

Traumapädagogik

**Eine Theoriearbeit über die Beziehungsarbeit mit
traumatisierten Kindern und Jugendlichen und
die Gefahr einer sekundären Traumatisierung**

Stephanie Ziegler

Eingereicht bei: Dr. Regula Berger

Bachelor Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule
Nordwestschweiz, Olten

Eingereicht im Juni 2014 zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

Abstract

Kinder und Jugendliche, die in ihrer frühen Kindheit schwere traumatische Erfahrungen mit ihren Bezugspersonen gemacht haben, werden immer wieder mit den Auswirkungen ihrer Traumata konfrontiert. Aufgrund der Überforderung ihrer Bewältigungsstrategien eigneten sie sich Verhaltensmuster an, die in der Gesellschaft nicht angemessen sind. Nicht selten werden traumatisierte Kinder deshalb aus ihrer Ursprungsfamilie genommen und in Pflegefamilien oder Heimen untergebracht. Dort haben sie die Chance, Beziehungsalternativen kennen zu lernen und ihre Traumata aufzuarbeiten. Um diesen Anforderungen gerecht werden zu können, ist ein adäquater Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen von Seiten des Helfersystems ein wichtiges Moment der Sozialen Arbeit. Die Traumapädagogik nimmt diese Frage auf und gibt dazu verschiedene Konzepte wieder. Als zentrales Element sieht sie eine korrigierende Bindungserfahrung als Beziehungsarbeit, in der Kontinuität und Zuverlässigkeit unabdingbar sind. Diese Beziehungsarbeit steht jedoch den Belastungen, denen die Fachkräfte mit dem herausfordernden (Bindungs-)Verhalten der traumatisierten Kindern und Jugendlichen ausgesetzt sind, gegenüber. Werden diese Belastungen zur Überforderung der eigenen Bewältigungsstrategien von Fachkräften und derer Überidentifikation, dann besteht die Gefahr, dass die Fachkräfte eine sekundäre Traumatisierung erleiden. Das kann zum Rückzug der Fachkräfte, zu Abbrüchen der Hilfeleistungen, Beziehungsabbrüchen und somit zu erneuten Traumatisierungen der Kinder und Jugendlichen führen. Wie die Traumapädagogik mit diesem Spannungsfeld umgeht, ist die zentrale Fragestellung dieser Arbeit. Sie diskutiert die Beziehungsarbeit der Traumapädagogik und die Belastung der Fachkräfte mit Blick auf die sekundäre Traumatisierung und gibt traumapädagogische Anregungen zur Unterstützung der Fachkräfte in der Sozialen Arbeit.

Inhaltsverzeichnis

I	EINLEITUNG	5
1	Ausgangslage	5
2	Fragestellung	6
3	Eingrenzung	7
4	Methodisches Vorgehen	7
5	Aufbau der Arbeit	8
6	Relevanz für die Soziale Arbeit	9
II	HAUPTTEIL	11
1	Trauma.....	11
1.1	Definition Trauma	11
1.1.1	Allgemeine Definition von Trauma.....	11
1.1.2	Traumadefinition für Kinder	13
1.1.3	Neurobiologische Definition von Trauma	13
1.2	Traumafolgestörungen.....	14
1.2.1	Akute Belastungsreaktion	14
1.2.2	Posttraumatische Belastungsstörung.....	15
1.2.3	Anpassungsstörung	16
1.2.4	Andauernde Persönlichkeitsänderungen nach Extrem-belastung	16
1.2.5	Komplexe posttraumatische Belastungsstörungen	16
1.2.6	Entwicklungstraumastörungen	17
1.3	Bindung und Trauma	18
1.3.1	Bindungstheorie	19
1.3.2	Bindung als Schutzfaktor	20
1.3.3	Bindungstrauma.....	21
1.3.4	Folgen von Bindungstraumata.....	21
1.3.5	Bindungsstörungen.....	22
2	Traumapädagogik.....	24
2.1	Ausgangslage	24
2.2	Definition.....	25
2.3	Korrigierende Beziehungsarbeit.....	27
2.4	Traumapädagogik für die Fachkräfte	28
3	Traumapädagogische Konzepte	30
3.1	Pädagogik des sicheren Ortes	30
3.1.1	Die Pädagogische Triade	31
3.1.2	Der Geschützte Dialog.....	32
3.2	Bindungspädagogik	33

3.3	Konzept der Selbstbemächtigung	35
3.3.1	Definition Selbstbemächtigung (Selbstwirksamkeit).....	36
3.3.2	Selbstverstehen/Selbstakzeptanz	36
3.3.3	Selbstwahrnehmung	37
3.3.4	Selbstregulation	37
4	Sekundäre Traumatisierung.....	38
4.1	Definition.....	38
4.2	Begriffserklärung.....	39
4.2.1	Mitgefühlerschöpfung	40
4.2.2	Burnout	40
4.3	Sekundäre Traumatische Belastungsstörungen (STBS)	41
4.4	Belastungsfaktoren	42
4.5	Ressourcen	43
5	Traumapädagogischer Umgang mit sekundärer Traumatisierung	45
5.1	Konzepte zum Umgang mit sekundärer Traumatisierung.....	45
5.1.1	Drei Grundkompetenzen für professionelles Handeln.....	45
5.1.2	Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für pädagogische Fachkräfte als institutioneller Auftrag	46
5.2	Strukturelle Anforderungen	47
5.3	Traumapädagogische Standards	49
III	SCHLUSSFOLGERUNGEN.....	50
1	Zusammenfassung der Ergebnisse und Beantwortung der Fragestellung	50
2	Kritische Würdigung.....	53
3	Ausblick.....	54
4	Bezug zur Sozialen Arbeit.....	55
	LITERATURVERZEICHNIS	57
	EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG.....	62

Abkürzungsverzeichnis

BAG-TP	Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
NCTSN	National Child Traumatic Stress Network
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
STBS	Sekundäre Traumatische Belastungsstörung

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1: Psychopathologische Konsequenzen von sequentiellen Traumatisierungen.	14
Abb. 2: Die pädagogische Triade.	31
Abb. 3: Die Macht der Gegenübertragung.	34
Tab. 1: Beispiele für die verschiedenen Typen und Formen von Trauma	12
Tab. 2: Developmental Trauma Disorder	18
Tab. 3: Gegenüberstellung von traumatisierendem und traumapädagogischem Umfeld.	26

I Einleitung

In der Heimarbeit mit Kindern und Jugendlichen ist schwieriges, oftmals unbegründetes Verhalten an der Tagesordnung. Einen offensichtlichen Grund dafür gibt es nicht. Die Fachkräfte sind herausgefordert, trotz der Belastungen, die solche Verhaltensweisen mit sich bringen, handlungsfähig zu bleiben. Mit dieser Herausforderung wurde ich in meiner Arbeit als Sozialpädagogin in Ausbildung öfters konfrontiert und Fragen nach dem Grund dieses Verhaltens gingen mir durch den Kopf. Von der Traumapädagogik erfuhr ich das erste Mal, als eine Psychologin ein Buch darüber vorstellte, das ich später las. Die Vorstellung, dass die manchmal sehr herausfordernden Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen eine Geschichte haben und sie einmal als Überlebensstrategien dienten, war neu für mich. Ausserdem realisierte ich, dass sich meine Arbeitsweise und auch meine Einstellung zu diesem Verhalten zu verändern begannen, je mehr ich über dieses Thema lernte. Dies motivierte mich, meine Bachelor Thesis über die Traumapädagogik zu schreiben. In der ersten Literaturrecherche wurde mir bewusst, wie schmal der Grat zwischen der Traumabearbeitung und einer erneuten Traumatisierung der Kinder und Jugendlichen ist. Ebenso realisierte ich, was es für die Fachkräfte bedeutet, trotz des herausfordernden Verhaltens traumatisierter Kinder und Jugendlichen Beziehungsarbeit zu gestalten. In diesem Zusammenhang stiess ich auf den Begriff der sekundären Traumatisierung, der die Neugierde in mir und auch den Wunsch weckte, die Fachkräfte der Sozialen Arbeit auf die Gefahr hinzuweisen und dieses Tabu in der Sozialen Arbeit zu brechen.

1 Ausgangslage

Die Traumapädagogik ist ein Sammelbegriff für verschiedene „Konzepte zur Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in den verschiedenen Arbeitsfeldern“ (Kühn 2008: 322). Sie geht davon aus, dass Kinder und Jugendliche, die in der frühen Kindheit, zum Teil in ihren Familien, existenzbedrohende traumatisierende Erfahrungen erleiden mussten, oftmals Traumafolgestörungen in verschiedener Art und Weise aufzeigen (vgl. BAG-TP 2011: 4). Die Traumapädagogik hat den Anspruch, diese Traumata zu bearbeiten, indem sie einen sicheren Ort bereitstellt, wo die Kinder und Jugendlichen neue und korrigierende Erfahrungen mit sich und ihrer Umwelt machen können, sich selbst und ihre Handlungsstrategien verstehen lernen und sichere Bindungserfahrungen machen. Dabei ist eine tragfähige und verlässliche Beziehung als sozialpädagogische Begleitung dieser Kinder und Jugendlichen ein zentraler Baustein der Traumapädagogik (vgl. BAG-TP 2011: 4; Lang, B. 2013b: 136). Da sich die erlebten Traumata vor allem auf das Verhalten der Kinder und Jugendlichen auswirken, möchte die Traumapädagogik „durch ein breiteres Wissen über Traumafolgestö-

rungen ein anderes Verständnis für das Verhalten der Kinder und ihre pädagogische Bedürfnisse im Alltag“ schaffen (Schmid 2013: 56). Dadurch bleiben die Fachkräfte handlungsfähig und können so die traumapädagogische „Forderung nach Beziehungskontinuität“ besser gewährleisten (ebd.: 70). Jedoch können diese Verhaltensweisen, trotz des Wissens über ihre Hintergründe, für die Fachkräfte sehr belastend sein (vgl. BAG-TP 2011: 5). Durch die Auseinandersetzung mit den Traumata, die Ohnmachtserfahrungen und das Mit(er)tragen der Erlebnisse kann bei den Fachkräften eine so genannte sekundäre Traumatisierung entstehen, ohne dass sie selbst den traumatisierenden Ereignissen je ausgesetzt waren (vgl. Lemke 2006: 14; Lang, B. 2013b: 135). Diese sekundäre Traumatisierung und die damit verbundene Überforderung der Fachkräfte führen oft zu Abbrüchen der Platzierung der Kinder und Jugendlichen und dementsprechend auch zu – für die Kinder und Jugendlichen erneuten – Beziehungsabbrüchen und -traumata (vgl. Gahleitner 2012a: 22). Mit jedem weiteren Beziehungsabbruch aber wird es schwieriger, einen Erfolg in der Traumabearbeitung und einer weiteren Fremdplatzierung zu erwarten (vgl. Schmid/Lang 2012: 338). Deshalb ist es wichtig, dieses Spannungsfeld zwischen einer kontinuierlichen, verlässlichen und korrigierenden Beziehungsarbeit und der Gefahr einer Überforderung und sekundärer Traumatisierung der Fachkräfte anzugehen.

2 Fragestellung

Die Traumapädagogik bietet also eine Möglichkeit, Kindern und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen einen adäquaten Umgang zu gewährleisten und mit Hilfe korrigierender Beziehungserfahrungen und Traumabearbeitung die Folgen der traumatisierenden Erlebnisse zu minimieren. Für die Fachkräfte jedoch birgt eine solche Beziehungsarbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen die Gefahr einer eigenen sekundären Traumatisierung, was zu Beziehungsabbrüchen und schliesslich zu erneuten Traumatisierungen der Kindern und Jugendlichen führen kann. Dieses Spannungsfeld zwischen einer korrigierenden Beziehungsarbeit und der Gefahr der sekundären Traumatisierung im Arbeitsfeld der Heimerziehung ist die zentrale Frage, die in dieser Arbeit bearbeitet und folgendermassen beschrieben wird:

Wie geht die Traumapädagogik mit dem Spannungsfeld zwischen der korrigierenden Beziehungsarbeit und der Gefahr der sekundären Traumatisierung um?

Um die Fragestellung noch zu konkretisieren und einen Überblick über die einzelnen involvierten Themen zu verschaffen, wurden Unterfragen formuliert, die schrittweise zur Beantwortung der Fragestellung führen:

1. Wie wirken sich traumatisierende Erfahrungen im frühkindlichen Alter auf das Bindungsverhalten von Kindern und Jugendlichen aus?
2. Wie gestaltet sich eine korrigierende Beziehungsarbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen?
3. Was ist Traumapädagogik?
4. Was ist eine sekundäre Traumatisierung?
5. Wie geht die Traumapädagogik mit der Gefahr einer sekundären Traumatisierung ihrer Fachkräfte um?

Diese Unterfragen werden in der vorliegenden Arbeit im Hauptteil bearbeitet und im Schlussteil noch einmal zusammengefasst und diskutiert.

3 Eingrenzung

Die Traumapädagogik stellt eine Form der Erziehung dar, die sich auf die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen (und nicht mit Erwachsenen) bezieht. Da sehr viele Traumatisierungen von Kindern und Jugendlichen im unmittelbaren familiären Umfeld stattfinden, werden die Kinder und Jugendlichen sehr oft aus der Ursprungsfamilie herausgenommen und in Heimen oder Pflegefamilien platziert. Aufgrund dessen richtet sich die Traumapädagogik an die Fachkräfte der Heimerziehung und Pflegefamilien. In dieser Arbeit wird der Fokus bewusst auf die Heimerziehung gelegt, weil sich die Literatur der Traumapädagogik vor allem mit der Heimerziehung beschäftigt und um den Umfang der Arbeit einzugrenzen. Folglich geht es einerseits um die Beziehungsarbeit zwischen Fachkräften der sozialpädagogischen Heimarbeit und den in Heimen platzierten Kindern und Jugendlichen und andererseits um die Gefahr einer sekundären Traumatisierung der sozialpädagogischen Fachkräften, die in Kinder- und Jugendheimen tätig sind.

