

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW
Hochschule für Soziale Arbeit HSA
Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit
Olten

Pflegefamilie als sicherer Ort

**Eine Theoriearbeit über den Nutzen der
Traumapädagogik in Pflegefamilien**

Bachelor-Thesis vorgelegt von
Jaël Lüthi

Eingereicht bei
Fabienne Rotzetter
Olten, im Juni 2020

Abstract

Kinder und Jugendliche, die fremdplatziert werden, haben häufig in ihrer Herkunftsfamilie Traumatisierungen wie Vernachlässigung, Missbrauch oder Gewalt erlebt. Das geht nicht spurlos an ihnen vorbei. Nicht selten entwickeln sie erhebliche Verhaltensschwierigkeiten, welche die Pädagoginnen und Pädagogen in der Interaktion mit den Kindern und Jugendlichen herausfordern. Um damit gut umzugehen und korrigierende Beziehungserfahrungen zu ermöglichen, braucht es Wissen zu Entstehung und Auswirkungen von Traumatisierungen und konkrete Handlungsansätze für den Umgang mit traumabedingten Verhaltensweisen. Traumapädagogik hat sich im Kontext von Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen entwickelt. Dieser neuere Ansatz besteht aus konkreten Haltungen und Konzepten, welche primär die Schaffung von Sicherheit und Stabilität, die Bindungs- und Beziehungsfähigkeit und die Selbstbemächtigung traumatisierter Kinder und Jugendlicher fördern. In dieser Arbeit werden konkrete Aspekte der Traumapädagogik ausgeführt und in ihrer Anwendbarkeit im Kontext von Pflegefamilien betrachtet. Bei der Beantwortung der Frage, wie traumapädagogische Konzepte in Pflegefamilien umgesetzt werden können, kommen sowohl Chancen wie auch Herausforderungen dieses Betreuungssettings zum Vorschein. Stärken von Pflegefamilien liegen dabei insbesondere in ihrer Kontinuität und den emotionalen Beziehungen, welche gute Chancen für den Erfolg traumapädagogischer Arbeit bieten. Die hohen Anforderungen dieses komplexen Ansatzes bringen Pflegefamilien aber auch an Grenzen – personell und bezüglich ihrer Professionalität. Professionelle Begleitung und Beratung der Pflegefamilien durch Fachpersonen sind im Kontext von Traumapädagogik zentral. Sie vermögen die Grenzen auszuweiten und Pflegefamilien leistungsfähiger zu machen.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
1.1	<i>Herleitung der Fragestellung</i>	5
1.2	<i>Aufbau der Arbeit</i>	7
2	Trauma und Folgestörungen	8
2.1	<i>Trauma Definition</i>	8
2.2	<i>Typologie von Traumata</i>	8
2.3	<i>Die Entstehung eines Traumas</i>	9
2.3.1	Die Traumatische Zange.....	10
2.3.2	Neurobiologische Prozesse eines Traumas	11
2.4	<i>Vom traumatischen Ereignis zur Traumatisierung</i>	12
2.5	<i>Folgestörungen und Komorbiditäten</i>	12
2.5.1	Posttraumatische Belastungsstörung.....	13
2.5.2	Komplexe posttraumatische Belastungsstörung und Entwicklungsstraumastörung	15
2.5.3	Komorbiditäten	15
2.5.4	Folgestörungen und Komorbiditäten bei Kindern und Jugendlichen.....	16
3	Trauma und Bindung	17
3.1	<i>Bindungstheorie</i>	17
3.1.1	Konzept der Feinfühligkeit	18
3.1.2	Bindungsqualitäten	18
3.2	<i>Relevanz der Bindung im Kontext von Trauma</i>	20
4	Traumapädagogik	21
4.1	<i>Traumapädagogische Haltung</i>	22
4.2	<i>Konzepte und Methoden der Traumapädagogik</i>	23
4.2.1	Pädagogik des äusseren «sicheren Ortes».....	24
4.2.2	Bindungs- und Beziehungsfähigkeit stärken	25
4.2.3	Selbstbemächtigung	27
4.2.4	Selbstfürsorge – Pädagogische Fachkraft als Teil der Pädagogik.....	30
4.2.5	Kritik an der Traumapädagogik	31

5 Familienpflege	33
5.1 <i>Pflegekinderwesen Schweiz.....</i>	34
5.1.1 <i>Rahmen und Inhalt der Tätigkeit als Pflegeeltern.....</i>	35
5.1.2 <i>Formen von Pflegeverhältnissen.....</i>	36
5.1.3 <i>Typen von Pflegefamilien.....</i>	36
5.2 <i>Begleitung von Pflegeverhältnissen.....</i>	38
6 Traumatisierte Kinder in Pflegefamilien	40
6.1 <i>Integrationsprozess des traumatisierten Pflegekindes in die Pflegefamilie</i>	41
6.2 <i>Hilfreiche Voraussetzungen für Pflegeeltern.....</i>	44
6.3 <i>Fachliche Begleitung von Pflegefamilien mit traumatisierten Pflegekindern.....</i>	47
7 Schlussfolgerungen.....	51
7.1 <i>Zusammenfassung der Erkenntnisse</i>	51
7.2 <i>Beantwortung der Fragestellungen.....</i>	54
7.3 <i>Unbeantwortete und weiterführende Fragen</i>	59
8 Quellen.....	60
8.1 <i>Literaturverzeichnis</i>	60
8.2 <i>Abbildungs- und Tabellenverzeichnis</i>	67
8.3 <i>Gesetzesverzeichnis</i>	67
9 Ehrenwörtliche Erklärung.....	68

1 Einleitung

1.1 Herleitung der Fragestellung

Traumatisierende Lebensereignisse prägen betroffene Menschen oft langfristig und haben Auswirkungen auf familiäre und andere soziale Beziehungen (vgl. Jegodtka 2016: 139). Traumatische Ereignisse sind vielfältig. Sie werden unterteilt in Typ-I-Traumata und Typ-II-Traumata (vgl. Hipp 2014: 15f.). Während Typ-I-Traumata meist kurzfristige negative Einwirkungen wie Unfälle, kurz andauernde Naturkatastrophen, einmalige Gewalt- oder sexuelle Übergriffe betreffen, bezeichnet man als Typ-II-Traumata langfristige, chronische Traumata, wie sexuelle oder körperliche Misshandlung, Vernachlässigung, Kriegszustände oder Naturkatastrophen. Das Risiko für posttraumatische Störungen ist bei interpersonellen, d.h. durch Menschen verursachte Typ-II-Traumata am grössten (vgl. ebd.). Genau solche interpersonellen, chronischen Traumata in der unmittelbaren häuslichen Umgebung gehören zu den meistgenannten Kindeswohlgefährdungen, die zu Fremdplatzierungen führen (vgl. Brisch 2008; Nienstedt/Westermann 2011; Integras, 2013; Gahleitner 2017). Es überrascht also nicht, dass Traumapädagogik ihren Ursprung in stationären und teilstationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe hat (vgl. Weiss 2016a: 20). Traumapädagogik ist kein Ersatz für therapeutische oder klinische Interventionen, sondern eine Ergänzung dazu (vgl. Gahleitner/Kamptner/Ziegenhain 2016: 19). Es ist ein eigenständiger Ansatz, der Hilfen zur Bearbeitung von Traumata in pädagogischen Arbeitsfeldern bietet (vgl. ebd.). «Traumapädagogik heisst, den Alltag mit Kindern und Jugendlichen zu teilen, die früh in ihrer Biografie belastende Erfahrungen gemacht haben. Aus diesen Erfahrungen haben die Kinder psychische Überlebensmuster entwickelt, die in ihrer Intensität und Ausformung ausserhalb alltagspädagogischer Erfahrungen liegen.» (Baierl/Götz-Kühne/Hensel/Lang/Strauss 2017: 59) Somit wird klar, dass Traumapädagogik leicht in das praktische alltägliche Zusammenleben integriert werden kann, jedoch Sonderwissen erfordert.

In der vorliegenden Arbeit wird Traumapädagogik enger in den Fokus genommen, in Abgrenzung zur Traumatherapie, welche vermehrt in den Handlungsbereich der Psychologie, Psychiatrie und Medizin fällt. Es interessiert dabei insbesondere das pädagogische Handlungsfeld der Familienpflege, da es hierzu im Vergleich zur Traumapädagogik in der Heimerziehung noch weniger Literatur gibt. In dieser Arbeit wird der mögliche Nutzen von traumapädagogischen Ansätzen in der Familienpflege diskutiert.

Die Betreuung von Pflegekindern in Pflegefamilien stellt ein semi-professionelles Setting dar. Das heisst, Pflegeeltern haben nicht immer eine pädagogische Ausbildung – aber dennoch einen pädagogischen Auftrag. Fachkräfte der Sozialen Arbeit sind im Pflegekinderwesen in der Rolle als Auftraggeber, Aufsicht und fachlicher Begleitung für die Professionalität der öffentlich verantworteten Erziehung zuständig (vgl. Schnurr o. Jg.: 6f.). Umso mehr interessiert die Frage, wie Pflegeeltern in ihrer semi-professionellen Rolle Kinder und Jugendliche, die durch komplexe Traumatisierungen hohe Anforderungen an die alltägliche Begleitung stellen, bestmöglich unterstützen können und welche Rolle dabei Fachpersonen der Sozialen Arbeit spielen, welche die Platzierung begleiten.

Wie bereits erwähnt, wird Traumapädagogik als notwendige Ergänzung zu therapeutischen und klinischen Interventionen bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen gesehen. Weil das Konzept stark alltagsbezogen ist und die Pflegeeltern intensiv den Alltag mit den Pflegekindern gestalten, eignet sich dieses Konzept besonders gut für die praktische Arbeit von Pflegefamilien mit traumatisierten Pflegekindern und bietet eine fachliche Handlungsgrundlage für die Schulung, Weiterbildung und Begleitung von Pflegefamilien. Sozialarbeitende decken im Pflegekinderwesen verschiedenen Aufgabenbereiche ab. Unter anderem sind Mitarbeitende von Sozialdiensten und Pflegekinder-Fachstellen, Berufsbeiständinnen und Berufsbeistände, Fachpersonen der Pflegekinderaufsicht sowie Fachpersonen für Coaching, Supervision oder Beratung am Prozess beteiligt. In der vorliegenden Arbeit wird aus der Frage nach Möglichkeiten der Traumapädagogik in Pflegefamilien abgeleitet, welche Unterstützungen Pflegefamilien dazu von Fachpersonen der Sozialen Arbeit benötigen. Das Augenmerk wird dabei vorwiegend auf die beratende Begleitung von Pflegefamilien mit traumatisierten Pflegekindern gerichtet. Der Fokus wird dabei bewusst auf die Begleitung und Beratung der Pflegeeltern beschränkt, um diese bei ihrer anspruchsvollen Aufgabe zu unterstützen. In dieser Arbeit wird deshalb die Zusammenarbeit mit den Pflegekindern selbst und mit den Herkunftseltern nicht behandelt. Aus diesen Erwägungen und Eingrenzungen resultiert folgende Hauptfragestellung, welche durch die Bachelor Thesis leitet:

Wie können Pflegefamilien traumatisierten Pflegekindern mithilfe traumapädagogischer Konzepte im Alltag praktische Hilfestellungen bieten?

Ausserdem soll folgende Unterfragestellung beantwortet werden:

Welche Unterstützung für die traumapädagogische Arbeit benötigen Pflegeeltern durch Fachpersonen der Sozialen Arbeit, die das Pflegeverhältnis begleiten?

1.2 Aufbau der Arbeit

Die Erörterung der Themenschwerpunkte dieser Bachelor Thesis geschieht durch die Analyse vorhandener Literatur. Im ersten Teil der Arbeit, von Kapitel zwei bis vier, wird Basiswissen zu Trauma, Traumafolgestörungen, Bindung und Traumapädagogik vermittelt. Dazu wird diverse Fachliteratur aus den Disziplinen Medizin, Psychologie und Pädagogik verwendet. Da Trauma und Bindung untrennbare Thematiken sind, weil sie sich gegenseitig beeinflussen, wird die Bindungstheorie in einem einzelnen kleinen Kapitel im Zusammenhang mit Trauma betrachtet. Dabei wird Literatur vom Psychiater und Psychotherapeuten Karl Heinz Brisch beigezogen, da dieser in verschiedenen Werken fundiert die beiden Themenbereiche vereint betrachtet hat. Im Kapitel Traumapädagogik wird Literatur wichtiger Autoren dieses Fachbereichs verwendet, wie W. Weiss, S.B. Gahleitner, M. Baierl, B. Lang, sowie das Positionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik¹.

Ein weiteres Hauptkapitel, Kapitel fünf, behandelt die Thematik der Familienpflege als Unterbringungsform in der Kinder- und Jugendhilfe. Dabei wird Grundlagewissen zur Pflegekinderhilfe in der Schweiz vermittelt, wozu unter anderem die Ergebnisberichte Bestandesaufnahme Pflegekinder Schweiz der PACH², der Leitfaden Fremdplatzierung von Integras³ (2013), sowie das Handbuch Pflegekinderhilfe der Pflegekinderaktion Schweiz (2016) beigezogen werden.

Kapitel sechs beleuchtet konkret die Situation von traumatisierten Pflegekindern in Pflegefamilien. Dabei werden spezifische Bedarfe von traumatisierten Kindern und Jugendlichen, die Phasen der Integration in die Pflegefamilie nach Nienstedt und Westermann (2011) sowie hilfreiche Voraussetzungen der Pflegeeltern erläutert. In diesem Kapitel wird auch die fachliche Begleitung von Pflegefamilien, spezifisch im Kontext von traumatisierten Pflegekindern, betrachtet.

Im Schlussteil unter Kapitel acht werden die aus der Auseinandersetzung gewonnenen Erkenntnisse zusammengefasst und die oben erwähnten Fragestellungen beantwortet. Auch werden unbeantwortete und weiterführende Fragen und Themen aufgeführt.

¹ Neuer Name: Fachverband Traumapädagogik

² Pflege- und Adoptivkinder Schweiz

³ Fachverband Sozial- und Sonderpädagogik

2 Trauma und Folgestörungen

2.1 Trauma Definition

In Anlehnung an die Definition von Fischer und Riedesser bezeichnet Hipp (2014: 15) das Trauma als ein Diskrepanzerlebnis zwischen einer bedrohlichen Situation und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, welches Gefühle von Hilflosigkeit und Schutzlosigkeit auslöst und das Selbst- und Weltverständnis erschüttert. Dittmar (2013a: 33-34) beschreibt, dass es nicht leicht ist, allgemeingültige Kriterien für ein Trauma zu definieren, da die Belastungen und deren Bewältigungsmöglichkeiten sehr unterschiedlich sind. Nicht jede Person nimmt die gleiche Belastung in gleicher Weise wahr. Ausschlaggebend sind auch individuelle Bedingungen wie beispielweise vorhandene Bewältigungsstrategien. Es wird zwischen objektiven und subjektiven Trauma-Bedingungen unterschieden. Objektive Bedingungen einer traumatischen Situation sind Ereignisse, die bei den meisten Menschen extreme Belastung auslösen wie Waffengewalt, Naturkatastrophe oder Vergewaltigung. Die subjektiven Bedingungen beziehen sich auf das Erleben der Person. Als Trauma wird ein Ereignis erst bezeichnet, wenn neben dem objektiven Ereignis auch das subjektive Erleben von Furcht, Hilflosigkeit und Schrecken vorhanden ist. Auch das Miterleben einer Bedrohungssituation eines anderen Menschen wird, wenn die subjektiven Bedingungen erfüllt sind, als Trauma bezeichnet (vgl. ebd.).

2.2 Typologie von Traumata

Traumatische Ereignisse sind vielfältig. Sie werden unterteilt in Typ-I-Traumata und Typ-II-Traumata (vgl. Hipp 2014: 15). Typ-I-Traumata, auch Mono- oder Schocktraumata genannt, betreffen meist kurzfristige negative Einwirkungen wie Unfälle, berufsbedingte Traumata (Polizei, Rettungskräfte), kurz andauernde Naturkatastrophen sowie einmalige interpersonelle Traumata (sexueller Übergriff, kriminelle und körperliche Gewalt). Typ-II-Trauma betreffen langanhaltende oder mehrfach vorkommende Ereignisse wie Naturkatastrophen oder interpersonelle Traumata wie sexuelle und körperliche Misshandlungen in der Kindheit, Kriegserlebnisse, Folter oder Geiselhalt (vgl. ebd.). In der Klassifikation von Trauma fand seit einigen Jahren auch der Begriff Bindungs- oder Beziehungstrauma in der Literatur Einzug (vgl. Dittmar 2013a: 37). Darunter werden schädigende Verhaltensweisen von Erwachsenen gegenüber Kindern verstanden, wie

- emotionale Vernachlässigung
- chronische Entwertung
- Erleben von Trennungen oder Verlusten von Bindungspersonen

- Erleben von Gewalt, Gewaltandrohung oder Suiziddrohung (auch das Miterleben häuslicher Gewalt zwischen den Eltern).

Dittmar (ebd.: 38) und Hipp (2014: 16) betonen, dass bei interpersonellen Typ-II-Traumata das Risiko für die Entwicklung von langanhaltenden Traumafolgestörungen am grössten ist. Diese Art von Trauma wird auch als Entwicklungstrauma bezeichnet, da es über einen längeren Zeitraum anhält und dadurch die Entwicklung schädigt (vgl. Weiss 2018: 59). Von Bindungstrauma spricht man, wenn das traumatisierende Verhalten von einer Bindungsperson ausgeht. Riederer (2006: 160) macht klar, wie schlimm die Auswirkungen auf Kinder insbesondere bei Bindungstraumata sind: «Die seelischen Verletzungen, die Kinder erleiden, die von ihren Eltern oder anderen Bezugspersonen misshandelt werden, zählen zu den schlimmsten überhaupt».

2.3 Die Entstehung eines Traumas

Kline und Levine (2010: 22) betonen, dass die Grundlage eines Traumas nicht in erster Linie psychologischer, sondern physiologischer Natur sei. Das Trauma liegt also weniger im Ereignis selbst, sondern spielt sich im Nervensystem ab, wo die Verarbeitung von Reizen stattfindet. Eine Situation, die von einem Kind als Bedrohung wahrgenommen wird, die aber seine aktuelle Fähigkeit übersteigt, mit dem Ereignis angemessen umzugehen, hat Auswirkungen auf seine Gefühle und sein Verhalten. Trauma wird von Kline und Levine deshalb als durch ein bedrohliches Ereignis hervorgerufene Reaktion des Nervensystems eines Menschen definiert (vgl. ebd.: 36). Die Hauptfunktion des menschlichen Gehirns ist – wie bei Tieren auch – das Überleben. Wenn wir einer Bedrohung gegenüberstehen, erfolgen instinktive Reaktionen (vgl. ebd.: 23-24). Im Gehirn werden Stress- und Alarmreaktionen ausgelöst und es wird automatisch eine grosse Menge Energie produziert, insbesondere durch Stresshormone. Diese lösen starkes Herzklopfen und viele weitere physiologische Reaktionen aus, die uns für die Verteidigung vorbereiten. Die Muskelfasern sind stark erregt und bereit für eine Aktion, um die Bedrohung abzuwenden. Unsere natürlichen Reflexe auf Bedrohung sind Kampf oder Flucht. Sind durch gegebene Umstände weder Flucht noch Kampf möglich oder werden diese als unmöglich wahrgenommen, sieht unsere biologische Programmierung eine Erstarrung vor. Der Puls fällt ab, der Muskeltonus wird schwach und der Atem flacht ab. Gerade Kinder sind durch ihre fehlende Körpergrösse und Kraft sowie anderen Verletzlichkeiten Bedrohungen oft hilflos ausgeliefert (vgl. ebd.). Liebel-Fryszter (2014: 70f.) erläutert, dass diese Unterwerfungs- und Erstarrungsreaktion zu Ohnmachts- und Hilflosigkeitserleben führt und der menschliche Körper dadurch eine Notfallreaktion einschaltet, welche nachfolgend mit der «Traumatischen Zange» noch genauer erläutert wird

2.3.1 Die Traumatische Zange

Der Vorgang eines Traumas kann mithilfe der Traumatischen Zange metaphorisch dargestellt und erklärt werden.

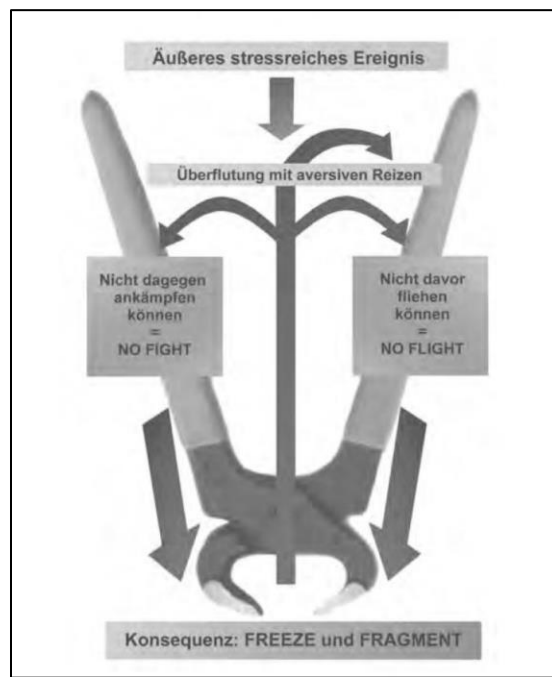


Abb. 1: Traumatische Zange (in: Huber 2009: 39)

Das äussere stressreiche Ereignis ist eine Bedrohung, welche eine Überflutung von aversiven Reizen (Stress- und Alarmreaktionen) auslöst (vgl. Huber 2009: 38-39). Die reflexartige Reaktion des menschlichen Körpers darauf ist, zu kämpfen oder zu fliehen. Wenn beides nicht möglich ist, kommt es zu einer Art Blockade, wie bei einer Zange, welche bei der Öffnung irgendwann blockiert und nicht mehr weiter auf geht. «Freeze» bedeutet wörtlich «einfrieren» und bezeichnet die Lähmungsreaktion, die zur Erstarrung des Körpers führt (vgl. ebd.: 43). Da weder vor der Bedrohung geflohen noch dagegen angekämpft werden kann, die Situation aber lebensbedrohlich ist, distanziert sich der Organismus innerlich vom aggressiven Reiz und «neutralisiert» die Todesangst mit einer Art geistigem Wegtreten (Dissoziation). In diesem Moment findet das Ereignis Trauma statt. «Fragment» weist auf die Fragmentierung hin, die als nächstes passiert. Die lebensbedrohliche Erfahrung wird zersplittert und auseinandergerissen, sodass keine zusammenhängende Erinnerung an das Ereignis mehr vorhanden ist. Nur an einzelne Bilder, Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen kann sich die Person, die das Trauma erlebt hat, später erinnern (vgl. ebd.).

2.3.2 Neurobiologische Prozesse eines Traumas

Für den Prozess der Informationsverarbeitung im Gehirn spielt das Funktionstadium der beiden Hirnareale Amygdala und Hippocampus eine wichtige Rolle. Kurz gesagt ist die Amygdala für die fragmentarische Speicherung von Stressreizen und darauffolgende reflexartige körperliche und seelische Reaktionen zuständig. Sie ist das Alarmsystem, das eingehende Informationen nach ihrem Bedrohungspotential überprüft (vgl. Hipp 2014: 17). Der Hippocampus ist für das rationale Verarbeiten von Reizen (bewusstes Erinnern, raumzeitliches Einordnen, Verbindung zu den Sprachzentren) sowie geplantes Handeln zuständig (vgl. Huber 2009: 46f.). Diese beiden Hirnsysteme arbeiten gewöhnlich so zusammen, dass die eingehenden Informationen nach der Überprüfung vorhandener Bedrohung in der Amygdala mit den Erinnerungsinhalten des Hippocampus abgestimmt werden. Die Informationen werden mit Vorerfahrungen verglichen, geordnet und bewertet, um danach geplantes Handeln zu ermöglichen (vgl. Hipp 2014: 17f.).

