktoren wie, prä-, peri- oder postnatale Faktoren, pränatale Belastung während der Schwangerschaft, perinatale Geburtstraumata, postnatale Depression der Mutter und damit fehlende Bindungsangebote

Schutzfaktoren

Risikofaktoren wirken als negative Indikatoren in die Traumabiografie, dies jedoch im Zusammenspiel mit Schutzfaktoren, welche abwehrend, mildernd oder heilend Einfluss darauf nehmen und die Widerstandsfähigkeit von Menschen erhöhen (vgl. Schwerwath/Friedrich 2014: 59f.). So können die Schutzfaktoren helfen, dass Menschen trotz der Wucht von belastenden Ereignissen wieder in ihr Gleichgewicht finden. Die Resilienzforschung zeigte, dass ein Drittel der Menschen, die risikoreichen Lebenssituationen ausgesetzt waren, trotzdem eine stabile Entwicklung nahmen, ohne langfristige Folgen davon zu tragen. Die Resilienzforschung zeigt zudem stabilisierende Entwicklungsfaktoren auf, welche präventiv, akut und rehabilitativ Bezugspunkte für sozialpädagogische Hilfe sein sollten (vgl. ebd). Dadurch kann es gelingen, entsprechende Schutzfaktoren anzuregen, was sich positiv auf eine erfolgreiche Bewältigung von traumatischen Ereignissen auswirkt (vgl. Schwerwath/Friedrich 2014: 59f.). Da die Traumapädagogik diese Faktoren installieren und aktivieren kann, werden nachfolgend konkrete Schutzfaktoren nach Baiertl (2014: 40-42), Schwerwath/Friedrich (2013: 60) und Weiss (2016: 44-46) aufgeführt:

- Personale Faktoren (gute Temperamentsstruktur, Konstitution und Intelligenz, robuste körperliche und psychische Gesundheit)
- Eigentliche Resilienzfaktoren (begünstigt durch positive Bewältigung der bisherigen Entwicklungsaufgaben)
- Erleben von Sinn allgemein sowie Einbindung des schlimmen Geschehens in grössere Sinnzusammenhänge
- Positive Lebenseinstellung, Selbstsicherheit, Selbstwertgefühl und Selbstkonzept
- Hohes Selbstwirksamkeitserleben; Vertrauen in das eigene Wissen und Können; realistische Überzeugung, Situationen bewältigen zu können
- Flexibilität; Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme; soziale Kompetenz; Fähigkeit Hilfe zu mobilisieren; Problem- und Konfliktlösungsfähigkeiten

- Fähigkeit zur Selbstregulation; Entspannungsfähigkeiten; Humor
- Umgebungsbezogene Faktoren (begünstigt durch sicheres Bindungsverhalten und Fähigkeit wichtigen Bezugspersonen zu vertrauen)
- Gute Eltern-Kind-Beziehung, harmonisches Familienklima, vorhandenes Urvertrauen
- Verlässlich unterstützende Bezugspersonen
- Soziale Anerkennung und erleben sozialer Unterstützung und Schutz, durch die Familie, Freunde, Autoritätspersonen und Helfenden
- Gute soziale Einbindung und Förderung (Jugendgruppe, Schule, Kirche)
- Spiritualität, erlebter Schutz im Glauben
- Raum, um offen und viel über das furchtbare Erleben oder die damit verbundenen Gefühle reden zu können

In den Ansätzen der modernen Traumaaarbeit spielt das Erkennen und die Auseinandersetzung mit diesen protektiven und stabilisierenden Faktoren in der menschlichen Entwicklung eine wichtige Rolle (vgl. Scherwath/Friedrich 2013: 60). Beispielsweise kann ein sicheres und unterstützendes soziales Umfeld sowohl als Schutzfaktor dienen und damit vor einer Erkrankung an einer Posttraumatischen Belastungsstörung schützen, als auch bei der Genesung davon eine entscheidende Rolle spielen (vgl. Universitätsklinikum Dresden o.J.). Deshalb sind viele dieser Faktoren auch eine wichtige Grundlage für traumapädagogische Handlungsansätze (vgl. Scherwath/Friedrich 2013: 60). Zudem zeigen sie auf, welche Bedeutung der Traumapädagogik in der stationären Kinder- und Jugendhilfe zukommt. Ziel der Begleitung der Kinder und Jugendlichen in Pflegefamilien ist die Integration und Aktivierung wichtiger Faktoren. Dabei können die Mädchen und Jungen darin unterstützt werden, möglichst viele Risikofaktoren abzubauen oder einen positiveren Umgang mit ihnen zu finden und wichtige Resilienzfaktoren zu entwickeln und zu nutzen (vgl. Baierl 2014: 44). Dies kann eine sehr wertvolle und weitgreifende Unterstützung im Heilungsprozess sein. Resilienz wird dabei nicht als Persönlichkeitseigenschaft verstanden, sondern als ein Produkt von Prozessen, welches den Kindern und Jugendlichen hilft einen erfolgreichen Umgang mit schwierigen Situationen zu ermöglichen und Risiko und Stress abzufedern (vgl. Werner 2007: 48). Diese Unterstützung kann durch Helfende in der Pflegefamilie unabhängig davon erfolgen, ob sie die genauen traumatisierenden Ereignisse eines Pflegekindes kennen oder nicht. Auch für die systemische Arbeit mit den leiblichen Eltern der Kinder und Jugendlichen ist der Abbau von Risikofaktoren und die Förderung von Resilienzfaktoren bedeutsam. Laut Baierl mit Bezug auf Wustmann, sind in

Institutionen bzw. für professionelle Helfende nachfolgende Faktoren zentral, wenn es um die Stärkung der Resilienzfaktoren geht (vgl. Baierl 2014: 42). Wenn diese Faktoren in einer Pflegefamilie gelebt und angestrebt werden, kann dies Kinder und Jugendliche enorm stärken und stabilisieren helfen. Dabei erfahren Kinder- und Jugendliche:

- Annahme und Wertschätzung in einem liebevollen Umfeld von Akzeptanz und Respekt;
- transparente Strukturen und Regeln, welche zu Sicherheit, Vorhersehbarkeit und Kontrollierbarkeit im Alltag führen;
- angemessene Förderung und Erwartung an ihre Leistung mit Anerkennung ihrer Anstrengungsbereitschaft;
- förderliche Kontakte zu Gleichaltrigen und Freunden;
- gelingende Kooperation zwischen Eltern, Pflegefamilien und professionellen Helfenden (vgl. ebd.).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass diese Faktoren zu einem grossen Teil darauf hinweisen, dass ein verfügbares, liebevolles und förderndes soziales Umfeld als Schutzfaktor so zentral ist, dass es Kindern und Jugendlichen hilft, belastende traumatische Geschehen zu verarbeiten (vgl. Weiss 2013:45). Dies bestätigen zeitlich lang angelegten Studien, aufgrund welcher festgestellt wurde, dass bei denjenigen Kindern, welche familiär-häusliche Widrigkeiten überwinden konnten, eine Reihe solcher Schutzfaktoren gefunden wurden (vgl. Werner 2007: 53).

2.5 Auswirkungen auf die Bindungsmuster

Nachdem ein Überblick über die Risiko- und Schutzfaktoren erlangt wurde und sich herausstellte, dass ein Grossteil der Faktoren in Verbindung mit Beziehungen zu nahestehenden Menschen und dem sozialen Umfeld steht, wird deutlich, dass sich viele der Faktoren auf das Bindungsmuster und die Entwicklungsfähigkeit der Kinder und Jugendlichen auswirken. Da unsichere oder ambivalente Bindungsmuster, die Vulnerabilität der Kinder und Jugendlichen enorm erhöht und die Einwicklung beeinträchtigen kann, wird darauf in dieser Arbeit nachfolgend eingegangen (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 51-56).

Beckrath-Wilking (2013b: 99) beschreibt mit Bezug auf Wöller die Folgen traumatisierender Beziehungsmustern treffend:

Wenn die Beziehung zur primären Bezugsperson selbst traumatisierend ist, kann das Kind keine tragenden guten inneren Objektbilder (Repräsentanzen) schützender und tröstender Beziehungen verinnerlichen, die ihm ermöglichen, sich selbst zu achten, liebevoll zu behandeln, zu schützen sowie zu trösten und zu beruhigen. Das Fundament einer gesunden Persönlichkeit fehlt. Das Urvertrauen in die Welt und die Mitmenschen wird zerstört, tiefe Einsamkeit, Hilflosigkeit und das Gefühl eines tiefen Verlassenseins sind die Folgen.

Die von John Bowlby begründete „Bindungstheorie“ begreift das Streben nach engen emotionalen Beziehungen als spezifisch menschliches, schon beim Neugeborenen angelegtes, bis ins hohe Alter vorhandenes Grundelement“ (Bowlby 2018: 98). Mary Ainsworth untersuchte und beschrieb aufbauend auf Bowlbys Theorie das Bindungsverhalten von Kindern und später auch von Erwachsenen. Folgende vier Bindungsmuster werden nach Bowlby und Biberacher erläutert, die drei Ersten mit Bezug auf Ainsworth und der Letztere mit Bezug auf Main und Solomon (vgl. Bowlby 2018:101; vgl. Biberacher 2013: 96-98):

Sichere Bindung

Das Vertrauen des Kindes in die Bezugsperson und deren Verfügbarkeit und Rückhalt sowie eine liebevolle und feinfühligere Zuwendung fördert den Explorationsdrang. Diese Kinder wissen, dass ihre Eltern bei Stress- oder Angstsituationen ihnen emotional und tatkräftig zur Seite stehen. Diese sichere Basis hilft ihnen die Umwelt zu erforschen und ein stabiles Selbstbild zu entwickeln. Negative Gefühle, welche bei einem Kleinkind durch die Trennung von der Mutter ausgelöst werden, kann das Kind in eine positive Erwartung über einen guten Ausgang der Situation verwandeln, weil das Kind weiss, dass die Mutter zurückkommen wird und es liebevoll trösten wird. So verhält sich das Kind gegenüber der wiederkommenden Mutter freundlich und zugewandt. Im Erwachsenenalter zeigt sich das sichere Bindungsverhalten in Krisensituationen so, dass diese Menschen Beratung und Therapie gut für sich nutzen können (vgl. ebd.).

Unsicher-ambivalente Bindung

Das Kind kann nicht darauf vertrauen ob und wann es auf seine Eltern zählen kann und wie sie in verschiedenen Situationen reagieren werden. Diese Kinder entwickeln Trennungsängste und ‚klammern‘, so dass sie nur selten Explorationsdrang zeigen. Die Trennung des Kleinkindes von der Mutter ist für das Kind eine grosse Belastung. Bei der Rückkehr sucht es zwar ihre Nähe, ist aber gleichzeitig verärgert, frustriert und wütend auf die Mutter. Erwachsene Menschen zeigen sich durch dieses Bindungsmuster in Beziehungen gefangen, ängstlich, eher

passiv und ärgerlich und können ihre unterschiedlichen Gefühle schlecht integrieren und zuordnen (vgl. ebd.).

Unsicher-vermeidende Bindung

Das Kind erfährt wiederholt Ablehnung und Zurückweisung der Eltern und erlebt dabei Angst und Verunsicherung. Diese Kinder zeigen durch die Trennung von ihrer Mutter keine Reaktion und vermeiden die Nähe zu ihr bei ihrer Rückkehr, da sie nur Ablehnung zu erwarten haben. Um diese schmerzhafteste Zurückweisung zu vermeiden, verzichten diese Kinder auf Zuneigung und fremde Hilfe. Durch dieses Bindungsmuster wirken Erwachsene distanziert und vermeiden die Nähe zu anderen, halten sich jedoch oft für starke Menschen (vgl. ebd.).

Desorganisierte Bindung

In diesem Bindungsmuster wird das Kind von seinen Eltern vernachlässigt, misshandelt oder ist chaotischen, unberechenbaren Wesensmerkmalen ausgeliefert. Die Eltern, von denen oft ein Elternteil selber mit einer ungelösten traumatischen Vorgeschichte kämpft, verhalten sich ängstlich-erschrocken und gleichzeitig ängstigend-erschreckend, was beim Kind einen hoffnungslosen Konflikt auslöst. Dadurch ist das Kind zerrissen und zeigt ein widersprüchliches verwirrendes Bindungsverhalten. Auf der Suche nach Nähe und Distanz kann es erstarren aber auch plötzlich Aggressionsausbrüche zeigen. Das Kind fühlt sich oft für das Wohlergehen der Bindungsfigur verantwortlich, verhält sich überfürsorglich, zeigt sich aber nach der Trennung von der Bezugsperson bestrafend und beschimpfend. Im Erwachsenenalter führt dieser Bindungsstil oft zu schweren psychischen Störungen sowie Bindungsstörungen und dissoziativen Störungen (vgl. ebd.).

Aus diesen Bindungsmustern wird deutlich, dass Kinder sensibler, emotional aufgeschlossener Eltern durch die sichere Bindung zu innerer Stabilität finden, jedoch Kinder unsensibler, teilnahmsloser, gleichgültiger oder abweisender Eltern unsichere Bindungsmuster mit unterschiedlichem Ausprägungsgrad entwickeln und so kränkungsanfälliger werden sowie bei ernsteren Problemen psychische Störungen entwickeln (vgl. Bowlby 2018: 111). Die Bindungstheorie nach Bowlby geht davon aus, dass der Mensch von Geburt an ‚ein soziales Wesen‘ ist und eine veränderte Behandlung des Kindes auch dessen Werdegang positiv oder negativ beeinflusst. Auch wenn mit fortschreitendem Alter die Bindungsmuster internalisiert werden, seien Veränderungen jederzeit möglich (vgl. ebd.).

2.5.1 Bindungsmuster traumatisierter Kinder und Jugendlicher

An Hand von empirischen Studien wurden durch Gloger-Tippelt/König am Beispiel von Miss-handlung, einer Variante von traumatischen Erfahrungen in der Kindheit, verschiedene Entwicklungswege bei der Übertragung aufgezeigt (vgl. Gloger-Tippelt 2008: 58f.). Die angstausslösenden Aspekte der Situation spielen für die Übertragung der Bindung im Fall von Kindesmisshandlung eine besondere Rolle. Kleinkinder der drei erstgenannten Bindungsmuster haben eine Strategie im Umgang mit der Angst entwickelt. Diejenigen mit *sicherer Bindung* bewältigen Ängste durch die Gewissheit, dass sie Ihre Eltern als ‚sicheren Hafen‘ aufsuchen können. Kinder mit *unsicher-ambivalenten* und *unsicher-vermeidender Bindung* zeigen mehr Anpassungsschwierigkeiten, letzteren gelingt es jedoch beispielsweise Furcht und Angst systematisch zu leugnen oder wegzuschieben. Bei den unsicher organisierten Bindungsformen ist zudem für den weiteren Entwicklungsverlauf von einer Einschränkung im Erleben von Beziehungen und einer eingeschränkten Beziehungsregulation auszugehen. Kinder mit *desorganisierter Bindung* haben keine Lösungsstrategie zur Bewältigung von Ängsten ausbilden können. Besonders für Kinder mit Missbrauchserfahrung ist dies für Ihre Entwicklung dramatisch, da sie sich in bedrohlichen Situationen keine Hilfe holen können und in ihrer Beziehung zu den Eltern keine Verhaltensweisen lernen, mit denen sie negative Emotionen regulieren können. (vgl. Gloger-Tippelt 2008: 58f.).