4 Methodisches Vorgehen

Diese Arbeit ist eine Theoriearbeit und hat den Anspruch, anhand verschiedener Theorien eine bestimmte Frage aus der Praxis zu erarbeiten. Sie bearbeitet die oben genannte Fragestellung und Unterfragen mittels Theorien und Konzepten, generiert aber keine neuen Erkenntnisse oder Forschungen. Als methodisches Vorgehen ist hier die Literaturrecherche zu den Thematiken Traumapädagogik, Bindungsarbeit und sekundäre Traumatisierung zu benennen. Sie begann mit einem Buch über die Grundlagen der Traumapädagogik (Bausum/Besser/Kühn/Weiss 2013), in dem verschiedene Konzepte vorgestellt werden, die ich mittels der Bücher aus dem Quellenverzeichnis weiter vertiefen konnte. Später nahm ich die Datenbanken Konsortium auf der Webseite der „Rektorenkonferenz der Fachhochschulen

der Schweiz“ (www.kfh.ch) zur Hilfe. Im Themenbereich der Sozialen Arbeit befasste ich mich vor allem mit der Datenbank Psyndex, da sich die Traumapädagogik mit psychologisch relevanten Publikationen deutschsprachiger Autorinnen und Autoren befasst. In der genannten Datenbank ergab der Begriff „Traumapaedagogik“ als solches 49 Treffer. Daraus beschäftigte ich mich mit 24 Artikeln aus 17 verschiedenen Büchern und Zeitschriften. Der Begriff „Trauma“ zählte 7309 Treffer. Um die Suche einzuschränken, gab ich den bekannten und viel zitierten Autor „Van der Kolk“ ein und erhielt 19 Treffer. Daraus konnte ich 13 Artikel aus nur 4 verschiedenen Büchern und Zeitschriften für diese Arbeit einsetzen. Um das Trauma im Kontext mit der Bindungstheorie zu betrachten, wählte ich den Begriff „Bindungstrauma“, welcher 36 Treffer anzeigte, wovon ich 10 Artikel verwenden konnte. Zur Bindungstheorie zeigte die Datenbank anhand der Begriffe „Bindungstheorie AND Bowlby (Autor)“ nur gerade 7 Treffer an, wovon 5 Artikel aus 3 verschiedenen Büchern für diese Arbeit relevant sind. Da dies nicht ausreichte, recherchierte ich direkt im NEBIS („Netzwerk von Bibliotheken und Informationsstellen in der Schweiz“ auf www.nebis.ch), wo ich noch 4 weitere Bücher über die Bindungstheorie von John Bowlby fand. Zur Vertiefung des traumapädagogischen Konzeptes des sicheren Ortes und der sicheren Basis verwendete ich den Begriff „Paedagogik des sicheren Ortes“, der 2 brauchbare Treffer und die Begriffe „sichere Basis AND Trauma“, welche 4 Artikel von 13 Treffern ergaben. Aus den 57 Psyndextreffern des Begriffes „sekundaere Traumatisierung“ konnte ich nur 13 Artikel aus 10 verschiedenen Büchern und Zeitschriften benutzen, weil viele Artikel aus anderen Berufsgruppen mit der Gefahr der sekundären Traumatisierung stammten. Weitere Begriffe waren „Retraumatisierung“, „Psychotherapie AND Sozialpaedagogik AND Trauma“, „Bindung AND Heim AND Trauma“ sowie „Betreuung AND Heim AND Trauma“. Während des Schreibens dieser Arbeit kam dann noch weitere Literatur dazu, die ich durch Zitate in den oben genannten Büchern oder in der Internetrecherche entdeckte. Viele der für diese Arbeit relevanten Bücher und Zeitschriften entstammen aus der Wissenschaft der Psychotherapie, da sie dieselbe Zielgruppe hat und die Fachkräfte ebenso den Traumafolgestörungen von Kindern und Jugendlichen sowie der Gefahr einer sekundären Traumatisierung ausgesetzt sind.

5 Aufbau der Arbeit

Nachdem die Einleitung Auskunft über die Ausgangslage, Fragestellung und Relevanz für die Soziale Arbeit gibt, beschreibt der Hauptteil verschiedene Theorien und Konzepte und nähert sich so der Beantwortung der Fragestellung. Das erste Kapitel beginnt mit der Definition von Trauma und beschreibt anhand der Traumafolgestörungen und Bindungsstörungen die Zielgruppe der Traumapädagogik. Im zweiten Kapitel wird die Traumapädagogik erklärt. Dazu gehören die Ausgangslage und Definition der Traumapädagogik, ihr Verständnis für

Beziehungsarbeit und die Unterstützung der Fachkräfte. Um den Transfer der Traumapädagogik in die Praxis zu vollziehen, werden im nächsten Kapitel drei Konzepte zur Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen dargestellt. Es gäbe noch weitere Konzepte, die hier aber absichtlich nicht erwähnt werden, um dem Umfang dieser Arbeit gerecht zu werden und den Kern der Arbeit nicht aus den Augen zu verlieren. Das vierte Kapitel geht auf die Gefahr der sekundären Traumatisierung der (traumapädagogischen) Fachkräfte ein. Sie wird anhand der Definition, Begriffserklärung und den Belastungsfaktoren, die eine sekundäre Traumatisierung begünstigen, erläutert. An dieser Stelle ist aber der Blick auf die Ressourcen, welche die Fachkräfte als Schutz vor einer sekundären Traumatisierung empfinden, auch enorm wichtig. Um den Umgang der Traumapädagogik mit der Gefahr einer sekundären Traumatisierung aufzuzeigen, werden im fünften Kapitel zwei Konzepte, strukturelle Anforderungen und Standards der Traumapädagogik beschrieben. Im letzten Teil, den Schlussfolgerungen, werden dann die wichtigsten Erkenntnisse zusammengefasst sowie die Fragestellung beantwortet. Letztlich werden in einer kritischen Würdigung die Grenzen der Arbeit und in einem Ausblick die Grenzen der Traumapädagogik und damit auch weitere Forschungsmöglichkeiten aufgezeigt. Die Arbeit schliesst mit dem Bezug zur Sozialen Arbeit, um noch einmal die Wichtigkeit der Fragestellung für ebendiese zu verdeutlichen.

6 Relevanz für die Soziale Arbeit

Die Traumapädagogik ist eine Anwendung der Psychotraumatologie in der sozialpädagogischen Begleitung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Dank dem Bewusstsein über Traumafolgestörungen gelingt es den Fachkräften, ein anderes Verständnis für das Verhalten von Kindern und Jugendlichen mit posttraumatischen Belastungsstörungen zu entwickeln (vgl. Schmid 2013: 56). Die Traumapädagogik wird vor allem in stationären und teilstationären Kinder- und Jugendhilfen angewendet (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013: 286). Nach Schmid (2010: 36) gibt es kaum einen anderen psychosozialen Bereich, in dem sich so viele Kinder und Jugendliche befinden, die schwer belastende bis traumatisierende Lebensereignisse erleben mussten. Auch Gahleitner (2012a: 44) schreibt, dass „die psychosozialen Fachkräfte aus dem Bereich der Sozialen Arbeit und (Heil-)Pädagogik – besonders im Bereich stationärer Einrichtungen der Kinder und Jugendarbeit – den weitaus grössten Anteil der Traumaversorgung“ gestalten.

Die Fragestellung dieser Arbeit ist eine zentrale Frage für die Soziale Arbeit, weil sie sich damit auseinandersetzt, wie traumatisierte Kinder und Jugendliche betreut, geschützt und in ihrer Entwicklung gefördert, gesichert und stabilisiert werden können (vgl. AvenirSocial 2010: 6). Sie strebt nach einem adäquaten Umgang mit dem Verhalten von traumatisierten Kindern und Jugendlichen und möchte als eine Unterstützung zur Traumabearbeitung funktionieren.

Insbesondere nimmt sie aber auch die Gefahr der sekundären Traumatisierung ihrer Fachkräfte in den Blick. Denn durch die Arbeit und den Kontakt mit dem „traumatischen Material (Inhalte, Emotionen)“ (Lang, B. 2013b: 135) kann bei den Fachkräften starker traumatischer Stress sowie Gefühle der Ohnmacht und Selbstunwirksamkeit ausgelöst werden (vgl. ebd.; Schmid 2010: 42). Dies kann zu Beziehungsabbrüchen führen, was sich einerseits auf die Bindungsfähigkeiten der Kinder und Jugendlichen und andererseits auf den Erfolg der sozialpädagogischen Hilfemassnahme negativ auswirkt (vgl. Schmid 2010: 39). Trotzdem ist eine Traumabearbeitung anhand einer kontinuierlichen und korrigierenden Bindungserfahrung und professioneller Unterstützung seitens der Psychotherapie und Sozialen Arbeit für die traumatisierten Kinder und Jugendlichen eine wichtige Voraussetzung für ein in unserer Gesellschaft integriertes Leben (vgl. Gahleitner/Loch/Schulze 2012: 9). So ist es für die Soziale Arbeit unabdingbar, sich mit den Konzepten zum professionellen Umgang mit Traumata und dem Spannungsfeld zwischen der traumapädagogischen Beziehungsarbeit und der Gefahr der sekundären Traumatisierung auseinanderzusetzen.

II Hauptteil

1 Trauma

Diese Arbeit beschäftigt sich mit dem psychischen Trauma von Kindern und Jugendlichen. Um eine klare Übersicht und Grundlage zu schaffen, wird in diesem Kapitel definiert, was ein Trauma ist (Kap. 1.1) und welche Folgen daraus entstehen können (Kap. 1.2). Ausserdem wird in einem dritten Schritt das Trauma und seine Folgen auch mit dem Blick auf die Bindung eines Kindes thematisiert und vertieft (Kap. 1.3).

1.1 Definition Trauma

Der Mensch kann sich dank seiner psychischen Flexibilität und Kreativität an widrige Lebensereignisse anpassen. Trotzdem können die „natürlichen menschlichen Selbstschutzstrategien versagen“ (Gahleitner 2010: 130) und kann sich „das psychologische, physiologische und soziale Gleichgewicht eines Menschen in solchem Masse verändern, dass die Erinnerung an ein bestimmtes Ereignis alle anderen Erfahrungen überschattet und die Gegenwart stark beeinträchtigt“ (Van der Kolk/McFarlane 2000: 27). Zur Unterscheidung zwischen allgemeinen psychischen Traumata und Kindertraumata werden diese Formen in diesem Kapitel getrennt dargelegt. Der neurobiologische Aspekt, der für die Fragestellung dieser Arbeit zwar nicht relevant ist und trotzdem für die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen wichtig ist, wird ganz kurz und sehr vereinfacht aufgezeigt und später in der Arbeit noch einmal erwähnt (siehe Kap. 3.3.2).

1.1.1 Allgemeine Definition von Trauma

Der Begriff Trauma ist griechischer Herkunft und bedeutet „Wunde“ (Weiss 2013a: 25). Die ICD-10 („Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ der WHO) definiert ein Trauma als „ein aussergewöhnlich belastendes Lebensereignis, das eine akute Belastungsreaktion hervorruft, oder eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt hat und eine Anpassungsstörung hervorruft“ (Krollner 2013: ICD-10 Code F43). Ein Trauma ist also ein Ereignis, das der oder die Betroffene selber erlebt oder beobachtet hat. Es kann von kurzer oder langer Dauer sein und ist geprägt von „aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (ebd.).

In einer Definition von Schmid/Lang (2012: 337) heisst es, dass eine traumatische Erfahrung ein Ereignis ist, das mit hoher physiologischer Erregung einhergeht und eine Gefahr für die eigene körperliche Unversehrtheit, das eigene Leben oder das einer anderen, nahestehenden Person darstellt, welchem die traumatisierte Person hilflos ausgeliefert war und das sie

unter Zuhilfenahme von innerpsychischen Strategien (Dissoziation (...)) über sich ergehen lassen musste, da alle alternativen Reaktionsmöglichkeiten, wie z.B. Kampf oder Flucht, sinnlos oder ausgeschöpft waren.

Das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-5) definiert ein Trauma anhand der folgenden Aspekte, die erfüllt sein müssen: „Exposure to actual or threatened death, serious injury or sexual violence in one (or more) of the following ways:

1. Directly experiencing the traumatic event(s).
2. Witnessing, in person, the event(s) as it occurred to others.
3. Learning that the traumatic event(s) occurred to a close family member or close friend.
In cases of actual or threatened death of a family member or friend, the event(s) must have been violent or accidental.
4. Experiencing repeated or extreme exposure to aversive details of the traumatic event(s) (...).“ (American Psychiatric Association 2013: 271)

Terr (1991: 19) teilt die Traumata in Typ I: „which is brought on by one sudden shock“ und Typ II: „which is precipitated by a series of external blows“ auf. Unter Typ I versteht sie also einmalige, unvorhersehbare Ereignisse, oder auch Monotraumata genannt, während Typ-II Traumata wiederholt auftreten und teilweise sogar vorhersehbar sind (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013: 35ff.; Landolt/Hensel 2012: 16; Wöller 2013: 24). Landolt/Hensel (2012: 17) sowie Beckrath-Wilking et al. (2013: 35) machen eine weitere Differenzierung und unterscheiden von Menschen verursachte man-made Traumata, wie zum Beispiel eine Vergewaltigung, Folter oder Krieg, von Traumata, die nicht von Menschen verursacht wurden. Dazu gehören akzidentelle Traumata wie Naturkatastrophen und Verkehrs- oder Arbeitsunfälle.

Wöller (2013: 24), Beckrath-Wilking et al. (2013: 36f.) und Landolt/Hensel (2012: 17) haben diese beiden Differenzierungen übereinandergelegt und folgende Beispiele genannt:

	Typ-I-Traumata	Typ-II-Traumata
Interpersonelle, man-made Traumata	Kriminelle Gewalt wie Überfälle. Sexuelle Übergriffe.	Sexuelle und körperliche Gewalt oder Missbrauch in der Kindheit. Krieg, Folter, Geiselnahme, KZ.
Akzidentelle, nicht man-made Traumata	Naturkatastrophen wie Erdbeben. Schwere Verkehrsunfälle.	Langdauernde Naturkatastrophen wie Dürre und Hungersnot. AKW-Unglück.

Tab. 1: Beispiele für die verschiedenen Typen und Formen von Trauma (Eigene Darstellung in Anlehnung an Wöller 2013: 24; Beckrath-Wilking et al. 2013: 36f.; Landolt/Hensel 2012: 17)

1.1.2 Traumadefinition für Kinder

Das DSM-5 unterscheidet in der neusten Version zwischen Posttraumatic Stress Disorder für Erwachsene, Jugendliche und Kinder älter als sechs Jahre und Posttraumatic Stress Disorder für Kinder bis sechs Jahre. Die Definition für Kinder bis sechs Jahre nennt unterschiedliche Faktoren, die zu einem Trauma führen können: „exposure to actual or threatened death, serious injury or sexual violence in one (or more) of the following ways:

1. Directly experiencing the traumatic event(s).
2. Witnessing, in person, the event(s) as it occurred to others, especially primary caregivers.
3. Learning that the traumatic event(s) occurred to a parent or caregiving figure.“ (American Psychiatric Association 2013: 272f.)

Wichtig ist hier die Betonung auf die Eltern und fürsorgende Personen, denen ein traumatisches Ereignis widerfahren kann (2. und 3.). Es wird aber nicht darauf eingegangen, dass die traumatisierenden Handlungen von Eltern oder fürsorgenden Personen selbst verübt werden können, was bedeutet, dass es laut DSM-5 keinen Unterschied macht, wer die Handlungen ausführt.

1.1.3 Neurobiologische Definition von Trauma

Das Reptiliengehirn – auch Stammhirn oder Gehirnstamm genannt – reagiert auf Gefahren und setzt Energie frei, damit ein Mensch kämpfen oder flüchten kann. Das limbische System oder die Amygdala ist für das Gedächtnis und die Emotionen verantwortlich und ist die Warnzentrale, die bei drohender Gefahr aktiviert wird. Das Frontalhirn ist der Denker, der normalerweise die Emotionen und Handlungen steuert. Befindet sich eine Person in Gefahr, wird die Amygdala aktiviert und das Stammhirn setzt Energie frei. Der Denker wird dabei ausgeschaltet (vgl. Weiss 2013a: 124f.; Weiss 2013b: 170; Weiss 2013d: 148).