Unter traumatischem Stress wird die Verbindung unterbrochen und eine integrierte Wahrnehmung und Reflexion des Ereignisses ist blockiert. Es kommt zu einer paradoxen Reaktion. Das sogenannte Sympathikusssystem, welches Flucht- oder Kampfreaktion auslöst, und das Bindungssystem werden aktiviert. Wenn Flucht oder Kampf nicht möglich sind und Schutz und Hilfe durch eine Bindungsperson ausbleibt, entsteht ein Hochstressniveau, meist verbunden mit Todesangst. Dieses Hochstressniveau kann nicht dauerhaft aufrechterhalten bleiben, denn das würde in einer lebensbedrohlichen Erschöpfung enden. Der Hippocampus schüttet deshalb körpereigene Glückshormone aus, die den Menschen geistig wegtreten lässt, sodass die unerträgliche Situation in tranceartigem Bewusstseinszustand und mit ausgeschaltetem Körpererleben nicht mehr wahrgenommen werden muss. Dieses geistige Wegtreten nennt man Dissoziation (vgl. ebd.).

In einer traumatischen Situation reagiert hauptsächlich die Amygdala auf das Geschehen, indem sie die heftigen Gefühle und Körperreaktionen sammelt, während bewusste Erinnerungen im Hippocampus-System nur fragmentiert, also als Einzelbilder oder kurze Sequenzen, abgespeichert werden (vgl. Huber 2009: 47f). Die fragmentarischen Teile, die der Hippocampus abspeichert, können der betroffenen Person später als blitzartige Sequenzen und Bilder durch den Kopf schießen. Was die Amygdala an emotional-körperlichen Traumamaterialien gesammelt hat, kann ebenfalls später wieder auftauchen und getriggert werden (vgl. ebd.). Sensorische Schlüsselreize, die an die traumatische Situation erinnern, nennt man Trigger. Auch in ungefährlichen Alltagssituationen können solche Trigger das Traumamaterial wieder

hervorrufen (vgl. Hipp 2014: 17f.). Darauf, wie ein Trauma eine Person nachhaltig prägen kann, wird in den nächsten beiden Unterkapitel eingegangen.

2.4 Vom traumatischen Ereignis zur Traumatisierung

Nicht jedes traumatische Ereignis hat auch traumatisierende Auswirkungen im Sinne einer nachhaltigen Strukturveränderung zur Folge. Ob sich aus einem Trauma eine Traumatisierung herausbildet, hängt einerseits vom Grad der Ausprägung und Einwirkungsdauer des Traumas ab, aber auch von individuellen Verarbeitungskapazitäten und Ressourcen des betroffenen Menschen (vgl. Hipp 2014: 15). Es ist gemäss Kline und Levine (2010: 24) entscheidend, was während und nach dem überwältigenden Ereignis passiert. Da für die Verarbeitung eines Traumas individuelle Voraussetzungen eine Rolle spielen, gewinnt insbesondere auch das Alter und der Entwicklungsstand des Opfers zum Zeitpunkt des traumatischen Ereignisses an Bedeutung. Kinder weisen ganz grundsätzlich eine grössere Verletzlichkeit auf als Erwachsene, ihre kognitive, emotionale und soziale Entwicklung ist noch weniger ausgereift. Dies hat Einfluss darauf, wie die traumatische Situation interpretiert wird. Je jünger das Kind ist, desto weniger Ressourcen stehen ihm zur Verfügung, sich selbst zu schützen. Deshalb sind Kinder auf den Schutz durch Erwachsene angewiesen, die ihnen Sicherheit und Wärme vermitteln (vgl. ebd.). Brisch (2006: 130) betont, dass stützende Beziehungen nicht nur bei einem traumatischen Erlebnis, sondern ebenfalls bei der Verarbeitung hilfreich sind, weil sie die emotionale Sicherheit wiederherstellen. Nach einem traumatischen Erlebnis kommt es gemäss Liebel-Fryszter (2014: 72) zu einer Erholungsreaktion, die mehrere Wochen andauern kann. Der Stress und der entstandene Energieüberschuss müssen abgebaut und die Integrationsprozesse im Gehirn wieder normalisiert werden. Gelingt dies nicht, treten Traumafolgestörungen auf (vgl. ebd.). Erst dann spricht man von einer Traumatisierung. Mögliche Folgestörungen des Traumas werden im nachfolgenden Unterkapitel zusammengefasst.

2.5 Folgestörungen und Komorbiditäten

Unter dem Begriff der Traumafolgestörungen werden kurz- oder längerfristige pathologische Folgen eines erlebten Traumas zusammengefasst. Dazu gehören neben der Posttraumatischen Belastungsstörung, welche die häufigste und bekannteste Diagnose ist, weitere Störungen wie akute Belastungsstörung, andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (nur in ICD-10), anhaltende Trauerstörung, und komplexe posttraumatische Belastungsstörung bzw. Entwicklungstraumastörung. Näher ausgeführt werden hier nur die Posttraumatische Belastungsstörung sowie die komplexe posttraumatische

Belastungsstörung bzw. Entwicklungsraumastörung, da diese für das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit am zentralsten sind.

2.5.1 Posttraumatische Belastungsstörung

Nach der Forschung an Kriegsveteranen und an KZ-Überlebenden wurde die posttraumatische Belastungsstörung (nachfolgend PTBS genannt) 1980 im DSM-3 Klassifikationssystem für Erkrankungen aufgenommen (vgl. Dittmar 2013a: 33f.). Die heutigen Klassifikationssystemen DSM-5⁴ und ICD-10⁵ definieren gemäss Wagner (2019: 213) die posttraumatische Belastungsstörung weitgehend übereinstimmend nach folgenden Kriterien:

1. Erlebnis eines Traumas
2. quälend sich ins Bewusstsein drängendes Wiedererinnern und Wiedererleben des Traumas, auch *Intrusion* genannt
3. *Vermeidungsverhalten* und emotionale Taubheitszustände, auch *Numbing* genannt
4. Anhaltende physiologische Übererregung, auch *Hyperarousal* genannt
5. Die Symptome zeigen sich länger als ein Monat

Eine PTBS entwickelt sich gewöhnlich innerhalb von sechs Monaten nach dem Trauma, in seltenen Fällen kann sie auch noch Jahre später auftreten (vgl. ebd.: 220-221). Kurz andauernde Folgen eines traumatischen Ereignisses werden nicht als PTBS diagnostiziert, sondern als akute Belastungsreaktion (ICD-10), beziehungsweise als akute Belastungsstörung (DSM-5) (vgl. ebd.). Die drei typischen Hauptsymptomgruppen einer PTBS werden nachfolgend noch genauer ausgeführt.

Intrusion

Das Wiedererinnern und Wiedererleben wird bei den Betroffenen durch Trigger ausgelöst. Dies können harmlose Hinweisereize wie ein Geruch, eine Umgebung oder eine Person sein, die bei Betroffenen reale Angst und Bedrohung sowie Notfallreaktionen auslösen, so als würde das erlebte Trauma im Jetzt geschehen (vgl. Beckrath-Wilking 2013a: 66-67). Dieser Vorgang läuft automatisch ab und ist der bewussten Kontrolle und realen Bewertung der Betroffenen nicht zugänglich. Intrusionen können in Erinnerungsfragmenten, Gefühlen oder Körperempfindungen daherkommen (vgl. ebd.). Diese Erinnerungsattacken werden auch Flashbacks genannt (vgl. Dittmar 2013b: 43f.). Bei besonders schweren Flashbacks

⁴ DSM-5 ist das Klassifikationssystem der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft, das häufig für internationale Forschungsvorhaben genutzt wird ICD-10 ist das im deutschen Gesundheitssystem verbindliche Klassifizierungssystem für psychische Störungen

⁵ ICD-10 ist das im deutschen Gesundheitssystem verbindliche Klassifizierungssystem für psychische Störungen

können Betroffene den Gegenwartsbezug komplett verlieren, dann wissen sie nicht mehr, was um sie her geschieht. Solche dissoziativen Zustände können einige Sekunden bis mehrere Stunden oder sogar Tage dauern (vgl. ebd.).

Vermeidungsverhalten und Numbing

Die durch die Erinnerung an das Trauma ausgelösten überflutenden und belastenden Gedanken und Gefühle wollen von den Betroffenen möglichst vermieden werden. Also versuchen sie, nicht mehr an das Erlebte zu denken, was jedoch meist nicht gelingt. Daneben werden Menschen, Situationen, Gegenstände und Orte gemieden, die an das Trauma erinnern. Diese bewusste Vermeidung stellt einen Bewältigungsversuch dar, der jedoch dazu führen kann, dass eine gesunde Bewältigung verunmöglicht wird und Symptome gerade durch die Vermeidung bestehen bleiben. Das Vermeidungsverhalten kann zum totalen sozialen Rückzug führen, sodass Betroffene das Haus kaum mehr verlassen. Das emotionale Betäubtsein (Numbing) ist gemäss Wagner (2019: 219-220) eine nicht gewollte Vermeidung als eine Art Selbstschutzmechanismus. Dieser zeigt sich als Unfähigkeit, positive Gefühle zu erleben und auszudrücken, als Interessensverminderung, eingeschränkter Affektspielraum und eingeschränkten Zukunftsperspektiven. Im neuen DSM-5 fallen unter Numbing auch dissoziative Amnesien und negativ veränderte Kognitionen, wie beispielsweise «Ich kann niemandem mehr vertrauen» (vgl. ebd.).

Hyperarousal

Die Hyperarousal ist eine zunächst sinnvolle Reaktion des Organismus als Überlebenshilfe in Gefahrensituationen, indem die Sinne geschärft und der Körper in Alarmbereitschaft ist (vgl. Dittmar 2013b: 46). Die Sinne sind sensibler und Energiereserven werden mobilisiert, die zu Kampf- oder Fluchtreaktionen befähigen (vgl. Wagner 2019: 220). Traumatisierte Menschen verlieren oftmals die Unterscheidung zwischen realer Bedrohung und dem Zustand der Sicherheit, sodass auch normale Reize als gefährlich interpretiert werden. Bei Personen mit einer PTBS befindet sich das Nervensystem ständig in Alarmbereitschaft und ihr Erregungsniveau ist deutlich gesenkt, was zu Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen und Schlafstörungen führt. Im DSM-5 wurde zusätzlich selbstschädigendes und selbstgefährdendes Verhalten zum Hyperarousal-Cluster aufgenommen (vgl. ebd.).

2.5.2 Komplexe posttraumatische Belastungsstörung und Entwicklungstraumastörung

Symptome einer komplexen PTBS treten nach chronisch kumulativen Traumatisierungen (Typ-II-Traumata), meist im Kindheitsalter, auf (vgl. Dittmar 2013b: 47-48). Sie reichen über die Symptomatik der gewöhnlichen PTBS hinaus, indem zusätzlich Störungen der Emotionsregulierung, dissoziative Symptome, Persönlichkeitsstörungen und Somatisierungsstörungen⁶ auftreten. Unter Bezugnahme auf Courtois und Ford schreibt Dittmar (ebd.), dass bei einer komplexen PTBS die Stressoren wiederholt und über eine längere Zeit wirken, von Bezugspersonen oder anderen wichtigen Erwachsenen ausgehen, in einer wichtigen Entwicklungsperiode geschehen und die Entwicklung des Kindes erheblich beeinträchtigen. Neuere Veröffentlichungen verwenden den Begriff Entwicklungstraumastörung als Weiterentwicklung der komplexen PTBS (vgl. ebd.: 50). Unter Bezugnahme auf van der Kolk beschreibt Dittmar (2013b: 50-51), dass es sich dabei um entwicklungsschädigende Traumata wie Vernachlässigung, körperliche oder sexuelle Übergriffe, emotionalen Missbrauch oder Zeugenschaft von Tod oder Gewalt handelt. Ein wichtiges Kriterium dabei ist das subjektive Erleben von Wut, Enttäuschung, Angst, Ohnmacht, Ekel und Scham. Es entwickeln sich anhaltende Fehlregulationsmuster, die mit den traumabezogenen Erinnerungsreizen zusammenhängen, wie z.B. gestörte Affekt- und Impulsregulation, dissoziative Symptome und Aufmerksamkeitsstörungen, dysfunktionale Wahrnehmung des Täters, Reviktimisierung⁷ oder Traumawiederholung. Ausserdem führt es zu anhaltend veränderten Erwartungs- und Begründungsmustern, sodass sich Betroffene selbst beschuldigen, misstrauisch sind gegenüber schützenden Personen oder Institutionen, keine Gerechtigkeits- oder Wiedergutmachungserwartungen mehr haben, von ihrer erneuten Opferwerdung überzeugt sind und dadurch grosse Kontakt- und Beziehungsschwierigkeiten haben (vgl. ebd.). Gemäss Streeck-Fischer (2019: 552) wird in der ICD-11⁸ erstmals eigene Diagnosekategorie der komplexen PTBS eingeführt werden.

2.5.3 Komorbiditäten

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist nach einer Traumatisierung die häufigste Diagnose, welche aber selten ohne komorbide Erkrankungen diagnostiziert wird. Eine PTBS zieht oft zusätzliche gesundheitliche Nachteile nach sich. So besteht ein stark erhöhtes Risiko für weitere psychische Störungen wie Depressionen, Borderline-Persönlichkeitsstörung,

⁶ «Somatisierungsstörungen sind körperliche Beschwerden ohne organisch fassbaren Befund, die zu andauernden Klagen und Arzt-Konsultationen führen.» (Faust o.J.: 1)

⁷ Reviktimisierung beschreibt das Phänomen des erhöhten Risikos, nach einem schweren interpersonellen Trauma in der Kindheit im Erwachsenenalter erneut Opfer solcher Traumata zu werden (vgl. Psychotherapie im Dialog 2014: o.S.).

⁸ ICD-11 tritt voraussichtlich 2022 in Kraft

Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit, Verhaltensstörungen und spezifische Phobien (vgl. Kapfhammer 2018: o.S.). Zeitweise stand gar zur Diskussion, dass jede Borderline-Persönlichkeitsstörung im Grunde eine komplexe PTBS sei, da 50% bis 80% der Borderline-Patient*innen schwere kindliche Traumatisierungen aufweisen (vgl. Sachsse/Sack 2015: 200f.). Diese Annahme wurde jedoch dementiert. Kapfhammer (2018: o.S.) betont, dass es bei langfristigen PTBS-Verläufen zu markanten Einbussen der Lebensqualität und psychosozialen Integration der Betroffenen führt. Das Risiko für Suizidversuche ist bei diesen Personen erhöht. Als Langzeitfolgen entwickeln sich oft Somatisierungsstörungen und eine erhöhte Wahrscheinlichkeit von körperlichen Erkrankungen (vgl. ebd.).

2.5.4 Folgestörungen und Komorbiditäten bei Kindern und Jugendlichen

Bei Kindern sind Folgestörungen schwerer zu diagnostizieren, da ihre Symptome meist nicht den klassischen Symptomen einer PTBS entsprechen (vgl. Fischer/Möller 2018: 65). Die schwierige Diagnosestellung bei Kindern ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass Diagnosekriterien zu posttraumatischen Belastungsstörungen fast ausschliesslich an erwachsenen Patienten erforscht wurden (Hofmann/Besser 2006: 174-175). Kinder und Jugendliche erfüllen deshalb selten alle formalen Kriterien einer PTBS. Der Wechsel ihrer Symptome ist oft deutlich schneller und stärker ausgeprägt als bei Erwachsenen und ihre Symptomausprägungen hängen meist eng mit ihrem aktuellen Entwicklungsstand zusammen (z.B. Übererregungs- und Schreisyndromatik bei Säuglingen oder aggressives Externalisieren bei älteren Kindern). Bei Kindern treten oft komorbide Störungen klinisch so sehr in den Vordergrund, dass es schwierig wird, die dahinterliegende Traumafolgestörung zu erkennen und zu diagnostizieren. Komorbiditäten bei Kindern und Jugendlichen sind zum Beispiel aggressive Störungen, Angststörungen, Somatisierungsstörungen, dissoziative Störungen mit (Teil-)Amnesien bezüglich des belastenden Ereignisses, bei älteren Kindern selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität und Sucht (vgl. ebd.). Gemäss Fischer und Möller (2018: 65) weisen traumatisierte Kinder und Jugendliche oft Symptome auf, welche einem ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) mit Störung des Sozialverhaltens oder einer frühen Persönlichkeitsstörung ähneln. Sie können auch schwer depressive Symptome zeigen (vgl. ebd.).

In diesem Kapitel wurde die Entstehung eines Traumas und längerfristige Folgen daraus beschrieben. Es wurden komorbide Symptome und Krankheiten zur Traumafolgestörung erläutert sowie die Besonderheiten in Bezug auf Traumafolgestörungen im Kindes- und Jugendalter aufgezeigt. Im nachfolgenden Kapitel wird auf die Relevanz der Erkenntnisse aus der Bindungstheorie im Zusammenhang mit Trauma und Traumafolgen eingegangen.

3 Trauma und Bindung

Die psychische Entwicklung von Menschen verläuft in Beziehung zu anderen Menschen. Die Qualität der Beziehung zwischen einem heranwachsenden Kind und Erwachsenen hat grossen Einfluss auf die Entwicklung des kindlichen Charakters, seiner Persönlichkeit und infolgedessen auch auf die Entwicklung von Störungen (vgl. Hirsch 2015: 73). Die Bindungsforschung belegt dies eindrücklich. Sie wird in diesem Kapitel in Zusammenhang mit dem Erleben von Traumata genauer betrachtet.

3.1 Bindungstheorie

Der englische Psychiater und Psychoanalytiker John Bowlby ist der Begründer der Bindungstheorie. Unter Bezugnahme auf Bowlby beschreibt Brisch (2008: 13-14), dass der Säugling während seines ersten Lebensjahres auf der Grundlage eines biologisch angelegten Verhaltenssystems zu seiner Hauptbezugsperson eine starke emotionale Bindung entwickelt. Das Bindungsverhalten wird aktiviert bei Trennung von der Bindungsperson oder wenn sich das Kind in Gefahr wähnt. Gemäss Bowlby hat für das noch unselbständige Kleinkind der Schutz durch die Bindungsperson eine lebenserhaltende Bedeutung. Sie dient in Gefahrensituationen als «sicherer Hafen», von dem das Kind Schutz und Hilfe erwartet. Das Bindungssystem, das sich bei einem Kind im Laufe des ersten Lebensjahres entwickelt, bleibt während dem gesamten Leben aktiv. Das zeigt sich beispielsweise darin, dass auch Erwachsene in bedrohlichen Situationen die Nähe zu anderen Personen aufsuchen und bei ihnen Hilfe und Unterstützung erwarten. Das Kleinkind zeigt erst, wenn seine Bindungsbedürfnisse befriedigt sind, Explorationsverhalten. Vom «sicheren Hafen» aus kann das Kind seine Umwelt erforschen und bei auftauchender Gefahr jederzeit auf die Hauptbezugsperson als sichere emotionale Basis zurückgreifen (vgl. ebd.).

Bowlbys Theorie wurde wegen dem starken Fokus auf die Mutter-Kind-Dyade und auf die prägenden ersten Lebensjahre vielfach kritisiert (vgl. Gahleitner/Kamptner/Ziegenhain 2016: 118). Die Bindungstheorie hat sich durch diesen Diskurs mittlerweile stark geöffnet, sodass der Hauptfokus nicht mehr nur auf der Mutter als Hauptbindungsperson liegt. Die Theorie der Bindungsentwicklung stützt sich heute auf breitere Interaktionserfahrungen, wobei gesellschaftliche und historische Perspektiven, sowie der Gendergedanke einbezogen werden (vgl. ebd.).

3.1.1 Konzept der Feinfühligkeit

Mary Ainsworth, eine Mitarbeiterin Bowlbys, untersuchte die Bedeutung der Feinfühligkeit der Bindungsperson. Unter Bezugnahme auf Ainsworth erläutert Brisch (2008: 14-15), dass Untersuchungen ergaben, dass Säuglinge sich an jene Pflegeperson binden, die ihre Bedürfnisse feinfühlig beantwortet. Dies bedeutet, dass die Pflegeperson die kindlichen Signale richtig wahrnimmt und interpretiert, sowie angemessen und prompt darauf reagiert. Neuere Forschungen zeigen, dass bei der elterlichen Feinfühligkeit auch der Sprache eine wichtige Bedeutung zukommt. Die sprachliche Interaktion zwischen Mutter und Kind beeinflusst die Bindungsentwicklung. Wenn die Mutter die affektiven Zustände des Säuglings empathisch wahrnimmt und verbalisiert, fühlt sich der Säugling durch prosodische Inhalte wie Tonfall, Melodie, Rhythmus und Lautstärke feinfühlig verstanden, auch wenn er die Worte der Mutter noch gar nicht verstehen kann. Forschungsergebnisse ergaben, dass eine sichere Bindungsentwicklung auch die selbstreflexive mentale Fähigkeit eines Säuglings fördert (vgl. ebd.). Diese Fähigkeit wird in der Literatur auch als Mentalisierungsfähigkeit beschrieben und bedeutet, «sich eine differenzierte Vorstellung von der eigenen psychischen Verfassung und den Motiven, Bedürfnissen und Überzeugungen anderer Menschen machen zu können.» (Beckrath-Wilking 2013c: 137)

3.1.2 Bindungsqualitäten

Wenn die Bedürfnisse eines Säuglings von der Bindungsperson in der von Ainsworth beschriebenen feinfühligsten Art und Weise befriedigt werden, ist die Wahrscheinlichkeit gross, dass das Kind zu dieser Person eine *sichere Bindung* (Typ B) entwickelt (vgl. Brisch 2008: 15f.). Bei drohender Gefahr wird die Bindungsperson als «sicherer Hafen» aufgesucht und von ihr wird Schutz und Geborgenheit erwartet. Sie gibt ausserdem Sicherheit und Halt für Erkundungen des Kleinkindes.

Wenn die Bindungsbedürfnisse des Säuglings bei der Bindungsperson auf Zurückweisung stossen, wird der Säugling zu dieser Person eher eine *unsicher-vermeidende Bindung* (Typ A) aufbauen. Er passt sich dann dem Verhalten der Bindungsperson an, indem Nähewünsche mit der Zeit gar nicht mehr intensiv geäussert werden, im Wissen, dass sie von der Bindungsperson nicht entsprechend mit Bindungsverhalten (Nähe, Schutz, Geborgenheit) beantwortet werden. Die Stressbelastung des Säuglings wird dadurch jedoch grösser (vgl. ebd.).

Wenn die Reaktionen auf Bindungsverhalten des Säuglings bei der Bindungsperson variieren, wenn sie einmal zuverlässig und feinfühlig, ein anders Mal mit Zurückweisung und Ablehnung reagiert, entwickelt sich eine *unsicher-ambivalente Bindung* (Typ C). Der unsicher-ambivalent gebundene Säugling reagiert auf eine Trennung von der Bindungsperson mit einer intensiven Aktivierung des Bindungssystems, schreit lautstark und klammert sich an die Bindungsperson. Entfernt sich die Bindungsperson für eine kurze Zeit und kehrt danach zurück, ist der Säugling kaum zu beruhigen und hat Mühe, sich wieder auf neugieriges Erkundungsspiel einzulassen. Nebst dem Klammern an die Bindungsperson zeigt das Kind auch aggressives Verhalten, manchmal gar beides gleichzeitig. Darin zeigt sich die Bindungsambivalenz (vgl. ebd.).