Es ist nicht erstaunlich, dass Kleinkinder, die Vernachlässigung, Zurückweisung oder sexuelle Misshandlung durch ihre Bindungsperson erleben, diese Erfahrungen mental repräsentieren, also ein mehr oder weniger bewusstes inneres Abbild in ihnen besteht (vgl. ebd). Solche Traumatisierung in den ersten Lebensjahren führt zu einer grundlegenden Störung der Bindungsfähigkeit (vgl. Baierl: 2014: 32f.).

Sehnsucht nach Nähe und Sicherheit

Diese äussert sich durch die überwältigende Angst und der Erfahrung niemandem vertrauen zu können so, dass Kinder eine Ambivalenz, einerseits durch die Sehnsucht nach Nähe und andererseits durch das Bedürfnis von Sicherheit und Distanz, erleben. Wenn das Kind dann im stationären Kontext sich auf neue, ihm nett und glaubwürdig erscheinenden Bezugspersonen einlassen möchte, erlebt es dieses Dilemma, was zu einem dauerhaft hohen Stress mit allen entsprechenden Auswirkungen, wie einer tiefen Frustrationstoleranz, Reizbarkeit, Erschöpfung oder psychosomatischen Beschwerden, führt. Im Beziehungsverhalten kann sich dies so äussern, dass das Kind zwischen extremer Nähe und extremer Ablehnung pendelt, was für professionelle und private Beziehungen eine hohe Belastung darstellt (vgl. Baierl: 2014: 32).

Grenzüberschreitungen

Da die Grenzen der Kinder durch Ihre Eltern massiv überschritten wurden, spüren einige betroffene Kinder diese nicht mehr. Dies kann sich so äussern, dass diese Kinder sich nicht wehren und es so zu weiteren Grenzüberschreitungen ihnen gegenüber kommt oder sie im Gegenzug sich gegenüber allem, was ihnen zu nahekommen könnte, abgrenzen und damit ihre Verletzungen überkompensieren. Durch die reduzierte Empfindsamkeit für eigene Grenzen können oft auch die Grenzen anderer nicht wahrgenommen werden und die Betroffenen begehen beständig Grenzüberschreitungen bei anderen, ohne dies zu wollen (vgl. Baierl: 2014: 32).

Beziehungsabbrüche

Ein weiteres, auf der Angst des ‚abgelehnt‘ oder ‚verlassen werden‘ basierendes Muster, wird bei Kindern und Jugendlichen beobachtet, die sich nicht vorstellen können, dass eine liebevolle, positive Beziehung längerfristig anhalten wird. Für sie ist es dann einfacher, diese Beziehung begründet zu beenden, als in der ständigen Angst leben zu müssen, dass sie jederzeit abgelehnt oder verstossen werden könnten. Deshalb zeigen diese Kinder und Jugendlichen Verhaltensweisen, die die Beziehungen oft überstrapazieren und deshalb grundsätzlich in Frage stellen (vgl. Baierl 2014: 33).

2.5.2 Umgang mit diesen Bindungsmustern

Diese Beziehungsdynamiken von traumatisierten Kindern und Jugendlichen sind für die neuen Bezugspersonen und Pflegeeltern oft eine grosse Herausforderung. Gelingt es nicht, diese Dynamiken aufzufangen, erfahren Pflegekinder oft erneute Beziehungsabbrüche, was ihre Symptomatik verfestigt. Da sich die Betroffenen jedoch nicht frei für eine andere Beziehungsgestaltung entscheiden können, soll sie als Traumasymptomatik angesehen werden. Diese Krisen mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen können über Monate bis Jahre auftreten. Wenn die Betroffenen jedoch auf tragfähige Hilfesysteme in der Pflegefamilie mit entsprechender sozialpädagogischen Begleitung treffen, welche diese Krisen immer wieder auffangen und bearbeiten können, sind dies prozessnotwendige Schritte, die zum Wiedererlangen der Bindungsfähigkeit dienen (vgl. Baierl 2014: 33).

Die Pflegefamilie kann durch heilsame Lebensräume und der entstehenden Verbundenheit, welche durch das Beziehungsangebot trotz Krisen besteht, für die Kinder und Jugendlichen zu einer ‚sicheren Basis‘ bzw. einem ‚sicheren Hafen‘ werden, aus welchem sie ermutigt und befähigt werden, ihre Exploration bzw. Expeditionen zu verwirklichen und dabei auch ihr Autonomiebedürfnis leben zu können (vgl. Schleiffer 2015: 65-67).

2.5.3 Entwicklungsfähigkeit

Aus sozialisationstheoretischer Sicht kann diese sichere Basis und Bindung den Kindern und Jugendlichen dazu dienen, in der Auseinandersetzung mit ihren angeborenen körperlichen und psychischen Merkmalen auf der einen und den Anforderungen der sozialen und psychischen Umwelt auf der anderen Seite, ihre den verschiedenen Altersphasen entsprechenden Entwicklungsaufgaben an körperlichen, psychischen, kulturellen und sozialen Anforderungen und Erwartungen besser zu bewältigen (vgl. Hurrelmann/Quenzel 2016: 24). So kann Bindungsentwicklung als ‚Anpassungsprozess‘, jedoch aus der Perspektive der Entwicklungsaufgaben innerhalb der jeweiligen altersbezogenen Entwicklungsstufen als ‚Aufgabe‘ oder mit wachsendem Lebensalter als ‚Selbstentwicklung‘ aufgrund der individuellen Fähigkeiten des Subjekts verstanden werden (vgl. Köckeritz 2004: 19-25). Nach traumatischen Erfahrungen von Kindern und Jugendlichen werden unterschiedliche und sehr ambivalente Verhaltensweisen beschrieben. Diese reichen von verstärkter Unruhe, anklammerndem Verhalten bis hin zu aggressivem und vorgetäuscht hilflosem Verhalten (vgl. ebd: 87-90). Oft sind es auch die aggressiven Durchsetzungsstrategien gegenüber Gleichaltrigen, das oppositionelle Verhalten gegenüber Eltern oder Lehrpersonen, Lernprobleme welche zu schulischen Misserfolgen führen sowie im Teenageralter individuell unterschiedlich motivierte Schulverweigerung und normbrechende Handlungen welche auffallen und belastende Lebensumstände signalisieren können (vgl. ebd. 114). Köckeritz (2004: 114) hält fest, dass die Jugendhilfe gut daran tut, „sich nicht an solchen Diagnosen, sondern an Risikokontexten zu orientieren“. Diese Risikokonstellationen können im Kontext der Familie, des Kindes selber oder auch der Schule sowie der Ablehnung durch Gleichaltrige entstehen. ‚Fehlanpassung‘ wird dabei als Anpassung an problematische Entwicklungsbedingungen verstanden, welche die Möglichkeiten zur Entfaltung individueller Potentiale untergraben (vgl. Köckeritz 2004: 114-125). Weiss (2013: 28) hält mit Bezug auf Vernachlässigung folgendes fest: „Die Tatsache, dass die Elementarbedürfnisse der Kinder missachtet werden, beeinflusst die körperliche, kognitive, emotionale und soziale Entwicklung“. Die Aufmerksamkeit wird hier auf die Lebensumstände gerichtet, nicht vergessen werden darf jedoch, dass Entwicklung auch mit angeborenen kindlichen Eigenschaften zu tun hat. Die Konstellation der individuellen bio-psycho-sozialen Risiko- und Schutzfaktoren beeinflussen dabei die Entwicklung unterschiedlicher Verhaltensformen. Dies zeigt, dass Entwicklungsfähigkeit von verschiedenen Umwelt- sowie individuellen personalen Faktoren abhängt und sich traumatische Erlebnisse aufgrund der Risiko- und Schutzfaktoren unterschiedlich darauf auswirken (vgl. Köckeritz 2004: 124-128).

3 Traumapädagogik

In diesem Kapitel soll aufgezeigt werden, wie Pflegefamilien und sozialpädagogische Mitarbeitende den traumatisierten Kindern und Jugendlichen im Alltag begegnen können. Zudem werden ausgewählte Hilfen und Konzepte bzw. Methoden aufgezeigt, welche als Interventionsmöglichkeiten in der Begleitung traumatisierter Kinder und Jugendlicher durch die Pflegeeltern und sozialpädagogischen Mitarbeitenden von FPO dienen können. Traumapädagogik wird dabei heute als Sammelbegriff der Interventionsmöglichkeiten verwendet.

3.1 Ziele der Traumapädagogik

Gemäss ‚Schlussbericht Bestandesaufnahme Pflegekinder und Heimkinder‘ lebten in der Schweiz in den Jahren 2015 bis 2017 durchschnittlich rund 18'000 bis 19'000 fremdplatzierte Kinder und Jugendliche im Alter von 0-18 Jahren in stationären Einrichtungen. Davon waren 12'000 bis 14'200 in Kinder- und Jugendheimen sowie 4'700 bis 5'800 in Pflegefamilien untergebracht (vgl. Seiterle 2018, 8).

Wie bereits einleitend festgestellt, tragen Kinder und Jugendliche, welche in einer Pflegefamilie aufwachsen, oft mehrere traumatische Erfahrungen mit sich. Diese Kinder und Jugendliche sprengen durch ihr Verhalten häufig die Möglichkeiten gewohnter pädagogischer Alltagsgestaltung in den Pflegefamilien. Betroffene Kinder werden oft als unhaltbar, gefährlich oder bössartig erlebt und bringen die Hilfesysteme an ihre Grenzen (vgl. Baierl o.J.). Durch Beziehung, Wertschätzung und Fachkompetenz können die betroffenen Kinder und Jugendlichen zu mehr (Selbst-)Sicherheit, Selbstwirksamkeit und Lebensfreude geführt werden (vgl. ebd.). Dabei soll nicht die Angst und Hilflosigkeit bei herausfordernden Situationen leitend sein, sondern die Hoffnung, den traumatisierten Kindern und Jugendlichen durch heilende Gemeinschaften und den Fokus auf ihre Ressourcen eine neue Perspektive zu eröffnen.

Die Traumapädagogik verfolgt nach Scherwath/Friedrich (2014: 70) und Baierl (2014:80) im sozialpädagogischen Handeln folgende Hauptziele:

- Herstellen von objektiver und gefühlter **Sicherheit**, um den traumatisierten Kindern und Jugendlichen mit ihren Verunsicherungen und Verängstigungen Schutz zu bieten.
- Aufbauen von Beziehung und **stärken der Beziehungsfähigkeit**, durch bedingungslose Annahme und Förderung der Zugehörigkeit. Dies begünstigt **sichere Bindungsentwicklungen**. Da traumatisierte Kinder oft keine sichere Bindung aufbauen konnten oder diese zerstört wurde, ist dies ein Schwerpunkt traumapädagogischer Arbeit.

- Unterstützen von **positiven Selbstbildern** im Entwickeln von Selbstakzeptanz, Wiedererlangen von **Selbstbemächtigung** und **Selbstwirksamkeit**. Dadurch kann die erlebte Ohnmacht und Hilflosigkeit, welche sich durch Traumatisierung tief verankert haben und oft durch Aggressivität oder Machtstreben kompensiert werden, mit einer nach und nach **gestärkten Selbstwirksamkeitserwartung** überwunden werden.
- **Stabilisierung** durch den Zugang zu den eigenen Gefühlen und Entwickeln neuer Wahrnehmungs- und Denkmuster.
- Anregen der Selbstheilungsprozesse durch **Ressourcenorientierung**

Durch diese Ziele wird deutlich, dass sich Traumapädagogik in Ergänzung zur oft ebenso notwendigen therapeutischen Bearbeitung des Traumas mit der sozialpädagogischen Unterstützung zur Traumabewältigung befasst und dabei den Helfenden Handlungsmöglichkeiten aufzeigt (vgl. Weiss 2013: 86).

Es werden viele Handlungsansätze und Konzepte der Traumapädagogik beschrieben, einige haben sich bereits seit mehreren Jahren etabliert und andere Ansätze sind noch weniger verbreitet. Die bekanntesten Konzepte sind unter anderem (vgl. Kühn 2014: 21, Weiss 2013: 89):

- Die 'traumazentrierte Pädagogik' nach Uttendörfer 2008
- Pädagogik des sicheren Ortes nach Kühn 2007
- Konzept der Selbstermächtigung nach Weiss 2009

Das Gemeinsame dieser Konzepte ist die traumasensible Grundhaltung mit dem Bewusstsein, dass jedes Verhalten seinen Grund hat und entwicklungsgeschichtlich verstehbar ist. Dies beinhaltet das Bewusstsein, dass auf eine ausserordentliche Belastung als normale Reaktion entsprechendes Verhalten folgt (vgl. Weiss 2016: 23). Die nachfolgenden beschriebenen Haltungen und Handlungsansätze nehmen die wichtigsten Punkte dieser bekannten Konzepte auf und orientieren sich zudem an den Hauptzielen der Traumapädagogik.

3.2 Traumapädagogische Perspektive und Haltung

Wie bereits im Kapitel 2.2 festgestellt, wirken sich Traumatisierungen, welche mit familiärer Gewalt, Missbrauch und Vernachlässigung zusammenhängen, entsprechend auf das Beziehungsverhalten der Kinder und Jugendlichen aus. Dies erschwert auch eine produktive Arbeitsbeziehung einerseits im therapeutischen Kontext, jedoch auch zu Pflegeeltern, welche innerhalb dieses meist professionellen Settings eine zentrale und wichtige Aufgabe wahrnehmen.

Eine akzeptierende, wertschätzende und wohlwollende Grundhaltung sowie eine Ressourcenanstelle einer Defizitorientierung können dabei helfen, zusammen mit diesen Kindern in einer kooperativen Arbeitsbeziehung traumapädagogisch zu arbeiten (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2015: 114).

Oft wird die Aufmerksamkeit der Helfenden jedoch lediglich auf die schwerwiegenden Auswirkungen traumatischer Erfahrungen gelenkt. Dieser Fokus kann sich auch im Alltag der Pflegefamilien durch die herausfordernden Verhaltensweisen traumatisierter Kinder und Jugendlichen einschleichen. Deshalb geht dieses Kapitel der Frage nach: *Wie können solche Phänomene aus einer anderen Perspektive eingeordnet werden?* Zudem wird deutlich, dass die Sichtweise auf das Geschehen stark mit der eigenen Haltung in Verbindung steht. Somit gewinnt auch die folgende Frage an Relevanz: *Durch welche Haltung kann dem Kind und Jugendlichen im Alltag professionell und positiv begegnet werden?*

In der Praxis zeigen sich bei einem ‚schwierigen‘ Pflegekind oft Überlastungserfahrungen der Pflegeeltern und des ganzen Hilfesettings. Dies kann nach Kühn (2014: 21f.) zu folgendem Szenario führen:

- Eine Therapie wird installiert,
- die Pflegeeltern resignieren und ‚dulden‘ die herausfordernden Situationen mit dem Pflegekind, vertrauen jedoch auf eine externe therapeutische Wirkung,
- es folgt die Feststellung, dass sich im Alltag trotz Therapie nicht so schnell etwas verändert,
- dies kann zu einem Abbruch führen mit der Begründung: ‚Das Pflegekind ist nicht länger tragbar!‘ oder ‚Das Pflegekind braucht ein anderes Setting bzw. eine andere Einrichtung!‘

Diese Eskalation kann durch zwei Aspekte verstärkt werden:

- Die zu hohe Erwartung an therapeutische Fachkräfte.
- Unterschätzen oder entwerten der eigenen Kompetenzen der Pflegeeltern und der sozialpädagogischen Fachperson, welche die Pflegefamilie begleitet. Sie sind sich der Wirkung des pädagogischen Handelns oft nicht ausreichend bewusst (vgl. ebd.).