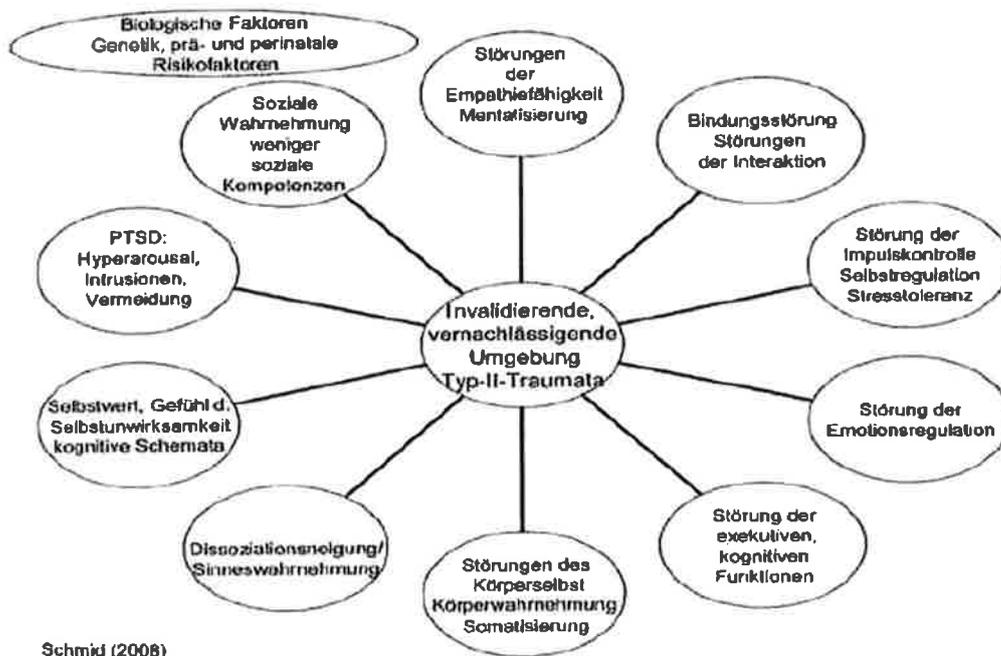
Wenn der Körper immer wieder oder früh schon viel Gefahr und/oder Stress ausgesetzt war, meldet die Amygdala auch dann Gefahr, wenn keine besteht. Das Reptiliengehirn bleibt eingeschaltet und setzt Energie frei, damit ein Mensch kämpfen oder flüchten kann (vgl. Weiss 2013b: 170). Auch das Dissoziieren¹ kann so erklärt werden. Wenn alles zu viel wird, kann das Gehirn nichts mehr aufnehmen. Die Amygdala kann keine Gefühle mehr spüren und der Denker erinnert sich an nichts, damit der Körper sich vom Stress ausruhen kann. Wenn der Körper in der Vergangenheit öfters Dissoziieren musste, macht er diesen Vorgang automatisch auch dann, wenn es gar nicht nötig ist (vgl. ebd.: 171).

¹ Gefühle und Gedanken werden getrennt, weil das Bewusstsein die Informationen von aussen mit denen von innen nicht vereinbaren und in Einklang bringen kann (vgl. Weiss 2013a: 256). Es ist eine „schützende Trennung“ (Weiss 2013b: 168).

1.2 Traumafolgestörungen

Traumafolgestörung ist ein Überbegriff verschiedener Reaktionen und Störungen infolge einer enormen Belastung wie beispielsweise ein Trauma. Darunter fasst die ICD-10 die akute Belastungsreaktion, posttraumatische Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen und andauernde Persönlichkeitsänderungen nach Extrembelastung zusammen (vgl. Krollner 2013). Herman (vgl. 2003: 161-179) erstellte eine weitere Diagnose für die Folgen von mehrfacher bzw. chronischer Kindheitstraumata und nennt sie „komplexe posttraumatische Belastungsstörungen“ (ebd.: 169). Auch die Arbeitsgruppe NCTSN (National Child Traumatic Stress Network) hat sich mit dem Thema der Kindheitstraumata und ihren Auswirkungen auf die Entwicklung beschäftigt und erstellte die Diagnose für Entwicklungstraumastörungen. Diese Traumafolgestörungen werden in den folgenden Unterkapiteln kurz aufgeführt.

Schmid (2008: 291) gibt in der Abbildung über die Folgen von Traumata (Abb.1) einen guten Überblick, mit welchen Schwierigkeiten Menschen gerade mit Typ-II-Traumata zu kämpfen haben. Viele von ihnen werden in den folgenden Kapiteln thematisiert und zum Teil vertieft.



Schmid (2008)

Abb. 1: Psychopathologische Konsequenzen von sequentiellen Traumatisierungen. Schmid 2008: 291

1.2.1 Akute Belastungsreaktion

Eine akute Belastungsreaktion ist „eine vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine aussergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt und die im allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt“ (Krollner 2013: ICD-10 Code F43.0). Dabei sind die Stärke und Dauer der Belastungsreaktion von der individuellen Verletzbarkeit und den Bewältigungsstrategien abhängig. Die Symptome bestehen aus „einer Art ‚Betäubung‘, mit einer gewissen Bewusst-

seinseinengung und eingeschränkten Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und Desorientiertheit“, aber auch einem „Sichzurückziehen“ sowie einem „Unruhezustand“ und einer „Überaktivität“ (ebd.).

1.2.2 Posttraumatische Belastungsstörung

Typische Merkmale für eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nach einem Trauma sind Wiedererleben (Intrusion), Vermeidung (Konstriktion) und Übererregung (Hyperarousal) (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013: 43; Scherwath/Friedrich 2012: 24-27). Das Wiedererleben des Traumas ist ungewollt und so intensiv und detailliert, als würde es in der Gegenwart wieder geschehen. Zu Intrusionen gehören Flashbacks, Nachhallerinnerungen oder auch Träume. Sie können in allen Sinnen als Bilder, Geräusche, Gerüche, Körperwahrnehmungen etc., unsichtbar oder nicht hörbar auftreten, indem die betroffene Person nur Gefühle der Angst, Ohnmacht und Handlungsunfähigkeit wiedererlebt. Diese Intrusionen werden durch bestimmte Reize, auch Trigger genannt, ausgelöst wie zum Beispiel Jahrestage, ähnliche Situationen, Geräusche, Düfte, Gegenstände, usw. (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013: 43f.). Um nicht mehr an das erlebte Trauma erinnert zu werden, vermeiden traumatisierte Menschen häufig Situationen, Orte oder Menschen, die mit dem Trauma in Verbindung gebracht werden (Vermeidung). Dies kann zu Teilamnesien (teilweiser Ausfall der Erinnerungen an das Ereignis) bis zu „völliger sozialer Zurückgezogenheit“ führen (Beckrath-Wilking et al. 2013: 45). Eine weitere Folge der Vermeidung ist auch die emotionale Stumpfheit bzw. das emotionale „Betäubt-sein“ (Numbing). Dies geschieht, wenn Menschen unfähig werden, positive Gefühle zu erleben und auszudrücken, zum Beispiel durch Interessensverminderung an Aktivitäten, die alltäglich sind oder die sie vor dem traumatischen Erlebnis gerne ausgeführt hatten (vgl. ebd.: 45f.). Die Hyperarousal ist im Normalfall eine Überlebenshilfe des Organismus, indem die Amygdala sensibel und frühzeitig auf bedrohliche Reize reagiert. Nach einem Trauma sinkt aber die Erregungsschwelle, weshalb traumatisierte Menschen nicht mehr zwischen einem Zustand der Bedrohung und der Sicherheit unterscheiden können. Neutrale Reize werden als Gefahr interpretiert und das autonome Nervensystem ist in ständiger Alarmbereitschaft (siehe Kap. 1.1.3). Dadurch sind Menschen mit Übererregung schon bei kleinster Belastungen sehr schreckhaft, reizbar und haben ein gestörtes Schlafverhalten (vgl. ebd.: 46). Weitere Merkmale von Menschen mit PTBS sind „Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit“ (Krollner 2013: ICD-10 Code F43.1). Die PTBS folgen meist direkt auf das Trauma, können sich aber auch erst Monate später zeigen. Eine Heilung ist in den meisten Fällen zu erwarten, jedoch kann die Störung in einzelnen Fällen chronisch werden und in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (siehe ICD-10 Code F62.0, Kap. 1.2.4) übergehen (vgl. ebd.).

1.2.3 Anpassungsstörung

Bei Anpassungsstörungen handelt es sich um „Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses (...) nach belastenden Lebensereignissen auftreten“ (Krollner 2013: ICD-10 Code F43.2). Dabei bzw. dadurch kann das soziale Netz beschädigt werden. Die Symptome sind sehr unterschiedlich und beinhalten depressive Stimmungen und Angst (vgl. ebd.).

1.2.4 Andauernde Persönlichkeitsänderungen nach Extrembelastung

Ein Trauma kann eine andauernde (mind. zwei Jahre lange) Persönlichkeitsänderung verursachen. „Die Störung ist durch eine feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt, durch sozialen Rückzug, Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl der Anspannung wie bei ständigem Bedrohtsein und Entfremdungsgefühl, gekennzeichnet.“ (Krollner 2013: ICD-10 Code F62.0) Eine andauernde Persönlichkeitsänderung kann eine Folge PTBS (siehe Kap. 1.2.2) sein (vgl. ebd.).

1.2.5 Komplexe posttraumatische Belastungsstörungen

Die ICD-10-Klassifizierung geht vor allem auf Belastungsstörungen nach traumatischen Erlebnissen im Erwachsenenalter ein. Dabei leiden Opfer, die in ihrer Kindheit über längere Zeit traumatisiert wurden, zwar auch an posttraumatischen Belastungsstörungen (Wiedererleben, Übererregung und Vermeidung), weisen jedoch weitere Symptome wie „Störungen der Emotionsregulierung, dissoziative Symptomatik, Persönlichkeitsstörungen oder Somatisierungsstörungen²“ auf (Beckrath-Wilking et al. 2013: 47). Herman (vgl. 2003: 169) definiert eine Person mit komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen als jemand, der über längere Zeit dem Trauma ausgesetzt und zudem massiv unterdrückt wurde. Diese Person zeigt Folgen wie:

- Störungen der Affektregulation (leichte Erregbarkeit wegen fehlender Feinabstufung der Gefühlsausdrücke, lang andauernde depressive Verstimmungen bis zu selbstverletzenden Verhaltensweisen)
- Bewusstseinsveränderungen wie Amnesien, dissoziative Phasen und Wiedererleben der Traumata
- Störungen der Selbstwahrnehmung (chronische Schuldgefühle, Gefühle der Selbstunwirksamkeit und Ohnmacht)

² Somatisierungsstörungen sind „multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome“, die aber nicht körperlich begründbar sind (Krollner 2013: ICD-10 Code F45).

- Gestörte Wahrnehmung des Täters oder der Täterin
- Beziehungsprobleme (Isolation, gestörte Intimbeziehungen, Suche nach einem Retter, Misstrauen)
- Veränderungen des Wertesystems (Hoffnungslosigkeit, Verlust der bisherigen Lebensüberzeugung und Glaubensinhalte). (vgl. Herman 2003: 169f.; Beckrath-Wilking et al. 2013: 48f.)

1.2.6 Entwicklungstraumastörungen

Die Entwicklungstraumastörung, bekannt als Developmental Trauma Disorder (DTD), ist eine Folge von mehrfacher (Typ II) interpersoneller bzw. man-made Traumatisierung (hier fast immer durch eine Bezugsperson) und gehört zu den komplexen PTBS. Diese Diagnose wurde von der Arbeitsgruppe NCTSN entwickelt, weil sich die PTBS-Diagnose nicht genügend mit den Auswirkungen eines Kindheitstraumas auf die Entwicklung eines Kindes auseinandergesetzt hat und zudem die meisten traumatisierten Kinder und Jugendlichen die Kriterien der PTBS nicht erfüllen (vgl. Van der Kolk 2009: 580f.). Sie wurde als Vorschlag für die fünfte Revision des DSM erstellt, aber nicht in die neue Revision integriert. Stattdessen wurde eine Diagnose für „Posttraumatic Stress Disorder for Children 6 Years and Younger“ erstellt (American Psychiatric Association 2013: 272ff.). Die folgende Tabelle (Tab. 2) zeigt die vier diagnostischen Kriterien von Entwicklungstraumastörungen, die die Arbeitsgruppe NCTSN entwickelt hat (vgl. Van der Kolk 2005: 404). Sie erklärt, wie es zu einer Entwicklungstraumastörung kommt (A. Exposure) und welche Merkmale eine solche Störung auszeichnet (B. bis D.)

Developmental Trauma Disorder	
A. Exposure	<ul style="list-style-type: none"> • Multiple or chronic exposure to one or more forms of developmentally adverse interpersonal trauma (eg. abandonment, betrayal, physical assaults, sexual assaults, threats to bodily integrity, coercive practices, emotional abuse, witnessing violence and death). • Subjective experience (eg. rage, betrayal, fear, resignation, defeat, shame).
B. Triggered pattern of repeated dysregulation in response to trauma cues	<p>Dysregulation (high or low) in presence of cues. Changes persist and do not return to baseline; not reduced in intensity by conscious awareness.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Affective. • Somatic (eg. physiological, motoric, medical). • Behavioral (eg. re-enactment, cutting). • Cognitive (eg. Thinking that it is happening again, confusion, dissociation, depersonalization). • Relational (eg. clinging, oppositional, distrustful, compliant). • Self-attribution (eg. self-hate, blame).
C. Persistently Altered Attributions and Expectancies	<ul style="list-style-type: none"> • Negative self-attribution. • Distrust of protective caretaker. • Loss of expectancy of protection by others. • Loss of trust in social agencies to protect. • Lack of recourse to social justice/retribution. • Inevitability of future victimization.

D. Functional Impairment
<ul style="list-style-type: none">• Educational.• Familial.• Peer.• Legal.• Vocational.

Tab. 2: *Developmental Trauma Disorder. Van der Kolk 2005: 404*

Van der Kolk (vgl. 2009: 580), ein Mitglied der Arbeitsgruppe, nennt weitere Auswirkungen auf die Entwicklung eines Kindes mit Traumaerfahrungen:

- gestörte Bindungsmuster
- rasante Regressionen im Verhalten und Wechsel in den emotionalen Zuständen
- aggressives Verhalten gegen sich und andere
- Misslingen beim Erreichen von Entwicklungskompetenzen
- Verlust der Körperregulation in Bereichen Schlaf, Ernährung und Selbstpflege
- veränderte Schemata von der Welt
- traumatische Erwartungen
- offenkundiges Fehlen des Bewusstseins für Gefahren und dem daraus resultierende selbstgefährdende Verhalten
- chronische Gefühle von Wirkungslosigkeit

Ausserdem neigen diese Kinder und Jugendlichen dazu, auf belastende Reize konfus, dissoziiert und desorientiert zu reagieren und interpretieren Ereignisse als Wiederholung des Traumas. Deshalb reagieren sie nicht angemessen, sind ständig ängstlich und „auf der Hut“. Durch den Vertrauensverlust in die Bezugsperson organisieren sie die Beziehungen so, dass sie nicht mehr verlassen oder zu Opfern werden, indem sie sich zum Beispiel nur vordergründig anpassen, misstrauisch und trotzig sind oder sich exzessiv an die Beziehungen klammern (vgl. ebd.: 582).

Da Kindheitstraumata meist in den Familien mit engen Bezugspersonen beginnen (vgl. Van der Kolk 2005: 402), wird die Bindung des Kindes zu den Bezugspersonen auch stark involviert und beeinflusst und fordert deshalb eine genaue Beachtung.

1.3 Bindung und Trauma

Die Bindung, die Kinder zu ihrer (ihren) Bezugsperson(en) aufbauen, hat grossen Einfluss auf die Folgen der traumatischen Ereignisse und können ihrerseits auch durch die Ereignisse stark beeinflusst werden. In diesen Extremsituationen wird das Bindungssystem automatisch aktiviert und die traumatisierte Person sucht Schutz und Sicherheit. Dabei kann die Bindung einen Schutz-, aber auch einen Risikofaktor sein, weil die Art der Bindung die Verarbeitung der traumatischen Erfahrungen beeinflusst (vgl. König 2012: 59, 64f.). Wenn die traumatisie-

renden Handlungen von der Bindungsperson selbst ausgetragen werden (beziehungsabhängiges Trauma) und so die auf Vertrauen basierte Bindung gestört wird, kann dies zu Bindungstraumata und Bindungsstörungen führen (vgl. Fonagy 2009: 51, 61; Ziegenhain 2009: 136f.). Um diese Vorgänge zu verstehen, wird zuerst die Bindungstheorie nach Bowlby kurz erklärt (Kap. 1.3.1) und dann die Schutzfunktion der Bindung aufgezeigt (Kap. 1.3.2). Die Definition und Gefahr eines Bindungstraumas (Kap. 1.3.3) und die Auswirkungen einer Traumatisierung auf das Bindungsmuster (Kap. 1.3.4) machen deutlich, wie es zu einer Bindungsstörung (Kap. 1.3.5), einer weiteren Traumafolgestörung, kommen kann.