Später wurden die drei Bindungsmuster noch mit dem *desorganisierten und desorientierten Bindungsmuster* (Typ D) ergänzt. Eine desorganisierte Bindung ist durch Sequenzen von stereotypen Verhaltensweisen gekennzeichnet. Oder es kommt im Ablauf der Bewegungen zu einer Erstarrung, die mehrere Sekunden andauert. Dieses Verhalten wird in der Literatur als auch «Einfrieren» bezeichnet und erinnert an dissoziative Phänomene. Nach einer Trennung von der Bindungsperson kommt es bei der Wiederbegegnung zu ambivalentem Verhalten. Es wird angenommen, dass dieses Verhalten des Kindes von sich emotional widersprechenden Bindungserfahrungen zeugt und Ausdruck eines desorganisierten «inneren Arbeitsmodells» der Bindung zur Bindungsperson ist (vgl. ebd.).

Aus den unterschiedlichen Interaktionserfahrungen entstehen bei einem Kind innere Arbeitsmodelle der Bindung (vgl. Gloger-Tippelt 2015: 46-47). Dies sind innere Bindungsrepräsentationen, welche die Erwartungen an andere Personen und eigene Verhaltensstrategien gegenüber neuen Personen prägen (vgl. ebd.). Ein sicheres Bindungsmuster stellt ein wichtiger Schutzfaktor für die weitere kindliche Entwicklung dar. Die psychische Widerstandskraft bei emotionalen Belastungen, auch Resilienz genannt, ist bei sicher gebundenen Kindern grösser (vgl. Brisch 2008: 17-18). Eine unsichere Bindung stellt hingegen ein Risikofaktor dar. Unsicher gebundene Kinder zeigen weniger pro-soziale Verhaltensweisen, sind im Jugendalter eher isoliert und Beziehungen haben für sie insgesamt eine weniger grosse Bedeutung. Kindesmisshandlung ist der stärkste Prädiktor für die Entwicklung einer desorganisierten Bindung, am zweitstärksten wirken sich Traumata der Eltern aus (vgl. ebd.: 21f.). Bei Kindern mit desorganisierten Bindungen fanden sich in verschiedenen Studien signifikant häufiger als bei sicher gebundenen Kindern dissoziative Symptome und externalisierende Verhaltensstörungen (vgl. ebd.).

3.2 Relevanz der Bindung im Kontext von Trauma

Im zweiten Kapitel wurde dargelegt, dass bei der Verarbeitung von traumatischen Erlebnissen Bindungspersonen, die während und nach dem Trauma Schutz, emotionale Sicherheit und Geborgenheit vermitteln, von grosser Bedeutung für Kinder sind. Stabile Bindungsverhältnisse stellen also einen wichtigen Schutzfaktor für Traumatisierung dar. Kinder vom Säuglingsalter bis 14 Jahre erleben gemäss Gahleitner und Kolleginnen (2016: 116-117) Gewalt und Missbrauch überwiegend innerhalb der eigenen Familie oder in engen (Bindungs-)Beziehungen. Bindungsbeziehungen stellen dabei anstatt einen Schutzfaktor einen gewichtigen Risikofaktor dar. Die Auswirkungen von frühen, wiederholten Traumata im nahen sozialen Umfeld sind für Kinder besonders gravierend. Psychische Fragmentierung und Desorganisation erschüttern die Gefühle von Sicherheit und Geborgenheit und prägen anhaltend das Weltverständnis der betroffenen Kinder (vgl. ebd.).

Da die Reifung des Gehirns von Erfahrungen abhängig ist, spielt insbesondere die Feinfühligkeit der Eltern eine wichtige Rolle. Liebevoller Körperkontakt, Spiegelung der affektiven Befindlichkeit und Beruhigung fördern die Entwicklung des präfrontalen Cortex (Beckrath-Wilking 2013b: 98-99). Dieses Gehirnareal ist für die Selbstregulierung von Erregung zuständig. Ein Grundgefühl von Sicherheit sowie die Regulationsfähigkeit der eigenen Erregung und Emotionen werden entwickelt und das Toleranzfenster bei Stress wird erweitert, was das Kind befähigt, auch schwierige Erlebnisse zu tolerieren und zu verarbeiten. Werden nun frühe Bindungstrauma erlebt, wird die Reifung des präfrontalen Cortex' beeinträchtigt. Traumabedingte Strukturen werden quasi zur Basis der weiteren Entwicklung des Gehirns, was sich auf die Entwicklung der Persönlichkeit und Identität, sowie auf die Lern- und Beziehungsfähigkeit, Stressbewältigungskompetenz, Selbst- und Affektregulation und insbesondere auf die Mentalisierungsfähigkeit negativ auswirkt (vgl. ebd.). Folgen daraus sind unsichere bis desorganisierte Bindungsstile und nicht selten Bindungsstörungen (vgl. Brisch 2006: 108-109).

Die Bindungsforschung betrachtet eine sichere Bindungsbasis als bester Schutz von Traumafolgen, weil sie die Grundsteine für die Entwicklung einer stabilen Persönlichkeit und eines gesunden Stressverarbeitungssystems legt (vgl. Beckrath-Wilking 2013b: 98-99). Umgekehrt wird klar, dass traumatische Erlebnisse wie Vernachlässigung, Gewalt oder sexueller Missbrauch durch Bindungspersonen sich gravierend auf die Bindungsentwicklung und dadurch auch auf das Interaktionsverhalten mit anderen Personen auswirken. Die Bedeutung von Bindung für traumatisierte Kinder wird auch in der Traumapädagogik hervorgehoben, welche im nächsten Hauptkapitel beschrieben wird.

4 Traumapädagogik

Für die Behandlung traumatisierter Personen wurden verschiedene therapeutische und klinische Interventionen entwickelt, welche im psychiatrischen, psychologischen und medizinischen Kontext angewendet werden. Daneben entstand Mitte der neunziger Jahre erstmals die traumasensible Pädagogik in stationären Kinder- und Jugendeinrichtungen, mit dem Ziel der Verarbeitung und Heilung von traumatischen Lebenserfahrungen (vgl. Weiss 2016a: 20). Die Traumapädagogik etablierte sich zu einer eigenständigen Fachrichtung. Kühn (2008: 322) schlägt »Traumapädagogik als Sammelbegriff für die im Besonderen entwickelten pädagogischen Konzepte zur Arbeit mit traumatisierten Adressat_innen in den verschiedenen Arbeitsfeldern« vor. Gemäss Gahleitner und Weiss (2020: 16) kommt Traumapädagogik insbesondere in beratenden, betreuenden und begleitenden Arbeitsbereichen zum Tragen. Traumapädagogik ist eine noch junge Fachrichtung mit teilweise jedoch altbekannten Wurzeln, da sie bereits ältere Bezugstheorien und -konzepte integriert (vgl. ebd.). Sie stützt sich auf Wissen der Sozialen Arbeit, der Bindungstheorie, der Resilienzforschung, der Gesundheitslehre, der therapeutischen Wissenschaften und der Psychotraumatologie (vgl. Weiss 2016a: 20). Das Ziel der Traumapädagogik ist nicht der Ersatz für therapeutische oder klinische Interventionen, sondern stellt eine Ergänzung zu diesen dar (vgl. Gahleitner et al. 2017: 19).

Bei Traumapädagogik geht es immer um die menschliche Begegnung zwischen dem einzelnen Kind und der Pädagogin bzw. dem Pädagogen (vgl. Biberacher 2013: 285). «Traumapädagogik heisst, den Alltag mit Kindern und Jugendlichen zu teilen, die früh in ihrer Biografie belastende Erfahrungen gemacht haben. Aus diesen Erfahrungen haben die Kinder psychische Überlebensmuster entwickelt, die in ihrer Intensität und Ausformung ausserhalb alltagspädagogischer Erfahrungen liegen.» (Baierl et al. 2017: 59) Wichtige Aspekte der Traumarbeit und damit auch der Traumapädagogik sind:

- das Geschehene in die eigene Lebensgeschichte einzuordnen;
- im «Jetzt» einen Sinn zu finden;
- Körperwahrnehmung und Körperfürsorge zu entwickeln;
- die Fähigkeit zur Selbstregulation von traumatischen Erinnerungen und traumatischem Stress aufzubauen;
- Vertrauen in Beziehungen wiederzuerlangen;
- eine respektierende Haltung den eigenen Verletzungen, Schwierigkeiten und Beeinträchtigungen gegenüber zu entwickeln und
- soziale Teilhabe wiederzuerlangen (vgl. ebd.: 20-21).

Das Grundverständnis der Traumapädagogik basiert auf der Schaffung des sogenannten «sicheren Ortes», an dem traumatisierte Kinder und Jugendliche neue, korrigierende Erfahrungen machen können, sich selbst und ihr Verhalten verstehen lernen, Entwicklungsrückstände aufholen und positive Bindungserfahrungen machen können (vgl. BAG Traumapädagogik 2011: 4). Welche Haltungen, Konzepte und Methoden die Traumapädagogik konkret beinhaltet, wird in diesem Hauptkapitel beschrieben.

4.1 Traumapädagogische Haltung

Den traumapädagogischen Konzepten und Methoden ist Eines gemeinsam: die traumasensible Grundhaltung (vgl. ebd.: 23). Folgende fünf Grundannahmen schaffen den Boden für einen wertschätzenden und verstehenden Umgang mit traumatisierten Kindern.

Die Annahme des guten Grundes: «Alles was ein Mensch zeigt, macht einen Sinn in seiner Geschichte!» (vgl. BAG Traumapädagogik 2011: 5) Viele Verhaltensweisen von traumatisierten Kindern sind für andere Kinder und Pädagog*innen belastend. Dabei ist es wichtig, auch noch so schwierige Verhaltensweisen als Überlebensstrategie des Kindes zu würdigen (vgl. ebd.). Hinter jedem Verhalten stecken gute Gründe, welche es zu explorieren gilt, um das Verhalten besser verstehen zu können (vgl. Kahl/Winterstein 2018: 138). Das Konzept des «guten Grundes» hilft Kindern und Jugendlichen, ihr Verhalten als notwendig gewordenes Verhalten zu reflektieren und alternative Verhaltensweisen zu entwickeln (vgl. BAG Traumapädagogik 2011: 5).

Wertschätzung: Weil traumatisierte Kinder immer wieder Hilflosigkeit, Ohnmacht und Willkür erlebt haben, fühlen sie sich oft wertlos. Gefühle, Gedanken und Beziehungsinhalte der traumatisierenden Situation werden auf aktuelle Situationen übertragen. Deshalb ist es wichtig, nebst der Wertschätzung der Lebensleistung der Kinder auch Möglichkeiten zu schaffen, sich selbst und das eigene Tun als wertvoll zu erleben. Durch den Fokus auf Stärken, Fähigkeiten und Vorlieben der Betroffenen wird ihr Selbstwertgefühl gestärkt und ein positives Selbstbild kann schrittweise wieder aufgebaut werden (vgl. ebd.).

Partizipation: Kühn (2013b: 140f.) betont, dass die Vertrauensentwicklung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen massgeblich davon beeinflusst wird, ob sie in der Begegnung mit Erwachsenen Wahl- und Kontrollmöglichkeiten erhalten. Traumatisierte Kinder sollen soweit wie möglich an der Gestaltung ihrer eigenen Lebensbedingungen teilhaben können (vgl. BAG Traumapädagogik 2011: 6). Dies ist ein wichtiger Faktor für ihre seelische Genesung, denn Erfahrungen von Gewalt, Vernachlässigung oder Missbrauch waren mit extremem,

existentiellem Kontrollverlust verbunden. Oft sind Kinder und Jugendliche auch später von der Erwartung geprägt, keinen Einfluss darauf zu haben, was mit ihnen oder ihrem Leben geschieht. Die Selbstwirksamkeitserwartung ist deutlich verringert oder kaum mehr vorhanden. Deshalb ist es unerlässlich, traumatisierten Kindern und Jugendlichen die höchst mögliche Teilhabe zu gewährleisten, ohne jedoch sie zu überfordern (vgl. ebd.). Dadurch werden idealerweise Gefühle von Kontrollverlust gegen Gefühle der Autonomie eingetauscht und sie erleben sich als wirksam, selbständig und dazugehörig.

Transparenz: Nachdem traumatisierte Kinder und Jugendliche Macht und Hierarchie in der Regel missbräuchlich und willkürlich erlebt haben, ist Berechenbarkeit für sie ein zentraler Faktor. Die vorbelasteten Kinder und Jugendlichen sollen die Erfahrung machen, dass transparent und verantwortungsvoll mit Hierarchie, Strukturen und Macht umgegangen wird (vgl. ebd.). Dazu gehört auch, dass sie wissen, was wann und warum passiert und dass mit ihnen gemeinsam nach Erklärungen für ihr Verhalten gesucht wird (vgl. Kahl/Winterstein 2018: 138).

Spass und Freude: Nach dem Motto «Viel Freude trägt viel Belastung» (BAG Traumapädagogik 2011: 7) soll bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen der Fokus wann immer möglich auf Spass und Freude gelegt werden. Nach extremen Gefühlen von Angst, Ohnmacht, Trauer, Wut und Scham entsteht nach Traumatisierungen ein Ungleichgewicht der Emotionen, sodass belastende Gefühle Überhand nehmen. Belastung und Widerstandsfähigkeit können durch Leichtigkeit und Lachen im Alltag wieder ins Gleichgewicht gebracht werden. Ausserdem wirkt es dem bei traumatisierten Personen oft erhöhten Stresslevel entgegen (vgl. ebd.).

4.2 Konzepte und Methoden der Traumapädagogik

Die spezifischen Bedarfe von traumatisierten Kindern und Jugendlichen geben den Rahmen für die traumapädagogische Arbeit vor. Baierl (2017: 72) beschreibt, dass traumatisierte Kinder und Jugendliche häufig in einem sogenannten *Teufelskreis* gefangen sind: schreckliche äussere Geschehnisse haben zu negativen Bewertungsschemata geführt (z.B. «ich kann niemandem trauen») und diese wiederum zu negativen Verhaltensweisen (z.B. Aggressivität). Die Traumapädagogik hat sich zum Ziel gesetzt, dafür zu sorgen, dass Kinder und Jugendliche aus solchen Teufelskreisen aussteigen können (vgl. ebd.). Gemäss Wagner (2013: 94) reicht dafür die «alltagspädagogische Hausapotheke» nicht aus. Deshalb braucht es spezifische traumapädagogische Konzepte und Methoden.

4.2.1 Pädagogik des äusseren «sicheren Ortes»

Zu allererst brauchen traumatisierte Kinder äussere Sicherheit. Die grundlegendste Bedingung des sicheren Ortes ist natürlich der Schutz vor erneuten traumatischen Erfahrungen. Weiter beinhaltet die Herstellung eines äusseren sicheren Ortes für Kinder, dass sie Menschen haben, die ihnen vermitteln: «Hier bist du geborgen und wertgeschätzt»; ein Umfeld, in dem körperliche, psychische, soziale und spirituelle Grundbedürfnisse abgedeckt werden; Sicherheit und Vorhersehbarkeit und allgemein Lebensbedingungen, die Wohlfühlen, Beheimatung und Behaglichkeit vermitteln (vgl. Baierl 2017: 73f.).

Umgebungsgestaltung

Äussere Sicherheit bedeutet auch, durch Reizmodulation einen ausgleichenden Einfluss auf die Kinder und Jugendlichen zu nehmen, indem der Lebensraum so gestaltet wird, «dass die Gefahr der emotionalen Überflutung des Kindes durch Schuld- oder Bedrohungsgefühle möglichst minimiert wird.» (Wagner 2013: 95f.) Die Umgebungsgestaltung sollte Raum für Rückzug und Regression geben aber auch handlungsauffordernd wirken, zum Beispiel durch aktivierende Raum- und Geländegestaltung mit Spielräumen für fantasievolles Spiel und einer gewissen Toleranz für Ansammlungen von Schmutz und Abfall sowie für kleinere Zerstörungen (vgl. ebd.).

Regeln und Strukturen

Weil für traumatisierte Kinder Vorhersehbarkeit, Berechenbarkeit und Kontrollierbarkeit wichtige stabilisierende Faktoren im Alltag sind, benötigen sie Strukturen und klare, verständliche Regeln, die kontrollierbar sind (vgl. Baierl 2017: 74f.). Dies schafft definierte und transparente Grenzen, innerhalb derer die Kinder sich frei und ohne Gefahr für sich und andere bewegen können und sie erfahren können, dass ihre Bedürfnisse erfüllt werden. Konsequenzen für Nichteinhaltung von Regeln sollen möglichst definiert sein. Regeln und Strukturen sollen insbesondere das Ziel haben, traumatisierte Kinder und Jugendliche sowie alle anderen Beteiligten vor Gewalt zu schützen. Da Gewalt und Grenzüberschreitungen jedoch oft auch mit den besten Regeln und Strukturen nicht vollständig vermieden werden können, benötigt es Klarheit, wie mit auftretender Gewalt oder Grenzüberschreitung umgegangen werden soll. Wichtig ist dabei die Unterscheidung zwischen Kontrollverlusten aufgrund von Dissoziation oder getriggerten Verhaltensweisen, die als Symptome von Traumatisierungen auftreten und nicht bewusst gesteuert werden können und von willkürlichen Grenzüberschreitungen. Bei Gewalt aufgrund von Traumasymptomen sollen Pädagog*innen sichernd eingreifen und im Nachgang die Beteiligten darin unterstützen, mit den erlebten Kontrollverlusten umzugehen und wieder zurück in eine Sicherheit zu finden. Auf Bestrafung sollte verzichtet werden, da sich die

Kontrollverluste dadurch eher verstärken. Besser eignet es sich, mit den Beteiligten Wege der Entschuldigung oder Wiedergutmachung zu finden. Absichtlichen Grenzüberschreitungen soll jedoch mit den üblichen pädagogischen Interventionen begegnet werden (vgl. ebd.).

Alltagsrituale und Routinen

Alltagsrituale und Routinen vermitteln traumatisierten Kindern im Alltag Sicherheit und sind deshalb unbedingt einzubauen (vgl. Wagner 2013: 101). Vorhersehbare und wiederkehrende Abläufe und Rituale für die Tages-, Wochen- und Jahresgestaltung geben einerseits dem Alltäglichen wie Essen, Schule, Hausaufgaben, Hygieneverhalten, Hobbies eine feste Struktur und vermitteln andererseits Sicherheit darüber, wie bestimmte Ereignisse wie Wochenenden, Jahresfeste, Geburtstage gestaltet werden (vgl. Baierl 2017: 76).

Geschützte Kontaktmöglichkeiten

Es soll keine Möglichkeit der ungeplanten Kontaktaufnahme durch die für die Traumatisierung verantwortlichen oder an der Traumatisierung beteiligten Personen geben (über Telefon, SMS, E-Mail, Briefe, Grüße Dritter) und diese Personen sollen im Wohnumfeld des traumatisierten Kindes nicht präsent sein (vgl. Baierl 2017: 76-77). Falls wichtige Bezugspersonen für die Traumatisierung (mit-)verantwortlich sind, soll sorgfältig geklärt werden, ob und unter welchen Bedingungen Kontakte mit diesen sinnvoll sind. Das Kindeswohl muss dabei immer an erster Stelle stehen (vgl. ebd.).

Trotz der Bemühungen um diese objektivierbaren Rahmenbedingungen, die einen Ort zu einem möglichst «sicheren Ort» machen, ist das subjektive Empfinden von Sicherheit bei den Kindern und Jugendlichen selbst zu überprüfen. Schlussendlich ist das subjektive Empfinden, der innere «sichere Ort» an dem sich die Kinder wirklich sicher *fühlen*, ausschlaggebend (vgl. ebd.: 78). Für das Erleben eines inneren «sicheren Orts» ist das Erleben von tragfähigen Beziehungen, die von gegenseitigem Respekt und Verlässlichkeit geprägt sind, zentral. Darum geht es im nächsten Unterkapitel.

4.2.2 Bindungs- und Beziehungsfähigkeit stärken

Oft nehmen traumatisierte Mädchen und Jungen ihre Umwelt und auch die Menschen darin grundsätzlich als bedrohlich wahr. Lang (2016: 272) beschreibt deshalb die Wichtigkeit einer «Entängstigung». Die Stärkung der Bindungs- und Beziehungsfähigkeit und die Korrektur der negativen Beziehungserfahrungen sind zentrale Ziele der Traumapädagogik (Baierl 2017: 78f.). Baierl nennt folgende Kriterien für die Beziehungsgestaltung von Pädagog*innen zu traumatisierten Kindern und Jugendlichen:

- Aufbau einer sicheren, langfristigen, verlässlichen und wertschätzenden Beziehung
- innere und äussere Präsenz der Bezugsperson (z.B. durch Aufmerksamkeit und promptes Reagieren auf Bedürfnisse)
- Wahrung der persönlichen Grenzen der Mädchen und Jungen, sowie der eigenen
- transparentes Beziehungsangebot, das sich an den Bedürfnissen des Kindes ausrichtet, aber auch die der Pädagogin bzw. des Pädagogen berücksichtigt
- die Beziehung ebenso wie Nähe anbieten, aber nie einfordern
- Jugendliche und Kinder erleben lassen, dass Nähe und Beziehung um ihrer selbst willen geschehen und mit keinen unangemessenen Ansprüchen oder Verpflichtungen verknüpft sind
- sich der eigenen Machtposition bewusst sein, diese transparent machen und die Macht im Interesse und zum Schutz des Kindes anwenden

Eine der heilsamsten Erfahrungen ist, wenn traumatisierte Mädchen und Jungen erleben, dass positive und schöne Erlebnisse mit Bezugspersonen ebenso Platz haben wie Krisen und Probleme und dass sie auch dann bei ihnen bleiben, wenn es schwierig wird. Und davon ist auszugehen, denn die Beziehungsgestaltung mit traumatisierten und bindungsgestörten Kindern und Jugendlichen verläuft meist krisenhaft (vgl. ebd.).

Emotional-orientierter Dialog

Im Umgang mit traumatisierten Mädchen und Jungen ist es notwendig, sich von Erwartungen in Bezug auf das biologische Lebensalter zu lösen. In ihrer emotionalen Entwicklung sind sie meist viel «jünger», sodass ihre Fähigkeit, Angst und andere Affekte auszuhalten, überhaupt nicht ihrem biologischen Alter entspricht (vgl. Brisch 2013: 152). Ihr Gehirn hat sich durch frühe traumatische Erfahrungen so entwickelt, dass Affektkontrolle und -modulation nicht in gesundem und altersentsprechendem Mass gelernt werden konnten. Alltägliche ängstigende oder sogar neutrale Dinge können bei einem traumatisierten Kind Reaktionen hervorrufen, als ginge es um Leben und Tod (vgl. ebd.). Um dem Kind oder Jugendlichen wieder Zugang zu sich selbst und zu anderen zu ermöglichen, muss eine gemeinsame Sprache entwickelt werden (vgl. Kühn 2013a: 34). Hier setzt der emotional-orientierte Dialog⁹ an. Er beinhaltet, dass Pädagog*innen die feinfühligsten Interaktionspartner werden müssen, die den Jungen und Mädchen in frühen Entwicklungsjahren gefehlt haben (vgl. Brisch 2013: 152f.). Sie müssen die verschiedenen Affektzustände des Kindes in ihren spezifischen Kontexten wahrnehmen und benennen, so wie Mütter und Väter dies mit ihren Säuglingen tun, wenn sie beispielsweise sagen: «Meine Güte, hast du Hunger» oder «Oh, du hast aber eine grosse Wut». Säuglinge

⁹ wird in der Literatur auch als «dialogische Sprache» beschrieben

lernen so, verschiedene Affekte zu differenzieren (vgl. ebd.). Gemäss Lang (2016: 274f.) sollen Pädagog*innen bei schwierigen Verhaltensweisen Vermutungen über dahinterliegende Affekte aussprechen. Das Benennen von dahinterliegenden Affekten hilft den Kindern und Jugendlichen beim Verstehen ihrer eigenen Gefühlsregungen und sie können erkennen, wie früher erlebte Beziehungserfahrungen die aktuelle Gestaltung der Beziehung beeinflussen. Pädagog*innen können z.B. sagen «Ich verstehe, dass du diese Regelübertretung aus einem bestimmten Grund gemacht hast, ich vermute, dass du grosse Angst hattest» oder «Ich kann mir vorstellen, du verhältst dich gerade so, weil ...». So bieten sie den Kindern und Jugendlichen in Belastungssituationen mögliche Gefühlsqualitäten an. Wichtig ist dabei gemäss Lang (ebd.), sich nicht erschrecken und davon abbringen zu lassen, sollte z.B. der Jugendliche protestieren und sagen, dass das benannte Gefühl völliger «Quatsch» sei. Innerlich wird sich der Jugendliche verstanden fühlen und mit der Zeit werden solche Interpretationen besser zu einem folgenden Gespräch führen (vgl. Brisch 2013: 153).