Oft werden Pflegekinder vor der beschriebenen Resignation durch ein grosses Beziehungsangebot und einem hohen Engagement der Pflegeeltern begleitet. Wenn dann das Pflegekind nicht mehr auf dieses Hilfeangebot eingeht, kann dies dazu führen, dass sich die Pflegeeltern selber als Opfer oder Versager fühlen, insbesondere dann, wenn es zu einem Abbruch der Platzierung kommt (vgl. Kühn 2014: 22). In diesen Momenten wird die Wichtigkeit der professionellen Begleitung und Unterstützung der Pflegefamilie durch die Fachkräfte der Sozialen

Arbeit wie sozialpädagogischen Mitarbeitenden der FPO besonders deutlich. Diese können mit mehr Distanz gemeinsam mit den Pflegeeltern einschätzen, was das Pflegekind braucht und ob ein anderes Setting angezeigt ist um die Pflegefamilie zu schützen oder zu entlasten. Auch wenn ein Abbruch manchmal nicht vermieden werden kann, gibt es Pflegekinder, welche Monate oder Jahre später die Zeit in der Pflegefamilie als durchaus positive Zeit bezeichnen.

Um den beschriebenen Dynamiken und herausfordernden Verhaltensweisen entsprechend begegnen zu können und bereits vor einer Resignation eine Entspannung der Situation zu erreichen, kann sich der ‚verstehensorientierte Zugang‘ zum Geschehen und Verhalten der Pflegekinder sowie das ‚Konzept des guten Grundes‘ eignen.

3.2.1 Verstehensorientierter Zugang

Dieser Ansatz versucht, das Verhalten zu verstehen und wenn möglich an den Wurzeln und nicht an den Symptomen zu arbeiten. Dabei steht Verstehen nicht für das Gutheissen jeglichen Verhaltens. Vor allem wenn Grenzen und die Integrität anderer Menschen verletzt werden, ist eine angemessene Positionierung zu diesem Fehlverhaltensweisen notwendig. Neuorientierungen sind jedoch auf der Basis eines Verstehensangebots, welches auf Beziehung und Kommunikation basiert eher möglich als auf der Grundlage von Ermahnungen und Bestrafungen. Die Frage ist dann nicht lediglich, was wurde falsch gemacht und was hat dies für Konsequenzen, sondern, wo ist der Ursprung, die Wurzel des Fehlverhaltens (Beispielsweise: innere Not) und was braucht das Pflegekind um damit klar zu kommen (Beispielsweise: aktives Zuhören). Dadurch werden die Verhaltensweisen nicht gerechtfertigt, jedoch in konstruktiver Weise bearbeitet und zugänglich gemacht. Das Denkmodell des ‚Konzepts des guten Grundes‘ kann für diesen Zugang richtungsweisend sein (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 62-64).

3.2.2 Das Konzept des guten Grundes

Das Konzept des guten Grundes folgt der Erkenntnis, dass der Mensch die Fähigkeit zur Veränderung und zur Selbstregulation besitzt (vgl. Weiss 2013: 23). Es geht davon aus, dass sich **Menschen immer aus ihren Bedürfnissen heraus verhalten** (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 64).

Auffälligkeiten werden als besondere Bedürfnisse interpretiert und nicht als Störung. Diese Grundbedürfnisse wurden gerade bei traumatisierten Menschen oft vernachlässigt. Daraus leitet sich nach Scherwath/Friedrich (ebd.) folgende Kernfrage ab: „Welche Grundbedürfnisse, die aktuell nicht befriedigt werden oder biografisch mangelhaft versorgt wurden, kommen in

der wahrgenommenen Symptomatik zum Ausdruck?“ Durch diesen Zugang und Verstehen, können Handlungsziele entwickelt werden und das Mangelerlebnis soweit möglich beseitigt werden.

Ein weiterer Aspekt dieses Konzepts ist die **Grundannahme, dass hinter jedem Verhalten eine ‚positive‘ Absicht steckt**. Damit es gelingt, die Aufmerksamkeit weg vom schädlichen Verhalten zu lenken, braucht es einen Perspektivenwechsel mit dem Fokus auf die inneren Ziele der handelnden Person (vgl. ebd.: 65). Die Kernfrage nach Scherwath/Friedrich (ebd.) lautet hier: „Was versucht jemand mit diesem Verhalten für sich zu erreichen oder sicherzustellen?“ Dieser Zugang ermöglicht die ‚positiven‘ Absichten eines jungen Menschen zu ergründen und zu würdigen und mit ihm konstruktive Handlungsalternativen zu gestalten. Baierl (2014: 49f.) betont, dass dies nicht heisst, dass das Fehlverhalten schöneredet wird. Es bedeutet jedoch, nach dem guten Grund, der positiven Absicht und Motivation des Verhaltens zu suchen und diese anzuerkennen. Wenn das klar wertzuschätzende höhere innere Ziel, für das ein Pflegekind bereit ist grosse Anstrengung zu erbringen, gefunden ist und es dafür Anerkennung erhält, kann dies zu einer erfreulichen Kooperation führen. Das Würdigen der positiven Absicht ermöglicht es den Helfenden, das fehlbare Verhalten klar zu verurteilen und gleichzeitig Kooperationspartner des Pflegekindes zu werden und ihm zu helfen, die positive Absicht in Verantwortung zu sich und anderen zu verwirklichen. Dabei etablieren sich die Pflegeeltern und sozialpädagogischen Mitarbeitenden als natürliche Autorität, da sie den Pflegekindern in einem ihnen wichtigen Gebiet Unterstützung bieten können (vgl. Baierl 2014: 40).

Rogers (1997: 66f.) beschreibt eine ähnliche Sichtweise mit den Kennzeichen des ‚personen-zentrierten Ansatzes‘ aufgrund folgender Überzeugung:

Das Individuum verfügt potentiell über unerhörte Möglichkeiten, um sich selbst zu begreifen und seine Selbstkonzepte, seine Grundeinstellungen und sein selbstgesteuertes Verhalten zu verändern; dieses Potential kann erschlossen werden, wenn es gelingt, ein klar definiertes Klima förderlicher psychologischer Einstellungen herzustellen.

Damit dieses wachstumsfördernde Klima entstehen kann, müssen gemäss Rogers die drei folgenden Bedingungen, welche unter anderem auch auf das Verhältnis Eltern-Kind anwendbar sei, erfüllt sein. Erstens, Echtheit oder Kongruenz indem man sich selber ist, Zweitens, das Akzeptieren, die Anteilnahme oder Wertschätzung des Gegenübers durch eine bedingungslose positive Zuwendung, welche jegliches Gefühl das Gegenübers zulässt und drittens das

emfühlsame Verstehen, welches die erlebten Gefühle und persönlichen Bedeutungen durch aktives Zuhören spürt (vgl. Rogers 1997: 67f.).

In der Alltagsgestaltung der Pflegefamilie braucht es nach einem im ersten Moment völlig destruktiv und herausfordernd erscheinenden Verhalten oft Überwindung und eine innerliche Distanz zum Geschehen, damit eine differenzierte Sichtweise und Haltung eingenommen werden kann. Eine bedürfnisorientierte Interpretation und das Würdigen positiver Absichten können zu einer Entlastung in der Situation und dadurch zur Entspannung, sowie nach und nach zu einer Verhaltensänderung führen. Das echte, wertschätzende und feinfühlig Wahrnehmen des Gegenübers und Interpretieren seiner Bedürfnisse und Absichten auf dem Hintergrund seiner Geschichte ist für die traumapädagogische Beziehungsgestaltung zentral. Denn diese biografisch verwundeten jungen Menschen leiden in irgendeiner Form an Schmerz und dieser Schmerz macht gereizt, ängstlich oder aggressiv (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 69).

3.2.3 Grundhaltung der Wertschätzung und Liebe

Was die Pflegekinder in dieser depressiven Verstimmung oder Aggression brauchen, sind Helfende, welche mit Fürsorge und Liebe die Wunden verbinden und bei Stagnation oder Rückfall die Zuversicht und Hoffnung nicht verlieren, im Wissen, dass der Heilungsprozess Zeit braucht (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 69). Diese Fürsorge beinhaltet in erster Linie, das Pflegekind wertzuschätzen und sein Leben sowie seine Lebensgeschichte, Lebenswelt und Lebensweise zu achten.

Dazu hält Schmid (2016:81f.) folgendes fest:

Der Grundaspekt der traumapädagogischen Haltung besteht also darin, Kindern, die in ihren Herkunftssystemen oft sehr belastende Lebenserfahrungen und invalidierende zwischenmenschliche Interaktionen erlebt haben, die Möglichkeit zu eröffnen, nun in einem traumapädagogischen Milieu korrigierende Beziehungserfahrungen zu machen.

Ein traumapädagogisches Milieu kann als heilsamer Lebensraum und sicherer Ort dienen, wenn Pflegekindern, welche in ihrem Herkunftssystem Unberechenbarkeit, Ablehnung, Einsamkeit und Ausgeliefertsein erlebt haben, mit einer anderen Haltung der Transparenz, Annahme, Anerkennung und Wertschätzung begegnet wird. Diese Haltung ist zudem geprägt von Ermutigung und lässt Heranwachsende ihrem Alter entsprechend an Entscheidungen partizipieren (vgl. Schmid 2016: 82).

Wenn diese Eigenschaften einander gegenübergestellt werden, wird deutlich, welche Kraft der Ablehnung und Abwertung auf der einen Seite des traumatisierenden Umfelds herrscht und

auf der anderen Seite wird die Kraft der Annahme, Anerkennung und Wertschätzung eines traumapädagogischen Milieus sichtbar.

Tabelle 4: Traumapädagogische Haltung als korrigierende Beziehungserfahrung

Traumatisierendes Umfeld	Traumapädagogisches Milieu
Unberechenbarkeit	Transparenz und Berechenbarkeit
Ablehnung und Entehrung	Annahme und Würde
Einsamkeit	Beziehungsangebot und Anwaltschaft
Nicht gesehen und gehört werden	Beachtet und gehört werden
Geringschätzung und Abwertung	Wertschätzung und Anerkennung
Kritik und Entmutigung	Lob und Ermutigung
Bedürfnisse werden missachtet	Bedürfnisorientierung/Versorgung/Schutz
Ausgeliefertsein – Fremdbestimmung	Selbstbestimmung – Partizipation

Quelle: Eigene Darstellung ergänzt nach Schmid 2016: 82

In Anlehnung an Böhnisch geht es im milieupädagogischen Ansatz darum, den Pflegekindern einen selbstbestimmten Alltag, durch soziale Anerkennung und Möglichkeiten der Entwicklung von Selbstwert und Selbstwirksamkeit, zurückzugeben und erst nachrangig nach der spezifischen Intervention zu fragen (vgl. Böhnisch 2008: 436). Das traumapädagogische Milieu, welches aus dem Habitus des Helfersystems entspringt, kann nur gelingen, wenn die Helfenden auch untereinander diese Haltung und Perspektive leben und gleichzeitig sich selber in Selbstfürsorge und Achtsamkeit üben.

Selbstfürsorge und Achtsamkeit

Die Gestaltung eines traumapädagogischen Milieus kann im Alltag mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu einer Herausforderung werden. Einerseits werden die Pflegeeltern und sozialpädagogischen Mitarbeitenden durch das oft herausfordernde Verhalten und Grenzüberschreitungen der Heranwachsenden konfrontiert (vgl. Baierl 2014: 54). Dieses Verhalten kann zwischen aggressiver Impulsivität, Weglaufen und Erstarrung schwanken (vgl. Jegodtka 2016: 140). Andererseits kommen die Helfenden durch Erzählungen der Pflegekinder oder Informationen der Behörden mit dem Leid und traumatisierenden aussichtslos scheinenden Situationen in Berührung. Dies alles kann zu einer Übertragung von Gefühlen und Ängsten auf die Helfenden führen. Dadurch werden die Pflegeeltern und sozialpädagogischen Mitarbeitenden mit den eigenen Themen konfrontiert. Damit sie sich diesen Herausforderungen in einer guten Weise stellen können und nicht in einer Erschöpfung enden, brauchen sie die Bereitschaft und Fähigkeit, gut für sich selber zu sorgen (vgl. Baierl 2014: 54). Dazu gehört, sich mit den

eigenen Reaktionen und Dynamiken selbstreflektiert auseinanderzusetzen. Der Austausch mit den sozialpädagogischen Mitarbeitenden, regelmässige Supervision und gegenseitige Unterstützung sowie das Erkennen und Respektieren eigener Grenzen und Fähigkeiten sind dabei genauso zentral, wie das bewusste Einplanen von Auszeiten, in denen neue Kraft geschöpft werden kann (vgl. Baierl 2014: 54). Durch die Selbstfürsorge und Psychohygiene können die von Scherwath/Friedrich (2014: 190) beschriebenen inneren Ressourcen und Basisqualitäten, welche als Fundament der Begleitung traumatisierter Kinder und Jugendlichen dienen, erhalten bleiben. Diese beinhalten die Fähigkeit, sich vor überflutenden Emotionen und Gefühlen durch Selbstregulation und Selbstberuhigung schützen zu können, die Fähigkeit, geniessen zu können, die Fähigkeit eines liebevollen Umgangs mit sich selbst in der Selbstannahme und das Erleben von Selbstwirksamkeit und Kontrolle. Diese Fähigkeiten können durch verschiedene Übungen trainiert werden. Beispielsweise hilft ein Lobtagebuch zum Fokussieren auf seine Stärken, welches der Selbstannahme dient und das ständige Hören auf die inneren Kritiker vermindert. Genauso wie das Lobtagebuch funktioniert auch ein Genussstagebuch, indem man sich an Genussmomente im Alltag erinnert und dadurch Genussfähigkeit und Lebensfreude fördert. Die Selbstfürsorge dient so einerseits der eigenen Befindlichkeit und andererseits hat sie einen grossen stabilisierenden Wert in der Arbeit mit traumatisierten Pflegekindern (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 190-197).

3.3 Grundlagen der Traumapädagogik im Alltag der Pflegefamilie

Die in Kapitel 3.2 beschriebene Grundhaltung und Perspektive der Traumapädagogik bilden die Basis traumapädagogischer Intervention in Pflegefamilien, einer sicheren Lebenswelt, in der Bindungs- und Beziehungsbedürfnisse der Kinder gestillt werden können. In diesem Kapitel wird nun auf konkrete Aspekte der Traumapädagogik für die Alltagsgestaltung in Pflegefamilien eingegangen. Gahleitner et al. halten fest, dass traumatisierte Kinder und Jugendliche in der ersten Phase einer Intervention in der Pflegefamilie eine umfassende Sicherheit brauchen (vgl. 2014: 258). Das Konzept der fünf sicheren Orte nach Kühn geht spezifisch auf die verschiedenen Dimensionen von Sicherheit ein. Dadurch, dass die Pflegekinder in einem Zuhause leben dürfen, in dem ihre körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Grundbedürfnisse gut abgedeckt sind, können Sie diesen Ort als **sicheren Ort** erleben. Nachfolgend wird darauf sowie auf weitere traumapädagogische Ziele und Beispiele traumapädagogischer Intervention, welche im Alltag der Pflegefamilie umgesetzt werden können, eingegangen.