1.3.1 Bindungstheorie

Die Bindungstheorie ist eine räumliche Theorie, weil sie davon ausgeht, dass sich ein Kind in der Nähe eines geliebten Menschen wohl und sicher fühlt (vgl. Holmes 2002: 87). Sie befasst sich mit der, für eine gesunde Entwicklung unabdingbar, enge Beziehung zu einer oder mehreren Bezugsperson(en) (vgl. Grossmann, Klaus 2011: 68). Die Bindungstheorie besagt, dass ein Bindungsverhalten eines Kindes durch eine „tatsächliche oder drohende Trennung von der Bindungsfigur“ ausgelöst wird und zielt auf die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung von Nähe zur Bindungsperson. Es beinhaltet Weinen und Rufen, um Fürsorge und Zuwendung zu bekommen, sowie das Festhalten und Protestieren bei einer Trennung von der Bindungsperson (vgl. Bowlby 1987: 23; Bowlby 2006: 179; Bowlby 2008: 21f.). Das Bindungsverhalten ist vor allem in der frühen Kindheit sichtbar und nimmt zwar mit zunehmendem Alter an Häufigkeit und Intensität ab, ist aber bis zum Tode in abgeschwächter Form vorhanden (vgl. Bowlby 1987: 23).

„Eine (...) Bindung setzt ein, durch spezifische Faktoren gesteuertes, starkes Kontaktbedürfnis gegenüber bestimmten Personen voraus und stellt ein dauerhaftes, weitgehend stabiles und situationsunabhängiges Merkmal des Bindungssuchenden dar.“ (Bowlby 2008: 22) Ein Kind ist dann gebunden, wenn es darauf vertraut, dass die Handlungen und Absichten seiner Bindungsperson gutartig sind (vgl. Fonagy 2009: 50).

Die Bindungsmuster geben die Qualität der Bindung an und werden in eine sichere, unsicher-vermeidende und unsicher-ambivalente Bindung eingeteilt (vgl. Holmes 2002: 88). Bei einer **sicheren Bindung** fühlt sich das Kind sicher und geschützt (vgl. ebd.). Es weiss, dass seine Bindungsperson feinfühlig ist, sensibel auf es reagiert und ihm in Stresssituationen zur Seite steht, es beschützt und tröstet. Die Bindungsperson unterstützt ausserdem den „Explorationsdrang“ des Kindes, indem sie als verlässliche Basis fungiert (vgl. Bowlby 2008: 9f., 101). Diese sichere Basis ist der Ort, von dem aus das Kind „die Umwelt erkunden und zu der es zurückkehren kann, besonders wenn es müde oder ängstlich wird“ (Bowlby 1987: 25). In einer **unsicher-vermeidenden Bindung** wissen die Kinder aus Erfahrung, dass ihre Bindungsperson auf die Wünsche nach Nähe mit Ablehnung und Zurückweisung reagieren wird

(vgl. Brisch 2013b: 39). Deshalb beginnen diese Kinder früh, auf Zuneigung zu verzichten und versuchen möglichst unabhängig zu sein (vgl. Bowlby 2008: 101). In einer **unsicher-ambivalenten Bindung** wissen die Kinder nicht genau, ob und wann sie sich auf ihre Bindungsperson verlassen können (vgl. ebd.). Die Bindung ist geprägt von einerseits „intensiver Liebe und Abhängigkeit“ und andererseits „Angst vor Ablehnung, Reizbarkeit“ der Bezugsperson, weshalb die Kinder enorme Trennungsängste zeigen (Holmes 2002: 88). Diese drei Bindungsqualitäten zählen in der Bindungstheorie zu den organisierten Bindungsmustern, weil das Bindungsverhalten der Kinder meist vorhersehbar und ein inneres Arbeitsmodell ist, das sie immer wieder anwenden (vgl. Bowlby 2008: 101). Kinder mit einem **desorganisierten Bindungsmuster** zeigen jedoch kein einheitliches Muster. Sie verhalten sich zeitweise stereotyp, erstarren aber plötzlich tranceartig in ihren Bewegungen. Das Verhalten ist aufgrund ihrer Wechsel nicht vorhersehbar und entsteht, wenn die Bezugsperson nicht nur eine sichere Basis darstellt, sondern manchmal auch der Grund für Angst und Bedrohung ist (vgl. Brisch 2013a: 156; Brisch 2013b: 39).

1.3.2 Bindung als Schutzfaktor

Eine sichere Bindung ist ein wichtiger Schutz- und Resilienzfaktor³ und deshalb eine wichtige Ressource bei der Bewältigung von belastenden Situationen (vgl. König 2012: 65; Rauwald 2013: 23f.). Durch verinnerlichte positive Bindungserfahrungen erlebt der Mensch die Welt als einen „mehr oder weniger sicheren Ort“ (Rauwald 2013: 25) und lernt sich selbst als einen wirksamen und widerstandsfähigen Menschen kennen, der Krisen gut überstehen bzw. bestehen kann und einen „sicheren emotionalen Hafen“ in seiner Bindungsperson hat (Brisch 2006: 106). Mit Hilfe einer sicheren Bindung lernt ein Kind seine Emotionen kennen, sie zu benennen und zu mentalisieren⁴ (vgl. Grossmann, Klaus 2011: 76). Dank diesem Zugang zu den Emotionen und Gefühlen ist es für das Kind in belastenden Situationen einfacher, andere, vertraute Menschen um Hilfe zu bitten, wenn es selber nicht mehr weiterkommt (vgl. Brisch 2013a: 158; Grossmann, Klaus 2011: 84). Ausserdem leben solche sicher gebundenen Kinder und Jugendliche mehr in Gruppen und suchen in Situationen, die sie nicht richtig einschätzen können, schneller den Kontakt zu einer Bindungsperson (vgl. Brisch 2013a: 158; Schmid 2008: 293). „Sie verfügen über eine geringe Verletzlichkeit bei unangenehmen Lebensereignissen oder Zurückweisungen (...) [und] über eine in ihren Gefühlen verankerte und in der Organisation ihrer inneren Arbeitsmodelle fest eingebundene

³ Resilienzfaktoren sind Faktoren, die das Risiko, eine Störung zu entwickeln, verringern. Resilienz ist die Widerstandsfähigkeit des Menschen (vgl. Weiss 2013a: 260f.).

⁴ Mentalisieren bedeutet, dass ein Kind Worte für Gefühle und Emotionen lernen und sie auch mit äusseren Ereignissen und eigenen Erfahrungen in Verbindung bringen und einordnen kann. Es hat somit einen „Zugang zu den eigenen Gefühlen“ und kann über seine mentalen Zustände nachdenken und reflektieren (vgl. Grossmann, Klaus 2011: 76).

zwischenmenschliche Moral, die den anderen achtet und wertschätzt.“ (Grossmann, Klaus 2011: 84)

1.3.3 Bindungstrauma

Ein Bindungstrauma ist ein personales oder man-made Trauma (siehe Kap. 1.1.1), das durch eine Bindungsperson oder ihren Tod verursacht wird. Dabei werden nicht nur Sicherheiten, wie das Urvertrauen und die Bindung gestört, sondern das verursachte Trauma und die früheren Bindungserfahrungen stehen miteinander im Konflikt (vgl. Streeck-Fischer 2010: 162). Allgemein gilt: „Je näher und vertrauter dabei die Beziehung zum Täter ist, umso komplexer, bedeutungsvoller und verwirrender wird die traumatisierende Situation für das Opfer.“ (Rauwald 2013: 25) Denn Traumata aktivieren allgemein das Bindungssystem bzw. das Bindungsverhalten des Kindes, weil es bei der Bindungsperson Schutz, Entspannung und Ruhe sucht. Geht jedoch die traumatisierende Handlung von der Bindungsperson aus, steigert dies die Angst des Kindes, was es noch intensiver zur Bindungsperson zieht. Das Kind kann also nicht fliehen und gerät so in eine paradoxe Situation und einen unlösbaren Konflikt (vgl. Fonagy 2009: 51; Grossmann, Karin 2002: 73f.; König 2012: 59, 63). Der einzige Ausweg ist das Fliehen zu einer anderen Bindungsperson (vgl. Grossmann, Karin 2002: 74). In der Zeit, in der das Trauma anhält und das Kind nicht fliehen kann, ist das Bindungsverhalten aktiviert. Das bedeutet, dass das Kind dann weder explorieren noch mentalisieren kann (vgl. Fonagy 2009: 51). Das Kind bleibt mit einem irritierten, desorganisierten Bindungsmuster zurück, weil das sichere Bindungsgefühl zerstört wurde (vgl. Brisch 2006: 107). Das muss jedoch nicht heißen, dass desorganisierte Bindungsmuster immer eine Folge von „direkten traumatischen (Misshandlungs-)Erfahrungen des Kindes“ sind, sondern sie können auch mittels unverarbeiteten traumatischen Erfahrungen der Bindungsperson selbst übermittelt und weitergegeben werden (König 2012: 63).

Bindungstraumata haben einen „nachhaltigen belastenden Einfluss auf das Zusammenleben mit anderen Menschen“ (Rauwald 2013: 25), der im nächsten Kapitel genauer beschrieben wird.

1.3.4 Folgen von Bindungstraumata

Die Bewältigungsstrategien und Abwehrmöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen sind noch wenig entwickelt. Sie können sich deshalb in Momenten der Gefahr oder Bedrohung nicht genügend schützen und sind auf Hilfe von aussen angewiesen (vgl. Rauwald 2013: 26). Bekommen sie diese Hilfe nicht, weil die Gefahr von der Bindungsperson selber ausgeht, können solche Bindungstraumata das Bindungsmuster bzw. die Entwicklung einer stabilen Bindungsfähigkeit dieser Kinder und Jugendlichen negativ beeinflussen (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013: 100; König 2012: 66). Eine typische Folge von Bindungstraumata

sind Persönlichkeitsstörungen, weil sich das Selbst durch die Verinnerlichung traumatischer Bindungen verändert (vgl. Bechrath-Wilking et al. 2013: 102, 104). Ein weiteres Resultat ist, dass die Kinder und Jugendlichen durch die traumatisierenden Bindungserfahrungen keine Bewältigungsstrategien entwickeln können oder die entwickelten Strategien unter der hohen Belastung versagen. Daraus entstehen desorganisierte Bindungsmuster. Sie stellen grosse Risikofaktoren für spätere, belastende Situationen dar, weil sie nur ungenügend Stabilität geben und es zu erneuten Traumata kommen kann (vgl. König 2012: 62). Ausserdem zeigen Kinder und Jugendliche mit desorganisierten Bindungsmustern im Vergleich zu denjenigen mit sicheren Bindungsmustern öfters posttraumatische Belastungsstörungen (vgl. ebd.: 66).

Da das Bindungsverhalten ständig aktiv ist, können diese Kinder und Jugendlichen nicht explorieren und mentalisieren, was zu Unterentwicklungen in diesen Bereichen führt (vgl. Fonagy 2009: 42-51).

Die traumatisierenden Bindungserfahrungen wirken sich also in vielerlei Hinsicht negativ auf die Bindungsmuster aus, wenn nicht mindestens eine Person zur Verfügung steht, die den Kindern und Jugendlichen eine sichere Basis bieten kann und diese Erfahrungen durch neue, gute und sichere Bindungserfahrungen ersetzen kann (vgl. König 2012: 68). Denn um wieder eine sichere Bindung schaffen zu können, muss Vertrauen (wieder) aufgebaut und eine sichere Basis (wieder) hergestellt werden (vgl. ebd.: 67). Dieser (Wieder-)Aufbau von einer sicheren Basis sollte möglichst bald nach dem traumatischen Erlebnis erfolgen, weil es mit zunehmendem Alter und häufigeren traumatischen Erfahrungen schwieriger wird (vgl. Kissgen 2009: 73).

1.3.5 Bindungsstörungen

Die Bindungsstörung ist eine „emotionale Störung“ (Krollner 2013: ICD-10 Code F94.1), die sich bildet, wenn „ein Kind in der frühen Entwicklungszeit traumatische Erfahrungen mit seinen potentiellen Bindungspersonen gemacht hat, die eigentlich für Schutz und Sicherheit zuständig sind“ (Brisch 2013a: 159). Sie hat einen nachhaltigen negativen Einfluss auf die Beziehungsgestaltung der betroffenen Menschen, weil sie keine stabile Strategie entwickeln konnten, sich in Beziehungen zu bewegen (vgl. Brisch 2013b: 40; Schmid 2008: 292).

Die Fachkräfte der Heimerziehung werden mit diesen Folgestörungen von Bindungstraumata konfrontiert, die sich laut Brisch in verschiedenen Typen zeigen (vgl. 2010: 102-109). Im Typ 1 (**kein Bindungsverhalten**) wenden sich die Kinder und Jugendlichen in Bedrohungssituationen und in belastenden Situationen an keine Bindungsperson und zeigen auch keinen Trennungsschmerz oder -protest (vgl. Brisch 2002: 84; Brisch 2010: 102f. Brisch 2013b: 41). Die Kinder und Jugendlichen des Typs 2a suchen zwar nach Trost und Sicherheit, jedoch nicht bei einer bestimmten Bindungsperson (**undifferenziertes Bindungsverhalten**). Typ 2b möchte das Fürsorgeverhalten der Bindungsperson aktivieren, indem es in Gefahrensituatio-

nen zusätzliches **Unfallrisikoverhalten** zeigt. Die Kinder und Jugendlichen zeigen ausserdem eine Getriebenheit in ihrem Verhalten, weil sie trotz schmerzlichen Unfallerfahrungen ihr Verhalten nicht verändern (sie berühren beispielsweise trotz schmerzhafter Erfahrung die heisse Herdplatte) (vgl. Brisch 2010: 103f.). Die Kinder und Jugendlichen mit **übersteigertem Bindungsverhalten** (Typ 3) zeigen übermässiges und exzessives Klammern an die Bindungsperson, diejenigen des vierten Typs hingegen **stark gehemmtes Verhalten** der Bindungsperson gegenüber. Typ 5 weist auf **aggressives Bindungsverhalten** und somit auf eine aggressive Form der Kontakt- und Bindungsaufnahme hin (vgl. ebd.: 105ff.). Im Typ 6 (**Bindungsverhalten mit Rollenumkehr**) sorgen die Kinder und Jugendlichen für ihre Eltern und im Typ 7 (**psychosomatische Auffälligkeiten**) weisen die Kinder und Jugendliche Symptomatiken wie Essstörungen, Einnässen und Schlafstörungen auf (vgl. Brisch 2002: 84; Brisch 2010: 108-111; Scherwath/Friedrich 2012: 38f.).

Die ICD-10-Klassifikation teilt die Bindungsstörung nur in zwei Klassen ein. Einerseits beschreibt sie die „reaktive Bindungsstörung im Kindesalter“ als Auffälligkeiten in den sozialen Beziehungsmuster des Kindes (Krollner 2013: ICD-10 Code F94.1). Die Kinder zeigen „eingeschränkte soziale Interaktionen mit Gleichaltrigen, gegen sich selbst oder andere gerichtete Aggressionen, Unglücklichsein und in einigen Fällen Wachstumsverzögerung“ (ebd.). Andererseits nennt sie die „Bindungsstörung im Kindesalter mit Enthemmung“ (ebd.) und meint damit ein diffuses, nichtselektives Bindungsverhalten wie Brischs Typ 2a (vgl. Brisch 2002: 84; Brisch 2006: 112; Brisch 2010: 103f.; Krollner 2013: ICD-10 Code F 94.1 und F94.2).