Umgang mit Übertragungen

Die inneren Erwartungen von traumatisierten Menschen an ihre Umwelt und ihre Bezugspersonen sind geprägt von grosser Angst, von Misstrauen, Wut, Hilflosigkeit und Ohnmacht (Kessler 2016: 282f.). Jungen und Mädchen, die in ihrer Kindheit grosse Belastungen erlebt haben, übertragen diese Erwartungen, die Angst und das Misstrauen, auch auf Pädagog*innen. Die Kinder reinszenieren ihre Erfahrungen und zeigen dabei in ihrem Verhalten Opfer- oder/und Täteranteile, was die Bezugspersonen in unreflektierten und stressbelasteten Situationen zu einer entsprechenden Gegenreaktion in der Retter-, Opfer- oder Täterrolle drängt. Gemäss Kessler sollte die Arbeit mit Übertragungen und deren Gegenreaktionen als wichtiger Bestandteil der Traumapädagogik angesehen werden, mit dem Ziel, eingefahrene traumatisch geprägte Beziehungsdynamiken zu durchbrechen. Übertragungsbeziehungen sind für traumatisierte Kinder wichtig, weil durch das wiederholte Durchspielen der traumatischen Situation negative Erwartungshaltungen der Kinder korrigiert werden können. Das Wissen um die Gegenübertragung und deren bewusstes Wahrnehmen, Reflektieren und Kontrollieren sind zentrale Elemente in der Arbeit mit Übertragungsphänomenen, um korrigierende Beziehungsangebote zu machen und eben genau anders zu reagieren als das Kind aus seinen Erfahrungen heraus erwartet (vgl. ebd.).

4.2.3 Selbstbemächtigung

Um von Menschen verursachte Traumata bewältigen zu können, muss ein Wechsel von der Objektrolle in sozialen Beziehungen in den Subjektstatus erfolgen (vgl. Weiss 2016b: 103). «Selbstbemächtigung bedeutet Befreiung von Abhängigkeit und Ohnmacht. Menschen, die

sich ihrer selbst bemächtigen, werden zu aktiv handelnden Akteuren, die sich ein Mehr an Selbstbestimmung, Autonomie und Lebensenergie erstreiten.» (Weiss 2013: 167) Es ist ein wesentlicher Inhalt von Traumapädagogik, Mädchen und Jungen in die Lage zu versetzen, sich aus Abhängigkeiten zu befreien und Subjekt ihres Lebens zu werden.

Gemäss Weiss (ebd.) ist es wichtig, die Lebensleistung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu würdigen, auf ihre Ressourcen zu fokussieren und diese zu benennen. Viele traumatisierte Menschen haben ihre selbstregulatorischen Fähigkeiten verloren (Affektmodulation, Impulskontrolle, Störungen der Ich-Wahrnehmung, Störung der Körperwahrnehmung), was meist zu grossen Unsicherheiten in Beziehungen führt und dem Selbstwert beträchtlichen Schaden zufügt (ebd.: 167f.). Da der Selbstwert eines Menschen von Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen und dem Erleben von Selbstwirksamkeit in sozialen Kontakten abhängt, ist es für die Traumapädagogik zentral, diese Bereiche bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu stärken.

Förderung des Selbstverstehens (Psychoedukation)

Wenn traumatisierte Jungen und Mädchen über die Abläufe in ihrem Kopf und Körper, über Dissoziation und traumatische Übertragungen Bescheid wissen, lernen sie, sich selbst besser zu verstehen. Dazu ist es notwendig, diese Dynamiken den Kindern in einfacher Sprache, z.B. mit Hilfe von Bildern zu erklären. Daneben ist bedeutend, ihnen immer wieder zu sagen, dass das was sie erlebt haben nicht normal ist, ihre Reaktionen jedoch normale Antworten auf extreme Belastungserfahrungen sind. Zur Vermittlung von angemessenem Wissen über Traumatisierungen gehört auch, dass Kinder wissen, was in Familien passieren kann und dass sie nicht die Einzigen sind, die z.B. von ihren Eltern geschlagen wurden oder sexuelle Gewalt erlebt haben. Die Wissensvermittlung kann traumatisierte Kinder und Jugendliche von Schuld- und Schamgefühlen, Gefühlen von Isolation (ich bin anders), Hilflosigkeit, Verwirrung und Versagensängsten entlasten (vgl. ebd.).

Unterstützung der Selbstakzeptanz

Noch wichtiger als das kognitive Verstehen ist das emotionale Akzeptieren der eigenen Verhaltensweisen. Viele Kinder schämen sich für ihre kompensatorischen Verhaltensmuster. Pädagog*innen können ihnen immer wieder beim Verstehen und Akzeptieren helfen, indem sie ihnen z.B. sagen «Wenn ein Kind sehr oft hungern musste und Angst hatte, vor Hunger zu sterben, und es deshalb jetzt Essen im Zimmer bunkert, kannst du das nachvollziehen? Ist es nicht verständlich, dass ein Mädchen, das von Erwachsenen erfahren hat, dass Aufmerksamkeit nur über Sexualität erfolgt, jetzt denkt, das sei der einzige Weg, gesehen und geliebt zu werden?» Ausserdem kann das bereits erwähnte Wort «weil» sehr hilfreich sein. Wenn dem

Kind die Frage gestellt wird «Du tust das, weil...?» wird ihm geholfen, mit respektvollem, liebevollem Interesse sein Verhalten zu verstehen und *seinen* guten Grund dahinter zu sehen. So kann die fehlende Selbstakzeptanz schrittweise wieder zurückgewonnen und selbstzerstörerische Verhaltensweisen verändert werden (vgl. ebd.).

Förderung der Selbstwahrnehmung und Selbstregulation

In früher Kindheit belastete Kinder haben eine gute Körper- und Emotionswahrnehmung meist nicht entwickeln können. Um dies bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen nachzuholen, hilft zum einen die erwähnte emotional-orientierte Sprache. Ausserdem sollten im Alltag mit den Kindern Begriffe für Empfindungen gesucht werden, insbesondere auch für Übererregungszeichen oder Dissoziationen. Gemeinsam mit den Kindern soll herausgefunden werden, wo sie die Empfindungen im Körper spüren und wie sie Einfluss auf diese Empfindungen nehmen können. Durch Körperübungen (Entspannungstechniken, Achtsamkeitsübungen, Übungen zur Verbesserung der Sinneswahrnehmung) und durch Erlebnispädagogik können traumatisierte Kinder und Jugendliche positive Körpererfahrungen machen und wieder lernen, den Körper wahrzunehmen und seine Signale richtig zu deuten (vgl. ebd.). Für die körperliche Stabilität sind gemäss Baierl (2017: 81) auch gesunde Ernährung, Gesundheitsfürsorge, Hygiene, geregelter Schlaf-Wach-Rhythmus und körperliche Bewegung wichtige Grundlagen. Kinder und Jugendliche sollen darin unterstützt werden, diese basale Selbstfürsorge immer mehr selbstständig zu übernehmen.

Der erste Schritt zur Förderung der Selbstregulation ist, die Trigger zu identifizieren, die zur Übererregung oder zur Dissoziation führen (vgl. Baierl 2014b: 93f.). So können diese im Alltag möglichst vermieden werden. Das langfristige Ziel ist die Löschung von Triggern, was aber vorwiegend in der Traumatherapie erfolgen sollte. Im Alltag ist es wichtig, dass Kinder und Jugendliche lernen, Anzeichen für drohende Kontrollverluste rechtzeitig zu erkennen und diese durch gezielte Methoden zu stoppen. Baierl und andere Autoren sprechen von sogenannten *Unterbrechern*. Dazu gehört alles, was den Weg zwischen Auslöser und Kontrollverlust unterbricht. Dies können verschiedenste Dinge sein wie

- *Reize, die Aufmerksamkeit fordern oder binden* wie z.B. laute Geräusche oder Musik, starke Gerüche, scharfes Essen, auf 10 zählen, Gedicht oder Liedtext aufsagen, kompliziertes Klatschritual durchführen, alle Hauptstädte Europas aufzählen;
- *Aktivitäten, die im Hier und Jetzt halten* wie z.B. alle blauen Gegenstände im Raum zählen, Gummiband am Handgelenk an die Haut spicken lassen

- *Aktivitäten, die beruhigen oder Erregung Raum geben* wie z.B. Entspannungstechniken, ums Haus rennen, etwas gezielt kaputt machen, lautes Singen, Luftballon mit Federballschläger durch den Raum schlagen, Gefühle künstlerisch ausdrücken;
- *Spirituelle Aktivitäten* wie z.B. beten, spirituelles Symbol berühren, Krafttier oder Schutzengel um Hilfe bitten, Ritual durchführen oder
- *Distanzierungs- bzw. Externalisierungstechniken* wie z.B. im Inneren aufsteigende Gefühle, Bilder oder Impulse in einen Stein blasen oder auf imaginäre Kinoleinwand projizieren und mit der Darstellung spielen (z.B. grösser/kleiner, heller/dunkler, Ton leise/laut); Formulierung mit «ein Teil von mir...ist gerade total wütend» (vgl. ebd.).

Eine bekannte Methode für Kinder und Jugendliche ist der *Notfallkoffer* (vgl. Baierl 2017; Feuervogel 2014). Ein Notfallkoffer wird real gepackt, um in akuten Notsituationen ganz individuelle Hilfsutensilien bereit zu haben, die beruhigen, ablenken, ins Hier und Jetzt zurückholen oder distanzieren helfen. In den Notfallkoffer kommen beispielsweise: Ein Symbol für einen imaginären sicheren Ort; Dinge, die schöne Erinnerungen wachrufen; Schokolade; besondere Gerüche; Gummiband, Massageball, Brausetabletten oder scharfe Bonbons (vgl. Feuervogel 2014: 15). Wenn Kinder und Jugendliche dabei unterstützt werden, ihren Körper und ihre Gefühle besser wahrzunehmen und Kontrollverluste zu verhindern, gibt dies ihnen das Gefühl von Selbstkontrolle und Selbstwirksamkeit zurück und sie wachsen aus der Opfererfahrung hinaus zu aktiv und erfolgreich Handelnden (vgl. Baierl 2017: 80).

4.2.4 Selbstfürsorge – Pädagogische Fachkraft als Teil der Pädagogik

Lang (2016: 281) betont, dass in der Traumapädagogik die Pädagog*innen selbst einen sehr wichtigen Teil der Pädagogik ausmachen und deshalb ihre Selbstfürsorge zentral sei. Lang plädiert dafür, dass dies einerseits institutionelle Aufgabe aber auch persönliche Verantwortung sei. Er setzt für die bindungspädagogische Arbeit insbesondere die Auseinandersetzung mit eigenen Bindungserfahrungen und den daraus resultierenden Erwartungen und Beziehungsfallen in den Fokus. Er spricht von der Notwendigkeit einer guten Balance von emotionalem Engagement und professioneller Distanz in der Beziehung (vgl. ebd.). Auch Baierl (2014b: 81-82) thematisiert, dass in der Beziehungsarbeit immer Wechselwirkungen zwischen den Pädagog*innen und den Kindern bestehen und es deshalb zu persönlichen Verflechtungen kommen kann, die ein gutes Auffangen der traumabezogenen Verhaltensweisen des Kindes erschweren. So springen Pädagog*innen zum Beispiel auf eigene Themen und Belastungen an oder werden von Gefühlen übermannt, die reaktives Handeln auslösen und dadurch teilweise zur Eskalation beitragen. Baierl betont deshalb die Notwendigkeit der eigenen Veränderung als Aufgabe der Pädagog*innen. Sie müssen sich selbst und eigene

Verhaltensweisen immer wieder hinterfragen und achtsam sein darauf, was sie belastet. Sie müssen einen guten Umgang mit eigener Belastung finden, damit sie Nähe und Interventionen professionell gestalten können (vgl. ebd.).

Um schwierige Beziehungsdynamiken unter dem Aspekt der Reinszenierung früherer Erfahrungen der traumatisierten Kinder aber auch wirklich zu erkennen und die dabei entstehenden Gefühle und Empfindungen gut versorgen zu können, postuliert Lang (2016: 281), dass es Strukturen der Eigenreflexion und begleitenden Fallreflexion braucht. Baierl (2014b: 81-82) empfiehlt einen regelmässigen Austausch über die eigene Betroffenheit in schwierigen Situationen in Form von Teamsitzungen, Supervision, Selbsthilfegruppen oder ähnlichen Plattformen. Spezifische Weiterbildungen können dazu dienen, Selbstkontroll- und Distanzierungstechniken für sich selbst kennen und anwenden zu lernen. Baierl (ebd.) empfiehlt ganz alltagspraktisch, bei persönlicher Betroffenheit kurz innezuhalten und durchzuatmen, um sich selbst zu beruhigen, sich den eignen Zielen bewusst zu werden und sich auf die positiven Absichten bzw. guten Gründe (bei sich selbst und beim Kind) zu konzentrieren.

4.2.5 Kritik an der Traumapädagogik

Es gibt auch in der Schweiz immer mehr Kurse und Ausbildungsprogramme über Traumapädagogik für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Jugendhilfe. Schmid und Kolleg*innen kritisieren, dass der Begriff «Traumapädagogik» dabei oftmals schwammig sei und teilweise sehr unterschiedlich benutzt sowie oft zu theoretisch und zu wenig praktisch besetzt werde (vgl. Schmid/Wiesinger/Lang/Jaszkowicz/Fegert 2007: 333-334). Dadurch läuft die Traumapädagogik in Gefahr, inhaltlich abgenutzt zu werden. Bei der Recherche über Traumapädagogik für diese Arbeit stellte sich heraus, dass es eine breite Konzept- und Methodenlandschaft gibt, mit teilweise überschneidenden Inhalten aber unterschiedlichen Begrifflichkeiten. Dies macht es schwierig, sich einen Überblick zu verschaffen. Dieser Umstand ist vermutlich einerseits darin verschuldet, dass es sich um eine noch junge Pädagogik handelt, die sich immer noch in der Entwicklungsphase befindet. Andererseits mag es daran liegen, dass Traumapädagogik eine neue Herangehensweise ist, die aber eine Auswahl von teilweise alten Theorien zusammennimmt. Das führt dazu, dass vielerorts in der Praxis Traumapädagogik angewendet wird, ohne ausdrückliche konzeptuelle Verankerung und andererseits viele bewährte Methoden, die vorher anders benannt wurden, nun einen traumapädagogischen «Titel» bekommen. Dies kann zu Verwirrung für Fachkräfte führen. Trotz der teils überschneidenden Konzepte und Methoden mit bekannten Pädagogikansätzen, ist das Neue an der Traumapädagogik insbesondere die Haltung gegenüber den Kindern und Jugendlichen. Aus psychotraumatologischem Wissen heraus entsteht

Verständnis für das Verhalten des Kindes und seiner Beziehungsangebote aus seiner traumatischen Lebensgeschichte und entsprechende Interventionen leiten sich daraus ab.

Weitere Kritik ertönt teilweise von Fachkräften, die ihre bewährten Methoden in Gefahr sehen und sich beispielsweise fragen, ob man wirklich nur noch auf «gute Gründe» für Verhalten schauen und keine klaren Grenzen mehr setzen soll (vgl. Kahl/Winterstein 2018: 136). Der Abschnitt Regeln und Strukturen in dieser Arbeit zeigt auf, dass bei Grenzüberschreitungen nicht per se nur noch eine Unterstellung des guten Grundes passieren soll, auf welche keine Konsequenzen folgen. Kontrollverluste aufgrund von Traumatisierungen und bewusst gesteuertes Verhalten sollen unterschieden werden, um dementsprechend darauf zu reagieren. Die Frage stellt sich natürlich, ob diese Unterscheidung für Fachkräfte immer so leicht auszumachen ist. Es wird ausserdem kritisiert, dass Traumapädagogik sehr zeitaufwendig ist (vgl. ebd.). Der Faktor Zeit ist in der Traumapädagogik durchaus ein wichtiger. Aus traumatischen Lebenserfahrungen resultierende, verinnerlichte Erwartungen an die Umwelt zu korrigieren, braucht einen langen Atem. Erste Evaluationsergebnisse traumapädagogischer Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe zeigen jedoch recht eindeutig, wie gross der Nutzen einer höheren Traumasensibilität sein kann (vgl. Schmid/Erb/Fischer/Kind/Fegert 2017a: 189).

Die beschriebenen traumapädagogischen Konzepte und Methoden sind in der Literatur vorwiegend auf die traumapädagogische Arbeit in Kinder- und Jugendheimen ausgerichtet. Da in dieser Arbeit aber Traumapädagogik im Kontext von Pflegefamilien interessiert, wird im nächsten Kapitel auf Grundlagen der Familienpflege eingegangen.

5 Familienpflege

Eine Platzierung eines Kindes ausserhalb seiner Familie erfolgt nicht leichtfertig. Schnurr (2012: 28) hält fest, dass oft multiple und kumulierende Belastungen und Problemlagen zu einer Platzierung führen. Fremdplatzierungen kommen immer subsidiär zu tragen, das heisst, wenn die Eltern und das familiäre Umfeld auch mit externer Unterstützung und Begleitung die Probleme nicht bewältigen können und die Entwicklungs- und Bildungschancen der betroffenen Kinder bzw. Jugendlichen erheblich gefährdet sind (vgl. ebd.). Wenn eine Fremdplatzierung aus Kinderschutzgründen angezeigt ist und die Eltern nicht einwilligen, wird ihnen von der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (nachfolgend KESB genannt) das Aufenthaltsbestimmungsrecht über das Kind entzogen (vgl. Blum 2016: 168). Man spricht dann auch von der Aufhebung der elterlichen Obhut. Dies KESB ist dann Inhaberin des Aufenthaltsbestimmungsrechts. Wenn die Eltern mit der Platzierung einverstanden sind oder diese sogar selbst initiieren, kommt es in der Regel nicht zu einer Aufhebung des Aufenthaltsbestimmungsrechts. Dann spricht man von einer freiwilligen oder einvernehmlichen Platzierung (vgl. ebd.). Eine Pflegefamilie oder ein Heim soll dem Kind ein alternatives Entwicklungsmilieu bieten und es dabei unterstützen, Entwicklungsdefizite oder erlittene Traumata zu bewältigen (vgl. ebd.: 27).

Im Einzelfall muss entschieden werden, ob eine Familien- oder eine Heimplatzierung erfolgen soll. Bei beiden Platzierungsformen gibt es eine grosse Variantenvielfalt. Die Entscheidung, welches die passende Unterbringungsform darstellt, soll von Fachpersonen bewusst, sorgfältig und kriteriengeleitet getroffen werden und möglichst genau dem individuellen Bedürfnisprofil des Kindes entsprechen (vgl. ebd.: 32). In der vorliegenden Arbeit wird die Familienpflege enger in den Fokus genommen. Gemäss Suhler (2013: 94f.) ist die Unterbringung in einer Pflegefamilie für ein breites Spektrum an Kindern geeignet und ein grosser Teil der Familienplatzierungen wird als gelingend eingestuft. Gegenüber der Heimerziehung zeigen sich in der Forschung bei Pflegefamilien verschiedene Vor- und Nachteile. Pflegefamilien können kontinuierlichere Beziehungs- und Bindungsangebote bieten als Heime. Es gelingt Pflegefamilien besser als Heimen, internalisierende Probleme (z.B. Ängste und sozialer Rückzug) aufzufangen. Im Umgang mit externalisierenden Problemen (z.B. kontinuierliche Regelverletzungen und aggressives Verhalten) zeigen sich jedoch insbesondere in nicht-professionellen Pflegefamilien grössere Schwierigkeiten als in Heimen. Zwischen Eltern und Pflegeeltern kommt es ausserdem häufiger zu Rollenkonflikten als zwischen Eltern und Sozialpädagog*innen in Heimen. Untersuchungen ergaben, dass Pflegekinder ihre Lebensqualität tendenziell höher einschätzen als Heimkinder (vgl. ebd.). Wolf (2016: 153f.) ergänzt, dass Pflegefamilien ein hohes Mass an Normalität der Lebensbedingungen bieten und dadurch weniger stigmatisierend sind.

Unter Bezugnahme auf eine deutsche Studie nennt Shuler (2013: 90) folgende häufigste Gründe für eine Platzierung in eine Pflegefamilie. In vielen Fällen ist eine Kumulation von mehreren Faktoren vorhanden.

- Vernachlässigung und unzureichende Versorgung des Kindes
- Instabile Lebenssituation des Kindes (z.B. durch häufige Betreuungswechsel)
- Inadäquate Rolle des Kindes in der Familie (z.B. Übernahme einer betreuenden, versorgenden Funktion für die Erwachsenen)
- Aktive Ablehnung des Kindes durch die Bezugsperson(en)
- Misshandlung, sexueller Missbrauch

Wie die Studie zeigt, werden primär bindungstraumatisierte Kinder in Pflegefamilien unterbracht. Pflegefamilien weisen insbesondere durch dichte emotionale Beziehungen und deren Kontinuität eine besondere Stärke auf, weil dadurch sichere Bindungen und emotional bedeutende Beziehungen entwickelt werden können (vgl. Wolf 2016: 153). Gerade für traumatisierte Kinder und Jugendliche, welche unsichere oder gestörte Bindungsmuster entwickelt haben, scheinen deshalb für die Verfasserin Pflegefamilien eine chancenreiche Unterbringungsform darzustellen.

5.1 Pflegekinderwesen Schweiz

Das Pflegekinderwesen liegt in der Verantwortung der Kantone. Die Platzierung in Pflegefamilien ist in der Schweiz nebst der Heimplatzierung die wichtigste Form der öffentlich verantworteten Erziehung von Kindern und Jugendlichen ausserhalb ihrer Herkunftsfamilie (Schnurr o.Jg.: 6). Leider gibt es bis heute keine repräsentative nationale Datenerhebung zu Pflegekindern¹⁰ in der Schweiz (vgl. Seiterle 2018: 3f.). Die Bestandesaufnahmen Pflegekinder Schweiz (2015 und 2016) tragen zu einer Übersicht über die Pflegekinderlandschaft der Schweiz bei. Hochrechnungen daraus ergaben, dass im Jahr 2016 insgesamt rund 18'900 Kinder und Jugendliche platziert wurden, davon gut ein Viertel in Pflegefamilien. 33% der Pflegekinder wurden bei verwandten Pflegeeltern und 67% bei nicht verwandten Pflegeeltern platziert (vgl. ebd.).