3.3.1 Der äussere sichere Ort

Die Pflegefamilie kann durch einen Ort von Geborgenheit, Struktur und guter Versorgung ein Gegenmodell zur bisherigen Welt, welche die Kinder und Jugendlichen oft als gefährlich oder unberechenbar erlebt haben, ermöglichen. Eine Rückzugsmöglichkeit und die Möglichkeit von Gemeinschaft und Partizipation in der Familie sind Faktoren, welche dem Pflegekind helfen, sich angstfrei zu bewegen. Dieser sichere Ort hängt einerseits von den Räumlichkeiten wie Zimmer und Ausstattung ab und andererseits von Strukturen in denen Transparenz, Vorhersehbarkeit, Berechenbarkeit und Kontrollierbarkeit ermöglicht werden. Ein wichtiger Faktor dieses sicheren Orts ist auch die Regelung der Rahmenbedingungen zu Aussenkontakten, insbesondere zum Herkunftssystem, damit diese sicher gestaltet werden können. Oftmals werden Telefonzeiten und Besuchszeiten gemeinsam mit den sozialpädagogischen Mitarbeitenden der FPO geplant und den Kindern und Jugendlichen entsprechend kommuniziert. Diese und auch das Herkunftssystem, können jedoch bald einmal auch in diese Planung mit einbezogen werden. Zudem kann es einem Kind helfen, wenn eines der Pflegeeltern vor und nach diesen Kontakten für die Kinder da ist und bei einer Rückkehr nach dem Besuch präsent und verfügbar ist und etwas Kleines zum Knabbern bereithält. Manchmal fällt es traumatisierten Mädchen und Jungen schwer, sich in der Freizeit mit Gleichaltrigen zu treffen und sie brauchen viel Ermutigung und Unterstützung, soziale Kontakte in Schule, Nachbarschaft, Vereinen oder Wohngemeinschaften zu knüpfen und zu steuern. Die sozialen Kontakte und ein Freundeskreis können zu einem starken Resilienzfaktor für diese Mädchen und Jungen werden (vgl. Baierl 2014: 56-60).

Klare Rahmenbedingungen und Strukturen wie ein geregelter Tagesablauf, Ämtli, Rituale und Regeln helfen den Kindern und Jugendlichen, nebst den vertrauensbildenden Massnahmen, sich zu Orientieren und ein Sicherheitsgefühl zu entwickeln. Sie wissen dadurch genau, wann im Tag was dran ist, welche Feste wann und wie gefeiert werden und was erwartet wird (vgl. Gahleitner et al. 2014: 258f.; Omer/Streit 2018: 19).

3.3.2 Der personale sichere Ort

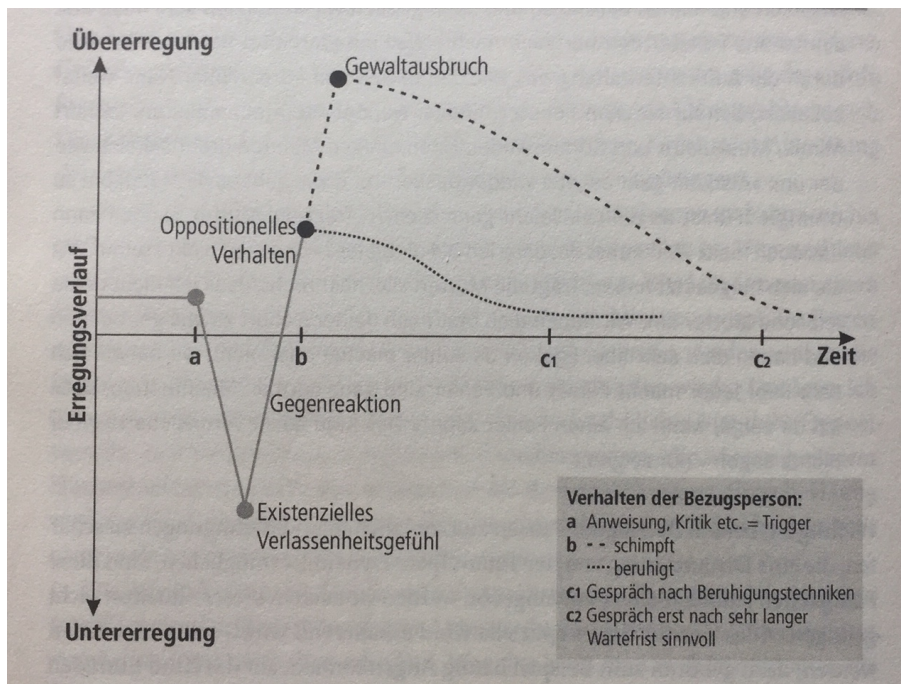
Sicherheit erwächst in erster Linie aus der Erfahrung verlässlicher und tragfähiger Beziehungen (vgl. Gahleitner et al. 2014: 258). Diese Sicherheit wird als **personaler sicherer Ort** beschrieben. Aufbauend auf der in Kapitel 2.5.1 beschriebenen Bindungstheorie hält Omer/Streit (2018:17) fest: „Damit Kinder sich gut entwickeln, brauchen sie einen Zufluchtsort, einen sicheren elterlichen Hafen. Der sollte so angelegt sein, dass er Booten Schutz bietet, sie aber

auch hinausfahren und Erfahrungen machen lässt.“ Dies ist ein Bild dafür, was eine wertschätzende, einfühlsame, liebevolle, beständige, verlässliche, langfristige und schützende Elternschaft ausmacht. Sie ermöglicht es Kindern, ein sicheres Bindungsverhalten zu entwickeln. Durch die guten Bedingungen ist der Boden für ihre weitere Entwicklung gelegt und Exploration der Kinder und Jugendlichen findet statt. Dass die Pflegeeltern verfügbar und präsent sind, zeigt dem Pflegekind, dass es vor Gefahr geschützt wird; gibt ihm jedoch auch die Sicherheit, die potentiell gefährliche Welt zu entdecken (vgl. Baierl 2014: 60f). Weiss bestätigt mit Bezug auf die Bindungsforscher Klaus und Karin Grossmann, dass sich im Rahmen sicherer Bindungen sich bis ins spätere Jugendalter gesunde Autonomie, im Gegensatz zu zwanghafter Unabhängigkeit, entwickle. Eine entscheidende Rolle können dabei auch wichtige Bezugspersonen ausserhalb der Kernfamilie spielen (vgl. Weiss 2013: 112). Der personale sichere Ort wird durch die Pflegekinder in erster Linie im Mikrosystem der Pflegefamilie erfahren. Sie bildet eine Basis des sicheren Ortes. Er entfaltet jedoch in der Wechselwirkung zum Mesosystem oder gar dem Exosystem mit Bezügen und positiven Erfahrungen zu anderen wichtigen Bezugspersonen aus Schule, Nachbarschaft und Verwandtschaft eine umso grössere Wirkkraft der Sicherheit (vgl. Berk 2005: 32f.). Die Vernetzung und Klärung der Rollen der Pflegeeltern durch Elterngespräche in der Schule, nachbarschaftlichen Austausch sowie die Interaktion mit Verwandten kann dabei förderlich sein.

Aggression und Gewalt: Deeskalation schafft Vertrauen

Der personale sichere Ort soll ein Ort der Gewaltfreiheit in Wort und Tat sein. Gewalt, welche im pädagogischen Alltag geschieht, soll dabei enttabuisiert und angesprochen werden (vgl. Weiss 2013: 171). Der personale sichere Ort kann sich für ein traumatisiertes Kind umso mehr als sicher erweisen, wenn es weiss, dass Pflegeeltern durch einfühlsame Beobachtung und im Austausch mit den sozialpädagogischen Mitarbeitenden lernen, die Dynamik von Trauma zu erfassen. Dadurch sind sie in der Lage, entsprechende Anspannungszustände und den Erregungsverlauf von Frustration und Aggression beim Pflegekind zu erkennen. Das in Kapitel 3.2.2 beschriebene ‚Konzept des guten Grundes‘ kann den Pflegeeltern helfen, dem Geschehen aus einer anderen Perspektive zu begegnen. Wenn das Pflegekind erlebt, dass sein Umfeld darauf angemessen mit Selbstkontrolle und Deeskalation anstatt mit Gegengewalt oder Zurechtweisung reagiert, erwächst dadurch Vertrauen (vgl. Gahleitner et al 2014: 258). Dieser Erregungsverlauf mit unterschiedlichem Ausgang wird von Gahleitner et al. wie folgt dargestellt:

Abbildung 2: Erregungsverlauf des Kindes



Quelle: Gahleitner et al. 2014: 270

Oft gibt es für Pflegeeltern herausfordernde Situationen, in denen es schwierig wird, gelassen zu bleiben. Traumatisierte Kinder und Jugendliche werden beispielsweise durch den Stress der Pflegemutter oder des Pflegevaters, welcher sich auf die Mimik, Stimmlage, Körperhaltung und Wortwahl auswirkt, in eine alte Erfahrung zurückversetzt, welche sie nun gefühlt real wiedererleben. Sie erleben diese Signale in diesen Momenten als Zurückweisung und Abwertung und werden dadurch getriggert. Eine innere Leere und Existenzangst können blitzschnell in eine massive Gegenreaktion und aggressive Verhaltensweise wechseln. Im Pflegekind setzt der Kämpferinstinkt ein und es ist dabei kaum mehr erreichbar, da es in seinem Empfinden um Leben und Tod geht (vgl. Gahleitner et al. 2014: 266f.).

In einer eskalierenden Situation ist meist keine sinnvolle Klärung möglich. Es wäre jedoch falsch, die Provokationen zu ignorieren und alles einfach durchgehen zu lassen. Dabei ginge die Präsenz und der Draht zum Pflegekind verloren (vgl. Omer/Streit 2018: 58). Innere und äussere Präsenz durch Bindungspersonen helfen dem Pflegekind, sich in Sicherheit zu wissen (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 87). „Präsenz wird erlebt, wenn Anwesenheit und Erreichbarkeit gewährleistet sind, aber auch wenn ein hohes Mass an Aufmerksamkeit, Achtsamkeit und Zuwendung zur Verfügung gestellt wird (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 88). Durch Präsenz kann also auch eine eskalierende Situation anders gestaltet werden. Helfen kann im Vorfeld, dass in einem ruhigen Moment für das spezifische Pflegekind Möglichkeiten der Beruhigung gesammelt werden und vor allem durch die Pflegeeltern Selbstberuhigungsstrategien zur

Deeskalation eingeübt werden (vgl. Gahleitner et al. 2014: 269). Pflegeeltern können lernen für ihr eigenes Verhalten in schwierigen Momenten Verantwortung zu übernehmen und dieses zu steuern.

Die potentiell explosive Situation kann durch Deeskalation entschärft werden. Diese kann gemäss Gahleitner et al. durch die Pflegeeltern mit Ich-Aussagen begonnen werden: ‚Ich bin gerade im Stress und brauche kurz eine Pause, um mich wieder zu beruhigen‘ (vgl. Gahleitner et al. 2014: 269). Ein kräftiges Ein- und Ausatmen sowie das innere Zurückstehen helfen den Pflegeeltern und indirekt auch dem Pflegekind, da sie die vorher gestresste Bezugsperson, welche sie als Bedrohung erlebt haben, wieder entspannter wahrnehmen. Zudem gewinnen sowohl die Pflegeeltern und -kinder mit einer verzögerten Reaktionszeit. Anstatt dann in einem weiteren Satz zu Belehren oder sich in eine Diskussion zu begeben kann es nach Omer/Streit hilfreich sein, die Haltung, welche das Verhalten nicht akzeptiert, das Pflegekind jedoch gern hat, auszudrücken: ‚Wir akzeptieren dieses Verhalten an diesem ‚sicheren‘ Ort nicht, wir werden darauf zurückkommen. Gerne nehme/n ich/wir in der Zwischenzeit deine Vorschläge entgegen‘. Da dies den Verstand des Pflegekindes anspricht, können durch diesen Einbezug des Kindes neue Möglichkeiten und Lösungen gefunden werden (vgl. Omer/Streit 2018: 63).

Wenn die Situation abgekühlt ist, soll dann auch wirklich über das Erlebte sowie das inakzeptable vielleicht gewaltsame Verhalten gesprochen werden. Eine wertschätzende Kommunikation, in welcher ein Gespräch mit einer positiven Bemerkung über das Pflegekind eingeleitet wird, zeigen dem Pflegekind, dass der Streit und das Fehlverhalten nicht alles überragt und es trotzdem geliebt und wertgeschätzt wird. Dies kann auch durch Beziehungsgesten und Aufmerksamkeiten im Alltag verstärkt werden. Nach solchen schwierigen Momenten ist es oft hilfreich, vor einem Gespräch mit dem Pflegekind, die Situation und sein eigenes Verhalten im Austausch als Pflegeeltern oder mit der oder dem sozialpädagogischen Mitarbeitenden der FPO zu reflektieren. Auf dieser Basis kann mit dem Pflegekind beharrlich über die Auslöser von Frustration, der nachfolgenden Gefühlsdynamik und möglichen Adaptionsmöglichkeiten sowie einer Wiedergutmachung des Geschehenen gesprochen werden. Weiss (2013: 123f) fasst diesen Umgang mit ‚störenden‘ Verhaltensweisen in folgende Ziele:

- *Das Begreifen der Symptome im Zusammenhang mit der Entstehungsgeschichte.*
- *Verständnis und Wertschätzung für diese Verhaltensweisen.*
- *Das Überprüfen, ob dieses Verhalten weiterhin notwendig ist.*
- *Das Erarbeiten von alternativen Handlungsmöglichkeiten, bzw. die Erweiterung des Verhaltensspielraumes.*

- *Die Kinder werden zum Subjekt ihres Tuns.*

Dieses Vorgehen eröffnet einen neuen Zugang zu den Pflegekindern und ihrer Lebenswelt und zeigt, dass hinter der Gewalt oft Hilflosigkeit steckt. Es zeigt auch auf, dass Eskalation die Beziehungsmöglichkeiten einengt und Deeskalation neuen Raum in den Beziehungen eröffnet (vgl. Gahleitner et al. 2014: 266-271; Omer/Streit 2018: 57-74; Weiss 2013: 122-124).

Um auf das Bild des sicheren Hafens als sicherer personaler Ort zurückzukommen, kann dieses Vorgehen der Deeskalation und Selbststeuerung sowie der Präsenz wie ein sicherer Anker im Hafen bezeichnet werden. Dieser Anker hält auch den neu aufziehenden Stürmen stand (vgl. Omer/Streit: 65-73). Der Anker der Deeskalation schafft Sicherheit und Vertrauen, da das Pflegekind weiss, dass die Pflegeeltern es auch bei schwierigem Verhalten nicht verurteilen oder strafen, sondern es trotzdem wertgeschätzt und geachtet wird. Wenn das Pflegekind Vertrauen in die Pflegeeltern aufgebaut hat und die Vermittlung von Sicherheit gelingt, kann dadurch auch die Angst und Spannung abgebaut werden. Das Pflegekind erlangt immer mehr Selbstkontrolle und kann lernen, mit überflutenden Gefühlen der Unsicherheit und Bedrohung umzugehen (vgl. Gahleitner et al. 2014: 258f.; Omer/Streit 2018: 19). Dies zeigt, dass eine wertschätzende, schützende und tragfähige Beziehung ein sicherheitsgebender Faktor in der Arbeit mit traumatisierten und verunsicherten Pflegekindern ist.