2 Traumapädagogik

Kinder und Jugendliche, die traumatischen Ereignissen ausgesetzt waren, zeigen Verhaltensweisen, die früher ihr Überleben sicherten, heute aber die Fachkräfte und die anderen Kinder und Jugendlichen in den Heimwohngruppen häufig überfordern. Damit sie eine Chance auf Traumaheilung haben, ist es wichtig, dass sie verlässliche und korrigierende Beziehungserfahrungen machen. Traumapädagogik ermöglicht traumatisierten Kindern und Jugendlichen, diese positiven Erfahrungen zu machen, und unterstützt gleichzeitig Fachkräfte, die Kinder und Jugendlichen und ihre Verhaltensweisen zu verstehen und anzunehmen. In diesem Kapitel wird zuerst die Ausgangslage (Kap. 2.1) der Traumapädagogik dargestellt und die Traumapädagogik definiert und erklärt (Kap. 2.2). Darauf folgt ein kurzer Diskurs darüber, wie wichtig eine korrigierende Beziehungsarbeit ist und wie sie in der Traumapädagogik gestaltet wird (Kap. 2.3). Da diese Beziehungsarbeit gerade für die Fachkräfte sehr belastend sein kann, sind auch sie ein wichtiger Teil der Traumapädagogik (Kap. 2.4).

2.1 Ausgangslage

Es gibt kaum einen Bereich in der Sozialen Arbeit, wo so viele schwer belastete bis traumatisierte Kinder und Jugendliche leben wie in der stationären Kinder- und Jugendhilfe (vgl. Schmid 2010: 36f.). Dies wird sich auch nicht so schnell ändern, da mit der Entwicklung und Förderung der ambulanten Hilfe wie beispielsweise sozialpädagogische Familienbegleitung nur noch diejenigen Kinder und Jugendlichen stationäre Massnahmen erhalten, bei denen (und deren Familien) ambulante Hilfen wenig erfolgsversprechend oder bereits gescheitert sind (vgl. ebd.). Ergebnisse von mehreren Untersuchungen zeigen, dass mindestens 75% der Kinder und Jugendlichen aus den befragten stationären Einrichtungen traumatische Lebensereignisse (häufig multiple Traumatisierungen) erleben mussten, welche sich häufig über einen längeren Zeitraum erstreckten (vgl. Jaritz/Wiesinger/Schmid 2008: 272).

Ein grosses Problem in diesen Heimplatzierungen sind die Beziehungsabbrüche, die die Kinder und Jugendliche schon vor, aber auch während der Jugendhilfe erleben (vgl. Kühn 2008: 321). Denn Bindungsstörungen und allgemein Traumafolgestörungen führen bei Kindern und Jugendlichen auf den Wohngruppen oftmals zu vielfältigen pädagogischen Problemen und Krisensituationen wie Aggressionen und Selbstverletzungen, weshalb die Kinder und Jugendliche oft als untragbar eingestuft werden (vgl. Schmid/Lang 2012: 338). Daraus folgen „häufige Gruppenwechsel, Einrichtungswechsel und Wechsel von Bezugspersonen“ (Baierl 2012: 208). Diese häufigen Wechsel bestätigt auch eine Studie, die zeigt, dass jede fünfte Heimplatzierung während des ersten Jahres wieder abgebrochen wird (vgl. Jaritz et al. 2008: 272f.). Die Beziehungsabbrüche sind aber nicht nur auf das Verhalten der Kinder und Jugendlichen, sondern vielmehr auf die Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit auf Seiten

der pädagogischen Fachkräfte zurückzuführen, die, aufgrund der zunehmenden Anforderungen und dem fehlenden Fachwissen über die Folgen und Auswirkungen von Traumata, oft überfordert sind. Es kommt zu Sanktionen, Stigmatisierungen bis zum Ausschluss (vgl. Jaritz et al. 2008: 273; Kühn 2008: 320f.; Schmid 2013: 65; Schmid/Lang 2012: 338). Jeder Abbruch einer Heimplatzierung und somit jeder zusätzliche Verlust von Bezugspersonen „wirkt sich schädlich auf die Bindungsfähigkeit eines Kindes aus und beeinflusst dadurch somit auch den Erfolg der aktuellen Massnahme“ (Schmid 2010: 39). In einer erfolgreichen Massnahme geht es aber um die Traumabearbeitung und um das Abbauen von Traumafolgestörungen, welche lange Zeit als Schutzmechanismen gedient haben. Dazu muss der Aufbau eines sicheren Ortes und ein Schutz vor Retraumatisierung⁵ angestrebt werden (vgl. Kühn 2008: 301; Schmid 2013: 57). Die Kinder und Jugendlichen müssen deshalb möglichst früh stabilisierende alternative Beziehungserfahrungen machen, um die Traumafolgestörungen nicht durch zusätzliche Beziehungsabbrüche zu verstärken (vgl. ebd.).

2.2 Definition

Der Begriff Traumapädagogik wurde 2008 für eine Vielzahl entstandener Begriffe, wie z.B. die „traumabezogene Pädagogik“ eingesetzt und wurde zu einem Sammelbegriff für die pädagogischen Teilkonzepte wie die psychoanalytische und traumazentrierte Pädagogik, die sich mit der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen befassen (vgl. Kühn 2008: 322; Weiss 2013a: 89). Die traumapädagogischen Konzepte haben das Ziel, die oben genannten Kreisläufe von Beziehungsabbrüchen und Retraumatisierungen zu durchbrechen und die Kinder und Jugendlichen sowie die sozialpädagogischen Fachkräfte zu stabilisieren, um eine langfristige Arbeit mit den traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu ermöglichen (vgl. Schmid 2010: 42; Schmid 2012: 411).

Die Traumapädagogik ist abhängig von ihren Bezugswissenschaften der Psychotraumatologie, Bindungs- und Resilienzforschung, Psychoanalyse und therapeutischen Disziplinen (vgl. Weiss 2013a: 90) und ist die „konsequente Anwendung des aktuellen Kenntnisstandes der Psychotraumatologie [und den anderen Bezugswissenschaften] auf das pädagogische Verständnis der betreuten Menschen“ (Schmid 2012: 411). Sie geht davon aus, dass durch ein breites Wissen über die Folgen einer oder mehreren Traumatisierungen ein neues bzw. anderes Verständnis für das Verhalten von traumatisierten Kindern und Jugendlichen entsteht (vgl. Schmid 2013: 56). Denn die Kinder und Jugendlichen zeigen eine „normale, menschliche Reaktion auf völlig unnormale und unmenschliche Erlebnisse“ (Schmid/Lang 2012: 347) und ihr Verhalten macht für sie Sinn, auch wenn es für Aussenstehende schwierig zu verstehen ist (vgl. Kühn 2008: 347).

⁵ Retraumatisierung ist ein „Wiederanstieg einer PTBS nach einem erneuten oder [einem] traumaassoziierten Stimulus“ (Schock et al. 2010: 246).

Die Traumapädagogik setzt sich das Vermitteln von korrigierenden Beziehungserfahrungen und eine gezielte Förderung von Kompetenzen zum Ziel, die die traumatisierten Kinder und Jugendlichen aufgrund ihrer Traumata nicht lernen konnten (vgl. Schmid 2010: 46; Schmid 2012: 411). Dabei verkörpert die Traumapädagogik eine Haltung, die weniger erziehend, sondern viel mehr versorgend, verstehend und fördernd auf das Kind wirken soll. Sie hilft bei der Bewältigung der traumatischen Erfahrungen (Traumabearbeitung⁶), also dem persönlichen „(Wieder-)Erlangen einer inneren Sicherheit“ (Schmid/Lang 2012: 339), sowie der „Selbstbemächtigung in sozialen Beziehungen“ (Weiss 2013c: 39). Die Traumapädagogik unterstützt die Stabilisierung und Förderung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen und begleitet und ergänzt den Therapieprozess der Kinder und Jugendlichen, weshalb ein interdisziplinärer Austausch zwischen der Pädagogik, der Psychotherapie und Psychiatrie unabdingbar ist. Sie sollte jedoch keinesfalls eine Konkurrenz oder einen Ersatz für eine Psychotherapie darstellen (vgl. Kühn 2008: 320). Die Traumapädagogik möchte ein Umfeld schaffen, das förderlich ist und Alternativen zum erlebten traumatisierenden Umfeld schaffen. Um diesen Unterschied zu verdeutlichen, stellte Schmid in der folgenden Tabelle (Tab. 3) die wichtigsten Aspekte gegenüber (vgl. Schmid 2013: 57).

Traumatisierendes Umfeld	Förderliches traumapädagogischen Milieu
<ul style="list-style-type: none"> • Unberechenbarkeit • Einsamkeit/Isolation • Nicht gesehen, nicht beachtet, nicht gehört werden • Geringschätzig • Bedürfnisse missachtet • Ausgeliefert sein – andere bestimmen absolut über mich • Abwertung und Bestrafung • Keine adäquate Förderung – häufige Überforderungs- oder Unterforderungssituationen • Leid 	<ul style="list-style-type: none"> • Transparenz/Berechenbarkeit • Beziehungsangebote • Beachtet werden/wichtig sein • Wertschätzung (auch der individuellen Besonderheit) • Bedürfnisorientierung • Mitbestimmen können – Partizipation an Entscheidungen • Ermutigung und Lob • Individuelle, dem Entwicklungsstand entsprechende Förderung • Freude

Tab. 3: Gegenüberstellung von traumatisierendem und traumapädagogischem Umfeld. Schmid 2013: 57

Das Ziel ist, wie bereits erwähnt, die Vermittlung eines sicheren Ortes und alternativen Beziehungserfahrungen sowie das Beibringen von Kompetenzen, die aufgrund der Traumata nicht erlernt werden konnten oder noch unterentwickelt sind. Traumapädagogische Interventionen beinhalten also laut Schmid (vgl. Schmid 2012: 412; Schmid/Lang 2012: 340):

1. die Vermeidung von Retraumatisierungen und Stabilisierung der Kinder und Jugendlichen und die Bewältigung von Symptomen der PTBS
2. das Angebot von hoffnungsvollen Bindungen und die damit verbundene Förderung der Bindungsfähigkeit

⁶ Traumabearbeitung ist die Auf- und Verarbeitung des Traumas durch die Betroffenen. Traumarbeit hingegen ist die Unterstützung der Traumabearbeitung durch die professionellen Fachkräfte (vgl. Weiss 2013c: 39).

3. die Verbesserung der Emotionsregulation
4. die Überwindung der Selbstwirksamkeitserwartung durch Partizipation und Aufbau von Selbstwirksamkeit, Selbstliebe, Selbstfürsorge und soziale Fertigkeiten
5. die Verbesserung der Selbst-, Fremd- und Körperwahrnehmung und damit einer Reduktion von Dissoziationen
6. die Wertschätzung und Förderung von dynamischen, systemischen und intrapersonellen Resilienzfaktoren

Die genannten traumapädagogischen Interventionen werden im Alltag oder in Einzelstunden mit den pädagogischen Bezugspersonen bearbeitet. Bei den Einzelstunden ist es wichtig, dass sie in einem klaren und verlässlichen Rahmen geschehen und eine Vor- und Nachbereitung stattfindet. Dieses Vorgehen garantiert den Kindern und Jugendlichen „eine Stunde der Zuwendung, die immer, unabhängig vom Verhalten im Alltag, gewährt wird, und damit die Notwendigkeit reduzieren kann, sich durch störendes Verhalten Aufmerksamkeit zu sichern“ (Schmid 2012: 412).

2.3 Korrigierende Beziehungsarbeit

Traumatisierte Kinder und Jugendliche kennen oft nur Beziehungen, die missbrauchend sind, und haben früh gelernt, sich vor Menschen zu schützen. Sie wissen häufig nicht, dass es Menschen gibt, die ihre Bedürfnisse anerkennen und wertschätzen und zuverlässig für sie da sind (vgl. Schmid 2008: 292). Trotzdem ist es für die Verarbeitung ihrer traumatischen Erfahrungen wichtig, dass sie einen sicheren Ort haben, wo sie ihre Traumata angehen und bearbeiten können, ohne dass sie retraumatisiert werden (vgl. Van der Kolk 2009: 584). Aus Angst vor möglichen Triggern vermeiden die Kinder und Jugendlichen aber Nähe und können so keine gute und liebevolle Beziehung eingehen, die ihnen Schutz gibt und diesen auch erlebbar macht (vgl. Baierl 2012: 209). Sie brauchen Menschen, die sie wahrnehmen, beachten und wertschätzen, damit ihre Neugier zur Erforschung der (Um-)Welt, der Menschen und ihrer Beziehungen (wieder) geweckt wird (vgl. Weiss 2013a: 112). Diese Menschen sollen ihnen aber auch Grenzen setzen und sie konfrontieren, wenn die Grenzen überschritten wurden (vgl. Baierl 2012: 209). Entsteht eine Beziehung und damit auch Vertrauen in eine (neue) Bezugsperson, können sich die Bindungsmuster korrigieren. Wenn daraus eine neue, von der alten abgelöste Bindung entsteht, findet ein überlebenswichtiger Vorgang statt (vgl. Grossmann, Karin 2002: 62). Diese Bindungsmuster bzw. Bindungsverhalten können sich noch lebenslang verändern, weil die Motivation nach einer sicheren Bindung das ganze Leben hindurch bestehen bleibt (vgl. ebd.: 112-115). Korrigierende und verlässliche Beziehungserfahrungen können demnach den alten unsicheren und leidvollen Erfahrungen gegenübergestellt werden und sind somit das zentrale Instrument der Traumapädagogik (vgl.

Gahleitner 2012a: 43; Lang, B. 2013b: 132; Schmid 2013: 57). Wichtig ist dabei, dass die Fachkräfte der Heimarbeit mit den Thematiken der Bindung sowie möglichen Störungen und Bindungstraumata vertraut sind, um adäquat darauf eingehen zu können (vgl. Gahleitner 2012a: 42).

Eine korrigierende Beziehung besteht darin, den Kindern und Jugendlichen liebevoll und geduldig zu begegnen, damit sie eine positive Erfahrung einer verlässlichen Beziehung machen können (vgl. Kühn 2008: 322). So einfach es klingen mag, ist eine solche korrigierende Beziehung für die traumatisierten Kinder und Jugendlichen (wie auch für die Fachkräfte (siehe Kap. 2.4)) aber nicht. Durch das Eingehen einer (neuen) Beziehung müssen die Kinder und Jugendlichen ihren Schutzmechanismus aufgeben, was zu grossen ambivalenten Gefühlen, Unsicherheiten, Hilflosigkeit, Kontrollverlust und panischer Angst, verlassen zu werden, führen kann. Deshalb verstecken die Kinder und Jugendlichen ihr Bedürfnis nach Nähe und Zuwendung meist hinter Misstrauen, Zurückweisung und einer Abwehrhaltung (vgl. Baierl 2012: 210; Schmid 2008: 294). Auch nachdem sie den Schritt in eine Beziehung mit der Bezugsperson gewagt haben, werden sie sie immer wieder testen (oft auch unbewusst), um zu sehen, ob sie ernst gemeint ist und auch kritischen Situationen standhält (vgl. Baierl 2012: 209). Deshalb ist es enorm wichtig, dass die neuen Beziehungen nicht abgebrochen werden und nur zuverlässige Beziehungen angeboten werden (vgl. Weiss 2013a: 175). Minimalste Beziehungsangebote von Seiten der Kinder und Jugendlichen müssen erkannt und behutsam aufgegriffen werden, ohne sie zu überfordern (vgl. Baierl 2012: 210). Laut Schmid (2008: 303) ist „eine Beziehungskontinuität mit neuen Bindungserfahrungen für diese Kinder und Jugendlichen zu schaffen und Strukturen aufzubauen, in denen diese Kinder gehalten werden können“, eine absolute Grundhaltung der Traumapädagogik. Deshalb ruft die Traumapädagogik dazu auf, schon bei der Hilfeplanung zur ersten Fremdplatzierung dies im Blick zu haben und darauf zu achten, dass die Art der Hilfe genau analysiert und reflektiert wird, um weitere Umplatzierungen verhindern zu können (vgl. Schmid 2013: 70). Denn jede erneute Umplatzierung heisst einen erneuten Beziehungsabbruch, der das Kind (noch) misstrauischer auf dauerhafte Beziehungen und auf neue Bindungsangebote macht (vgl. Grossmann, Karin 2002: 62).