In der Schweiz kann grundsätzlich jede erwachsene Person eine Bewilligung zur Aufnahme von Pflegekindern beantragen (vgl. Gassmann/Raulf/Zahner 2016: 24). Für die Bewilligung und Aufsicht von Pflegeverhältnissen in der Schweiz ist die KESB am Ort der Unterbringung

¹⁰ Wenn nachfolgend von Pflegekind die Rede ist, sind damit auch Jugendliche bis 18 Jahre gemeint

des Kindes oder eine andere kantonale oder kommunale Behörde zuständig (vgl. ebd.:35f). Die Bewilligung wird jeweils für ein bestimmtes Kind erteilt und ist teilweise mit Auflagen und Bedingungen verbunden. Pflegeeltern, auch wenn sie dem Pflegekind verwandt sind, haben ein Anrecht auf finanzielle Entschädigung. Diese ist meist durch kantonale Richtlinien geregelt und enthält zum einen die Vergütung für effektive Kosten wie Wohnen, Essen, Kleidung, Gesundheit, Bildung und zum andern eine Entschädigung für die Erziehungsarbeit (vgl. ebd.).

5.1.1 Rahmen und Inhalt der Tätigkeit als Pflegeeltern

Pflegekinderverhältnisse kommen durch (vertragliche) Vereinbarungen zwischen Herkunftsfamilie und Pflegeeltern zustande oder durch die Anordnung der zuständigen KESB (vgl. Blum 2016: 187f.). Bei angeordneten Platzierungen werden in der Regel detaillierte vertragliche Vereinbarungen zwischen Behörde und Pflegeeltern oder einer das Pflegeverhältnis begleitenden Familienplatzierungsorganisation getroffen. Das Sorgerecht¹¹ von Pflegekindern bleibt häufig bei den Herkunftseltern oder einem gesetzlichen Vormund¹² (vgl. ebd.). Das Schweizerische Zivilgesetzbuch (ZGB) hält jedoch fest, dass Pflegeeltern die Ausübung der elterlichen Sorge übernehmen, soweit es zur Erfüllung ihrer Aufgabe angezeigt ist (vgl. Art. 300 ZGB). Weil dadurch unklar bleibt, welche Teile der elterlichen Sorge bei den Eltern verbleiben und welche von den Pflegeeltern übernommen werden, bedarf es bei jedem Pflegeverhältnis einer Konkretisierung der Aufgaben und Zuständigkeiten von Pflegeeltern. Von Fachkreisen wird dringend empfohlen, eine schriftliche Vereinbarung abzuschliessen (vgl. Blum 2016: 187f). Ein schriftlicher Vertrag ist jedoch bislang nicht gesetzlich vorgegeben. Zu den Aufgaben von Pflegeeltern gehört gemäss Blum (ebd.) in jedem Fall die altersgemässe Beaufsichtigung und damit verbundene Anweisungen für das Verhalten des Kindes, die Sorge um Bekleidung, Ernährung und Gesundheitspflege, die Freizeitgestaltung und die Überwachung der Hausaufgaben bei schulpflichtigen Kindern. Gassmann und Kolleginnen (2016: 35) betonen eher die zwischenmenschlichen Aufgaben von Pflegeeltern, wie dem Pflegekind verlässliche Beziehungen, Wertschätzung, Vertrauen und ein Zugehörigkeitsgefühl zu ermöglichen.

¹¹ Gemeint ist damit die Sorge um das Wohl des Kindes im Hinblick auf Pflege, (religiöse) Erziehung, Förderung der körperlichen, geistigen und sittlichen Entfaltung, Vertretung des Kindes gegenüber Drittpersonen und Schutz des Kindes. Die Inhaber des Sorgerechts haben in genannten Bereichen Entscheidungsgewalt (vgl. Art. 296 ZGB, Art. 301-304 ZGB).

¹² Wenn Eltern verstorben sind oder ihnen die elterliche Sorge entzogen wurde, wird für betreffende Kinder von der KESB eine Vormundin oder einen Vormund eingesetzt. Vormund*innen haben rechtlich die gleiche Stellung wie Eltern (vgl. Art. 327 ZGB).

5.1.2 Formen von Pflegeverhältnissen

In der Schweiz gibt es verschiedene Formen von Pflegeverhältnissen, die nicht immer klar voneinander abgrenzbar sind (vgl. Lippuner 2016: 116f.). Es werden zwei Hauptformen unterschieden, die mit den Perspektiven der Platzierung zusammenhängen:

Dauerpflege mit Perspektive Dauerplatzierung: Das Kind lebt für eine längere Zeit in der Pflegefamilie und wird regelmässig von ihr betreut, sowohl am Tag als auch in der Nacht (vgl. ebd.). Das übergeordnete Ziel ist die Integration des Kindes in die Pflegefamilie mit einem nachhaltigen Aufbau von neuen Bindungen. Oft dauert eine Dauerplatzierung bis zur Selbständigkeit des Pflegekindes (vgl. Shuler 2013: 91-92).

Wochenpflege mit Perspektive Rückplatzierung: Das Pflegekind wird längerfristig während der Woche in der Pflegefamilie betreut, verbringt aber viel Zeit bei seinen leiblichen Eltern. Die Wochenpflege ist gemäss Lippuner (2016: 117) dann indiziert, wenn eine Rückplatzierung in die Herkunftsfamilie angestrebt wird. Die Bindung zur Herkunftsfamilie wird durch regelmässige und häufige Besuchskontakte erhalten und gefördert und die Probleme, die zur Platzierung geführt haben, werden in der Zeit der Platzierung durch eine intensive Begleitung der Herkunftsfamilie bearbeitet (vgl. Shuler 2013: 92). Die Wochenpflege ist in der Regel auf eine kürzere Dauer ausgerichtet. Wenn es innerhalb einer nützlichen Frist nicht zu einer Rückplatzierung gekommen ist, schlägt Shuler (ebd.) eine Umwandlung in eine Dauerplatzierung vor.

Daneben gibt es noch spezielle Formen von Pflegeverhältnissen wie die *Kurzzeit- bzw. Bereitschaftspflege*, wobei Notfall-Platzierungen in akuten vorgenommen werden und die *Time-out-Platzierung*, die insbesondere Jugendlichen in einer Krise Ruhe und Abstand von Problemereichen ermöglichen und Anstösse zu einer Verhaltensänderung vermitteln soll (vgl. ebd.). Des Weiteren gibt es die Möglichkeit von *Entlastungs-, Wochenend- oder Ferienplätzen bei einer Kontaktfamilie*, die beispielsweise auch für Kinder und Jugendliche, die in einem Heim oder einer Pflegefamilie leben, genutzt werden (vgl. Lippuner 2016: 116f.). Die verschiedenen Begriffe der Platzierungsformen werden in der Fachwelt nicht einheitlich verwendet.

5.1.3 Typen von Pflegefamilien

Shuler (2013: 92-93) unterscheidet vier Idealtypen von Pflegefamilien. Er betont, dass eine solche Einteilung zwar zur Orientierung für Fachpersonen dienlich ist, dass aber dennoch eine individuelle Betrachtung von Pflegefamilien wichtig ist.

Traditionelle Pflegefamilie

Es handelt sich um eine «normale» Familie, bei welcher ein Pflegekind aufgrund eigener Kinderlosigkeit oder dem Wunsch nach einem Geschwister für ein Einzelkind aufgenommen wird. Als Pflegekind wünschen diese Familien oft ein möglichst junges, unbelastetes Kind. Teilweise entstehen bei den Pflegeeltern Besitzansprüche gegenüber dem Pflegekind, was Rivalitätsverhältnisse mit der Herkunftsfamilie verursachen kann. Traditionelle Pflegefamilien haben die Stärke, dass sie einem Pflegekind ein besonders authentisches Familienleben anbieten können.

Empty-nest-Pflegefamilie

Bei Paaren, deren eigene Kinder bereits weitgehend selbständig sind, entsteht manchmal der Wunsch, Ressourcen wie Erziehungserfahrungen und freigewordene Zeit- und Raumkapazitäten für Pflegekinder einzusetzen. Diese Familien sind oftmals auch für ältere und/oder verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche offen. Mögliche Rück- oder Umplatzierungen werden weniger als Bedrohung erlebt als beispielsweise in traditionellen Pflegefamilien.

Milieunahe Pflegefamilie

Diese Art von Pflegefamilie ist dadurch gekennzeichnet, dass sie das Kind und oft auch die Herkunftsfamilie bereits vor der Platzierung durch Bekannt- oder Verwandtschaft gekannt hat. Die Motivation für die Aufnahme des Pflegekindes ist es, dem bekannten Kind, das in eine Not gerät, zu helfen. Durch das vertraute und ähnliche Milieu ist der Kulturwechsel bei einer Platzierung für das Kind kleiner. Oft kann es in der gleichen Umgebung und Schule bleiben. Auf die Beziehung zwischen Pflegeeltern und Herkunftsfamilie kann die milieunahe Platzierung sowohl positive (z.B. unkompliziertes, freundschaftliches Verhältnis) als auch negative Auswirkungen (z.B. familiäre Konflikte) haben.

Professionelle Pflegefamilie

Professionelle Pflegeeltern zeichnen sich dadurch aus, dass sie ihre beruflichen Kompetenzen (z.B. Ausbildung in Sozialpädagogik, Sozialer Arbeit oder Psychologie) nutzen, um Beruf und Familienleben zu vereinen. Sie sind meist für ganz verschiedene, auch verhaltensauffällige und behinderte Kinder offen. Mit dem Kontakt zur Herkunftsfamilie und einer möglichen Rückplatzierung wird meist weitgehend angstfrei umgegangen (vgl. ebd.).

Praxis und Forschung lassen zum Schluss kommen, dass grundsätzlich all diese Pflegefami-
lientypen mit ihren Stärken und Schwächen je nach Kind und Platzierungsperspektive ein

förderliches Umfeld für Pflegekinder sein können und dass deshalb eine Sicherstellung von genügend zur Verfügung stehenden Pflegefamilien von allen Typen angestrebt werden soll. Shuler (ebd.) betont insbesondere auch die Wichtigkeit der Zurverfügungstellung geeigneter Qualifizierungs- und Begleitungsangebote für Pflegefamilien.

5.2 Begleitung von Pflegeverhältnissen

Die Begleitung eines Pflegeverhältnisses beginnt bereits mit der umfassenden Abklärung und Qualifizierung der Pflegefamilie durch eine Aufsichtsbehörde, welcher die Pflegeplatzbewilligung folgt. Die Begleitung umfasst des Weiteren die Passungsabklärung, die Begleitung und Beratung während einer laufenden Platzierung, die Vernetzung der Pflegefamilie sowie deren Aus- und Weiterbildung. In der Verordnung über die Aufnahme von Kindern zur Pflege und zur Adoption (PAVO) wird festgelegt, dass eine Fachperson der Behörde die Pflegefamilie so oft als nötig, jährlich aber wenigstens einmal, besuchen und über diese Besuche Protokoll führen muss, sowie die Weiterführung des Pflegeverhältnisses überprüfen und die Pflegefamilie bei Bedarf beraten soll (Art. 10 PAVO). Dies ist also die minimale Begleitung, die allen Pflegefamilien zukommt und verpflichtend ist. Weitere Unterstützungsleistungen im Pflegekinderbereich werden teilweise von Sozialdiensten, Beiständen, spezifischen Beratungsstellen und freien Trägern übernommen. Eine Begleitung, die über die minimale Begleitung durch die Aufsichtsbehörde hinausgeht, wird in den meisten Kantonen der Schweiz auf freiwilliger Basis angeboten (vgl. Seiterle 2018: 30). Das heisst, dass sich Pflegeeltern, die eine professionelle Begleitung wünschen oder benötigen, selbst aktiv darum bemühen müssen. Die Pflegekinderhilfe hat sich in den letzten Jahren im deutschsprachigen Raum ausdifferenziert, um bessere Unterstützungsangebote bieten zu können (vgl. Schmid/Pérez/Schröder/Gassmann 2017b: 123). Besonders die Zahl privater Dienstleistungsangebote in der Familienpflege (DAF)¹³ hat stark zugenommen (vgl. Keller 2013: 113f.).

Die DAF übernehmen eine zentrale Aufgabe in der Kinder- und Jugendhilfe. Als private Organisationen bieten sie unterschiedliche Dienstleistungen an, mit dem Ziel, die Tragfähigkeit von Pflegeverhältnissen zu erhöhen. Dazu gehört beispielsweise die Rekrutierung sowie Aus- und Weiterbildung von Pflegefamilien, die Vermittlung von Pflegekindern (Passungsabklärung) und

¹³ «Wird umgangssprachlich oft mit privaten Familienplatzierungsorganisationen (FPO) gleichgesetzt, ist aber nicht exakt das Gleiche: Bei den FPO sind die Pflegefamilien Teil der Organisation, bei den DaF hingegen nicht.» (Seiterle 2017: 4) DAF gibt es nur in den deutschsprachigen Kantonen. In der Romandie und im Tessin haben die Verantwortlichen die Etablierung von DaF nicht zugelassen, weil sie die Pflegekinderhilfe als öffentliche Aufgabe verstehen, die sie nicht an private Organisationen delegieren wollen. In diesen Kantonen sind hauptsächlich kantonale Fachstellen für die Platzierungen verantwortlich (vgl. ebd.: 6).

die Begleitung von Pflegeverhältnissen durch Beratungsgespräche, Standortgespräche mit dem Helfersystem, Zusammenarbeit mit der Herkunftsfamilie, 24h-Erreichbarkeit in Notfällen und Krisenintervention. Sie übernehmen auch administrative Aufgaben wie die Abrechnung von Löhnen und Sozialversicherungen für die Pflegeeltern sowie die Rechnungsstellung der Kosten für die Kinder und Jugendlichen an die Zahler. Diese Dienstleistungen werden von zuweisenden Stellen genutzt, welche die öffentliche Verantwortung für die Platzierung tragen. Oft wird der ganze Platzierungsprozess inklusive Passungsabklärung und Begleitung der Platzierung an eine DAF delegiert. Es entsteht dann sowohl zwischen der DAF und der zuweisenden Stelle als auch zwischen der DAF und der Pflegefamilie ein Vertrag mit genauen Vereinbarungen, betreffend Auftrag und Zusammenarbeit. Da es sich bei Familienplatzierungen um einen staatlichen Auftrag im Kinderschutz handelt, der an private Familienplatzierungsorganisationen delegiert wird, ist die Prüfung der Qualität der von ihnen erbrachten Dienstleistungen zentral, um der Sicherstellung des Kindeswohls gerecht zu werden (vgl. ebd.). In der Schweiz war die Qualitätssicherung lange Zeit lückenhaft und ist es teilweise immer noch. Die Kantone sind zuständig für die Aufsicht der DAF. Seit 2014 besteht eine Meldepflicht für alle DAF – eine Bewilligungspflicht jedoch nicht in allen Kantonen. Es gibt nur teilweise überprüfbare Qualitätsstandards, welche auch hier wieder kantonal unterschiedlich sind (vgl. Integras 2018: o.S.). Es scheint notwendig, dass hier weitere Schritte für eine bessere Qualitätssicherung passieren. Integras fordert, dass DAF ebenso wie Heime bewilligungspflichtig und einer ähnlichen qualitativen Aufsicht unterstehen sollten (vgl. ebd.).

Es wird längst nicht jede Familienplatzierung durch eine DAF begleitet. In der Tendenz ist es so, dass die Verantwortlichen vorwiegend bei Pflegeverhältnissen, die von vornherein als komplex eingestuft werden, eine DAF beiziehen. Dazu gehören insbesondere Notfallplatzierungen¹⁴, aber auch Wochen- oder Dauerpflegeplatzierungen von schwer belasteten und verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen oder bei komplexen Umständen in der Herkunftsfamilie und schwierigem Kontakt zur dieser. Damit Pflegefamilien ihrer herausfordernden und verantwortungsvollen Aufgabe gerecht werden können, plädiert Wolf (2019: 3-4) für eine leistungsfähige, professionelle Begleitung und Beratung für *alle* Pflegefamilien. Auch Integras fordert dies in einer Stellungnahme (vgl. Integras 2018: o.S.).

Welche Herausforderungen sich insbesondere bei Pflegefamilien zeigen, die traumatisierte Kinder bei sich aufnehmen, und welchen besonderen Bedürfnissen der Pflegekinder sie begegnen, wird im nächsten Kapitel beschrieben.

¹⁴ Bei Notfall- und Time-out-Platzierungen ist die Begleitung in der Schweiz Pflicht.

6 Traumatisierte Kinder in Pflegefamilien

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass ein Grossteil der Kinder und Jugendlichen, die fremdplatziert werden, traumatische Lebenserfahrungen gemacht haben. Bei Pflegekindern variieren die Angaben zur Häufigkeit von traumatischen Erfahrungen von 43 bis 90 Prozent (vgl. Zitelmann 2016: 220). Wie im Kapitel «Trauma und Folgestörungen» aufgezeigt wurde, entwickelt nicht jedes Kind, das ein Trauma erlebt hat, auch eine Folgestörung. Ein Blick in die Biografien von fremdplatzierten Kindern und Jugendlichen zeigt aber, dass viele von ihnen häusliche Gewalt, Missbrauchs-, Misshandlungs- oder Vernachlässigungserfahrungen gemacht haben und dass dies meist nicht isolierte Einzelerfahrungen darstellten (vgl. Schmid et al. 2007: 332f.). Nicht selten erfolgen diese Traumatisierungen innerhalb der Familie, also durch Bezugspersonen. Dabei handelt es sich um interpersonelle Typ-II-Traumata, die ein erhebliches Risiko für die Entwicklung von langanhaltenden Traumafolgestörungen darstellen und sich bei Kindern auf deren Entwicklung schädigend auswirken. Häufig weisen diese Kinder gestörte Bindungsmuster bis hin zu fast völligem Verlust der Bindungsfähigkeit auf sowie eine Unterentwicklung der emotionalen Fähigkeit, eigene Gefühle zu regulieren (vgl. ebd.). Viele traumatisierte Kinder weisen Defizite in sozialen Kompetenzen auf. Sie deuten neutrales Verhalten von anderen Menschen häufig als feindselig und reagieren darauf aggressiv oder ziehen sich zurück, da sie die Motive nicht nachvollziehen können. Viele traumatisierte Kinder zeigen dissoziative Symptome. Ältere Kinder und Jugendliche zeigen die Tendenz zu depressiven Symptomen, Selbstverletzung und Suizidgedanken, Persönlichkeitsstörungen und Substanzmissbrauch (vgl. ebd.). Nachstehende Tabelle zeigt verschiedene mögliche Symptome als Traumafolge nach Lebensalter auf.

Lebensphase (Alter)	Symptome als mögliche Traumafolge
Frühe Kindheit	Bindungsstörungen, oppositionelles Verhalten, Entwicklungsverzögerungen
Mittlere Kindheit	Schulversagen, Störungen des Sozialverhaltens, Dysphorie, Lustlosigkeit, depressive Symptome, Selbstwertproblematik, geringere soziale Kompetenz
Jugendalter	Selbstverletzungen, Suizidalität, Substanzmissbrauch, Störung des Sozialverhaltens, auffälliges sexualisiertes Verhalten, körperliche und sexuelle Aggression, Dissoziative Störungen

Tab. 1: Traumafolgen (in: Schmid et al. 2007: 338)

Die beschriebenen Symptome und Auswirkungen auf die Entwicklung sowie die Tatsache, dass fremdplatzierte Kinder oft traumatische Erfahrungen innerhalb von ihrem engen Bezugspersonensystem gemacht haben, weisen auf die im zweiten Kapitel beschriebene Diagnose einer komplexen PTBS oder Entwicklungsraumastörung hin. Diese Folgerung bestätigt auch Schmid (2019: 781) im Handbuch der Psychotraumatologie.

Bei entwicklungs-traumatisierten Kindern muss davon ausgegangen werden, dass sie gewisse innerpsychische sowie Interaktionsfähigkeiten nicht erlernen konnten (vgl. Schmid et al. 2017a: 24). Das für traumatisierte Kinder typische erhöhte Grunderregungsniveau (Hyperarousal) kann dazu führen, dass es leicht zu Kontrollverlusten kommt. Dies führt sie immer wieder zu Alltagsproblemen und zum Scheitern an zentralen Entwicklungsaufgaben (vgl. ebd.). Auf diesem Hintergrund zeigt sich der ganz spezifische pädagogische Bedarf, den diese Kinder aufweisen, was bereits durch vorangehende Kapitel hervorgehoben wurde.

Nicht selten haben traumatisierte Pflegekinder grosse Angst vor erneuten Beziehungsverlusten sowie Kontrollverlusten in emotional besetzten Beziehungen, sodass sie diese möglichst zu vermeiden versuchen. Es kann sein, dass ein Pflegekind, für das sich die Pflegeeltern jahrelang emotional engagieren, kaum emotionalen Kontakt aufnimmt und von ihm scheinbar nichts zurückkommt. Dies ist für Pflegeeltern oft sehr herausfordernd und belastend (vgl. ebd.: 22). Damit der Integrationsprozess eines Pflegekindes in die Pflegefamilie gelingen kann, ist es hilfreich, typische Phasen dieses Prozesses zu kennen. Als nächstes wird deshalb der Blick auf den Prozess der Integration in die Pflegefamilie gerichtet.

6.1 Integrationsprozess des traumatisierten Pflegekindes in die Pflegefamilie

Traumatisierte Kinder, insbesondere solche, die schwerwiegende traumatische Erfahrungen in Abhängigkeitsbeziehungen gemacht haben, empfinden gegenüber persönlichen Beziehungen oft ein tiefes Misstrauen (vgl. Nienstedt/Westermann 2011: 278). Sie müssen erst langsam davon überzeugt werden, dass Abhängigkeitsbeziehungen nicht gezwungenermassen so bedrohlich und enttäuschend sind, wie es ihren Erfahrungen entspricht (vgl. ebd.). Die Kinderpsychologen Monika Nienstedt und Arnim Westermann (2011) beschreiben die Integration eines Pflegekindes in eine Pflegefamilie als Prozess, wie neues Vertrauen in Abhängigkeitsbeziehungen aufgebaut wird. Sie implementieren dabei das Ziel, dass die Pflegeeltern zu neuen psychologischen Eltern für das Pflegekind werden. Im Falle von schwerwiegenden Traumatisierungen durch die Herkunftseltern empfehlen Nienstedt

und Westermann (ebd.: 234), dass die Kinder zu diesen keine Beziehung aufrechterhalten sollen, weil dadurch die früheren Erfahrungen wiederbelebt werden und dies die Integration in die neue Familie und die Heilung der Traumafolgen für das Kind erheblich erschweren kann. Die Beschreibung der Integrationsphasen trifft demnach insbesondere auf Ersatzelternschaft im Sinne von Dauerplatzierung oder Adoptionsverhältnis zu. Sie können aus Sicht der Verfasserin für Pflegefamilien wertvolle Hinweise geben für einen möglichen Verlauf der Integration eines traumatisierten Pflegekindes und für einen hilfreichen Umgang mit dem Kind in den verschiedenen Phasen. Die Integrationsphasen sind Nienstedt und Westermann (ebd.: 27) zufolge als Entwicklungsprozess mit unscharfen Grenzen zu verstehen.