Wo Personen und Worte das Pflegekind nicht mehr erreichen können, können tiergestützte Interventionen einen mehrdimensionalen Raum für Stabilisierung und Ressourcenerschließung schaffen, da sie viele Funktionen in Bezug auf Bindungs- und Beziehungsangebote, sowie ressourcenorientierte Angebote bieten. Beispielsweise können verunsicherte, ängstliche Kinder im Alltag plötzlich getriggert werden. Wenn sich dann unmittelbar ein Hund im Raum befindet, den sie berühren können, der bei ihnen ist, finden sie schneller ins Hier und Jetzt zurück und können sich entspannen (vgl. Gahleitner et al. 2014: 271f.).

3.3.3 Spiritualität und Rituale als sichere Orte

„Spiritualität in Form des Glaubens an eine (...) höhere Macht, dir mir wohlgesonnen ist und in mein Leben eingreifen kann, lässt sich (...) als einer der stärksten Resilienzfaktoren überhaupt identifizieren“. (Roehlkepartain et al. 2005, Bucher 2007 zit. nach Baierl 2014: 69) Die Betonung der ‚wohlgesonnen Macht‘ ist insofern bedeutend, da Spiritualität nach Baierl mit Bezug auf Bucher auch in Druck oder Angst wurzeln kann und von überwiegend strafenden Mächten, die befriedigt werden müssen, ausgehen kann, was wiederum ein Risikofaktor darstellen würde (vgl. ebd. 70). Ausgehend von ersterem, können Pflegeeltern die Pflegekinder

darin unterstützen, indem sie die Spiritualität mit ihnen reflektieren und wenn möglich in den Alltag beispielsweise als Ritual einbauen. Zudem können gemeinsame Erlebnisse wie Dankesfeiern gestaltet werden (vgl. ebd. 69, 103f). Ziel aller diesbezüglichen Aktivitäten im Rahmen der Traumapädagogik ist, dass die dafür oft sehr offenen Pflegekinder dadurch einen sicheren Ort erleben können. Bei Unsicherheit bezüglich der differenzierten Gestaltung und Handhabung der Spiritualität mit dem Pflegekind kann eine Rücksprache mit den pädagogischen Mitarbeitenden der FPO hilfreich sein.

3.3.4 Selbstbemächtigung: Das Selbst als sicherer Ort

Eine Voraussetzung für eine gelingende Lebensgestaltung ist ein positives Selbstbild, ein Wissen über ‚wer ich bin‘ und ‚was ich kann‘ (vgl. Weiss 2013: 120). Oft ist dieses Selbstbild jedoch bei traumatisierten Pflegekindern gestört, da sie kein stabiles Selbst entwickeln konnten und ihr Selbstkonzept sie darin behindert ihre Verhaltensweisen, Emotionen und Erinnerungen verstehen zu können (vgl. ebd.). Oft leiden die Pflegekinder unter erlebten Kontrollverlusten, „sie haben das Vertrauen darin verloren, ausreichend gut für sich sorgen und sich schützen zu können“ (Baierl 2014: 68). Deshalb beinhaltet die Herstellung der Selbstbemächtigung auch die Herstellung der Würde, der Lebensfreude und Handlungsfähigkeit, was das Setzen und Erreichen von Zielen sowie das Wissen über die eigenen Möglichkeiten und Grenzen beinhaltet.

Die Pflegekinder sollen dabei aus der Opferhaltung wieder in die Haltung der Achtung, Würde und Verantwortung des eigenen Selbst geführt werden. Sie werden dabei als Subjekte gesehen, welche in Würde unter Selbstachtung und Selbständig, sich und ihre Welt in Frage stellen können. Diese Haltung beinhaltet auch die Anerkennung der Wunden und Lebensleistung der Mädchen und Jungen und sieht sie als Experten für herausfordernde Lebenssituationen. Sie wurden als Opfer zu Objekten und können wieder zu Subjekten ihrer Selbst und ihres Tuns werden. Sie können ihre Welt selbst gestalten und mitbestimmen. Die pädagogische Unterstützung der Selbstbemächtigung, welche die Kinder und Jugendlichen zur Stabilisierung des Selbst führen, beinhaltet diese Haltung der Würde und Anerkennung des Subjekts, der Förderung des Selbstverstehens sowie die Förderung der Selbstwahrnehmung, welche die Selbstregulation und Selbstkontrolle begünstigen. Zudem fördert die positive Erfahrung von Selbstwirksamkeit die Autonomie und damit selbstbestimmtes Handeln (vgl. Weiss 2013: 120, Weiss 2016: 95-105).

Selbstverstehen durch Verständnis und Wissen

Das Selbstverstehen kann durch die ‚Haltung des Verstehens‘ und das ‚Konzept des guten Grundes‘ welche in Kapitel 3.2.1 und 3.2.2. beschrieben wurden, auch beim Pflegekind gefördert werden. Wenn sozialpädagogische Mitarbeitende oder andere Fachpersonen ihr Wissen über traumatische Vorgänge wie Übertragungen, Dissoziation sowie Wissen über die Funktion von Hirn und Körper wie Denken und Fühlen, den Kindern und Jugendlichen altersgerecht vermitteln, entlastet sie dies von Scham und Schuldgefühlen und hilft Ihnen in der Klärung ihrer Identität und der Integration belastender Erfahrungen (vgl. Weiss 2013: 124-126).

Selbstwahrnehmung durch Zugang zu den eigenen Gefühlen

Damit ein Pflegekind nach und nach zu emotionaler Stabilität finden kann, braucht es „Unterstützung darin, Gefühle wahrnehmen, erkennen, benennen, zulassen und aushalten zu können“ (Baierl 2014: 88). Eine Alltagsgestaltung, in der alle Gefühle ihren Platz haben und entsprechend Ausdruck finden können ist dabei hilfreich. Die Gründe für die mächtigen und unkontrollierbaren Gefühle traumatisierter Pflegekinder entstehen aus der Dauererregung der körperlichen und psychischen Überlebensprogramme aufgrund der Angst und dem Gefühl bedroht zu sein und jederzeit wieder Opfer werden zu können (vgl. ebd: 89). Dies führt zu den bereits beschriebenen Anspannungszuständen und der oft tiefen Frustrationstoleranz. Diese Anspannung, welche durch Angst und der daraus folgenden negativen Gefühlen und Empfindungen entsteht, kann durch Entspannungstechniken wie der progressiven Muskelentspannung nach Jacobson effektiv verringert werden (vgl. Baierl 2014: 89).

Oft nehmen traumatisierte Kinder und Jugendliche durch ihre Erfahrungen mit Gefühlsüberflutungen, alle Gefühle als bedrohlich wahr und verdrängen diese oder drücken sie als pauschales „Mir geht es total schlecht“ aus. Das Pflegekind muss also zuerst wissen, dass Gefühle sein dürfen, dass es diese zulassen darf, dann kann es lernen, diese differenziert zuzuordnen und dadurch einen guten Umgang mit ihnen finden (vgl. Beckrath-Wilking 2013c: 175). Damit Kinder und Jugendliche ihren teils unkontrollierbaren und heftigen Gefühlen nicht einfach ausgeliefert sind, helfen zudem Faktoren, welche ihnen zu Selbstsicherheit und emotionaler Stabilität verhelfen. Dies sind nach Baierl „äussere und gefühlte Sicherheit, Selbstwirksamkeitserleben, soziale Kompetenzen, Problemlösefähigkeiten, Abgrenzungsfähigkeit und Wehrhaftigkeit“ (Baierl 2014: 89). Die meisten dieser Faktoren wurden bereits in Kapitel 2.4 unter den Schutzfaktoren aufgeführt. Dies zeigt, dass das Erlangen von Selbstsicherheit und emotionaler Stabilität mit vielen Einflussfaktoren zusammenhängt und in der Traumapädagogik im Konzept der Pädagogik der Selbstbemächtigung seinen festen Platz hat.

Selbstwirksamkeit durch positive Erfahrungen

Der Fokus auf die bereits vorhandenen Ressourcen der Mädchen und Jungen fördert die Selbstwirksamkeitserwartung. Dabei werden die normalen und gesunden Anteile und Aspekte, auf welche die Pflegekinder stolz sein können, betont (vgl. Baierl 2014: 68).

Hufenus geht nach Bandura davon aus, dass eine optimistische und gleichzeitig auf Erfahrung basierende Einschätzung der Selbstwirksamkeit die subjektive Überzeugung fördert, dass durch das eigene Handeln auch schwierige Anforderungen bewältigt werden können. Durch eine positiv erfahrene Selbstwirksamkeit wird somit das Vertrauen der Pflegekinder in die eigenen Ressourcen und Stärken verstärkt (vgl. Hufenus 2010: 31). Selbstwirksamkeit entsteht, wenn Kinder und Jugendliche auf ihre Umwelt einwirken und diese gestalten können. Mädchen und Jungen erhalten das Gefühl für sich selbst sorgen zu können und erleben Sinnhaftigkeit, was als Voraussetzung für ihr körperlich-seelisches Wohlbefinden angenommen wird (vgl. Weiss 2013: 133). Gemeinsame Projekte wie Musik- und Theateraufführungen, Erlebnispädagogik wie pädagogisches Klettern (siehe Kapitel 3.4.1) und kreative Unternehmungen und Ausdrucksformen fördern die Erfahrung von Selbstwirksamkeit. Wenn sich in diesen Tätigkeiten das Fühlen, Wollen und Denken in einer Übereinstimmung befinden, kann man von einem ‚Flow‘ nach Csikszentmihalyi sprechen. Die Konzentration ist vollständig und zielgerichtet auf der aktuellen Aktivität, welche die ganze Person mit ihrem Fühlen, Wollen und Denken einnimmt, dabei rücken die Zeit und auch sorgenvolle Gedanken in den Hintergrund. Weiss erwähnt ein eindrückliches Beispiel, welches während eines Kongresses der Internationalen Gesellschaft für erzieherische Hilfen in Sarajevo 2006 stattgefunden hat. Mit Tanzen, Zeichnen, Zeitung herstellen und Musik spielen haben traumatisierte Mädchen und Jungen aus aller Welt ihre Situation und Handlungsfähigkeit dargestellt und dabei eine Selbstwirksamkeitserfahrung erlebt (vgl. Weiss 2013: 136-137).

3.4 Traumapädagogische Interventionsmöglichkeiten

Nachdem innerhalb des Konzepts der sicheren Orte in welches auch Aspekte des Konzepts der Selbstbemächtigung eingearbeitet sind, einige grundlegende und zentrale Inhalte und Methoden der Traumapädagogik erläutert wurden, werden nachfolgend zwei konkrete traumapädagogische Interventionsmöglichkeiten kurz ausgeführt. Sie nehmen unterschiedliche Aspekte der Traumapädagogik auf und vertiefen diese.

3.4.1 Pädagogischen Klettern

Das pädagogische Klettern an der Kletterwand bietet mehrdimensionale Erlebnisqualitäten. Die Kinder und Jugendlichen erlernen beispielsweise den Umgang mit Angst und Grenzen. Das Ziel dabei ist nicht die Angstfreiheit, sondern zu lernen in das Material, die eigenen Fähigkeiten und den Kletteranimateur, welcher unten das Seil sichert, zu vertrauen und dabei die eigenen Grenzen auszuloten. Der/Die Kletternde muss sich in schwierigen Situationen laufend entscheiden und handeln, Gewohntes aufgeben und sich für etwas Neues entscheiden wie den nächsten Griff, den Tritt, die Körperposition und die Routenwahl. Dies erfordert eine hohe Aufmerksamkeit und Konzentration in den gegenwärtigen Moment, was dazu verhilft, dass alles andere ausgeblendet wird. Die Kinder und Jugendlichen sind ganz im Hier und Jetzt. Sie erleben dabei Autonomie und Selbstbestimmung aber auch Bezogenheit und Bindung zur Sicherungsperson. Durch das steigende Vertrauen in sich selbst, den eigenen Körper und die eigenen Fähigkeiten, auch schwierige Situationen und Passagen an der Wand meistern zu können, wird das Selbstvertrauen und die Selbstwirksamkeitserwartung erhöht. Diese Erfahrungen können mit Unterstützung einer sozialpädagogischen Fachperson auf Alltagserfahrungen und die aktuelle Lebenswelt übertragen werden (vgl. Kowald/Zajetz 2015: 20-41). Die verschiedenen Erfahrungsebenen bilden eine ideale traumapädagogische Interventionsmöglichkeit, in der das Vertrauen in sich selber, die Selbstbemächtigung durch Selbstwirksamkeit und Selbstwahrnehmung aber auch das Vertrauen in andere Menschen praktisch geübt und gefördert wird. Diese Wirkung der erlebnispädagogischen Erlebnisse erwähnt auch Kuczynski mit folgenden Worten: „Letztendlich werden Selbstbewusstsein, Selbstwertgefühl und das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten gefördert, was wesentlich für die Stabilisierung eines traumatisierten Kindes oder Jugendlichen ist.“ (Kuczynski 2014: 192)

3.4.2 Biografiearbeit

Kinder und Jugendliche entwickeln ihre Identität, auch bei sicherer Bindung zu ihrer Pflegefamilie in Bezug zu ihrer Herkunftsfamilie. Oft haben die Pflegekinder jedoch ein verzerrtes negatives Bild über ihre leiblichen Eltern. Sie sorgen sich dann vor allem im Jugendalter auch so zu werden wie ihre Mutter oder ihr Vater. Sie erleben phasenweise auch einen Loyalitätskonflikt und fühlen sich ihren Eltern gegenüber schuldig, da sie sich der Pflegefamilie Zugehörig fühlen. Andererseits haben sie manchmal auch den Pflegeeltern gegenüber ein schlechtes Gefühl, da ihnen die Herkunftseltern wichtig bleiben (vgl. Lattschar/Wiemann 2018: 64-67). Verschiedene Methoden der Biografiearbeit wie beispielsweise Zeichnungen, Fotoalben,

Lebensbriefe oder Lebensbücher, welche zusammen mit Pflegeeltern und dem sozialpädagogischen Mitarbeitenden verfasst und besprochen werden, helfen den Pflegekindern klare Antworten auf ihre oft unausgesprochenen Fragen zu erhalten (vgl. ebd.). Durch Biografiearbeit bekommen die Pflegekinder die Möglichkeit, sich mit ihrer Herkunft zu versöhnen und ihre wahre und oft schmerzhaftes Herkunftsgeschichte zu integrieren damit sie frei werden, ihre Zukunft selbstbestimmt zu gestalten. Dies beinhaltet um das Verlorene zu trauern, sich zu lösen oder wenn möglich wieder anzunähern und sich selbstbestimmt orientieren zu können (vgl. Weiss 2013: 96-109).