2.4 Traumapädagogik für die Fachkräfte

Ergebnisse von mehreren Untersuchungen zeigen auf, dass Hilfemassnahmen bei stark traumatisierten Kindern und Jugendlichen häufiger abgebrochen werden und die erneuten Beziehungsabbrüche einen negativen Einfluss auf alle weiteren Hilfemassnahmen sowie gesellschaftliche Teilhabe haben (vgl. Schmid 2010: 39ff.). Die Kinder und Jugendlichen testen mit jedem Abbruch immer häufiger und stärker die Grenzen der Beziehung und reinszenieren so unbewusst alte Beziehungsmuster (vgl. Schmid 2008: 294). Das Misstrauen

und die fehlende Rückmeldung der Kinder und Jugendlichen auf die Beziehungsangebote der engagierten pädagogischen Fachkräfte bewirken in diesen meist ein Gefühl der Hilflosigkeit (vgl. Schmid 2013: 59; Schmid/Lang 2012: 338). Die vielen Abbrüche belasten auch die Fachkräfte, die ihrerseits ebenfalls emotionale Beziehungen zu den Kindern und Jugendlichen aufbauen. So ist es eine logische Konsequenz, dass Fachkräfte sich schützen, indem sie ihr Engagement und ihre Beziehungsangebote reduzieren (vgl. Schmid 2013: 59, 63). Hier wird klar, dass nicht nur die Sicherheit und Stabilisierung der traumatisierten Kinder und Jugendlichen, sondern auch der Fachkräfte aufgenommen werden sollte (vgl. Lang, B. 2013b: 137). Denn die Traumabearbeitung der betroffenen Kinder und Jugendlichen kann nur richtig funktionieren, wenn dahinter emotional belastbare Fachkräfte sind, die bereit sind, ihre eigenen emotionalen Reaktionen auf das Verhalten der traumatisierten Kinder und Jugendlichen (siehe auch Kap. 3.4) zu mentalisieren, damit zu arbeiten und sich gleichzeitig davon entlasten zu können (vgl. Schmid/Lang 2012: 339). Die Traumapädagogik richtet sich deshalb auch an die Fachkräfte der stationären Institutionen und möchte sie mittels Fort- und Weiterbildungen so ausbilden, dass sie den verschiedensten Anforderungen, die die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen mit sich bringt, gewachsen sind (vgl. Gahleitner 2012c: 16ff.). Dazu vermitteln diese Fort- und Weiterbildungen Wissen über „verstehende Grundhaltung, Bindungs- und Beziehungsarbeit, Fachwissen zur vorherrschenden Problematik (Psychotraumatologie), Strukturgebung und Flexibilität, Teamgeist, Vernetzungskompetenz, Selbstreflexion und Psychohygiene“ (Gahleitner 2012b: 211). Die Selbstreflexion und die verstehende Grundhaltung sind deshalb so wichtig, weil durch sie – dank dem Verstehen der Botschaft des Kindes sowie das Verstehen der eigenen Reaktion – die alten Beziehungserfahrungen des Kindes besser bearbeitet, korrigiert und alternative, verlässliche Beziehungserfahrungen gemacht werden können (vgl. Schmid 2010: 46; Weiss 2013a: 176). Ausserdem geht es in der Traumapädagogik auch darum, ein Arbeitsklima zu schaffen, in dem die alltägliche Arbeit und der Kontakt mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen und den damit verbundenen Belastungen anerkannt und wertgeschätzt und so eine Steigerung der Arbeitszufriedenheit erreicht wird (vgl. Schmid 2013: 69; Schmid/Lang 2012: 339). Es soll ein Teamgeist entstehen, in dem die Fachkräfte kollegial darauf achten, ob die Beziehungsbedürfnisse der Kinder und Jugendlichen respektiert und die Grenzen in der Beziehung gewahrt werden (vgl. Schmid 2013: 68). Auf der Leitungsebene müssen die Bedürfnisse der Mitarbeitenden gewahrt und regelmässige Reflexionsgefässe wie Super- und Intervision sowie Fallbesprechungen initiiert, umgesetzt und gefestigt werden (vgl. Schmid 2013: 70). Mit der Umsetzung der traumapädagogischen Anforderungen wird es möglich, Kinder und Jugendliche, die anscheinend die Grenzen pädagogischer Möglichkeiten sprengen, mit einem anderen Blick zu betrachten und die Fachkräfte in ihrer herausfordernden Arbeit zu unterstützen (vgl. Kühn 2008: 321).

3 Traumapädagogische Konzepte

Die Anwendung der Traumapädagogik wird in ihren Konzepten deutlich. Deshalb werden hier drei für diese Arbeit relevante traumapädagogische Konzepte in Kapitel 3.1 bis 3.3 kurz zusammengefasst und vorgestellt.

3.1 Pädagogik des sicheren Ortes

Kühn, der Entwickler des Konzeptes „Pädagogik des sicheren Ortes“, mahnte vor der Gefahr einer Reaktionskette, wenn die organisierte Hilfe nicht gleich Wirkung in einer Verhaltensänderung zeigt (vgl. Kühn 2006: 2). Das Kind wird in der Gruppe als nicht länger tragbar eingestuft, was zu einem Wechsel der Gruppe oder der Einrichtung führt. Dies ist eine Reaktionskette, die für das Kind grundlegende Auswirkungen auf die Bindung und weitläufige Folgen hat, wie die Gefahr einer Weiterführung dieser Reaktionskette in der nächsten Einrichtung (vgl. ebd.: 2f.). Um eine solche Reaktionskette zu verhindern oder zu durchbrechen, braucht es einen sicheren Ort für das Kind und die Mitarbeitenden. Dieser ist die absolute Basis in der Traumapädagogik, um die Kinder und Jugendlichen in der Traumabearbeitung zu unterstützen, sodass sie ihre Überlebensstrategien aufgeben können und „nach und nach alternative Fertigkeiten für nicht traumatisierte Umwelten erlernen können“ (Schmid 2010: 47). Deshalb wird in der Pädagogik des Sicheren Ortes, wie auch allgemein in der Traumapädagogik, die Beziehungsarbeit, das Schaffen von Vertrauen und eines sicheren Ortes, der als Geborgenheit und Sicherheit erlebt wird, als wichtigster Bestandteil angesehen (vgl. Kärcher et al. 2012: 230f.). Einen solchen sicheren Ort sollte aber nicht nur in der Beziehungsarbeit, also auf der Ebene zwischen dem Kind und den Fachkräften, sondern auch auf den Ebenen zwischen Kind und Einrichtung und zwischen den Fachkräften und der Einrichtung aufgebaut werden. Kühn nennt diese Ebenen eine pädagogische Triade und rät gleichzeitig zu einem geschützten Dialog. Beides wird in den folgenden Abschnitten kurz vorgestellt (vgl. 2013: 32).

3.1.1 Die Pädagogische Triade



Abb. 2: Die pädagogische Triade. Kühn 2011: 154

Der „Sichere Ort“: die Ebene von Kind und Einrichtung

Durch die Ohnmachtserfahrungen der Traumatisierungen erlebten die Kinder und Jugendlichen einen Sicherheitsverlust der äusseren Welt, sodass sie die Welt nicht mehr als sicheren Ort betrachten können. Gleichzeitig wurde auch das innere Sicherheitsgefühl zerstört. Damit dieses Gefühl von einer inneren Sicherheit wieder hergestellt werden kann, brauchen die Kinder und Jugendlichen aber zuerst einen „äusseren sicheren Ort“ bzw. einen verlässlichen und einschätzbaren Lebensraum (Kühn 2008: 323; Kühn 2013: 33). Einrichtungen werden jedoch von traumatisierten Kindern und Jugendlichen nicht per se als sichere Orte wahrgenommen, denn schon kleinste Konfrontationen mit neuen Regeln, Strukturen oder Tagesabläufen können verunsichernd wirken, weil diese Kinder und Jugendlichen grundsätzlich den Glauben und das Vertrauen in sich und ihre Umwelt verloren haben (vgl. Kühn 2011: 153f.). Ein äusserer sicherer Ort wie die Einrichtung sollte eine ruhige, helle und weitläufige Umgebung sein, ohne dunkle, angstmachende Plätze und kaputte Gegenstände oder Möbel (vgl. Schmid 2008: 302). Eine geachtete Privatsphäre ist dabei auch unerlässlich. Die Prozesse der Einrichtungen müssen transparent sein und die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen vertreten (vgl. Kärcher et al. 2012: 231).

Der „emotional-orientierte Dialog“: die Ebene von Kind und Fachkraft

Da die traumatisierten Kinder und Jugendlichen alternative Beziehungserfahrungen machen sollen, sind die Fachkräfte der Traumapädagogik gefordert, mittels stabiler Beziehungsangebote und einer behutsamen und geduldigen Begleitung eine neue gemeinsame Beziehungssprache zu entwickeln (vgl. Kärcher et al. 2012: 231; Kühn 2008: 324; Kühn 2013: 33f.). So verändert sich die zwischenmenschliche Kommunikation des Kindes und ein neues Vertrauen in die unmittelbare Umgebung und die Mitmenschen kann aufgebaut werden (vgl. Kühn 2008: 324; Kühn 2013: 33f.).

Der „geschützte Handlungsraum“: die Ebene von Fachkraft und Einrichtung

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

3.1.2 Der Geschützte Dialog

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

3.2 Bindungspädagogik

Bindungstraumatisierte Kinder und Jugendliche haben die Erfahrungen gemacht, dass ihr Bedürfnis nach Bindung nicht, nur teilweise und/oder nicht adäquat wahrgenommen und beantwortet wurde. Da diese Erfahrungen kontinuierlich, langandauernd und „ohne Hoffnung auf Veränderung“ waren, wurden sie zu einem inneren Arbeitsmodell, das eine bestimmte Bindungserwartung aufzeigt (Lang, T. 2013: 192). Die Kinder und Jugendlichen nahmen problematische Verhaltensweisen an, die als Anpassung für Sicherheit, Schutz und dem emotionalen Überleben dienten und hinter denen sich später ein Bindungsbedürfnis versteckt (vgl. ebd.: 188 - 215). Wie alle Menschen übertragen auch diese Kinder und Jugendlichen ihre Bindungserfahrungen auf die aktuellen Beziehungen (vgl. ebd.: 187, 193). Nun richten sich die Kinder und Jugendlichen mit ihren aktivierten Bindungsverhalten an die pädagogischen Fachkräfte in der Hoffnung, dass sie eine Chance auf sichere Bindungserfahrungen haben. Gleichzeitig haben sie aber auch Angst, dass sich die alten Bindungserfahrungen, wie Gewalt oder Missbrauch wiederholen könnten (vgl. Brisch 2013a: 163).

Die Bindungspädagogik oder die bindungsorientierte pädagogische Arbeit berücksichtigt die Kinder und Jugendlichen mit ihren bisherigen Bindungserfahrungen, geht entsprechend auf ihre Bedürfnisse ein und fügt neue, sichere Bindungserfahrungen hinzu (vgl. Lang, T. 2013: 187). Sie geht davon aus, dass die manchmal problematischen Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen Anpassungsleistungen sind, hinter welchen Bindungsbedürfnisse stehen, die zu erkennen sind und versorgt werden müssen (vgl. ebd.: 205, 207). Denn die Bindungspädagogik sowie die allgemeine Bindungstheorie setzen voraus, dass, auch wenn keine sichere Bindung entwickelt werden konnte, durch neues feinfühliges und adäquates Eingehen auf die Bedürfnisse eine Chance auf eine sichere Entwicklung besteht. Denn das „Bindungssystem bleibt zeitlebens offen für neue Bindungserfahrungen“ (Brisch 2013a: 154) und durch traumapädagogische Bindungsarbeit mit korrigierenden Beziehungsangeboten kann die Bindungsrepräsentation sicherer bzw. sicher werden (vgl. ebd.: 163; Beckrath-Wilking et al. 2013: 292).

Da das Bindungsverhalten vor allem bei Angst, Einsamkeit und Unsicherheit aktiviert wird, müssen in der Praxis vor allem die Übergänge wie Abschiede, Trennungen, Veränderungen und Herausforderungen bewusst gestaltet werden. Auch Schichtwechsel und Urlaube von den pädagogischen Fachkräften sollten so gestaltet werden, dass die Kinder und Jugendlichen neue korrigierende Erfahrungen erleben und sie realisieren, dass Veränderungen oder Abschiede nicht gleich ihre Existenz bedrohen (vgl. Lang, T. 2013: 203f.).

Übertragung/Gegenübertragung

In der Bindungspädagogik sind die Kinder und Jugendlichen und die Fachkräfte mit Übertragungen und Gegenübertragungen oder -reaktionen von Bindungsverhalten konfrontiert. Deshalb ist es wichtig, über dieses Phänomen Bescheid zu wissen und mit ihm zu arbeiten.

Übertragung ist eigentlich ein normaler menschlicher Vorgang, in dem frühere Bindungserfahrungen und die damit verbundenen Rollenerfahrungen, Emotionen und Erwartungen auf die aktuelle Beziehung übertragen werden und sie beeinflussen (vgl. Lang, B. 2013b: 138; Weiss 2013a: 262). Da die Beziehungserfahrungen der Kinder und Jugendlichen traumatisiert und von massiver Abwertung, Vernachlässigung, Demütigung und Grenzüberschreitungen geprägt sind, stellen diese Übertragungen für die Fachkräfte eine grosse Belastung dar (vgl. Lang, B. 2013b: 138).

Bei einer Gegenübertragung wird von den Gefühlen und Gedanken gesprochen, die durch die Übertragung beim Gegenüber ausgelöst werden. Dies wird dann problematisch, wenn die Kinder und Jugendlichen ihre Erfahrungen von Missbrauchsbeziehungen reinszenieren. Widerstehen die Fachkräfte diesen Übertragungen, kann das Verhalten der traumatisierten Kinder und Jugendlichen eskalieren, indem sie noch aggressiver werden, weil das erwartete Verhalten der Fachkräfte nicht eingetreten ist. Geben die Fachkräfte den Gegenübertragungsgefühlen nach, sind sie entweder plötzlich in der Rolle des bösen Objektes bzw. des Täters oder der Täterin und erleben Gefühle, wie Schuld, Scham und Wut, oder sie finden sich in der Opferrolle wieder und fühlen Angst, Scham und Ohnmacht. Die Fachkräfte werden handlungsunfähig und verstricken sich. Lang (2013b: 138) hat dies in einer bildlichen Darstellung anhand der Abwertung als Beispiel dargestellt.