In der ersten Phase der *Anpassung* ist das Kind eher passiv und passt sich den Wünschen und Erwartungen der Pflegeeltern an (vgl. ebd.: 85f.). Seine Wünsche und Bedürfnisse, sowie die aus frühen traumatischen Erfahrungen resultierenden Überzeugungen, Ängste und Aggressionen zeigt es kaum. Das Kind ist einer völlig neuen, unbekanntem Situation ausgesetzt, welche von einem Abhängigkeitsverhältnis des Kindes von den Pflegeeltern geprägt ist, da diese über die Mittel der Bedürfnisbefriedigung verfügen. Beim Kind ist eine Ambivalenz von positiven und negativen Erwartungen angesichts der neuen familiären Beziehungsmöglichkeiten vorhanden. Es greift deshalb auf bewährte Handlungsschemata zurück, um die neue Situation zu bewältigen und will sich mit dem überangepassten Verhalten die Bedürfnisbefriedigung durch die Eltern sichern und seine Lage nicht zusätzlich gefährden. Diese Phase kann mehrere Wochen oder Monate andauern. Es geht dem Kind dabei nicht darum, einen guten Eindruck zu machen, sondern eine gewisse Kontrolle zu behalten und dadurch die eigene Unsicherheit besser zu ertragen. Von Pflegeeltern wird die Anpassung häufig fälschlicherweise so verstanden, dass das Kind gut in die Familie passt, sich bereits gut integriert hat und seine Pflegeeltern akzeptiert. Dies führt dazu, dass Pflegeeltern bereits zu schnell damit anfangen, das Kind nach ihren Vorstellungen erziehen zu wollen (vgl. ebd.). «Eine zu rasche Erziehung führt [jedoch] nicht selten zum Aufrechterhalten der Überanpassung beim Kind und schliesslich zum Scheitern des Beziehungsaufbaus.» (ebd.: 90) Wenn die Phase der Anpassung vorübergeht und auf einmal Konflikte mit dem Pflegekind auftreten, weil es anfängt, seine tatsächlichen Gefühle wie Angst, Wut und Trauer zu zeigen, wird dies von den Pflegeeltern oft als Rückschritt aufgefasst. Dabei stellt es in Wahrheit einen wichtigen Entwicklungsfortschritt dar, denn es zeugt von gewachsener Sicherheit beim Pflegekind und ermöglicht die Chance einer Klärung der Beziehung und Aufarbeitung der bisherigen Erfahrungen (vgl. ebd.).

Wenn das Kind seine Angst reduzieren konnte, weil es die Pflegeeltern als nicht bedrohlich und seine Bedürfnisse ernstnehmend wahrnehmen konnte, fängt es an, seine Eigenschaften und Gefühle nicht mehr zu unterdrücken, die durch die traumatischen Erfahrungen in der Herkunftsfamilie geprägt sind (vgl. ebd.: 103f.). Damit beginnt eine neue Phase der Integration, nämlich die der *Übertragung*. Diese Phase ist für Pflegeeltern besonders herausfordernd. Das Kind fängt in dieser Phase an, die Erlebnisse, die es in seiner Herkunftsfamilie gemacht hat, zu verarbeiten, indem es die früheren Beziehungserfahrungen mit den Pflegeeltern wiederholt. Es kommt zu Übertragungsbeziehungen, in welchen das Kind Verhalten wie Angst, Wut und Aggression zeigt und sich so benimmt, als müsste es von den Pflegeeltern ebenfalls Misshandlung, Missbrauch und Mangelversorgung befürchten oder es beschuldigt sie sogar deren, obwohl sie es liebevoll versorgen. Diese Gefühle richten sich in Wirklichkeit an die misshandelnden Eltern aufgrund der früheren Erfahrungen. Gemäss Nienstedt und Westermann entsteht durch die Re-Inszenierung der traumatischen Erlebnisse eine Art therapeutische Situation, die für die Korrektur der gestörten Sozialisation des Kindes von grosser Bedeutung ist. Erst wenn traumatisierte Pflegekinder frühere Erfahrungen mit den Pflegeeltern reinszenieren und erleben, dass die Situationen anders ausgehen als diejenigen aus ihren frühen Erlebnissen, wird eine Korrektur der inneren Erwartungshaltung des Kindes möglich.

Die Phase der Übertragungsbeziehungen ist im Gesamtprozess der Integration die krisenhafteste. Sie ist geprägt von Verwirrung, gegenseitigen Missverständnissen und Ohnmachtsgefühlen. Das Verhalten des Pflegekindes ist aus der aktuellen Situation heraus für die Pflegeeltern nicht verständlich. Nicht selten entsteht bei ihnen in dieser Phase der Wunsch nach einem Abbruch. Es kann auch vorkommen, dass das Kind selbst mit einer Trennung droht. Es äussert vielleicht, dass es im Heim viel schöner war und die Pflegeeltern schlechte Eltern sind oder es läuft davon, weil es davon ausgeht von den Pflegeeltern auch nicht gewollt und angenommen zu sein und von ihnen weggeschickt zu werden (vgl. ebd.: 106). Diese Phase stellt also einen kritischen Wendepunkt dar – die Chance auf eine Korrektur der grundlegend negativen Erwartungshaltung an Abhängigkeitsbeziehungen aber auch das Risiko, dass das Pflegeverhältnis scheitert.

Erst wenn das Kind mit den Pflegeeltern diese korrigierenden Erfahrungen machen konnte, ist der Aufbau neuer Eltern-Kind-Verhältnisse (im psychologischen Sinn) möglich (vgl. ebd.: 123f). Hier setzt die Phase der *Regression* ein. Das Kind zeigt regressives Verhalten, indem es zu früheren Etappen seiner Entwicklung zurückkehrt und entsprechende Bedürfnisse äussert. Es kann dann sein, dass ein bereits älteres Kind Babyverhalten zeigt und viel Nähe

sucht, indem es zum Beispiel mit der Mutter «Geburt» spielen will, vom Fläschchen trinken und gefüttert werden will, in Kleinkindsprache zu sprechen beginnt oder wieder einnässt. Teilweise wird das nicht altersentsprechende Verhalten fälschlicherweise als Verhaltensstörung beim Kind gedeutet oder die Pflegeeltern verstehen es als «Albernheit», appellieren an sein Alter und erwarten von ihm altersentsprechendes Verhalten. Dadurch weisen sie die vom Kind gezeigten Wünsche und Bedürfnisse zurück. Das regressive frühkindliche Verhalten trägt jedoch dazu bei, frühe Mutter-Kind-Interaktionsformen herzustellen und dadurch individualisierte, persönliche Beziehung zu entwickeln. Das Kind reagiert nun – anders als in der Phase der Übertragungsbeziehungen – auf freundliche und tröstende Gesten der Pflegeeltern und sucht diese sogar. Nienstedt und Westermann sprechen davon, dass es in dieser Phase wichtig sei, sich als Pflegeeltern vom Kind «an die Hand nehmen» zu lassen und in befriedigender Weise seine regressiven Bedürfnisse zu beantworten. Das traumatisierte Kind, das früher als Objekt ausgeliefert war und ausgenutzt wurde, entdeckt dadurch, dass es Einfluss auf die Menschen hat, von denen es abhängig ist. Es erlebt sich als Subjekt, indem es bewirken kann, dass seine früheren Beziehungswünsche nun befriedigt werden. Dadurch erhält das Kind auch ein neues Bild von sich selbst, nämlich, dass es mit all seinen Signalen, Bedürfnissen und Gefühlen in Ordnung ist und verstanden wird. Wenn ihm Autonomie in der Beziehung zugestanden wird, ermöglicht dies nach und nach eine Abgrenzung von den Pflegeeltern, die Entwicklung von Unabhängigkeit und von einem gesunden Selbstwert. Ein erfolgreiches Durchleben dieser Phase stellt die Weichen für einen Neubeginn, für die Entwicklung tragfester Beziehungen (vgl. ebd.).

Aus den herausfordernden Verhaltensweisen von traumatisierten Pflegekindern ergeben sich besondere pädagogische Bedarfe und auch Anforderungen an Pflegeeltern, welche im Folgenden beschrieben werden.

6.2 Hilfreiche Voraussetzungen für Pflegeeltern

Um den besonderen Bedürfnissen von traumatisierten Pflegekindern gerecht zu werden, ist es von Vorteil, wenn Pflegeeltern gewisse Voraussetzungen erfüllen und bestimmte Fähigkeiten aufweisen. Es gibt gemäss Shuler (2013: 102) untersuchte Eigenschaften, die allgemein für Pflegeeltern hilfreich sind. Dazu gehören ein autoritativer Erziehungsstil, Fürsorglichkeit, Responsivität¹⁵, Struktur und Vorhersehbarkeit sowie flexible Problemlösung,

¹⁵ «Im Sinne der Bindungstheorie wird Responsivität oft gleichgesetzt mit Feinfühligkeit. Unter einem feinfühligem und damit responsiven Verhalten wird verstanden, dass eine Bezugsperson (...) 1. die Signale des Kindes richtig erkennt, 2. angemessen interpretiert und 3. prompt und feinfühlig beantworten kann (Ainsworth 1978/2008).» Gutknecht 2019: o.S.

Humor und Engagement. Schmid und Kolleg*innen (2017a: 202-203) beschreiben Eigenschaften, die speziell für pädagogische Fachkräfte im Kontext von Traumapädagogik wichtig sind und aus Sicht der Verfasserin auf Pflegeeltern übertragbar sind. Sie benötigen eine hohe Bereitschaft, an sich selbst zu arbeiten, sich als Person und die eigenen emotionalen Reaktionen zu hinterfragen und sich weiterzuentwickeln. Sie sollten eine grosse Neugier für die Motive und Beweggründe der Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen mitbringen und die Bereitschaft, sich mit ihren biografischen Belastungen, Überlebensstrategien und Ressourcen intensiver auseinanderzusetzen. Um traumatisierte Pflegekinder zu betreuen, brauchen Pflegeeltern Engagement und eine grosse emotionale Präsenz, damit sie in der Lage sind, immer wieder in die Beziehung und Auseinandersetzung zu gehen und nach einer guten Auflösung von Konflikten streben. Sie brauchen den Mut, auch heftige Emotionen zu tolerieren und zu regulieren und sie benötigen selbst eine gute Regulationsfähigkeit und Frustrationstoleranz, um Impulse unterdrücken zu können und mit Gegenübertragungsgefühlen bewusst umzugehen. Dazu müssen Pflegeeltern emotional relativ stabil und mit sich selbst im Reinen sein (vgl. ebd.).

Gassmann (2016: 91-92) beschreibt weitere hilfreiche Voraussetzungen und Fähigkeiten von Pflegeeltern: Offenheit und Lernbereitschaft, Verständnis gegenüber allen Arten von Anderssein, Ausdauer, das Selbstbewusstsein, auch schräge und peinliche Situationen auszuhalten, Kreativität, Wertschätzung gegenüber dem Herkunftssystem des Pflegekinde, Reflexionsfähigkeit und -bereitschaft sowie das Bewusstsein der persönlichen Grenzen (ebd.). Aus Sicht der Verfasserin ist ebenso wichtig wie die persönlichen Voraussetzungen, dass Pflegeeltern bereit sind, sich professionell begleiten zu lassen. Das heisst auch, dass sie die Offenheit und Bereitschaft zeigen, Fachpersonen Einblick in ihre Familie zu gewähren und Probleme mit dem Pflegekind offenzulegen.

In Bezug auf die Phasen der Integration lassen sich ebenfalls hilfreiche Verhaltensweisen für Pflegeeltern gegenüber dem Pflegekind ableiten. In der Phase der Anpassung ist es besonders wichtig, nicht krampfhaft an der angenehmen Anpasstheit des Pflegekinde festzuhalten. Wenn das Pflegekind anfängt, Gefühle wie Angst, Wut und Trauer zu zeigen, sollten Pflegeeltern dies als Entwicklungsfortschritt erkennen und wohlwollend darauf reagieren, indem sie dem Kind signalisieren, dass dies normale Reaktionen auf seine früheren Erlebnisse sind (vgl. Nienstedt/Westermann 2011: 89f.). Auch sollten Pflegeeltern in dieser Phase noch nicht anfangen, das Kind zu erziehen, sondern es erleben lassen, dass es selbst Einfluss auf die Pflegeeltern nehmen kann, indem es Signale und Wünsche zeigt, die von den Pflegeeltern genau wahrgenommen, interpretiert und beantwortet werden. In

dieser Phase stellen überzeugender Schutz, Sicherheit und Bedürfnisbefriedigung wichtige Weichen für den weiteren Beziehungsaufbau (vgl. ebd.: 111).

In der Phase der Übertragung kommt es darauf an, dass sich Pflegeeltern auf die quasi therapeutische Beziehung einlassen (vgl. ebd.: 103f.). Dafür brauchten sie eine grosse Akzeptanz der traumabedingten, auf den ersten Blick nicht rationalen Verhaltensweisen des Kindes. Pflegeeltern müssen Anschuldigungen vom Pflegekind, zum Beispiel dass es allein gelassen werde, nicht genug zu essen bekomme oder in der Pflegefamilie nicht willkommen sei, aushalten können. Sie müssen sich immer wieder bewusst machen, dass schwierige Verhaltensweisen und Reaktionen des Pflegekindes ursprünglich nicht an sie gerichtet sind, sondern mit früheren Erfahrungen mit den Herkunftseltern verknüpft sind. Alle gezeigten traumabezogenen Fantasien und Affekte sollten von den Pflegeeltern zugelassen und nicht sanktioniert werden (vgl. ebd.). Dabei ist es ganz wichtig, dass Pflegeeltern die durchs Kind provozierten Gegenübertragungsgefühle reflektieren und kontrollieren. Wenn sie dies nicht tun, laufen sie in Gefahr, das gleiche Verhalten zu zeigen welches das traumatisierte Kind aus früheren Erfahrungen kennt. Geben die Pflegeeltern dem Kind die von ihm aufs Äusserste provozierte Ohrfeige, wird es in seinen negativen Erwartungen bestätigt und wird gleichzeitig erneut traumatisiert. In dieser Phase muss das Pflegekind vor solchen Retraumatisierungen geschützt werden und erleben, dass die reinszenierten Situationen anders ausgehen als früher (vgl. ebd.: 106f.). Es ist wichtig, dass Pflegeeltern immer wieder den guten Grund für Verhaltensweisen des Kindes suchen und dem Kind gegenüber benennen – auch wenn es nur Vermutungen sind. Dadurch wird ein verständnisvoller Zusammenhang zwischen dem jetzigen Verhalten und Erlebnissen in der Vergangenheit hergestellt. Dies hilft dem Kind, sich selbst besser zu verstehen. In dieser anstrengenden Phase ist es besonders wichtig, dass Pflegeeltern sich selbst gut versorgen und bei Überforderungsgefühlen Hilfe holen, beispielsweise in Beratungsgesprächen oder durch Supervision.

In der Phase der Regression schlussendlich braucht es von Pflegeeltern erneut eine grosse Toleranz und Akzeptanz der gezeigten Bedürfnisse und Verhaltensweisen, die häufig nicht altersentsprechend sind. Sie müssen sich ganz darauf einlassen und die feinfühlig Interaktionspartner werden, die dem Kind in frühen Entwicklungsjahren gefehlt haben. Das Kind braucht in dieser Phase viel Anerkennung, unabhängig von seinen Leistungen. Die Pflegeeltern müssen Forderungen nach altersentsprechendem Verhalten ablegen können. Dies mag zuhause in den eigenen vier Wänden einfacher sein als in der Öffentlichkeit.

Die hier genannten Anforderungen an Pflegeeltern, welche ein traumatisiertes Pflegekind bei sich aufnehmen und diesem mithilfe von Traumapädagogik möglichst heilsam begegnen wollen, sind sehr hoch. Um diesen Ansprüchen gerecht zu werden, ist nebst persönlichen Voraussetzungen der Pflegeeltern eine fachliche Begleitung des Pflegeverhältnisses wichtig. Aspekte dieser Begleitung sollen im nächsten Unterkapitel aufgeführt werden.

6.3 Fachliche Begleitung von Pflegefamilien mit traumatisierten Pflegekindern

In der Literatur wird kaum behandelt, wie die Begleitung der Pflegefamilien spezifisch im Kontext von traumatisierten Kindern oder Traumapädagogik aussehen kann und soll. Es lassen sich aber aus allgemeiner Literatur zur Begleitung von Pflegefamilien und aus den bisherigen Erwägungen dieser Arbeit Möglichkeiten der fachlichen Begleitung im Kontext von traumatisierten Pflegekindern ableiten.

Auswahl der Pflegefamilie

Für alle Pflegekinder – für traumatisierte Kinder und Jugendliche aber im Besonderen – muss sehr sorgfältig eine passende Pflegefamilie ausgewählt werden. Die Pflegefamilie muss bereit sein, sich auf die Herausforderungen, die der Beziehungsaufbau zu einem traumatisierten Kind mit sich bringt, einzulassen und möglichst die im vorherigen Kapitel genannten Voraussetzungen aufweisen. Hilfreich scheint besonders die Motivation und der Wille, sowie auch die entsprechende Kapazität der Pflegefamilie, einem Kind oder Jugendlichen viel Zeit und Aufmerksamkeit zu widmen und sich auf eine intensive Auseinandersetzung mit ihm und seinen Verhaltensweisen einzulassen. Obwohl es für das Gelingen einer Platzierung auch Fachwissen der Pflegeeltern benötigt, muss es sich dabei nicht unbedingt um eine professionelle Pflegefamilie handeln (vgl. Hardenberg 2008: 99). Wichtig sind aber Lernwille und die Bereitschaft, sich professionell begleiten zu lassen.

Perspektivenklärung

Bevor die Platzierung stattfindet, sollten Sozialarbeitende mit den Beteiligten eine klare Perspektive für die Platzierung – möglichst baldige Rückkehr in die Herkunftsfamilie oder Kontinuität in der Pflegefamilie – erarbeiten und transparent machen (vgl. Shuler 2013: 91). Diverse Studien zeigen, dass klare Perspektiven und zeitliche Rahmenbedingungen für das Pflegekind entlastend sind und Sicherheit und Stabilität vermitteln (vgl. ebd.). Dadurch können Loyalitätskonflikte verringert werden, die für den Aufbau sichererer Bindungen hinderlich sind (vgl. Schmid et al. 2017b: 126). Die Perspektivenklärung und Besuchskontakte

zwischen Pflegekindern und Herkunftsfamilien sind in der Pflegekinderhilfe umstrittene Themen (vgl. Shuler 2013: 107). Nienstedt und Westermann (2011) zufolge sollen Rückplatzierung sowie Besuchskontakte zum Schutz des Pflegekindes nicht erfolgen, wenn es in der Herkunftsfamilie gravierende Traumatisierungen wie beispielsweise sexuellen Missbrauch, grobe Vernachlässigung und Gewalt erlebt hat. Andere Autoren plädieren für regelmässige Besuchskontakte (vgl. Shuler 2013: 91). Im Kontext der Traumapädagogik wird von verschiedenen Autoren bei schweren Traumatisierungen in der Herkunftsfamilie gegenüber einer Rückplatzierungsperspektive und Besuchskontakten Vorsicht geboten und grundsätzlich eher Dauerplatzierung mit dem Ziel der Distanzierung angstmachender Beziehungen und Verarbeitung der in der Herkunftsfamilie erlebten Traumatisierungen empfohlen (vgl. Zitelmann 2016: 225).

Vorbereitung der Pflegeeltern

Bei der Vorbereitung zukünftiger Pflegeeltern sollten diese gemäss Nienstedt und Westermann (2011: 107f.) durch die vermittelnden Fachpersonen über die Vorgeschichte des Pflegekindes möglichst genau informiert und die zu erwartenden Schwierigkeiten offengelegt werden. Eine gute Kenntnis der Geschichte des Pflegekindes und die Vorbereitung auf Phänomene wie die Übertragungsreaktionen, können den Pflegeeltern helfen, das Verhalten des Pflegekindes besser zu verstehen, distanzierter zu betrachten und angemessen darauf zu reagieren (vgl. ebd.: 107). Insbesondere bei Dauerplatzierungen, bei der eine Integration des Pflegekindes in die Familie angestrebt wird, ist bereits vor der Platzierung die Vorbereitung der Pflegefamilie auf die verschiedenen Phasen der Integration und damit verbundene Herausforderungen und mögliche Krisen wichtig (vgl. ebd.).

Vertrauen aufbauen

Für Pflegefamilien mit traumatisierten Kindern scheint eine kontinuierliche Begleitung durch eine gleichbleibende, vertraute Fachperson sinnvoll und notwendig. Durch regelmässige Gespräche, die nicht nur in akuten Krisen stattfinden, kann Vertrauen aufgebaut werden. Wenn Pflegeeltern als Expert*innen für die Bedürfnisse ihres Pflegekindes anerkannt werden, unterstützt dies den Vertrauensaufbau (vgl. Gassmann et al. 2016: 65). Wolf (2019: 3) betont, dass das Vertrauen zur Fachperson eine wichtige Voraussetzung dafür ist, dass Pflegeeltern überhaupt einen tieferen Einblick in private Verhältnisse, Schwierigkeiten mit dem Pflegekind und persönliche Herausforderungen gewähren. Weil mit traumatisierten Pflegekindern von einem krisenhaften Verlauf auszugehen ist, stellt ein erprobtes Vertrauensverhältnis zur Begleitperson ein wichtiger Boden für die gemeinsame Krisenbewältigung dar und kann einen wichtigen Teil dazu beitragen, Abbrüche zu verhindern (vgl. ebd.).

Wissen vermitteln

Fachpersonen, welche Pflegeverhältnisse von traumatisierten Kindern begleiten, müssen selbst über Wissen zu Psychotraumatologie und Traumapädagogik verfügen (vgl. Schmid et al. 2017a: 204). Nur so können sie auch entsprechendes Wissen an die Pflegefamilien vermitteln, ihnen beispielsweise die Auswirkungen von Traumatisierungen, Übertragungsphänomene und traumapädagogische Handlungsansätze erklären. Pflegeeltern, die ein vorbelastetes Pflegekind aufnehmen, brauchen spezifisches Wissen sowie Handlungskonzepte für den Umgang mit traumabezogenen Verhaltensweisen, welches nebst regelmässiger Beratung auch durch entsprechende Weiterbildungen vermittelt werden kann. Die begleitende Fachperson kann eine vermittelnde Funktion einnehmen bei der Teilnahme der Pflegeeltern an Weiterbildungsangeboten zu Trauma und Traumapädagogik. Auch durch die Vermittlung von Pflegefamilien zu Angeboten wie Supervision, Intervision oder Austauschgruppen von Pflegefamilien können sie sich wertvolles (Erfahrungs-)Wissen aneignen. Solche Angebote stellen in der Schweiz beispielsweise die Schweizerische Fachstelle Pflegefamilie SFP¹⁶ oder die PACH¹⁷ (Pflege- und Adoptivkinder Schweiz) zur Verfügung.

Reflexion und die Suche nach dem «guten Grund»

Bei regelmässigen Gesprächen mit einer Fachperson können herausfordernde Situationen, die mit dem Pflegekind auftreten, aus einer gewissen Distanz reflektiert werden. Die begleitende Fachperson kann gemeinsam mit den Pflegeeltern nach Erklärungen für Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen im Kontext früherer Traumatisierungen suchen und aus mehr Distanz heraus die Perspektive des Kindes einnehmen und vertreten (vgl. Brunner 2016: 137). Durch diese gemeinsame Reflexion kann ein vertiefter Verstehensprozess in Gang gesetzt werden. So können gute Gründe beim Pflegekind fokussiert werden. Pflegeeltern können durch die Reflexion von Übertragungsphänomenen immer besser erkennen, wo Gegenübertragungsgefühle aufkommen und lernen so, diese besser wahrzunehmen und zu kontrollieren, sowie korrigierende Erfahrungen zu ermöglichen (vgl. Hardenberg 2008: 97).