3.4.3 Abgrenzung Traumapädagogik und Traumatherapie

Nach Reddemann umfasst die erfolgreiche Bewältigung eines Traumas drei Phasen: „eine Stabilisierungsphase, eine Phase der Begegnung mit dem Trauma und eine Phase der Integration“ (Reddemann 2001 zit. nach Lattschar/Wiemann 2018: 18). Wenn Jugendliche ihre Biographie aufschreiben, kann dies stabilisierend, konfrontierend und integrierend wirken. Sie können das Erlittene in ihre Persönlichkeit integrieren und erhalten dadurch Kontrolle über ihre schmerzhaftes Vergangenheit (vgl. ebd). Anhand dieses Beispiels der Biographiearbeit, welche ein Instrument der Traumapädagogik, des traumapädagogisch diagnostischen Fallverstehens (siehe Anhang II) sowie der Traumatherapie sein kann, wird klar, dass sich eine eindeutige Grenze zwischen Traumapädagogik und Traumatherapie in Diagnose und Intervention nicht ziehen lassen kann. Kuczynski hält dazu fest (2014: 186): „Es ist falsch zu glauben, dass nur die Therapie als Behandlungsmöglichkeit bei der Bewältigung von traumatischen Ereignissen hilft. Eine traumabezogene pädagogische Hilfestellung bietet grosse Hilfen dabei, dass Kinder und Jugendliche lernen können, ihre traumatischen Erfahrungen zu bewältigen und zu integrieren“. Dies führt zur Erkenntnis, dass sich Traumapädagogik und Traumatherapie im Idealfall ergänzen. Während dem sich Traumatherapie im Wesentlichen um die Konfrontation mit dem Trauma beschäftigt und durch entsprechende Methoden das Kind oder die Jugendlichen darin begleiten kann, hilft die Traumapädagogik den Kinder und Jugendlichen in der Stabilisierung im Alltag und begleitet sie bei der Integration des Traumas in ihre Lebensperspektive. Kuczynski beschreibt diesbezüglich einen weiteren wesentlichen Teil der Traumapädagogik, welcher als Schlusspunkt dieses Teils der Traumapädagogik und als Überleitung in den Schlussteil dienen soll. Die Kinder und Jugendlichen „lernen mithilfe der Traumapädagogik ihre Opferrolle zu verlassen und Eigenverantwortung für ihr Leben zu übernehmen. Sie werden zum Subjekt ihres Lebens“ (Kuczynski 2014: 186).

4 **Schluss**teil

Nachfolgend wird in einem Fazit die Beantwortung der Hauptfragestellung anhand wesentlicher Aussagen und Ansätzen der Literatur sowie der gewonnen Erkenntnisse überprüft und diskutiert. Anschliessend wird das Thema in Bezug zur Relevanz und Folgerungen für die Soziale Arbeit dargestellt. Ein Ausblick mit weiterführenden Fragen bildet den Abschluss dieser Arbeit.

4.1 **Fazit**

Die Arbeit baut auf diesen Unterfragen auf:

- Was ist ein Trauma?
- Wie wirkt sich ein Trauma kurzfristig und längerfristig auf die Psyche aus?
- Muss ich die Traumatisierung des Kindes kennen um es gut begleiten zu können?
- Was können traumatische Erlebnisse in einem Kind oder Jugendlichen auslösen?
- Wie können solche Phänomene aus einer anderen Perspektive eingeordnet werden?
- Durch welche Haltung kann dem Kind und Jugendlichen im Alltag professionell und positiv begegnet werden?
- Welche Interventionsmöglichkeiten dienen den oft an ihre Grenzen stossenden begleitenden Pflegeeltern und pädagogischen Mitarbeitenden?
- Wo ist die Grenze zwischen traumapädagogischer Arbeit und der Traumatherapie?

Die Hauptfragestellung wird zur Beantwortung sinnvollerweise in zwei Teile gegliedert:

Der erste Teil der Frage lautet: *Wie wirken sich traumatische Erfahrungen aus?*

Damit dieser Teil der Fragestellung beantwortet werden konnte wurde auf folgende Unterfragen eingegangen:

Was ist ein Trauma?

Im ersten geschichtlichen Teil wurde festgestellt, dass bereits Sigmund Freud Anfang des 20. Jahrhunderts in Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen starke und dauernde Auswirkungen auf das Seelenleben und die Psyche feststellen konnte, jedoch dann während Jahrzehnten diese eher mit Merkmalen der Person in Verbindung gebracht wurden. Gesellschaftliche Bewegungen und die Zunahme wissenschaftlicher Erkenntnisse, schafften in den letzten

Jahrzehnten ein integriertes Verständnis von Auswirkungen der Traumaeffekte auf das soziale, psychologische und physiologische Erleben. Erneute Beachtung fanden auch die Erkenntnisse aus der Bindungs- und Resilienzforschung die sich mit Schutzfaktoren zur Bewältigung von traumatischen Erfahrungen befasst. Heute werden die beeinträchtigenden Auswirkungen von Traumata auf die Menschen nicht mehr infrage gestellt und im bekanntesten Klassifikationssystem für Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen ‚ICD-10‘ unter ‚Psychischen und Verhaltensstörungen‘ aufgenommen. Es wird dort die ‚Akute Belastungsreaktion‘ als kurzfristige und die ‚Posttraumatische Belastungsstörung‘ für länger anhaltende Auswirkungen auf die Psyche unterschieden. Die Definition ICD-10 zu Trauma und von Baierl (2014: 23) zu Traumatisierung unterscheidet sich insofern, als dass bei Baierl zusätzlich das Element der ‚Bewältigungsmöglichkeit des Betroffenen‘ aufgeführt wird. Dieses Element kann entsprechend kritisch hinterfragt werden, da bei einer oberflächlichen Betrachtung, wiederum wie in der Zeit nach dem ersten Weltkrieg, die Merkmale der Person ins Zentrum rücken könnte und die ursächlichen Ereignisse entsprechend in den Hintergrund. Wenn dieser Aspekt jedoch aufgrund der Risiko- und Schutzfaktoren betrachtet wird, sind es zwar Faktoren der Person, jedoch ebenso diese ihres sozialen Umfelds, welche eine wichtige Rolle für die Bewältigung von traumatischen Erlebnissen darstellen. Dies wird aufgrund der nachfolgenden Beantwortung zweier weiteren Unterfragen und deren Erkenntnisse entsprechend zementiert.

Wie wirkt sich ein Trauma kurzfristig und längerfristig auf die Psyche aus?

Was können traumatische Erlebnisse in einem Kind oder Jugendlichen auslösen?

Die traumatischen Ereignisse können objektiven und subjektiven Kriterien zugeordnet werden. Zudem sind insbesondere die Typ-2 Traumata für längere und starke psychische Folgen verantwortlich. Es sind mehrfach und länger andauernde, durch Menschen verursachte, traumatische Ereignisse. Der Katalog dieser auf Kinder und Jugendliche zutreffenden traumatischen Ereignisse ist lang. Die Häufigkeit, dass sich daraus eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt, hoch. Die Auswirkungen dieser traumatischen Ereignisse auf Kinder und Jugendliche entsprechend riesig. Kinder und Jugendliche in Pflegefamilien sind oft von emotionaler, körperlicher und sexueller Misshandlung, Vernachlässigung unterschiedlicher Ausprägung oder Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen welche sie in ihren Herkunftssystemen erlebt haben, betroffen.

Die kurzfristigen Auswirkungen der akuten Belastungsreaktion, welche auf ein traumatisches Ereignis unmittelbar eintreten können, werden beschrieben wie: Verstörung, wie im Schock,

emotionale Taubheit, Überflutung von Bildern sowie Erinnerungslücken und Desorientiertheit. Im Hirn wird das Notfallprogramm ‚Flucht und Kampf‘ aktiviert. Entsprechend werden auch Schockanzeichen beschrieben, welchen in der Akutversorgung mit Sicherheit geben, Präsenz, Ruhe und Nähe begegnet werden kann. Die erwähnten Symptome der akuten Belastungsreaktion können noch Tage andauern und auch durch Phasen von Hilflosigkeit begleitet sein. Deshalb brauchen die Kinder und Jugendlichen in dieser Zeit Zuwendung, Sicherheit und emotionale Unterstützung, ein Gleichgewicht für Körper, Geist und Seele jedoch dann auch die Ermutigung, Selbstwirksamkeit- und Handlungsfähigkeit wiederherzustellen.

Wenn die Symptome länger anhalten sowie weitere sich oft abwechselnde Symptome wie Wiedererleben der traumatischen Erlebnisse oder belastender Erinnerungen durch Flashbacks, Vermeidungsverhalten, dissoziative Zustände, Übererregung sowie Konzentrations- und Leistungsschwächen dazu kommen, wird von einer posttraumatischen Belastungsstörung gesprochen. Risiko- und Schutzfaktoren erhöhen oder vermindern die Wahrscheinlichkeit, ob aus einer traumatischen Erfahrung Traumafolgesymptomatik erwachsen. Bei traumatisierten Pflegekindern und deren Herkunftssystem liegen oft zahlreiche Risikofaktoren vor, welche sich auch auf die Bindungsmuster und Entwicklungsfähigkeit der Kinder auswirken können. Traumatisierungen in den ersten Lebensjahren führen nach Baierl zu grundlegender Störung der Bindungsfähigkeit. Diese wirkt sich auf das Beziehungsverhalten sowie einer Ambivalenz der Nähe und Distanz Regulierung aus. Grenzüberschreitungen und Beziehungsabbrüche werden ebenso beobachtet. Die Entwicklungsfähigkeit wird sowohl aufgrund der Lebensumstände und verschiedenen Umweltfaktoren jedoch ebenso durch die individuellen bio-psycho-sozialen Risiko- und Schutzfaktoren beeinflusst. Ein entwicklungsförderndes Umfeld mit entsprechend ausgestalteten Entwicklungsbedingungen ist anzustreben.

Dass der, bei der akuten Belastungsreaktion erwähnte, ‚Flucht und Kampf‘ Modus auch bei Flashbacks wieder aktiviert wird, wird hier zusätzlich angeführt. Dies führt dann im Alltag der Pflegefamilie zu entsprechenden Auswirkungen, wie beispielsweise einer tiefen Frustrationstoleranz, Aggressionen oder auch Fluchtversuchen und entsprechend herausfordernden Situationen für die Pflegekinder und die Pflegeeltern. In Kombination mit den erwähnten Auswirkungen auf das Beziehungsverhalten, welches aufgrund der gestörten Bindungsrepräsentation ebenso herausfordernd sein kann, entsteht hier eine Häufung von Faktoren, welche in der Alltagsgestaltung der Pflegefamilie oft kaum aufgefangen werden können. Dies zeigt auf, welche Bedeutung der Traumapädagogik in der stationären Kinder- und Jugendhilfe, zu welcher auch die Pflegefamilien mit den FPO gehören, zukommt.

Aufgrund des zweiten Teils der Hauptfragestellung wird eingehend auf die Traumapädagogik eingegangen: *Welche traumapädagogischen Sichtweisen, Ansätze und Handlungsweisen tragen in Pflegefamilien dazu bei, dass sich traumatisierte Kinder und Jugendliche in herausfordernden Lebensabschnitten stabilisieren können und ihr Genesungsprozess unterstützt wird?*

Auch diese Fragestellung wird anhand von weiteren Unterfragen beantwortet:

Wie können solche Phänomene aus einer anderen Perspektive eingeordnet werden?

Durch welche Haltung kann dem Kind und Jugendlichen im Alltag professionell und positiv begegnet werden?

Welche Interventionsmöglichkeiten dienen den oft an ihre Grenzen stossenden begleitenden Pflegeeltern und pädagogischen Mitarbeitenden?

Wo ist die Grenze zwischen traumapädagogischer Arbeit und der Traumatherapie?

Die Methodik des verstehensorientierten Zugangs sowie das Konzept des guten Grundes, bieten eine Möglichkeit zum Perspektivenwechsel von einer defizitorientierten Sicht der Dinge zu einer Sicht, die hinter allem Verhalten ein Bedürfnis oder eine positive Absicht entdeckt. Durch diese Haltung können angespannte Situationen entlastet und die Potentiale der Veränderung von Verhalten freigesetzt werden. Das traumapädagogische Milieu nimmt einen Aspekt des milieuthérapeutischen und -pädagogischen Konzepts auf, welche durch Böhnisch auch in den Kontext der Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit nach Thiersch, gebracht wird. Die Erkenntnis, den Kindern- und Jugendlichen vorrangig einen Lebensraum mit der Möglichkeit eines selbstbestimmten Alltags zu ermöglichen, in welchem soziale Anerkennung und Möglichkeiten der Entwicklung von Selbstwert und Selbstwirksamkeit zurückgegeben werden, bildet zugleich eine auf Böhnisch und Thiersch gegründete theoriebezogene Rahmung. Von dieser aus können auch einige der nachfolgenden ausgeführten, teils alltagsbezogenen traumapädagogischen Konzepte begründet werden. Die Pädagogik des sicheren Ortes mit seinen Dimensionen bezieht sich auf verschiedene Faktoren der Traumapädagogik, welche in den Hauptzielen sozialpädagogischen Handelns verankert sind. Diese beinhalten, den Pflegekindern Schutz und Sicherheit zu bieten, die Beziehungsfähigkeit und Bindungsentwicklung zu fördern, ein positives Selbstbild durch Selbstbemächtigung und Selbstwirksamkeit zu ermöglichen, sowie durch den Zugang zu Gefühlen und Ressourcenorientierung eine Stabilisierung zu erreichen und Selbstheilungsprozesse anzuregen. Die Ausführungen zum Umgang mit Aggression und Gewalt sind einerseits sehr alltagsbezogen, jedoch in Bezug zum Thema von höchster

Brisanz. Oftmals spielen sich pädagogische Interaktionen in ähnlichen Kontexten ab. Letztendlich geht es um die eigene Haltung, welche sich in Wertschätzung dem Gegenüber zuwendet und dadurch die Möglichkeit bietet, gemeinsam Verhalten zu reflektieren, Handlungsalternativen zu suchen und dadurch den Handlungsspielraum zu erweitern. Dieses Vorgehen nimmt verschiedene pädagogische Aspekte auf, welche sich auf Beziehungsverhalten, Selbstannahme und Selbstverantwortung auswirken. Zudem wird eine gewaltfreie Zone ermöglicht und damit ein Ort des Schutzes und Sicherheit geschaffen. Wenn der Fokus weg von Fehlverhalten hin zu den Ressourcen gerichtet wird, können negative Dynamiken durchbrochen werden. Eine wertschätzende und schützende Beziehungsgestaltung erachte ich als einer der wichtigsten Faktoren in der Traumapädagogik. Das Pflegekind kann durch eine wertschätzende und sicherheitsgebende Pflegeeltern individuell begleitet und gefördert werden. Durch Spiritualität wird nebst den biopsychosozialen Bedürfnissen ein weiterer Integrationsaspekt aufgegriffen, welcher auch im Grundsatz der Integration Sozialer Arbeit steht. Die Pädagogik der Selbstbemächtigung nach Weiss nimmt ebenfalls Bezug zu den erwähnten Zielen der Traumapädagogik und konnte im Konzept der sicheren Orte integriert werden. Es geht um die Anerkennung der eigenen Würde und Leistung, die Herstellung des Selbst als Subjekt, sowie die Ermöglichung sozialer Teilhabe durch Partizipation. Die beiden kurz vorgestellten Interventionsmöglichkeiten des pädagogischen Kletterns sowie der Biografiearbeit nehmen weitere Aspekte pädagogischer Intervention auf. Sie zeigen auch, dass die Grenze zu Stabilisierung, Verarbeitung und Integration eines Traumas fließend sind und Traumatherapie sowie Traumapädagogik sich nebeneinander ideal ergänzen.

Es wurde erkannt, dass das zentrale Element in der Traumapädagogik darin besteht, durch die eigene angepasste Sichtweise und traumasensible Grundhaltung, sowie ergänzende Elemente der Alltagsgestaltung, ein Lebensraum und eine Beziehungsgestaltung zu schaffen, welche die Grundlage dafür bilden, dass trotz herausforderndem Verhalten, Inklusion und Partizipation erlebt werden kann und seelische Verletzungen heilen können.