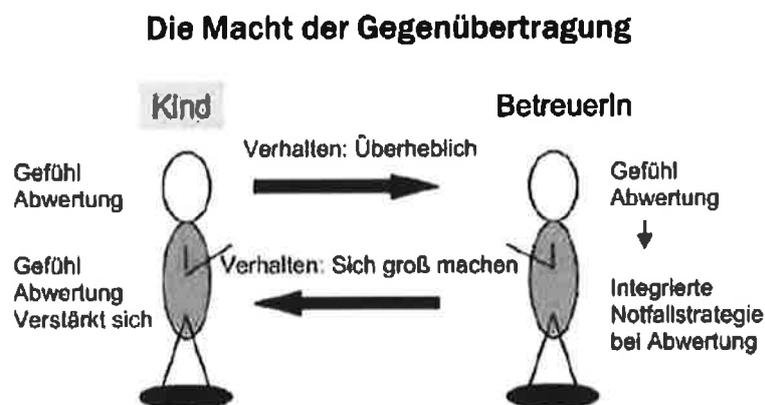


Abb. 3: Die Macht der Gegenübertragung. Lang, B. 2013b: 138

Sie müssen also einen Mittelweg finden, die Übertragungen und Gegenübertragungsgefühle, die sie auslösen, in abgeschwächter Form zuzulassen, d.h. beispielsweise den Ärger gegenüber dem Kind (in geschütztem Rahmen) zu zeigen und trotzdem handlungsfähig/reflexionsfähig und bei sich zu bleiben, damit die Situation mit dem Kind angeschaut werden kann und nicht eskaliert (vgl. Lang, B. 2013a: 221; Pross 2009: 259f.).

Durch das Wahrnehmen und Benennen von Gegenübertragungsgefühle, können Möglichkeiten gefunden werden, wie die Fachkräfte mit diesen meist sehr destruktiven und belastenden Beziehungserfahrungen der Kinder und Jugendlichen umgehen können, damit sie diese sichern und stabilisieren und ihnen alternative, korrigierende Beziehungsangebote machen können (vgl. Lang, B. 2013b: 138). Um den Kindern und Jugendlichen dies zu gewährleisten und mit diesen Übertragungen und Reinszenierungen umzugehen, braucht es sicher gebundene Fachkräfte, die nicht selber eine unbearbeitete Bindungsstörung oder ungelöste traumatische Bindungserfahrungen mitbringen (vgl. Lang, T. 2013: 187). Denn diese unsicheren oder desorganisierten Bindungsmuster der Fachkräfte können auf die Kinder und Jugendlichen übertragen werden, was für das traumapädagogische Ziel einer sicheren Bindungsentwicklung der Kinder und Jugendlichen äusserst kontraproduktiv ist (vgl. Brisch 2013a: 158). Damit das nicht geschieht, ist die emotionale Versorgung der pädagogischen Fachkräfte enorm wichtig. Durch die Belastung in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen wird nämlich auch das Bindungsverhalten der Fachkräfte und somit das Bedürfnis nach Sicherheit und Schutz aktiviert. Dieser Vorgang kann biologisch begründet und kann nicht auf mangelhafte Professionalität der Fachkräfte geschoben werden (vgl. Lang, T. 2013: 208). Aus diesem Grund ist das Wissen über das Phänomen der Übertragung und Gegenübertragung für die Psychohygiene der Fachkräfte sehr hilfreich (vgl. Weiss 2013a: 217).

3.3 Konzept der Selbstbemächtigung

Das Konzept der Selbstbemächtigung von Weiss (vgl. Weiss 2013a: 120-139; Weiss 2013b: 167-181; Weiss 2013d: 145-156) geht davon aus, dass traumatisierte Kinder und Jugendliche das Gefühl für sich selbst verlieren, sich per se anders fühlen und ihr eigenes Verhalten, Gefühle und Empfindungen selbst nicht verstehen (vgl. Weiss 2013b: 167; Weiss 2013d: 146). Dieses Selbstkonzept behindert sie und sie weisen Störungen in der Ich-Wahrnehmung (Gefühl der Isolation), der Affektmodulation und Impulskontrolle (aggressives Verhalten) und in den Beziehungen (Misstrauen, Unsicherheiten) auf (vgl. Weiss 2013b: 167f.). Das Konzept der Selbstbemächtigung zielt auf das Wiedererlangen des Gefühls für sich selbst und dem Zugang zu den eigenen Gefühlen und Empfindungen mit der Unterstützung von Bezugspersonen (vgl. ebd.). Ohne die Erfahrung der Selbstbemächtigung ist eine Traumaheilung gar nicht möglich. Die Kinder und Jugendlichen brauchen Unterstützung, um ein positives Selbstbild zu erlangen und um wieder zur Hauptperson ihres Lebens zu werden (vgl. Weiss 2013d: 145f.). Die Fachkräfte sind aufgefordert, die Lebensleistungen der Kinder und Jugendlichen zu würdigen, ihre Ressourcen zu benennen und sie in ihrer Entwicklung zur Selbstbemächtigung zu unterstützen (vgl. Weiss 2013b: 167). Das Konzept definiert zuerst, was Selbstbemächtigung ist und darauf folgen drei auf sich aufbauende Schritte, die

zur Selbstbemächtigung führen: das Selbstverstehen, die Selbstwahrnehmung und die Selbstregulation.

3.3.1 Definition Selbstbemächtigung (Selbstwirksamkeit)

„Selbstbemächtigung bedeutet die Befreiung von Abhängigkeit und Ohnmacht.“ (Weiss 2013b: 167; Weiss 2013d: 146) Die traumatisierten Kinder und Jugendlichen haben viele Momente erlebt, denen sie hilflos gegenüberstanden und in denen sie sich ohnmächtig und abhängig fühlten. Sie sollen durch die Förderung des Selbstverstehens, der Selbstakzeptanz, der Selbst- und Körperwahrnehmung und der Selbstregulation lernen, sich selbst zu bemächtigen, aktiv zu handeln und für ihre Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmung einzustehen (vgl. Weiss 2013b: 169; Weiss 2013d: 146).

3.3.2 Selbstverstehen und Selbstakzeptanz

Selbstverstehen

Die Grundlage der Selbstbemächtigung ist das Selbstverstehen (Psychoedukation), denn bevor traumatisierte Kinder und Jugendliche sich selbst bemächtigen können, müssen sie zuerst den Sinn für ihre selbst- und fremdschädigende Verhaltensweisen verstehen, aufgeben und Alternativen erarbeiten (vgl. Weiss 2013d: 145). Dazu brauchen sie die Unterstützung der Fachkräfte (vgl. Weiss 2013a: 122). Der erste Schritt ist das Erklären der Funktionsweise des Gehirns (siehe dazu Kap. 1.1.3). Dies sollte möglichst der Entwicklungsstufe des Kindes angepasst erzählt werden, zum Beispiel anhand von Märchen oder Bildern (vgl. Weiss 2013a: 125; Weiss 2013d: 148). Für die traumatisierten Kinder und Jugendlichen ist das Wissen darüber, dass nicht sie als Person, sondern ihr Reptilienhirn auf vermeintliche Gefahren reagiert und ihre Verhaltensweisen bestimmen sehr entlastend und befreit sie von Scham- und Schuldgefühlen, Hilflosigkeit und Verwirrung (vgl. Weiss 2013a: 126). Wichtig dabei ist, dass die Fachkräfte ihnen immer wieder zusichern, dass es eine ganz normale Reaktion auf eine extreme Stresssituation ist (vgl. Weiss 2013a: 123; Weiss 2013b: 171).

Selbstakzeptanz:

Das Akzeptieren von Schwierigkeiten, Wunden und Beeinträchtigungen ist ein wichtiger Bestandteil der Traumaheilung. Das Wissen und Verstehen, dass die Kinder und Jugendlichen einen guten Grund für ihr Verhalten und Handeln haben, ist die Voraussetzung für eine Selbstakzeptanz. Die Frage „Du tust das, weil...?“ fragt nach dem guten Grund für das Verhalten, zeigt gleichzeitig Respekt und Wertschätzung an der Überlebensstrategie und regt an, darüber nachzudenken (vgl. Weiss 2013b: 173; Weiss 2013d: 147-151).

Die Fachkräfte bieten den Kindern und Jugendlichen ihr Wissen über die Psychotraumatologie an und helfen ihnen, ihr Verhalten zu interpretieren. Dabei zeigen sie kein Mitleid, son-

dem Mitgefühl und sehen die Kinder und Jugendlichen nicht als Opfer, sondern als Überlebenskünstler (vgl. Weiss 2013b: 174).

3.3.3 Selbstwahrnehmung

Da die traumatisierten Kinder und Jugendlichen früher meist auf die Gefühle und Empfindungen der traumatisierenden Bezugspersonen konzentriert waren und gerade in traumatischen Situationen darauf angewiesen waren, ihren Körper und ihre Gefühle nicht zu spüren, lernten sie nicht, sich selbst wahrzunehmen und kennen ihre Gefühle, ihren Körper, ihr Verstand und die eigenen Grenzen kaum (vgl. Weiss 2013a: 126; Weiss 2013d: 151). Empfindungen (Schwitzen, Aufregung, Müdigkeit, Zittern) sind „körperliche Hinweise darauf, dass etwas nicht stimmt, dass etwas zu grossen Stress erzeugt“ (Weiss 2013a: 128). Solche Empfindungen von Gefühlen und ihre psychosomatischen Auswirkungen zu kennen und zu unterscheiden lernen, stellt ein wesentlicher Bestandteil der Selbstwahrnehmung dar (vgl. ebd.; Weiss 2013b: 175). Es ist nun die Aufgabe der Fachkräfte, die Kinder und Jugendlichen Stück für Stück zu sich selbst zu führen, damit sie „ihren Körper, ihre Gefühle und Empfindungen wahrnehmen und regulieren lernen“ und durch die Körper- und Sinneswahrnehmung (z.B. im Sport, durch Outdooraktivitäten, Entspannungserfahrungen etc.) ein Gefühl von Stärke und Sicherheit bekommen (Weiss 2013d: 151).

3.3.4 Selbstregulation

Das Wahrnehmen von Empfindungen ist Voraussetzung für die Selbstregulation (vgl. Weiss 2013a: 128; Weiss 2013d: 152). Selbstregulation geht aber einen Schritt weiter, zum Umgang mit den Gefühlen und Empfindungen, wie zum Beispiel sich selbst wieder zu beruhigen (vgl. Weiss 2013a: 130). „In Bezug auf die soziale Teilhabe bedeutet Selbstregulation vor allem Stressregulation.“ (ebd.: 131) Dies geschieht, indem die Kinder und Jugendlichen mit der Unterstützung der traumapädagogischen Fachkräfte die Auslöser (Trigger oder Stimuli) für die Übererregungen finden (vgl. ebd.: 130; Weiss 2013b: 175; Weiss 2013d: 153). Lernen die Kinder und Jugendlichen auf ihre Empfindungen zu achten, können sie auch lernen, ihr Frontalhirn, den Denker zu aktivieren. Trotzdem gibt es Situationen, vor allem bei einer Bedrohung des Selbstwertes und der Angst vor dem Versagen, in denen nur ein Denker von aussen (externe Regulation) oder Notfallstrategien wie Atemübungen oder Bewegungsstrategien helfen können. Letztere sollten die Kinder und Jugendlichen von einem Repertoire auswählen können und in einem geschützten Rahmen erarbeiten und erproben (vgl. Weiss 2013a: 131; Weiss 2013d: 153).

Die Fähigkeit zur Selbstregulation bzw. zur Selbstkontrolle beinhaltet eine verbesserte Kontrolle über allgemeine Traumafolgestörungen, wie das Dissoziieren und das Rückblenden (vgl. Weiss 2013b: 175).

4 Sekundäre Traumatisierung

Erfolgreiche Traumapädagogik ist nur mit Hilfe von gesunden Fachkräften möglich, die ausreichend belastbar sind. Dies ist jedoch in der Arbeit mit traumatisierten Menschen nicht selbstverständlich (vgl. Schmid 2008: 303). Es gibt Berichte von traumatisierten Menschen, die darüber klagten, dass ihre Angehörigen und nahestehenden Personen einige Wochen nach dem traumatischen Ereignis nichts mehr darüber hören wollten, weil sie es als belastend empfanden (vgl. Figley 2002: 45). Das klingt für aussenstehende Personen ziemlich wirr, kann aber tatsächlich der Fall sein, wenn Erzählungen, Bilder oder Inhalte von der traumatisierten Person ausführlich beschrieben werden, das Gegenüber ihre Perspektive und Gefühle einzunehmen versucht und die Bilder und Erzählungen nicht mehr los wird (vgl. Schmid 2008: 302). Diese „indirekte“ Traumatisierung von Personen aufgrund der Bearbeitung der Traumatisierung des Gegenübers wird sekundäre Traumatisierung genannt und wird in diesem Kapitel noch genauer definiert. Das Phänomen der sekundären Traumatisierung ist in der Sozialen Arbeit noch nicht gross bekannt, weshalb es erst wenig Literatur darüber gibt. Trotzdem ist es gerade in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen unabdingbar, sich damit auseinanderzusetzen und herauszufinden, welche Faktoren eine solche sekundäre Traumatisierung begünstigen und welche Ressourcen davor schützen. Deshalb werden in diesem Kapitel neben der Definition und Begriffserklärung der sekundären Traumatisierung (Kap. 4.1 und 4.2) und ihren Folgen (Kap. 4.3) auch die Belastungsfaktoren (Kap. 4.4) und Ressourcen (Kap. 4.5) aufgezählt.

4.1 Definition

Die sekundäre Traumatisierung ist eine Traumatisierung, „die ohne direkte sensorische Eindrücke des Ausgangstrauma und mit zeitlicher Distanz zum Ausgangstrauma entsteht“ (Daniels 2008: 100). Es ist eine Konfrontation mit Erzählungen von traumatischen Ereignissen (vgl. Jurisch/Kolassa/Elbert 2009: 251). Figley (2002: 51) definiert sie als: „normale Begleiterscheinung des fürsorglichen Umgangs“ und als „die natürlichen, konsequenten Verhaltensweisen und Emotionen, die durch das *Wissen* entstehen, dass ein signifikanter anderer (Mensch) ein traumatisierendes Ereignis erlebt hat“ (ebd.: 47). Davon sind nicht nur Familienmitglieder und Freunde, sondern auch psychiatrische, therapeutische, sozial- und traumapädagogische Fachkräfte betroffen (vgl. Figley 2002: 47).

Eine sekundäre Traumatisierung wird ausgelöst, wenn Fachkräfte versuchen, die Perspektive der Kinder und Jugendlichen einzunehmen, während sie von ihren traumatischen Erlebnissen erzählen, ohne selbst Zeuge der traumatischen Situation gewesen zu sein (vgl. Jegodtka 2013: 77). Im Mittelpunkt der sekundären Traumatisierung steht also die Kombination einer Exposition und Empathie (vgl. Figley 2002: 54). Eine Exposition bezeichnet die Kon-

frontation mit „traumaerzeugenden Tatsachen“ (ebd.) wie dem grossen Schmerz von Kindern und Jugendlichen (vgl. ebd.: 54f.). In der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen werden die Fachkräfte häufig mit Erzählungen, Übertragungen und Folgen von Traumata konfrontiert und ausgeliefert. Je häufiger und heftiger eine Person solche Expositionen erlebt, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie Folgestörungen entwickelt (vgl. Wemhöner 2012: 22). Empathie ist eine der wichtigsten Voraussetzungen, um den traumatisierten Menschen bzw. Kindern und Jugendlichen zu helfen. Gleichzeitig kann aber empathisches Verstehen dazu führen, dass die traumatisierenden Bilder und Gefühle der Ohnmacht und Hilflosigkeit auf die Fachkräfte übertragen werden (vgl. ebd.: 23). Andreatta beschreibt diesen Vorgang auch als Überidentifikation (vgl. 2006: 106). Dabei involviert sich die helfende Fachkraft zu sehr und überengagiert sich, weshalb es zu Grenzüberschreitungen auf Seiten der Fachkräfte kommen kann. Eine solche Überidentifikation ergibt sich meist durch Unsicherheiten und Vulnerabilität der helfenden Kraft, die dann in Überwältigung und Anspannung übergehen und die Situation unkontrollierbar wird (vgl. ebd.). Eine „grenzenlose Empathiebereitschaft“ und Überidentifikation kann die Handlungsfähigkeit und Wirksamkeit der Fachkräfte stark beeinträchtigen und zu einer Entgrenzung führen (Seidler 2013: 171).