Fokus auf Ressourcen und Fortschritte

Für Pflegeeltern kann es schwierig sein, im oft herausfordernden Zusammenleben mit einem traumatisierten Pflegekind Ressourcen und Fortschritte beim Pflegekind und bei sich selbst noch wahrzunehmen. Hier kann die Fachperson in Gesprächen bewusst den Blick

¹⁶ URL: <https://www.fachstelle-pflegefamilie.ch/wb-ch> [Zugriffsdatum: 26.05.2020]

¹⁷ URL: <https://pa-ch.ch/fuer-pflegekinder-und-eltern/fuer-pflegeeltern/> [Zugriffsdatum: 26.05.2020]

darauf richten. Nienstedt und Westermann (2011: 267-268) sprechen davon, dass die begleitende Fachperson für die Pflegeeltern ein «zusätzliches Gedächtnis» sein kann. In der Alltäglichkeit des Zusammenlebens, in denen Pflegeeltern oft nur die herausragenden Probleme wahrnehmen und Veränderungen zu wenig bemerken, kann die Fachperson im Gespräch all die bereits bewältigten Probleme und die Fortschritte in Erinnerung rufen und so bei aktuellen Herausforderungen mit dem Pflegekind die Dramatik etwas abmildern. Nebst der hilfreichen, haltgebenden Distanz der beratenden Fachperson ist aber auch wichtig, dass die empfundenen Ängste, Ohnmachts- und Überforderungsgefühle der Pflegeeltern von der Fachperson einfühlsam angenommen und darauf eingegangen wird (vgl. ebd.).

Hilfe, sich selbst Sorge zu tragen

In der Traumapädagogik ist die Sicherheit und Selbstversorgung der Betreuungspersonen ebenso wichtig wie die der traumatisierten Kinder und Jugendlichen. Hier kann die Fachperson, welche die Pflegefamilie gut kennt, die Sorge um das Wohl der einzelnen Mitglieder mittragen, Anregungen geben und Entlastungen organisieren (vgl. Wolf 2019: 4). Ausserdem bieten regelmässige Gespräche eine Plattform, um persönliche Belastungsgrenzen der Pflegeeltern und der Umgang damit immer wieder wohlwollend und unterstützend zu reflektieren.

Installierung von therapeutischen Massnahmen

Traumatisierte Pflegekinder weisen oft vielfältige Symptome auf. Nicht immer ist eine Traumafolgestörung direkt erkennbar und diagnostiziert (vgl. Schmid et al. 2007: 334). Eine kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung und psychotherapeutische Behandlung von Traumafolgen oder komorbider Störungen kann angezeigt sein (vgl. ebd.). Die gezielte Traumatherapie, bei der unter anderem die Traumakonfrontation und -exploration sowie die Löschung von Triggern erfolgen, sollte in einem psychotherapeutischen Setting stattfinden (vgl. ebd.: 342). Hier kann die Fachperson helfen, geeignete psychosoziale Hilfen zuzuführen und damit die Pflegefamilie entlasten (vgl. ebd.: 335).

Die verschiedenen Aspekte der fachlichen Begleitung von Pflegefamilien im Kontext von traumatisierten Pflegekindern wurden hier bei weitem nicht abschliessend aufgeführt. Es wurde versucht, einige wichtige Bereiche aufzugreifen. Im nachfolgenden Schlussteil, wenn auf die eingangs gestellten Fragestellungen Bezug genommen wird, wird die Rolle der Fachpersonen, welche die Platzierung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen begleiten, nochmals aufgegriffen.

7 Schlussfolgerungen

In diesem Kapitel sollen die wichtigsten Erkenntnisse aus den aufgearbeiteten Themen nochmals beleuchtet und die eingangs formulierten Fragestellungen beantwortet werden. Zudem werden offen gebliebene Fragen und weiterführende Fragestellungen thematisiert.

7.1 Zusammenfassung der Erkenntnisse

Aus der Vielfalt von möglichen traumatischen Ereignissen sind es vor allem interpersonelle Typ-II-Traumata, welche für Kinder langanhaltende negative Folgen haben und ihre Entwicklung erheblich beeinträchtigen. Gravierende Auswirkungen auf die Bindungsentwicklung haben insbesondere Traumatisierungen, welche durch Bindungspersonen verursacht wurden. Bei Kindern und Jugendlichen ist es oft schwierig, posttraumatische Störungen zu erkennen und zu diagnostizieren und komorbide Störungen stehen oft im Vordergrund. In der Literatur beschriebene Symptome von fremdplatzierten Kindern, weisen häufig auf das Störungsbild einer **komplexen PTBS oder Entwicklungstraumastörung** hin. In dieser Arbeit wurde deutlich, dass ein Grossteil der Kinder und Jugendlichen, die fremdplatziert werden, in ihrer Herkunftsfamilie kumulative Traumata erlebt haben. Oft haben sie Missbrauchs-, Gewalt- und/oder Vernachlässigungserfahrungen machen müssen. Somit kann davon ausgegangen werden, dass **viele fremdplatzierte Kinder erhebliche Risikofaktoren für Traumafolgestörungen aufweisen**.

Traumapädagogik soll Kinder und Jugendliche bei der Verarbeitung und Heilung von Traumatisierungen im pädagogischen Alltag unterstützen und versteht sich als Ergänzung zur Traumatherapie. Traumapädagogisches Arbeiten beinhaltet nebst Konzepten und Methoden eine spezifische Haltung. Die Haltung ist geprägt von der Annahme, dass traumatisierte Menschen angemessen auf unangemessene Ereignisse in ihrem Leben reagieren und dass sie auch für schwierige Verhaltensweisen einen **guten Grund** haben, den es zu entdecken gilt. Der Fokus soll ausserdem auf der **Stärkung des Selbstwertgefühls** liegen, auf der **Partizipation, Transparenz** sowie auf **Spass und Freude** im Alltag mit den Kindern und Jugendlichen. Diese Aspekte sind wichtig, da sie früher erlebten negativen Erfahrungen von missbräuchlicher Macht, Fremdbestimmung und Ohnmachtsgefühlen entgegenwirken.

Das Grundverständnis der Traumapädagogik basiert auf der Schaffung eines «**sicheren Orts**», womit objektive äussere aber auch zwischenmenschliche Bedingungen gemeint

sind, welche es traumatisierten Personen ermöglichen, sich sicher zu fühlen, korrigierende Erfahrungen zu machen und zu lernen, sich selbst mit ihrem Verhalten zu verstehen. Der **äussere sichere Ort** wird durch Schutz vor erneuten traumatischen Erfahrungen und Täterpersonen, durch verlässliche Bedürfnisbefriedigung, spezieller Umgebungsgestaltung sowie klaren Strukturen, Ritualen und Regeln hergestellt. Somit wird Sicherheit und Vorhersehbarkeit im Alltag für die Kinder und Jugendlichen hergestellt. Ein wichtiger Fokus der Traumapädagogik liegt auf der Stärkung der **Bindungs- und Beziehungsfähigkeit** und dem **Umgang mit traumatischen Übertragungen**. Traumatisierte Kinder und Jugendliche konnten oft keine sichere Bindung entwickeln, sie sind in Abhängigkeitsbeziehungen äusserst misstrauisch und von negativen Erwartungshaltungen geprägt. Bei der Übertragung werden traumatische Situationen mit den Pädagog*innen in ähnlichen Alltagssituationen reinszeniert, was bei den Pädagog*innen Gegenübertragungsgefühle und teilweise Impulse von Täterverhalten auslöst. Wenn Pädagog*innen die Gegenübertragung bei sich erkennen und bewusst anders reagieren als das Kind dies aus früheren Erfahrungen heraus erwartet, geschieht eine korrigierende Erfahrung.

Da bei den meisten traumatisierten Kindern die Selbst- und Körperwahrnehmung, die Selbstkontrolle und dadurch auch die Selbstwirksamkeit eingeschränkt ist, setzt Traumapädagogik hier an, mit dem Ziel, dass sich traumatisierte Kinder und Jugendliche wieder ihrer selbst bemächtigen. Dies geschieht einerseits durch den **Fokus auf Ressourcen** der Kinder und Jugendlichen. Weiter wird das **Selbstverstehen** der Kinder und Jugendlichen gefördert durch altersgerechte Erklärung, was in ihrem Körper passiert und durch die Herstellung des Zusammenhangs ihrer Verhaltensweisen mit ihren Erfahrungen. Die **Selbstregulation** wird einerseits gefördert durch Körperübungen und Versprachlichung der emotionalen und körperlichen Empfindungen des Kindes. Andererseits durch das Herausfinden der Trigger im Alltag und durch die Einübung der bewussten Wahrnehmung von Anzeichen für Übererregung und Dissoziation. Gemeinsam mit dem Kind werden Handlungsstrategien entwickelt, die ihm helfen, bei traumabedingten Reaktionen Einfluss zu nehmen (z.B. durch Unterbrecher) und so Kontrollverluste zu vermeiden. Der **Selbstversorgung der Pädagog*innen** kommt in der Traumapädagogik eine wichtige Bedeutung zu, da sie selbst einen wichtigen Teil der Pädagogik ausmachen. Es wird viel persönliches Engagement von Pädagog*innen verlangt und sie können leicht in persönliche Verflechtungen geraten.

Beim Auseinandersetzen mit dem Fachbereich Traumapädagogik haben sich verschiedentlich Überschneidungen mit bekannten pädagogischen Konzepten ergeben. Traumapädagogik grenzt sich insbesondere dadurch ab, dass sie ihre Haltungen, Konzepte

und Methoden mit Wissen aus der Psychotraumatologie begründet. Aus dem Verständnis des Verhaltens des Kindes aus seiner traumatischen Lerngeschichte heraus entsteht eine andere Haltung gegenüber dem Kind und pädagogische Interventionen werden gezielt daraus abgeleitet. Im Besonderen unterstützt die Traumapädagogik die Selbstwirksamkeit der Pädagog*innen in der Interaktion mit dem Kind und erweitert den Handlungsspielraum. Dies ist in der Arbeit mit traumatisierten Kindern besonders wertvoll, da man als Betreuende im Umgang mit diesen Kindern leicht in eine Überforderung kommen kann und bekannte, gutgemeinte pädagogische Strategien an ihre Grenzen stossen und sie teilweise gar die Auslöser für Wiedererinnerungen an traumatische Erfahrungen sind (z.B. strenger Blick, Konsequenzen, Festhalten am Arm, Auszeit im Zimmer).

Es gibt eine grosse Auswahl an traumapädagogischen Konzepten und Methoden. Ihre unterschiedlichen Bezeichnungen sind in der Literatur teilweise nicht klar voneinander abgegrenzt. Somit ist für die Verfasserin die Kritik, dass Traumapädagogik als Ganzes etwas «schwammig» daherkommt, verständlich. Einheitliche Begriffe, eine klarere Eingrenzung und einheitlichere Präsentation der Traumapädagogik würden aus Sicht der Verfasserin helfen, die Theorie besser zu fassen. Womöglich würde dies zur Etablierung der Traumapädagogik in der Kinder- und Jugendhilfe beitragen. Angesichts der Häufung von Traumatisierungen im Kontext von Fremdplatzierung, würde es durchaus Sinn machen, mit Kindern und Jugendlichen vermehrt traumapädagogisch zu arbeiten. Aus der Traumapädagogik lassen sich hilfreiche Handlungs- und Handlungsgrundlagen gewinnen, welche mit ausreichendem Fachwissen der Pädagog*innen und einer hohen Bereitschaft zu emotionalem Engagement auch praktisch umsetzbar sind. Traumapädagogik bietet aus Sicht der Verfasserin sehr konkrete Methoden, die bis hin zur Verwendung von bestimmten sprachlichen Nuancen reichen (z.B. «Du tust das weil...?»). Deshalb müssen Schulungen von Pädagog*innen genügend in die Tiefe gehen, damit nicht nur theoretisches Wissen, sondern auch die praktischen Methoden vermittelt werden können.

Die Literatur fasst die traumapädagogischen Konzepte und Methoden sehr allgemein und nimmt kaum Bezug auf das Alter des Kindes bei der Platzierung. Andererseits zeigt die Literatur aber auf, dass sich die Äusserung von Traumafolgestörungen und traumabedingte Verhaltensweisen je nach Alter des Kindes unterscheiden. Daher bräuchte es aus Sicht der Verfasserin spezifischere Konzepte und Methoden, die auf das Alter des Kindes abgestimmt sind.

In der vorliegenden Arbeit wurde das Handlungsfeld der Familienpflege enger in den Fokus genommen. Die Unterbringung in Pflegefamilie kann gerade für traumatisierte Kinder, welche keine sichere Bindung aufbauen konnten, eine Chance sein. Die Stärken von Pflegefamilien sind im Besonderen die dichten emotionalen Beziehungen und deren Kontinuität. Im besten Fall können bindungstraumatisierte Kinder und Jugendliche in einer Pflegefamilie korrigierende Bindungserfahrungen machen und emotional bedeutende Beziehungen entwickeln, welche für ihre zukünftige Entwicklung und Beziehungsfähigkeit positive Weichen stellen.

Eine wichtige Erkenntnis aus dieser Arbeit ist, dass destruktive Traumadynamiken und negative Bindungsmuster durch neue, zuverlässige Beziehungen die Chance auf Veränderung haben. Ob dies in Pflegefamilien gelingt, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Unter anderem von spezifischen Fähigkeiten der Pflegeeltern, den besonderen Bedürfnissen von traumatisierten Kindern pädagogisch sinnvoll zu begegnen. Dies führt uns zur Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit.

7.2 Beantwortung der Fragestellungen

Die Hauptfragestellung der vorliegenden Arbeit lautet:

Wie können Pflegefamilien traumatisierten Pflegekindern mithilfe traumapädagogischer Konzepte im Alltag praktische Hilfestellungen bieten?

Zur Beantwortung der Fragestellung sollen nun Möglichkeiten wie auch Einschränkungen der traumapädagogischen Arbeit in Pflegefamilien diskutiert werden.

Einerseits schaffen Pflegefamilien im Gegensatz zu einem Heim leichter eine Umgebung und Struktur, in der sich Kinder und Jugendliche wohlfühlen. Ausserdem beinhaltet das Familiensetting im Besonderen die Chance, in der Ursprungsfamilie erfolgte Traumatisierungen zu verarbeiten. Andererseits lauern in diesem Setting auch besonders viele Dinge, die traumatische Wiedererinnerungen triggern können (vgl. Schmid et al. 2017b: 120). In Pflegefamilien gibt es kaum personale Veränderungen, was hilfreich für die Genesung der Bindungstraumatisierungen ist. Im Gegenzug sind Veränderungen (Abbrüche, Trennung der Pflegeeltern) aber emotional umso belastender und Trennungen können hier als erneute Traumatisierungen wirksam werden (vgl. ebd.).

Traumapädagogik beinhaltet die Auseinandersetzung mit Wissen über Psychotraumatologie. Wenn Pflegeeltern über die Wirkung von Traumatisierungen in Körper und Psyche Bescheid wissen, werden sie die Verhaltensweisen des Pflegekindes besser verstehen und einordnen können. Dies wiederum entlastet die Beziehung und erweitert das pädagogische Handlungsrepertoire der Pflegeeltern. Durch ihr Wissen können sie dem Pflegekind in altersgerechter Sprache psychoedukativ Informationen über komplexe Traumafolgestörungen weitergeben und so das Selbstverstehen und die Selbstakzeptanz unterstützen. Oft wird erst über das Verstehen und die Annahme des guten Grundes für das Verhalten eine Verhaltensveränderung beim Kind möglich. Wenn Pflegeeltern Kenntnis über die traumapädagogische Haltung haben und diese einüben, können sie die Haltung gegenüber dem Pflegekind konsequent leben. So können sie im Alltag bewusst viel Wertschätzung, Spass und Freude sowie Partizipation einbauen und werden Acht geben auf transparente Informationen und ihren Umgang mit Macht. Die beschriebenen Aspekte eines äusseren sicheren Ortes sind in Pflegefamilien gut umsetzbar. Auf die Planung von Besuchskontakten können Pflegeeltern meist keinen Einfluss nehmen, da die Behörden dies entscheiden. Sie können jedoch mit ihrem Wissen und ihren Beobachtungen die Behörden sensibilisieren.

Pflegeeltern können zur Stärkung der Bindungs- und Beziehungsfähigkeit des Pflegekindes beitragen, indem sie mit dem Pflegekind einen emotional-orientierten Dialog aufnehmen und feinfühlig Interaktionspartner werden, die Vermutungen über Affekte, die eigentlich hinter problematischem Verhalten stecken, aussprechen. Wenn Pflegeeltern über die Wirkung von Übertragungsdynamiken Bescheid wissen, entlastet dies die Beziehung zum Pflegekind und hilft ihnen dabei, handlungsfähig zu bleiben und mit Gegenübertragungsgefühlen reflektiert umzugehen. Dies ermöglicht dem Pflegekind heilende, korrigierende Erfahrungen. Das traumapädagogische Wissen zu den Phasen der Integration des Pflegekindes in die Pflegefamilie gibt den Pflegeeltern wichtige Orientierung zum Verständnis und konkrete Handlungsanleitungen in den einzelnen Phasen.

Grundsätzlich ist in Pflegefamilien ebenso wie in Heimen möglich, im Alltag gezielte Förderangebote einzubauen, um die Regulationsfähigkeit und Körper- und Sinneswahrnehmung von traumatisierten Kindern zu fördern. Dafür müssen Pflegeeltern jedoch gut geschult sein. In einem «normalen» Familienalltag könnte es schwieriger sein als in einer Einrichtung, solche Fördersequenzen in einer festen Form regelmässig durchzuführen. Die Infrastrukturen, die für solche Übungen teilweise nötig sind, fehlen unter Umständen und die Fördersequenzen müssen in «normalen» Wohnhäusern umsetzbar sein.

Für Pflegeeltern dürfte eine besondere Herausforderung darin liegen, dass sie leicht auf Unverständnis in ihrem Umfeld stossen, wenn sie sich auf unkonventionelle Erziehungsmethoden einlassen und beispielsweise das Kind im Schulalter aus dem Fläschchen trinken lassen, um seine regressiven Bedürfnisse zu erfüllen oder es Essen horten und in sich hineinschlingen lassen, damit es eine korrigierende Erfahrung machen kann. In Pflegefamilien besteht ausserdem meist die grössere Gefahr als bei einer Heimplatzierung, dass mit der Herkunftsfamilie des Kindes eine Konkurrenzsituation entsteht und das Pflegekind in Loyalitätskonflikte verwickelt wird. Dies kann das Einlassen auf die neuen Beziehungen erschweren und dadurch die traumapädagogische Arbeit behindern.

Durch die Traumapädagogik wird die Bedeutung von Psychohygiene und emotionaler Entlastung der Pädagog*innen betont. Sie gilt als Zeichen von Professionalität, was den Pflegeeltern erleichtern kann, sich Auszeiten vom Pflegekind zu nehmen, ohne dabei ein schlechtes Gewissen haben zu müssen (vgl. Schmid et al. 2017b: 124). Auf der anderen Seite sind die personalen Ressourcen in Pflegefamilien stark beschränkt, sodass kaum möglich ist, sich in belastenden Situationen ablösen zu lassen, um sich selbst beruhigen und gut versorgen zu können. Da in vielen Pflegefamilien ein Elternteil arbeitstätig ist, lastet sehr viel auf dem anwesenden Elternteil und es besteht die Gefahr, dass dieser ausbrennt.

Aus diesen Erwägungen geht hervor, dass die Anwendung von traumapädagogischen Konzepten in Pflegefamilien möglich ist. Pflegefamilien weisen für die Traumapädagogik einerseits besondere Stärken auf, da sie Kontinuität in der Beziehung ermöglichen und weil das Setting Familie, in dem frühere Traumatisierungen beim Pflegekind stattgefunden haben, gute Chancen für korrigierende Erfahrungen bietet. Andererseits sind Pflegefamilien häufig nicht professionelle Fachpersonen, wodurch Fach- und Methodenwissen fehlt. Ausserdem sind die personalen Ressourcen bald einmal ausgeschöpft und es lastet viel anspruchsvolle Beziehungsarbeit auf wenigen Schultern. Deshalb sind Pflegeeltern, die komplex traumatisierte Kinder betreuen, aus Sicht der Verfasserin noch mehr als andere pädagogische Fachkräfte gefährdet, auszubrennen. Traumapädagogik stellt sehr hohe Anforderungen an spezifisches Wissen, Beziehungsarbeit, die eigene Regulationsfähigkeit, Selbstreflexion und theoriegeleitetes Handeln der Betreuungspersonen. Damit Pflegefamilien dies leisten können, ist aus Sicht der Verfasserin eine professionelle Begleitung durch Fachpersonen der Sozialen Arbeit oder Sozialpädagogik mit fundiertem traumabezogenem Fachwissen unabdingbar. Dies führt zur Beantwortung der Unterfragestellung.

Welche Unterstützung für die traumapädagogische Arbeit benötigen Pflegeeltern durch Fachpersonen der Sozialen Arbeit, die das Pflegeverhältnis begleiten?

Vorausgesetzt, Pflegefamilien haben eine professionelle Begleitung mit spezifischem Fachwissen vor und während der Platzierung, kann diese viel zur Entwicklung und Umsetzung von traumapädagogischen Ansätzen beitragen. Die Fachperson kann insbesondere ihr traumabezogenes Fachwissen für Pflegeeltern zur Verfügung stellen. Wenn bekannt ist, dass ein Kind mit komplexen Traumatisierungen aufgenommen wird, kann die Fachperson die Pflegefamilie entsprechend vorbereiten und sie einerseits auf Traumdynamiken und den Umgang damit hinweisen. Insbesondere bei langfristigen Platzierungen können die Phasen der Integration mit den Pflegeeltern besprochen werden, damit sie besser auf die Herausforderungen und möglichen Krisen vorbereitet sind. Das Wissen um die Eigenheiten der verschiedenen Phasen kann Pflegeeltern entlasten, weil sie Verhaltensweisen des Pflegekindes und Krisen besser einordnen können und nicht als persönliches Versagen bewerten. Es kann ausserdem die Hemmschwelle bei Pflegeeltern senken, über auftauchende Schwierigkeiten zu sprechen. Wenn Probleme früher angesprochen werden, können entsprechende Hilfen und Entlastungen eingeleitet werden, bevor es zu einer Eskalation oder sogar zu einem Abbruch kommt.

Die Fachperson übernimmt eine wichtige Funktion bei der Vermittlung von Angeboten für Traumapädagogik-Weiterbildungen, Supervision oder Austauschgruppen von Pflegefamilien. Ausserdem kann sie therapeutische Massnahmen für das Pflegekind einleiten. Da Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen teilweise versteckt bleiben, weil komorbide Störungen im Vordergrund stehen, kann die Fachperson auf Symptome hinweisen und allenfalls genauere Abklärungen einfädeln.

Wichtig erscheint die Vertrauensentwicklung zwischen Pflegeeltern und Fachperson, denn dies erhöht die Wirksamkeit der Beratung und Begleitung. Wenn während der Platzierung regelmässige Gespräche in nicht allzu grossen Abständen durchgeführt werden, kann sich ein Vertrauensboden entwickeln, welcher bei auftauchenden Krisen bereits erprobt ist. Die Hemmschwelle wird dann für Pflegeeltern kleiner sein, über auftauchende Schwierigkeiten mit dem Pflegekind, persönliche Überforderungsgefühle und Verstrickungen mit eigenen Gefühlen und der eigenen Lebensgeschichte zu sprechen.

Konkrete traumapädagogische Ansätze können mit den Pflegeeltern besprochen und gemeinsam überlegt werden, wie sie umgesetzt werden können. Auf die Stärkung der

Bindungs- und Beziehungsfähigkeit und insbesondere auf den Umgang mit Übertragungen sollte bei der Begleitung ein wichtiger Fokus gelegt werden, da gerade hier Pflegefamilien korrigierende Erfahrungen ermöglichen können. Damit Pflegeeltern dem traumatisierten Kind die Abläufe in seinem Kopf und Körper verständlich erklären können, kann es hilfreich sein, die Psychoedukation mit einer Fachperson einzuüben. Traumapädagogische Interventionen können den Pflegeeltern anhand von konkreten Alltagsbeispielen aufgezeigt, diskutiert und eingeübt werden. Nebst der Vermittlung von Methodenwissen liegt ein wichtiger Fokus der Begleitung auf der gemeinsamen Reflexion. Die Distanz der Fachperson kann dabei hilfreich sein, Erklärungen für Verhaltensweisen des Pflegekindes im Kontext früherer Traumatisierungen zu suchen und die guten Gründe zu finden. Die Fachperson kann die Pflegeeltern durch Reflexion bei der Entwicklung einer traumapädagogischen Haltung unterstützen und helfen, auf Ressourcen und Fortschritte zu fokussieren.