Bei der traumapädagogischen Begleitung von Pflegekindern soll es also darum gehen, sich einerseits den Ursachen und Auswirkungen traumatisierter Erfahrungen bei Kindern und Jugendlichen bewusst zu sein. Andererseits soll jedoch der Blick trotz häufigem Fehlverhalten auf die Ressourcen und die Lebenskraft der Kinder und Jugendlichen gerichtet werden um damit die positive Verarbeitung der traumatischen Erfahrungen zu unterstützen (vgl. Gahleitner/Frank/Leitner 2015: 9). Dabei wird Trauma nach Gahleitner et al. als ein biopsychosoziales Geschehen gesehen. Durch ein Trauma und deren Folgen können Körper, Seele und Geist aus

der Balance geraten (vgl. ebd.). Dies zeigt auch, dass die Traumapädagogik, nur ein Teil des Hilfeangebots ist, welches ein traumatisiertes Pflegekind braucht.

Die Hauptfragestellung sowie die Unterfragen konnten in dieser Arbeit grösstenteils beantwortet werden. Offen bleibt ein Diskurs über die Unterfrage, ob die Pflegefamilie oder sozialpädagogischen Mitarbeitenden die Traumatisierung des Kindes kennen müssen, um es gut begleiten zu können.

Die Erhebung der Vorgeschichte von Pflegekindern ist oft schwierig, dies ist wohl auch der Grund, dass die sozialpädagogischen Mitarbeitenden der Familienplatzierungsorganisationen (FPO) wie auch die Pflegeeltern oft nur ansatzweise über das Kind und ihre Vorgeschichte informiert worden sind (vgl. Oswald/Goldbeck 2013: 204ff). Eine bessere Zusammenarbeit an der Schnittstelle des Gesundheitssystems und der Jugendhilfe könnte die Erhebung der Vorgeschichte vereinfachen (vgl. ebd.). Die Folge bei nicht wissen über die Vorgeschichte ist oft, dass wie in Anhang I erläutert, diagnostische Einschätzungen aufgrund von Verhalten im Alltag erfolgen. Dabei sollte die Gefahr der Zuschreibung und ‚labeling‘⁸ nicht unterschätzt werden. Im Kapitel 2.4 unter Schutzfaktoren wird festgehalten, dass das Ziel der Begleitung der Kinder und Jugendlichen in Pflegefamilien die Integration und Aktivierung wichtiger Faktoren ist. Dabei können die Mädchen und Jungen darin unterstützt werden, möglichst viele Risikofaktoren abzubauen oder einen positiveren Umgang mit ihnen zu finden und wichtige Resilienzfaktoren zu entwickeln und zu nutzen. Resilienz wird dabei nicht als Persönlichkeitseigenschaft verstanden, sondern als ein Produkt von Prozessen, welches den Kindern und Jugendlichen hilft einen erfolgreichen Umgang mit schwierigen Situationen zu ermöglichen und Risiko und Stress abzufedern. Diese Unterstützung kann durch Helfende in der Pflegefamilie unabhängig davon erfolgen, ob sie die genauen traumatisierenden Ereignisse eines Pflegekindes kennen oder nicht. Als Faktoren welche in einer Pflegefamilie helfen, Kinder und Jugendliche zu stärken und stabilisieren werden unter anderem folgende erwähnt:

- Annahme, Wertschätzung, ein akzeptierendes, liebevolles und respektvolles Umfeld,
- transparente Strukturen und Regeln und angemessene Erwartungen,
- förderliche Kontakte zu Gleichaltrigen,
- sowie eine gelingende Kooperation zwischen Eltern, Pflegefamilie und professionellen Helfenden.

Diese Erkenntnis kann Pflegeeltern und sozialpädagogischen Mitarbeitenden als Professionelle der Sozialen Arbeit helfen, unabhängig des Wissens über die genauen traumatischen

⁸ Labeling: Ettikettierungsansatz; abweichendes Verhalten wird durch soziale Zuschreibung erklärt.

Erlebnisse und unabhängig des Verhaltens des Pflegekindes eine traumapädagogische Haltung und Perspektive einzunehmen. Diese erweiterte Sicht untermauert auch Weiss (2016: 29) und sie dient zudem als Erkenntnis und Perspektive der Traumapädagogik für die Soziale Arbeit und die Professionellen der Sozialen Arbeit auf welche nachfolgend eingegangen wird:

Traumapädagogik ist vielseitig anwendbar, weil Haltung und Methoden der Traumapädagogik alle Menschen unterstützen. So ist die traumapädagogische Haltung eine Haltung, die für jegliche Pädagogik gelten sollte. Sie ist vielseitig anwendbar, weil extremer Stress und traumatische Erfahrungen weiter verbreitet sind als Menschen wissen wollen.

4.2 Erkenntnisse für die Soziale Arbeit

Im Berufskodex Sozialer Arbeit von Avenir Sozial wird unter den Zielen und Verpflichtungen unter Punkt sechs folgender Auftrag an die Soziale Arbeit gestellt:

„Soziale Arbeit hat Menschen zu begleiten, zu betreuen oder zu schützen und ihre Entwicklung zu fördern, zu sichern oder zu stabilisieren“ (Avenir Sozial: 2010). Traumapädagogik nimmt viele dieser Ziele und Verpflichtungen auf und versteht sich so als ein Teil der Traumaarbeit. Damit wird auch die Handlungsmaxime bezüglich interprofessioneller Kooperation tangiert: „Die Professionellen der Sozialen Arbeit kooperieren im Hinblick auf die Lösung komplexer Probleme interdisziplinär und setzen sich dafür ein, dass Situationen möglichst umfassend und transdisziplinär in ihren Wechselwirkungen analysiert, bewertet und bearbeitet werden können“ (Avenir Sozial: 2010). Traumapädagogik bezieht die interdisziplinäre und interprofessionelle Kooperation auch in der noch jungen Methode des traumapädagogischen diagnostischen (Fall-) Verstehens ein (siehe dazu auch Anhang I). Viele der in die Traumapädagogik integrierten Methoden finden sich auch in anderen pädagogischen Handlungsfeldern, wurden jedoch, wie beispielsweise die traumasensible Netzwerkarbeit, in den Kontext der Bedürfnisse traumatisierter Kinder und Jugendlicher gebracht. Somit wird einerseits in der Traumapädagogik auf bestehendes Fachwissen zurückgegriffen und andererseits Kontextbezogen traumapädagogische Übersetzungsarbeit geleistet (vgl. Gies 2016: 327).

4.3 **Ausblick**

Aus systemischer Sichtweise ist auch die traumapädagogische Arbeit, welche im Herkunftssystem des Pflegekindees tätig wird, angezeigt. Diesem wichtigen Teil der Familienhilfe wird auch in der Praxis oft aufgrund mangelnder Ressourcen und unklaren Auftragsverständnissen zu wenig Beachtung geschenkt. Wenn es jedoch gelingt, die leiblichen Eltern eines Pflegekindees in traumapädagogische Interventionen zu integrieren und beispielsweise in Zusammenhang mit Biografiearbeit auch hier eine Aufarbeitung der Geschichte möglich wird, kann auch dies zu einem wichtigen Schutzfaktor und für die Identitätsbildung des Pflegekindees förderlich sein. Damit das Herkunftssystem im Kontext von Kinderschutzmassnahmen allgemein bessere Begleitung anfordern könnte, wäre manche ‚professionelle‘ Haltung zu hinterfragen und gesellschaftspolitische Prioritäten zu verschieben. Diesbezüglich braucht es einen Paradigmawechsel von der Eingriffsorientierung hin zur Orientierung an der Lebenswelt der Adressaten. Die Pathologisierung von Kindern und das Erklären der Erziehungsunfähigkeit der Eltern könnte auch im Kontext von Trauma in der stationären Kinder- und Jugendhilfe zu einem Stolperstein werden. Hier unterscheiden sich lebensweltorientierte Konzepte von therapeutischen Ansätzen. „Lebensweltorientierte Konzepte setzen am Alltag an, beziehen sich auf die in der Person und dem Lebensfeld angelegten Möglichkeiten zur Problemlösung und bieten so im Idealfall Hilfe zur Selbsthilfe.“ (Freigang 2008: 142f.)

Wenn Traumapädagogik diesen Bezug zur Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen in Pflegefamilien und ihrem Herkunftssystem herstellen kann und traumapädagogische Intervention, nicht lediglich als erweiterte therapeutische Ergänzungsmassnahme gesehen wird, kann ‚Traumapädagogik‘ und um auf das Konzept sowie die Bildsprache zurückzukommen, der sichere Ort der Pflegefamilie, den Pflegekindern dazu dienen, ihre, den verschiedenen Altersphasen, entsprechenden Entwicklungsaufgaben besser zu bewältigen. Dies wiederum soll sie befähigen, in Verantwortung zur Schöpfung (Umwelt), zu sich selber (Individuum als Subjekt) und den Mitmenschen (Gesellschaft) ein selbstbestimmtes Leben zu gestalten. Auf diesen Aspekt geht Sommerfeld et al. (2016: 47) mit Bezug auf Heiner ein, welcher „die Soziale Arbeit als auf die Vermittlung von Individuum und Gesellschaft hin angelegt“ bezeichnet. Aus dieser Perspektive gesehen würde sich ein Verorten der Traumapädagogik in Bezug zur Theorie der Integration und Lebensführung als spannenden weiteren Entwicklungsprozess erweisen. Denn Weiss (2016: 29) bezeichnet Traumapädagogik als eine „Fachrichtung in Bewegung“ – der sichere Ort bleibt bestehen.

Literaturverzeichnis

- AvenirSocial (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern: o.V.
- Baierl, Martin (2014). Teil A: Grundwissen und Grundinterventionen. In: Baierl, Martin/Frey, Kurt (Hg.). Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 21-130
- Baierl, Martin (o.J). Traumapädagogik. URL: <https://www.vonwegen.org/traumapaedagogik/> [Zugriffsdatum: 16. Mai 2020]
- Beckrath-Wilking, Ulricke (2013a). Einleitung In: Beckrath-Wilking, Ulrike/Biberacher, Marlene/Dittmar, Volker/Wolf-Schmid, Regina. Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Paderborn: Junfermann Verlag. S. 19-24
- Beckrath-Wilking, Ulricke (2013b). Traumatisierende Beziehungsmuster und deren gravierende Folgen. In: Beckrath-Wilking, Ulrike/Biberacher, Marlene/Dittmar, Volker/Wolf-Schmid, Regina. Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Paderborn: Junfermann Verlag. S. 99-104
- Beckrath-Wilking, Ulricke (2013c). Verbesserung der Affektdifferenzierung und Emotionskontrolle. In: Beckrath-Wilking, Ulrike/Biberacher, Marlene/Dittmar, Volker/Wolf-Schmid, Regina. Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Paderborn: Junfermann Verlag. S. 175
- Berk, Laura E. (2005). Entwicklungspsychologie. München: Pearson Education Deutschland GmbH
- Biberacher (2013). Bindungsstile und Beziehungsverhalten. In: Beckrath-Wilking, Ulrike/Biberacher, Marlene/Dittmar, Volker/Wolf-Schmid, Regina. Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Paderborn: Junfermann Verlag. S. 96-98
- Böhnisch, Lothar (2008). Milieubildung als pädagogisches Konzept einer lebensweltorientierten Jugendhilfe. In: Grunwald, Klaus/Thiersch Hans (Hg.): Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungsbezüge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 2. unveränderte Aufl. Weinheim und München: Juventa S. 435-441

- Bowlby, John (2018). Bindung als sichere Basis: Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie. 4. Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2020). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision, German Modification, Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48). In: Kapitel V, Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99), URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/block-f40-f48.htm> [Zugriffsdatum: 04. April 2020]
- Dittmar, Volker (2013). A. Theoretische Grundlagen der Psychotraumatologie, Kapitel: 1. bis 5.2. In: Beckrath-Wilking, Ulrike/Biberacher, Marlene/Dittmar, Volker/Wolf-Schmid, Regina. Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Paderborn: Junfermann Verlag. S. 25-61.
- Eichenberger, Bettina (2019). Traumapädagogik In: Zysset, Martin, Eichenberger/Bettina/Zindel, Daniel/Heusser, Kathrin/Pradeepa, Anton. Dossier Traumapädagogik. Zizers: HFS. S. 12-14, URL: <https://www.hoehere-fachschule-sozialpaedagogik.ch/wissen/zwei-zentrale-aspekte-der-traumapaedagogik/> [Zugriffsdatum: 11. April 2020]
- Fegert, Jörg M./Dieluweit, Ute/Thurn, Leonore/Ziegenhain, Ute/Goldbeck, Lutz (2013). Einleitung: Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Aktuelle Situation, Problembereiche, Versorgung. In: Fegert, Jörg M./Ziegenhain, Ute/Goldbeck Lutz (Hg.) Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. S. 9-26
- Friedrich, Romana/Schmid Marc (2014). Pflegefamilie oder Heim? Wann und für wen ist ein Leben ausserhalb der eigenen Familie sinnvoll? In: Pädiatrie. 19. Jg. (1). S. 25-30.
- Gahleitner, Silke Brigitta/de Hair Ingeborg Andreae/Weinberg, Dorothea/Weiss, Wilma (2014). Traumapädagogische Diagnostik und Intervention. In: Gahleitner, Silke Brigitta/Hensel, Thomas/Baierl, Martin/Kühn, Martin/Schmid Marc (Hg.). Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern, Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht. S. 251-279
- Gahleitner, Silke Brigitta/Frank, Christina/Leitner, Anton (2015). Zur Einführung. In: Gahleitner, Silke Brigitta/Frank, Christina/Leitner, Anton (Hg.). Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. S. 9-19
- Gahleitner, Silke Brigitta/Weiss, Wilma (2016). Traumapädagogisches diagnostisches (Fall-)Verstehen. In: Weiss, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke B. (Hg.). Handbuch Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Verlag. S. 262-271

- Gies, Hedi (2016). Traumasensible Netzwerkarbeit. In: Weiss, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke B. (Hg.). Handbuch Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Verlag. S. 327-333
- Gloger-Tippelt, Gabriele (2008). Bindung in der Kindheit – Grundlagen, Auswirkungen von traumatischen Erfahrungen und Prävention. In: Franz, Matthias/Wester-Leuer, Beate (Hg.). Bindung-Trauma-Prävention. Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen als Folge ihrer Beziehungserfahrungen. S. 39-72
- Hecker, Tobias; Maercker, Andreas (2016). Posttraumatische Belastungsstörung. Wie erkennen, wie behandeln? Chirurgische Praxis, 80. Jg. S. 493-500.
- Hipp, Michael (2014). Trauma, Traumafolgestörungen und ihr Einfluss auf die Erziehungskompetenz. Traumatisierte Familiensysteme im multiinstitutionellen Versorgungskontext. In: Krist, Marita/Wolcke, Adelheid/Weisbrod, Christina/ Ellermann-Boffo Kathrin (Hg.). Herausforderung Trauma. Diagnosen, Interventionen und Kooperationen der Erziehungsberatung. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. S. 14-39
- Hochuli Freund, Ursula/Stotz, Walter (2015). Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch. 3. bearbeitete und erweiterte Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hufenus, Brigit (2010). Bachelorarbeit MBSR und Selbstwirksamkeitserwartung, St. Gallen: Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Angewandte Psychologie.
- Hurrelmann, Klaus/Quenzel, Gudrun (2016). Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. 13. überarbeitete Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa
- Integras, Fachverband für Sozial- und Sonderpädagogik(Hg.) (o.J.). In: <https://www.integras.ch/de/sozial-sonderpaedagogik/familienplatzierungsorganisationen-fpo> [Zugriffsdatum: 28. Mai 2020]
- Köckeritz, Christine (2004). Entwicklungspsychologie für die Jugendhilfe. Eine Einführung in die Entwicklungsprozesse, Risikofaktoren und Umsetzung in Praxisfeldern. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Kowald, Anne-Claire, Zajetz Alexis Konstantin (2015). Erlebnisqualitäten des Kletterns. In: Kowald, Anne-Claire, Zajetz Alexis Konstantin (Hg.). Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik. Stuttgart: Schattauer. S. 20-41

- Kuczynski, Mathias (2014). Stabilisierung traumatisierter Jugendlicher durch ressourcenorientierte Methoden. In: Baierl, Martin/Frey, Kurt (Hg.). Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 185-197
- Kühn, Martin (2014). Traumapädagogik – von einer Graswurzelbewegung zur Fachdisziplin. In: Gahleitner, Silke Brigitta/Hensel, Thomas/Baierl, Martin/Kühn, Martin/Schmid Marc (Hg.). Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern, Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 19-26
- Latschar, Birgit/Wiemann Irmela (2018). Mädchen und Jungen entdecken ihre Geschichte. Grundlagen und Praxis der Biografiearbeit. Weinheim und Basel: Beltz Juventa
- Lieber-Fryszter, Inge (2014). Trauma: Wirrung zwischen Bindung und Verteidigung. Neurobiologische Aspekte in der Beratungsbeziehung. In: Krist, Marita/Wolcke, Adelheid/Weisbrod, Christina/Ellermann-Boffo, Kathrin (Hg.). Herausforderung Trauma. Weinheim und Basel, Beltz Juventa. S. 67-87
- Maercker, Andreas/Forstmeier, Simon/Wanger, B./Brähler E./Glaesmer H. (2008): Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. In: Der Nervenarzt 79. Jg. (5). S. 577-586
- Nienstedt, Monika/Westermann Arnim (1989). Pflegekinder. Psychologische Beiträge zur Sozialisation von Kindern in Ersatzfamilien. 5. Aufl. Münster: Votum Verlag GmbH
- Nienstedt, Monika/Westermann Arnim (2008). Pflegekinder. Psychologische Beiträge zur Sozialisation von Kindern in Ersatzfamilien. Völlig überarbeitete Neuaufl. 2. Aufl. Münster: Votum Verlag GmbH
- Omer, Haim/Streit, Philip (2018). Neue Autorität: Das Geheimnis starker Eltern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Oswald, Silvia H./Goldbeck Lutz (2013). Traumata bei Pflegekindern. In: Fegert, Jörg M./Ziegenhain, Ute/Goldbeck Lutz (Hg.) Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. S. 203-209
- Rogers, Carl R. (1997). Der neue Mensch. 6. Aufl. Stuttgart: Klett Cotta.
- Scherwath, Corinna/Friedrich Sibylle (2014). Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG
- 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/Ziegenhain/Goldbeck (Hg): Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung. Weinheim: Beltz Juventa. S. 36-60
- Schmid, Marc (2016). Nutzen der traumapädagogischen Haltungen. Konzepte für ethische Fragestellungen im pädagogischen Alltag. In: Weiss, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke B. (Hg.). Handbuch Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Verlag. S. 80-92
- Sozialpädagogische Pflegefamilien SGh (2020). Traumapädagogische Arbeitsweise. URL: <https://www.xn--sozialpdagogische-pflegefamilien-sgh-69c.ch/traumapaedagogik/> [Zugriffsdatum: 08. Mai 2020]
- Sommerfeld, Peter/Dällenbach, Regula/Rüegger, Cornelia/Hollenstein, Lea (2016), Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Wiesbaden: Springer VS. S. 47-82
- Seiterle, Nicolette (2018). Schlussbericht Bestandesaufnahme Pflegekinder und Heimkinder der Schweiz 2015-2017. Zürich: PACH Pflege- und Adoptivkinder Schweiz und Integras, Fachverband Sozial- und Sonderpädagogik.
- Universitätsklinikum Dresden (o.J.). Traumafolgestörungen URL: <https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/kliniken-polikliniken-institute/pso/patienteninformationen/informationen-zu-stoerungsbildern/traumafolgestoerungen/> [Zugriffsdatum: 11. April 2020]
- Weiss, Wilma (2013). Philipp sucht sein ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. 7. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa
- Weiss, Wilma (2016). Traumapädagogik: Entstehung, Inspirationen, Konzepte. In: Weiss, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke B. (Hg.). Handbuch Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Verlag. S. 20-32
- Werner, Emmy E. (2007). Resilienz- und Protektionsfaktoren im Lebensverlauf von Kriegskindern. Ausgewählte empirische Studien. In: Fooker, Insa/Zinnecker Jürgen (Hg.): Trauma und Resilienz. Chancen und Risiken lebensgeschichtlicher Bewältigung von belasteten Kindheiten. Weinheim und München: Juventa Verlag. S. 47-56

Anhang I Traumapädagogisches Diagnostisches Fallverstehen

Diagnostische Einschätzungen geschehen in der alltäglichen Begleitung von Pflegekindern laufend bewusst oder unbewusst. Kinder und Jugendliche werden ständig als ‚so und so‘ wahrgenommen, was bei uns Helfenden ‚das und das auslöst‘ (vgl. Gahleitner/Weiss 2013: 262). Dabei soll die Gefahr, der Zuschreibung beziehungsweise des ‚labeling‘⁹ nicht unterschätzt werden.

Diagnostik wird klassischerweise in Disziplinen wie der Medizin und Psychiatrie praktiziert, erhielt jedoch durch verschiedene Ansätze auch in der Sozialpädagogik seinen festen Platz. Dies ermöglicht, dass Menschen nicht, wie beispielsweise in der klinischen Diagnostik, rein aus biologischen Gesichtspunkten als Objekte beurteilt werden, sondern die psychischen, sozialen, physischen und alltags-situativen Dimensionen des Subjekts in das wissenschaftlich fundierte und praxisbezogene Fallverstehen integriert werden. Auf der Grundlage eines interdisziplinären und mehrdimensionalen traumapädagogischen diagnostischen (Fall-)verstehen wird durch die Professionellen der Sozialen Arbeit eine bindungs- und traumasensible Interventionsplanung möglich. Dies im Bewusstsein, dass die Prognostizierbarkeit menschlicher Entwicklung ihre Grenzen hat und die Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe nicht selten ‚von der Entwicklung von Stärken und Ressourcen der Mädchen und Jungen mehr als überrascht werden‘ (Gahleitner/Weiss: 2016: 263).

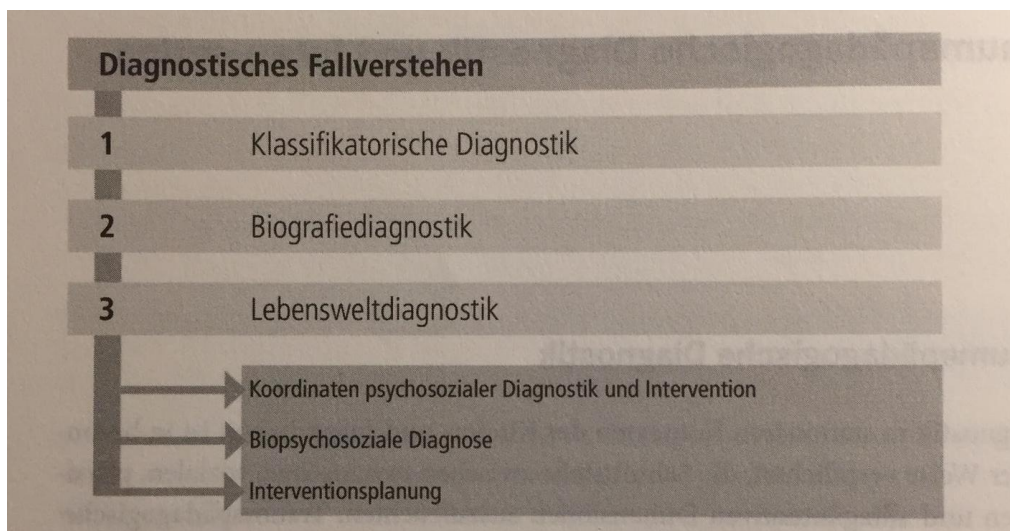
Das traumapädagogische Fallverstehen richtet sich aufgrund des benötigten Methodewissens an die Professionellen der Sozialen Arbeit und Bezugspersonen im Kontext der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Da im Setting einer Pflegefamilie diese Rolle die sozialpädagogischen Mitarbeitenden der FPO oft gemeinsam und in der Begleitung der Pflegeeltern wahrnehmen, ist eine enge Zusammenarbeit dieser dafür unabdingbar. In Anwendung der traumapädagogischen Haltung werden in einem dialogischen Vorgang die Selbstdeutungsmuster der Betroffenen ebenso einbezogen wie die Problemdefinition anderer. Gahleitner/Weiss (ebd.) betont mit Bezug auf Friedrich/Weiss, dass dieser Diagnostikprozess ‚vor allem dem Selbstverstehen der Betroffenen und ihrer Selbstbemächtigung‘ dient und ‚bereits ein Teil des Veränderungsprozesses‘ darstellt. ‚Traumapädagogische Diagnostik muss dem Verstehen und Wissen dienen, nicht der Einordnung in

⁹ Labeling: Etikettierungsansatz; abweichendes Verhalten wird durch soziale Zuschreibung erklärt.

Klassifikationssysteme oder in Interpretationen, Denkansätze und Streitigkeiten von Theoretiker/innen.“ (Gahleitner/Weiss: 2016: 263)

Im Folgenden wird ein Modell für traumapädagogisches Fallverstehen skizziert, welches in einem mehrjährigen Prozess in Zusammenarbeit von Gahleitner/Pauls und weiteren Kolleginnen und Kollegen in deren Umfeld der Klinischen Sozialarbeit entwickelt wurde. (vgl. Gahleitner et al. 2014: 251-279). „Das Modell erlaubt, die verschiedenen Aspekte aus der Biografie und Lebenswelt der Kinder- und Jugendlichen – auf der Basis systematisch genutzter Alltagsdiagnostik gemeinsam und sinnverstehend – zusammenzutragen“ (ebd: 251f.). Die nachfolgende Skizzierung des Modells dient dem Einblick in diesen diagnostischen Teil, hat jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Abbildung 3: Diagnostisches Fallverstehen



Quelle: Gahleitner et al. 2014: 252

Erster Schritt: Klassifikatorische Diagnostik

Die klassifikatorische Diagnostik wird in der Regel durch ausgewiesene Fachpersonen vorgenommen. Es ist jedoch gerade für die interdisziplinäre Zusammenarbeit angezeigt, dass sich Professionelle der Sozialen Arbeit in diesen Systemen zurechtfinden und die Diagnostik nachvollziehen und auch kritisch hinterfragen können. Eines der Klassifikationssysteme welches eine überregionale Verbindlichkeit genießt ist ICD-10 (International Classification of Diseases). Dieses wurde bereits in Kapitel 2.2 ‚Trauma Definition‘ vorgestellt. Zudem wurde in Bezug auf Traumafolgestörungen darauf referenziert. Es gibt jedoch weitere Klassifikationssysteme welche ergänzend dazu eingesetzt werden können (vgl. Gahleitner et al. 2014: 252f.).

Eine Diagnose kann hilfreich sein, damit eine gezielte Intervention und differenziertes Hilfeangebot gestaltet werden kann. Sie birgt jedoch die Gefahr der Zuschreibung und kann eine defizitorientierte Sichtweise fördern, deshalb beinhaltet die traumapädagogische Diagnostik weitere Schritte wie der Biografiediagnostik und der Lebensweltdiagnostik. Dadurch werden unterschiedliche Perspektiven auf den Fall eingenommen und es entsteht ein umfänglicheres Gesamtbild.

Zweiter Schritt: Biografiediagnostik

Nach Galeitner et al. ist die Biografiediagnostik durch den subjektorientierten Einbezug des Pflegekinds und dessen Familiensystem bereits zugleich auch eine Intervention, da diese Diagnostik dem Selbstverstehen dient. Bei der Biografiediagnostik geht es darum, die Bedeutung entwicklungs- und biografieorientierter Prozesse des Pflegekinds einzufangen. Dafür eignen sich verschiedene fallverstehende Modelle wie auch Methoden der Biografiearbeit (vgl. Gahleitner et al. Die Biografiearbeit selber wird als traumapädagogische Methode im Kapitel 3.4 ‚Traumapädagogische Interventionsmöglichkeiten‘ beschrieben. Eine häufig verwendete Methode innerhalb der Biografiearbeit, welche von Latschar/Wiemann ausführlich beschrieben wird, ist das Anfertigen eines Lebensbuches oder das Verfassen eines Lebensbriefes (Latschar/Wiemann 2018: 106-134). Gahleitner et al. bezeichnet dies mit Bezug auf Kreutkrämer-Oberhoff als ein schönes Beispiel einer behutsamen Erhebung biografischer Aspekte, welches den Pflegekindern die Chance eröffnet sich „Teile der verlorenen Lebensgeschichte zurückzuerobern“ (Gahleitner et al. 2014: 253f).

Dritter Schritt: Lebensweltdiagnostik

Frühe traumatische Erfahrungen verzerren die Erwartungen von Kindern und Jugendlichen an sich selber, zwischenmenschliche Beziehungen und die Welt. Lebensweltorientierte Diagnostik erfasst die ‚Passung‘ zwischen Subjekt und Aussenwelt, welche Dimensionen des nicht Gelingens jedoch auch ‚trotz allem‘ gelingend beinhalten. Soziale, psychische und körperliche Phänomene können unter Einbezug soziologischer Parameter in der Lebensweltdiagnostik welche auf der Grundlage einer bewusst methodisch offen gestalteten professionellen Diagnosehaltung stattfindet, zusammengedacht werden. Die verschiedenen diesbezüglichen Diagnostikmethoden wie die ‚fünf Säulen der Identität‘ oder der ‚Genogrammarbeit‘ erschliessen nach mehrmaliger Anwendung oft eine ressourcenorientierte Perspektive (vgl. Gahleitner et al. 2014: 254f).

Traumapädagogische Intervention

Baierl (2014: 75) gibt der ‚Traumapädagogischen Diagnostik‘ eine treffende Perspektive:

Aus der Zusammenschau von klassifikatorischer, biografischer und Lebensweltdiagnostik werden dann zum Beispiel Ressourcen, Fähigkeiten, Stärken, Resilienzfaktoren sowie Risikofaktoren, Einschränkungen, Belastungen und Defizite sowohl des jungen Menschen also auch dessen (sozialer und psychischer) Umwelt erschlossen. Aus diesen wiederum werden dann Bedarfe, Hilfeplanung sowie pädagogische wie therapeutische Interventionen abgeleitet.

Diese psychosoziale Intervention orientiert sich klassischerweise an folgendem Stufenmodell (Gahleitner et al. 2014: 257):

- „1. Schritt: Umfassend Sicherheit herstellen*
- 2. Schritt: Trauma- und Problembewältigung unterstützen*
- 3. Schritt: Integration in den Lebensalltag“*

Die pädagogischen Unterstützungsprozesse sollen auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit abgestimmt werden und so zur umfassenden Versorgung der multiplen Problematiken in stationären Kinder- und Jugendhilfekontexten zielen (vgl. Gahleitner et al. 257f.).