Die Fachperson kann die in der Traumapädagogik wichtige emotionale Entlastung und Psychohygiene der Betreuungspersonen unterstützen, indem sie aktiv zuhört und die persönlichen Belastungsgrenzen mit den Pflegeeltern thematisiert und reflektiert. Bei Bedarf können konkrete Strategien zur Selbstfürsorge und Stabilisierung mit den Pflegeeltern eingeübt werden. Die Fachperson kann ausserdem zu Auszeiten ermutigen und diese organisieren helfen. Eine wichtige Unterstützungsleistung liegt ausserdem in der Ermutigung und im Ausdruck von Wertschätzung für das, was die Pflegefamilie leistet.

Aus diesen Erwägungen geht hervor, dass traumapädagogisches Arbeiten in Pflegefamilien in vieler Hinsicht gut möglich ist, jedoch sehr hohe Ansprüche an Pflegeeltern stellt. Aus Sicht der Verfasserin gelingt dies nur mit einer engen professionellen Begleitung und Beratung durch Fachpersonen, welche selbst über ausreichend traumabezogenes Fachwissen verfügen. Die Fragestellungen dieser Arbeit konnten somit hinreichend beantwortet werden. Die vorliegende Arbeit zeigt im Besonderen auf, wie wichtig es ist, dass Fachkräfte im Pflegekinderwesen über Wissen der Psychotraumatologie verfügen und daraus ableiten können, wie sich Traumafolgen bei Kindern und Jugendlichen auf das Interaktionsverhalten im pädagogischen Alltag auswirken. Mittlerweile gibt es in der Schweiz diverse Weiterbildungsangebote zu Traumapädagogik. Aus Sicht der Verfasserin müsste dieses Wissen aber vermehrt auch in die Ausbildung von Fachpersonen der Sozialen Arbeit und Sozialpädagogik einfließen. Dabei sollten nicht nur theoretische Grundlagen, sondern auch praktische traumapädagogische Methoden und Konzepte vermittelt werden. Des Weiteren müssten solche Weiterbildungen vermehrt auch für Pflegefamilien angeboten werden. Für die Mehrkosten für traumapädagogische Aus- und Weiterbildung braucht es politische

Rahmenbedingungen, die die Finanzierung der Bildung der sozialpädagogischen Fachkräfte und Pflegefamilien in diesem Bereich unterstützen. Ein gesteigertes Interesse der Politik wäre wünschenswert und auch lohnend, da die Entwicklungsförderung der traumatisierten Kinder und Jugendlichen zu weniger Folgekosten und dadurch längerfristig zu Kosteneinsparungen führen würde.

7.3 Unbeantwortete und weiterführende Fragen

Offen bleibt die Frage, wer die Begleitung von Pflegefamilien in unserem aktuellen Pflegekindersystem übernimmt. Denn Unterstützungssysteme für Pflegefamilien sind in der Schweiz noch nicht gut institutionalisiert. Die Begleitung von Pflegefamilien wird sehr uneinheitlich gestaltet und vorwiegend auf freiwilliger Basis angeboten, sodass Pflegefamilien oft zuerst Energie für den Aufbau dieser Unterstützung aufwenden müssen. Mögliche Dienste, die diese Begleitung in der Schweiz übernehmen, sind private Dienstleistungsanbieter der Familienpflege (DAF) oder soziale Dienste der Gemeinden. Letztere sind in der Schweiz jedoch meist sehr ausgelastet und es müssten zusätzliche Stellenprozent und neue Aufgabenbereiche geschaffen werden, damit die Begleitung von Pflegeplatzierungen qualitativ abgedeckt werden könnte. Eine weitere Möglichkeit, Pflegefamilien zu begleiten, sind aus Sicht der Verfasserin Sozialpädagogische Familienbegleitungsorganisationen (SPF), die im Auftrag von Sozialdiensten arbeiten. Jedoch brauchen die SPF dafür spezifisches Wissen zu Familienplatzierungen. Die DAF in der Schweiz bedürfen einer besseren Qualitätssicherung, damit fachliche Standards flächendeckend vorhanden sind. Die meisten DAF und SPF arbeiten nicht explizit traumapädagogisch und es ist fraglich, wieviel traumapädagogisches Wissen bei entsprechenden Fachpersonen vorhanden ist.

Im Zusammenhang mit Traumapädagogik und Pflegefamilien gäbe es weitere Themen, welche zur Vertiefung für die Verfasserin interessant erscheinen. Der Perspektivenklärung und Ausgestaltung von Besuchskontakten zur Herkunftsfamilie konnten im Hinblick auf die Einflussfaktoren auf Bindung und Traumaverarbeitung des Pflegekindes in dieser Arbeit aus Platzgründen nicht genügend Raum gegeben werden. Weiter wären die Möglichkeiten der Traumapädagogik im Hinblick auf die direkte Zusammenarbeit mit dem Pflegekind und der Herkunftsfamilie spannend. Bei Familienplatzierungen sind oft Fachpersonen aus verschiedenen Bereichen wie Pflegekinderhilfe, soziale Dienste, KESB, Schule, Beratungsstellen und Therapie beteiligt. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit allgemein und insbesondere im Kontext von traumatisierten Kindern wäre für die Verfasserin ebenfalls ein interessantes Themenfeld.

8 Quellen

8.1 Literaturverzeichnis

BAG Traumapädagogik (2011). Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Ein Positionspapier der BAG Traumapädagogik. Gnarrenburg: BAG Traumapädagogik.

Baierl, Martin (2017). Traumaspezifische Bedarfe von Kindern und Jugendlichen. In: Gahleitner, Silke Birgitta/Hensel, Thomas/Baierl, Martin/Kühn, Martin/Schmid, Marc (Hg.). Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 72-87.

Baierl, Martin (2014a). Mit Verständnis statt Missverständnis: Traumatisierung und Traumafolgen. In: Baierl, Martin/Frey, Kurt (Hg.). Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S.21-46.

Baierl, Martin (2014b). Dir werde ich helfen: Konkrete Techniken und Methoden der Traumapädagogik. In: Baierl, Martin/Frey, Kurt (Hg.). Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 80-107.

Baierl, Martin/Götz-Kühne, Cornelia/Hensel, Thomas/Lang, Birgit/Strauss, Jochen (2017). Traumaspezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In: Gahleitner, Silke Birgitta/Hensel, Thomas/Baierl, Martin/Kühn, Martin/Schmid, Marc (Hg.). Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 59-71.

Beckrath-Wilking, Ulrike (2013a). Die Bedeutung verschiedener Gedächtnissysteme. In: Beckrath-Wilking, Ulrike/Biberacher, Marlene/Dittmar, Volker/Wolf-Schmied, Regina (Hg.). Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Praderborn: Junfermann Verlag. S. 62-73.

Beckrath-Wilking, Ulrike (2013b). Bindung und Hirnentwicklung. In: Beckrath-Wilking, Ulrike/Biberacher, Marlene/Dittmar, Volker/Wolf-Schmied, Regina (Hg.). Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Praderborn: Junfermann Verlag. S. 98-99.

- Beckrath-Wilking, Ulrike** (2013c). Beobachtendes Reflektieren statt reflexartiges Agieren. In: Beckrath-Wilking, Ulrike/Biberacher, Marlene/Dittmar, Volker/Wolf-Schmied, Regina (Hg.). Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Praderborn: Junfermann Verlag. S. 137-151
- Blum, Stefan** (2016). Recht. In: Pflegekinder-Aktion Schweiz (Hg.). Handbuch Pflegekinder. Aspekte und Perspektiven. Zürich: Pflegekinder-Aktion Schweiz. S. 160-199.
- Brisch, Karl Heinz** (2013). «Schütze mich, damit ich mich finde.» Bindungspädagogik und Neuerfahrung nach Traumata. In: Bausum, Jacob/Besser, Lutz Ulrich/Kühn, Martin/Weiss, Wilma (Hg.). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. S. 150-166.
- Brisch, Karl Heinz** (2008). Bindung und Trauma – Schutz- und Risikofaktoren für die Entwicklung von Kindern. In: Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hg.). Bindung und Trauma – Konsequenzen in der Arbeit für Pflegekinder. 2. Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. S. 13-41.
- Brisch, Karl Heinz** (2006). Bindungsstörungen und Trauma. Grundlagen für eine gesunde Bindungsentwicklung. In: Brisch, Karl Heinz/Hellbrügge, Theodor (Hg.). Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 105-135.
- Brunner, Sabine** (2016). Partizipation und Kindeswille. In: Pflegekinder-Aktion Schweiz (Hg.). Handbuch Pflegekinder. Aspekte und Perspektiven. Zürich: Pflegekinder-Aktion Schweiz. S. 125-139.
- Dittmar, Volker** (2013a). Traumadefinitionen und Typologie von Traumatisierungen. In: Beckrath-Wilking, Ulrike/Biberacher, Marlene/Dittmar, Volker/Wolf-Schmied, Regina (Hg.). Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Praderborn: Junfermann Verlag. S. 33-38.
- Dittmar, Volker** (2013b). Spektrum akuter und chronischer posttraumatischer Störungsbilder. In: Beckrath-Wilking, Ulrike/Biberacher, Marlene/Dittmar, Volker/Wolf-Schmied, Regina (Hg.). Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Praderborn: Junfermann Verlag. S. 43-52.
- Faust, Volker** (o.J.). Somatisierungsstörung. In: Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit (Hg.). Psychiatrie heute. Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern,

- behandeln. URL: http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/faust1_somatisierungsstoerung.pdf [Zugriffsdatum: 27.03.2020].
- Feuervogel**, Verein für ein selbstbestimmtes Leben – frei von sexueller Gewalt (2014). Erste Hilfe im Umgang mit traumatisierten Mädchen und Jungen – Erste Hilfe Leitfaden. URL: https://www.landkreis-rastatt.de/site/kreis-rastatt/get/documents_E-1508743531/kreis-rastatt/PB5Documents/pdf/Traumaleitfaden_2014.pdf [Zugriffsdatum: 04.05.2020].
- Fischer, Frank/Möller, Christoph** (2018). Sucht, Trauma und Bindung bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gahleitner, Silke Birgitta** (2017). Das pädagogisch-therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Gahleitner, Silke Birgitta/Kamptner, Carina/Ziegenhain, Ute** (2016). Bindungstheorie in ihrer Bedeutung für die Traumapädagogik. In: Weiss, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke Birgitta (Hg.). Handbuch Traumapädagogik. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe. S. 115-122.
- Gahleitner, Silke Birgitta/Weiss, Wilma** (2020). Traumapädagogik: Woher, weshalb, wozu? In: Sozialmagazin. 45. Jg. (2). S. 16-25.
- Gassmann, Yvonne** (2016). Zufriedene Pflegekinder. In: Pflegekinder-Aktion Schweiz (Hg.). Handbuch Pflegekinder. Aspekte und Perspektiven. Zürich: Pflegekinder-Aktion Schweiz. S. 79-110.
- Gassmann, Yvonne/Raulf, Barbara/Zahner, Cornelia** (2016). Fragen und Antworten rund um Pflegekinder. In: Pflegekinder-Aktion Schweiz (Hg.). Handbuch Pflegekinder. Aspekte und Perspektiven. Zürich: Pflegekinder-Aktion Schweiz. S. 8-66.
- Gloger-Tippelt, Gabriele** (2015). Bindung in der Kindheit – Grundlagen, Auswirkung von traumatischen Erfahrungen und Prävention. In: Franz, Matthias/West-Leuer, Beate (Hg.). Bindung - Trauma - Prävention. Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen als Folge ihrer Beziehungserfahrungen. 2. Aufl. Giessen: Psychosozial Verlag. S. 39-71.
- Gutknecht, Dorothee** (2019). Responsivität: Antworten und sich abstimmen. URL: <https://www.nifbe.de/component/themensammlung?view=item&id=581:responsivitaet-antworten-und-sich-abstimmen&catid=44> [Zugriffsdatum: 20. Mai 2020].
- Hardenberg, Oliver** (2008). Konsequenzen für Pflegeeltern – Übertragung traumatischer Bindungs- und Beziehungserfahrungen in die Pflegefamilie. Anforderungen an Pflegeeltern und notwendige Unterstützung. In: Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hg.). Bindung

- und Trauma – Konsequenzen in der Arbeit für Pflegekinder. 2. Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. S. 85-101.
- 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: Beltz Juventa. S. 14-39.
- Hirsch, Mathias** (2015). Frühes und spätes Trauma – eine psychoanalytische Traumalogie der Persönlichkeitsstörung. In: Franz, Matthias/West-Leuer, Beate (Hg.). Bindung - Trauma - Prävention. Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen als Folge ihrer Beziehungserfahrungen. 2. Aufl. Giessen: Psychosozial Verlag. S. 73-94.
- Hofmann, Arne/Besser, Lutz-Ulrich** (2006). Psychotraumatologie bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlungsmethoden. In: Brisch, Karl Heinz/Hellbrügge, Theodor (Hg.). Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 172-202.
- Huber, Michaela** (2009). Trauma und die Folgen: Trauma und Traumabehandlung, Teil 1. 4. Aufl. Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung.
- Integras** (2018). Was tun Familienplatzierungsorganisationen? Antwort und Positionen von Integras. Am 22.08.2018. URL: <https://www.integras.ch/de/aktuelles/464-was-tun-fpo-interpellation> [Zugriffsdatum: 13. Mai 2020].
- Jegodtka, Renate** (2016). Sekundäre Traumatisierung. Existenzielle Berührung und Selbstfürsorge in pädagogischen Arbeitsfeldern. In: Weiss, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke Birgitta (Hg.). Handbuch Traumapädagogik. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe. S. 139-152.
- Kahl, Lena/Winterstein, Barbara** (2018). Irrungen und Wirrungen. In: Weiss, Wilma/Saurer, Anja (Hg.). «Hey, ich bin normal!» Herausfordernde Lebensumstände im Jugendalter bewältigen. Perspektiven von Expertinnen und Profis. Weinheim Basel: Beltz Juventa. S. 132-139.
- Kapfhammer, Hans-Peter** (2018). Trauma und Trauma-Folgestörungen. In: Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie (Hg.). Tagesarchive vom 28. Mai 2018. URL: <https://oegpb.at/2018/05/28/trauma-und-trauma-folgestoerungen/> [Zugriffsdatum: 30. März 2020].
- Keller, Andrea** (2013). Familienplatzierungs-Organisationen (FPO). In: Integras (Hg.). Leitfaden Fremdplatzierung. Zürich: Fachverband Sozial- und Sonderpädagogik. S. 113-132.

- Kessler, Tanja** (2016). Diese Wut, die mich immer wieder einholt. Methodisches zur Arbeit mit traumatischer Übertragung und der Gegenreaktion. In: Weiss, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke Birgitta (Hg.). Handbuch Traumapädagogik. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe. S. 282-289.
- Kühn, Martin** (2013a). «Macht eure Welt endlich wieder mit zu meiner!» Anmerkungen zum Begriff Traumapädagogik. In: Bausum, Jacob/Besser, Lutz Ulrich/Kühn, Martin/Weiss, Wilma (Hg.). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. S. 24-37.
- Kühn, Martin** (2013b). Traumapädagogik und Partizipation. Zur entwicklungslogischen, fördernden und heilenden Wirksamkeit von Beteiligung in der Kinder- und Jugendhilfe. In: Bausum, Jacob/Besser, Lutz Ulrich/Kühn, Martin/Weiss, Wilma (Hg.). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. S. 138-148.
- Kühn, Martin** (2008). Wieso brauchen wir eine Traumapädagogik? Annäherung an einen neuen Fachbegriff. In: Trauma & Gewalt. 2. Jg. S. 318-327.
- Liebel-Fryszter, Inge** (2014). In: Krist, Marita/Wolcke Adelheid/Weisbrod, Christina/Ellermann-Boffo, Kathrin (Hg.). Herausforderung Trauma. Diagnosen, Interventionen und Kooperationen der Erziehungsberatung. Weinheim: Beltz Juventa. S. 67-87.
- Lang, Thomas** (2016). Bindung und Trauma. In: Weiss, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke Birgitta (Hg.). Handbuch Traumapädagogik. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe. S. 272-281.
- Lippuner, Sandra** (2016). Verschiedenheit der Pflegefamilien und Formenvielfalt der Pflegeverhältnisse. In: Pflegekinder-Aktion Schweiz (Hg.). Handbuch Pflegekinder. Aspekte und Perspektiven. Zürich: Pflegekinder-Aktion Schweiz. S. 112-122.
- Nienstedt, Monika/Westermann, Arnim** (2011): Pflegekinder und ihre Entwicklungschancen nach frühen traumatischen Erfahrungen. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Psychotherapie im Dialog** (2014). Reviktimisierung – Einmal Opfer, immer Opfer. Aus der Zeitschrift 01/2014. URL: <https://www.thieme.de/de/psychiatrie-psychotherapie-psycho-somatik/reviktimisierung-einmal-opfer-immer-opfer-61763.htm> [Zugriffsdatum: 30. März 2020].
- Sachsse, Ulrich/Sack, Martin** (2015). Die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung. In: Seidler, Günter/Freyberger, Harald/Maercker, Andreas (Hg.). Handbuch der Psychotraumatologie. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 196-206.

- Schmid, Marc** (2019). Traumasensibilität und traumapädagogische Konzepte in der Jugendhilfe. In: Seidler, Günter/Freyberger, Harald/Glaesmer, Heide/Gahleitner, Silke Birgitta (Hg.). Handbuch der Psychotraumatologie. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 778-806.
- Schmid, Marc/Erb, Jennifer/Fischer, Sophia/Kind, Nina/Fegert, Jörg M.** (2017a). Abschlussbericht für den Fachausschuss für die Modellversuche und das Bundesamt für Justiz. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse des Modellversuchs „Implementierung, Evaluation und Verstetigung von traumapädagogischen Konzepten in sozialpädagogischen Institutionen des stationären Massnahmenvollzuges“. Basel: Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik.
- Schmid, Marc/Pérez, Tania/Schröder, Martin/Gassmann, Yvonne** (2017b). Möglichkeiten der traumasensiblen/-pädagogischen Unterstützung von Pflegefamilien. In: Gahleitner, Silke Birgitta/Hensel, Thomas/Baierl, Martin/Kühn, Martin/Schmid, Marc (Hg.). Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 118-132.
- Schmid, Marc/Wiesinger, Detlev/Lang, Birgit/Jaszkowic, Karol/Fegert, Jörg M.** (2007). Brauchen wir eine Traumapädagogik? – Ein Plädoyer für die Entwicklung und Evaluation von traumapädagogischen Handlungskonzepten in der stationären Jugendhilfe. In: Kontext. 38. Jg. (4). S. 330-357.
- Schnurr, Stefan** (o. Jg.). Strukturen und Rahmenbedingungen der Kinder- und Jugendhilfe. Teil 1. BA Soziale Arbeit_Vertiefungsrichtung Kindheit und Jugend. Modul 251 Kinder- und Jugendhilfe I: Kinderschutz, Heimerziehung, Pflegekinderhilfe und ambulante Hilfen zur Erziehung. Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz.
- Schnurr, Stefan** (2012). Gewalt und Vernachlässigung in der Familie: notwendige Massnahmen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und der staatlichen Sanktionierung. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats Fehr (07.3725) vom 5. Oktober 2007. URL: <http://www.news.admin.ch/NSBSubscriber/message/attachments/27305.pdf> [Zugriffsdatum: 6. Mai 2020].
- Seiterle, Nicolette** (2017). Pflegekinder: Bald publiziert PACH erste Schweizer Zahlen. In: Netz Spezial. Ausgabe 1/2017. S. 4-11.
- Seiterle, Nicolette** (2018): Ergebnisbericht Bestandesaufnahme Pflegekinder Schweiz 2016. Zürich: PACH Pflege- und Adoptivkinder Schweiz.
- Shuler, Benjamin** (2013). Pflegekinderhilfe. In: Integras (Hg.). Leitfaden Fremdplatzierung. Zürich: Fachverband Sozial- und Sonderpädagogik. S. 89-112.

- Streeck-Fischer, Annette** (2019). Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen. In: Seidler, Günter/Freyberger, Harald/Glaesmer, Heide/Gahleitner, Silke Birgitta (Hg.). Handbuch der Psychotraumatologie. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 548-567.
- Wagner, Frank** (2019). Die Posttraumatische Belastungsstörung. In: Seidler, Günter/Freyberger, Harald/Glaesmer, Heide/Gahleitner, Silke Birgitta (Hg.). Handbuch der Psychotraumatologie. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 212-226.
- Wagner, Wolf** (2013). Psychoanalytische Sozialpädagogik als Traumapädagogik. Familienanaloge Ersatzelternschaft für psychosozial hochbelastete Kinder. In: Bausum, Jacob/Besser, Lutz Ulrich/Kühn, Martin/Weiss, Wilma (Hg.). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. S. 91-104.
- Weiss, Wilma** (2018). Trauma und seine Folgen. In: Weiss, Wilma/Saurer, Anja (Hg.). «Hey, ich bin normal!» Herausfordernde Lebensumstände im Jugendalter bewältigen. Perspektiven von Expertinnen und Profis. Weinheim Basel: Beltz Juventa. S. 58-63.
- Weiss, Wilma** (2016a). Traumapädagogik: Entstehung, Inspirationen, Konzepte. In: Weiss, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke Birgitta (Hg.). Handbuch Traumapädagogik. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe. S. 20-32.
- Weiss, Wilma** (2016b). Die Pädagogik der Selbstbemächtigung. Eine Einführung. In: Weiss, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke Birgitta (Hg.). Handbuch Traumapädagogik. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe. S. 93-105.
- Weiss, Wilma** (2013). Selbstbemächtigung – ein Kernstück der Traumapädagogik. In: Bausum, Jacob/Besser, Lutz Ulrich/Kühn, Martin/Weiss, Wilma (Hg.). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. S. 167-181.
- Wolf, Klaus** (2016). Kontinuität und Hilfeplanung. In: Pflegekinder-Aktion Schweiz (Hg.). Handbuch Pflegekinder. Aspekte und Perspektiven. Zürich: Pflegekinder-Aktion Schweiz. S. 140-159.
- Wolf, Klaus** (2019). Merkmale für eine gute und leistungsfähige Pflegekinderhilfe. Siegen: Universität Siegen.
- Zitlmann, Maud** (2016). Pflegekindschaft als Chance für traumatisierte Kinder. In: Weiss, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke Birgitta (Hg.). Handbuch Traumapädagogik. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe. S. 220-231.

8.2 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1: Traumatische Zange. Huber, Michaela (2009). Trauma und die Folgen: Trauma und Traumabehandlung, Teil 1. 4. Aufl. Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung. S. 39.

Tab. 1: Traumafolgen. Schmid, Marc/Wiesinger, Detlev/Lang, Birgit/Jaszkowic, Karol/Fegert Jörg M. (2007). Brauchen wir eine Traumapädagogik? – Ein Plädoyer für die Entwicklung und Evaluation von traumapädagogischen Handlungskonzepten in der stationären Jugendhilfe. S. 338.

8.3 Gesetzesverzeichnis

Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (Zivilgesetzbuch, ZGB, SR 210).

Verordnung über die Aufnahme von Pflegekindern vom 19. Oktober 1977 (Pflegekinderverordnung, PAVO, SR 211.222.338).