So kann bei einer sekundären Traumatisierung die Sicht auf das Selbst und auf die Welt stark erschüttert und sogar verändert werden (vgl. Andreatta 2006: 106). Pross (2009: 232) spricht von grundlegenden Bedürfnissen des Menschen, die bei einem sekundären Trauma zerstört werden können: „Sicherheit, Abhängigkeit/Vertrauen, Macht, Wertschätzung und Intimität“. Auch der Glaube in die „persönliche Unverletzlichkeit, das positive Selbstbild von sich, den Glauben an eine gutartige, Sinn gebende und geordnete Welt und den Glauben daran, dass die Menschen vertrauenswürdig sind“, werden stark erschüttert (ebd.).

Sekundäre Traumatisierung ist aber kein Zeichen von mangelnder Professionalität, sondern eine „normale Reaktion auf unnormale Informationen“ (Daniels 2008: 104) und einer ausgeprägten Empathiefähigkeit, die einerseits eine notwendige Bedingung und zugleich einen Risikofaktor darstellt (vgl. ebd.; Jegodtka 2013: 83; Pross 2009: 243f.). So wirken die Traumata der Kinder und Jugendlichen in einer Institution auch in den Fachkräften in Form von sekundären Traumata weiter (vgl. Jegodtka 2013: 91, 274).

4.2 Begriffserklärung

Eine sekundäre Traumatisierung hat viele Begriffe, die mehr oder weniger synonym verwendet werden können. Nennenswert ist der „sekundäre traumatische Stress (STS)“, wie er im ersten Unterkapitel bereits definiert wurde. Daraus kann eine „sekundäre traumatische Belastungsstörung (STBS) (Secondary Traumatic Stress Disorder STSD)“ entstehen (siehe Kap. 4.3). Ein weiterer Begriff ist die „Mitgefühlerserschöpfung (compassion fatigue)“, die hier kurz vorgestellt wird. Damit keine Verwechslung entsteht, wird der Unterschied zwischen

einer sekundären Traumatisierung bzw. einer Mitgefühlerschöpfung und einem Burnout erklärt (vgl. Figley 2002: 45; Lemke 2006: 51-76).

4.2.1 Mitgefühlerschöpfung

Figley spricht im gleichen Zusammenhang von einer Mitgefühlerschöpfung (compassion fatigue). Er geht davon aus, dass die Fachkräfte nur durch das Empfinden von Empathie für die traumatisierten Klientinnen und Klienten in Kontakt mit dem Trauma kommen (vgl. 2002: 54). Für ihn ist die Mitgefühlerschöpfung eine „natürliche, vorhersehbare, behandelbare und verhinderbare unerwünschte Folge der Arbeit mit leidenden Menschen“, denn er setzt voraus, dass das Mitgefühl eine natürliche Sympathie und Sorge um einen leidenden Menschen ist, mit dem Wunsch, ihm den Schmerz zu ersparen und die Ursache zu entfernen (ebd.: 41, 53). Sie kann aber mit Hilfe von regelmässiger Supervision behandelt und verhindert werden, in der beispielsweise gelernt wird, die eigenen Verarbeitungsstrategien zu steuern (vgl. Pross 2009: 244).

4.2.2 Burnout

Im Zusammenhang mit belastender Arbeit wird auch oft von Burnout gesprochen. Bei einem Burnout brennt ein Mensch innerlich aus aufgrund der extremen (beruflichen) Belastung und Erschöpfung. Oft sind es mehrere Belastungen gleichzeitig und über einen längeren Zeitraum, die den Menschen überlasten, wenn er keine Aussicht auf eine Verbesserung sieht (vgl. Jegodtka 2013: 79). Die körperliche, emotionale und geistige Erschöpfung zeigt sich in Symptomen wie einer distanzierten und gleichgültigen Haltung und dem Zweifel an der eigenen Person (vgl. Figley 2002: 51f.; Jurisch et al. 2009: 251). Ein Burnout kann in allen Berufsfeldern auftreten und kann vor allem auf institutionelle und organisatorische Gründe zurückgeführt werden (vgl. Jegodtka 2013: 80; Lemke 2006: 78; Pross 2009: 237).

Häufig wird ein Burnout mit der sekundären Traumatisierung gleichgestellt. Hier muss aber zwischen einem Burnout mit ungelösten persönlichen Problemen und einer Exposition mit traumatischen Erzählungen und Übertragungen unterschieden werden, auch wenn die Symptome sehr ähnlich sein können (vgl. Jurisch et al. 2009: 257; Pross 2009: 268, 271). Laut Pross führen diese Unterscheidung und die Thematisierung einer sekundären Traumatisierung nur zu einer Negativerwartung und zu einer Pathologisierung und Stigmatisierung der Fachkräfte (vgl. Pross 2009: 269). Dieser Annahme widersprechen jedoch die Aussagen darüber, dass sich das Burnout allmählich und aufgrund emotionaler Erschöpfung durch „überdauernde belastende organisationale Bedingungen“ entwickelt (Scherwath/Friedrich 2012: 181), während das sekundäre Trauma „plötzlich und ohne Vorankündigung“ vorkommt (Figley 2002: 53).

4.3 Sekundäre Traumatische Belastungsstörungen

Die Folgen einer sekundären Traumatisierung, sogenannte Sekundäre Traumatische Belastungsstörungen (STBS), zeigen sich ähnlich wie die Folgen bei einer primären Traumatisierung. Daniels teilt sie in typische posttraumatische Symptome, komorbide Symptome (Begleiterscheinungen) sowie pseudopsychotisches Bedrohungsleben ein (vgl. Daniels 2008: 100-104). Die posttraumatischen Symptome sind typische Folgen von Traumata wie die Hyperarousal, also die dauerhafte Übererregung, die Vermeidung sowie die Intrusion (Wiedererleben) (vgl. ebd.: 101f.). Die Übererregung ist geprägt von Angst, Kopfschmerzen, erhöhter Wachsamkeit (Schlafstörungen) und Erregbarkeit wie bei Menschen mit PTBS (vgl. Jurisch et al. 2009: 251; Seidler 2013: 173; Wemhöner 2012: 23). Auch das typische Vermeidungsverhalten zeigt sich bei STBS, indem die betroffenen Fachkräfte einen allgemeinen Interessensverlust aufweisen und Menschen, Gedanken oder Aktivitäten meiden, die sie an das Trauma der primär traumatisierten Person erinnern könnten (vgl. Daniels 2008: 102; Jurisch et al. 2009: 251). Die Intrusionen zeigen sich in verschiedenen Formen des unkontrollierbaren Wiedererlebens wie z.B. Alpträume (vgl. Daniels 2008: 102). Die komorbiden Symptome beschreiben Folgen, die sich nicht in der Diagnose der PTBS eingliedern lassen. Dazu gehören Depressionen, Substanzgebrauch und -missbrauch und die Entgrenzung⁷ (vgl. ebd.: 102f.). Als weiteres Symptom beschreibt Daniels das ausgeprägte Bedrohungsgefühl, das zu Phobien und übertriebenen Sicherheitsverhalten führen kann (vgl. Daniels 2008: 103f.).

Die Folgen einer sekundären Traumatisierung haben also negative Auswirkungen auf das Privat- sowie das Berufsleben und können zu ungewollten Gedanken an das Trauma der Kinder und Jugendlichen, Negativität, Erschöpfung, Selbst- und Fremdbeschuldigung bis zu familiären Spannungen führen (vgl. Andreatta 2006: 106; Pross 2009: 126f.). Auch die Interviewpartnerinnen und -partner von Pross' Studie (72 Fachkräfte aus verschiedenen Ländern und aus verschiedenen Disziplinen, die mit dem Leid von traumatisierten Menschen konfrontiert wurden) zählen die oben genannten Folgen der sekundären Traumatisierung auf (vgl. 2009: 125-134). Zusätzlich nennen sie auch die Überarbeitung und Workaholismus (die Arbeit als alleiniger Lebensinhalt), vermehrte Reizbarkeit und Anspannung, das Gefühl der Sisyphusarbeit und der Wunsch, die Arbeit zu wechseln (vgl. ebd.).

Jegodtka (vgl. 2013: 280-282) fasst die Aussagen der Interviewpartnerinnen und -partner ihrer empirischen Studie (14 Fachkräfte von Deutschland aus verschiedenen Disziplinen, die mit traumatisierten Menschen arbeiten) in folgenden Belastungen zusammen:

⁷ Von einer Entgrenzung wird laut Pross (2009: 242) dann gesprochen, wenn die Fachkräfte „nicht mehr abschalten können, grübeln, ein übermässiges Sich-verantwortlich-Fühlen für den Patienten, aufgesogen werden vom Thema, Tag und Nacht damit beschäftigt sein, nicht loslassen können“.

Gekränktes Sein: Die (negativen) Inhalte ihrer Arbeit nahmen immer mehr von ihrem Denken, Fühlen und Handeln sowie von ihrem Körper ein.

Umgebende Welt und gekränktes Sein: Die Überzeugungen des menschlichen Miteinanders und des Seins in der Welt veränderten sich. Die Annahme, die Welt sei grundlegend gut, wohlwollend und sicher, ging verloren, was zum Teil auch zu einem Verlust des Vertrauens in Beziehungen führte.

Identität: Sie machten die Erfahrung von extremer Einsamkeit, Leid und Ohnmacht.

4.4 Belastungsfaktoren

Nicht alle Fachkräfte gehen gleich mit der „andauernden Konfrontation mit Grenzsituationen“ um. Weiss (2013a: 201-218) nennt fünf Faktoren der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen, die belastend sind zu einer sekundären Traumatisierung führen können.

1. **Konfrontation mit ungewohntem Verhalten:** Die Fachkräfte werden immer wieder mit aggressivem und sexualisierten Bewältigungsstrategien konfrontiert und müssen einen Umgang damit finden (vgl. ebd.: 203-206).
2. **Bedeutung biografischer Erfahrungen:** Das Wissen der eigenen Lebensgeschichte kann die Festigung von belastenden Verhaltensweisen verhindern (vgl. ebd.: 206ff.). Jedoch hat die persönliche Vorgeschichte der helfenden Person einen Einfluss auf die Vulnerabilität, die das Risiko einer sekundären Traumatisierung erhöhen kann. Hat die Fachkraft selber schon eigene Traumata erlebt, besteht die Gefahr, dass das eigene Trauma reaktiviert wird und die eigenen Bewältigungsstrategien verallgemeinert und dann der traumatisierten Person aufgedrängt werden (vgl. Beckrath-Wilking 2013: 371, 376).
3. **Trauma ist ansteckend:** Die Fachkräfte müssen machtlos mitansehen, wie die Kinder und Jugendlichen unter den Folgen ihrer Traumata leiden und fühlen sich manchmal schuldig, weil ihnen dieses Leid erspart bleibt (vgl. Weiss 2013a: 208-212).
4. **kräftezehrendes Spannungsfeld:** Viele Fachkräfte müssen einsehen, dass sie den Kindern und Jugendlichen nicht so helfen können, wie sie es möchten. Zum Beispiel kann das Spannungsfeld zwischen dem Kindeswohl und dem Elternrecht eine Befreiung von chronischer Traumatisierung verhindern (vgl. ebd.: 222).
5. **Übertragung/Gegenübertragung:** Von allen Belastungsfaktoren ist der Umgang mit Übertragungen und Gegenübertragungsgefühle für die Fachkräfte am schwierigsten, weil sie immer wieder mit unberechenbaren Verhaltensweisen und Reaktionen der Kinder und Jugendlichen konfrontiert werden (vgl. Beckrath-Wilking 2013: 370; Lang, B. 2013a: 220; Weiss 2013a: 212-217) (siehe dazu Kap. 3.2).

Auf der institutionellen Ebene gibt es strukturelle Belastungsfaktoren, die den Umgang mit traumatischen Expositionen erschweren können. Dazu gehören zum Beispiel die instabile Finanzsituation, Strukturlosigkeit, Grenzverletzungen, fehlende Transparenz in Organisation, Rollen- und Kompetenzdiffusion, unklare Hierarchien, Vermischung von Zuständigkeiten, keine wirkliche Leitung und hohe Fluktuation (vgl. Jegodtka 2013: 86; Pross 2009: 191).

4.5 Ressourcen

Die Fachkräfte von Pross' Studie beschreiben Ressourcen, die ihnen helfen, mit der belastenden Arbeit umzugehen und die sie vor einer sekundären Traumatisierung schützen können (vgl. Pross 2009: 136-154). Dazu gehören auf privater Ebene die Familie und Kinder, Geselligkeit und Freunde, Humor, Natur, Sport und kulturelle Aktivitäten wie Kunst, Musik, Literatur, Tanz und Theater. Aber auch das Gewinnen von Abstand durch Reisen sowie sinngebende Lebensweisheiten wie der Glaube an das Gute oder in eine Religion nennen die Fachkräfte als entlastende Ressourcen. Auf der Ebene der Arbeit helfen ihnen realistische und erreichbare Ziele, Aus- und Weiterbildungen, der Austausch untereinander, woraus ein gegenseitiges Vertrauensverhältnis entstehen kann, und grössere aber auch kleinere Erfolgserlebnisse. Weiter nennen sie, dass sie mit Hilfe von Dokumentieren, Forschen und Publizieren einen Abstand zum eigenen Tun erreichen und es so besser reflektieren können. Auch Öffentlichkeitsarbeit und politisches Engagement scheinen dem Ohnmachtsgefühl in der Traumaarbeit entgegen zu wirken und gibt den Fachkräften, nach eigenen Angaben, neue Kraft und Mut für ihre Arbeit.

Diese Ressourcen werden von den Interviewpartnerinnen und -partner in der Studie von Jegodtka mehrheitlich gedeckt (vgl. 2013: 282-285). Ergänzend gibt die Studie weitere Ressourcen an und teilt sie in Formen der Selbstfürsorge und in institutionelle Ressourcen ein. Zu der Selbstfürsorge zählt sie:

- Selbstschutz und Selbstachtung
- auf die eigene Belastbarkeitsgrenze achten
- das Leben ins Zentrum stellen
- auf genügend Schlaf achten
- sich Zeit nehmen und zwischen Arbeit und freier Zeit unterscheiden
- Spiritualität

Zu den institutionellen Ressourcen gehören:

- Wahrnehmung der Verlässlichkeit des Arbeitsplatzes durch die ökonomische Absicherung
- Ermöglichung sozialer Kontakte und bedeutsam empfundener Arbeit
- ausreichende Personalausstattung

- Halt und Sicherheit gebende Rahmenbedingungen
- Begleitung von Teambildungsprozessen
- Einzel-, Gruppen- und fallbezogene Supervision
- institutionsübergreifender Erfahrungsaustausch und unterstützendes professionelles Netzwerk
- kollegiale Zusammenarbeit und Wertschätzung der Mitarbeitenden

Diese allgemeinen Angaben über Belastungsfaktoren und Ressourcen gelten auch in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen und sollten deshalb beachtet und in den beruflichen Alltag eingebaut werden.

5 Traumapädagogischer Umgang mit sekundärer Traumatisierung

Der Begriff der sekundären Traumatisierung wird vor allem in Bezug auf Fachkräfte der Psychotherapie gebraucht. Trotzdem gilt das Risiko gerade auch für Fachkräfte der Pädagogik insbesondere der Traumapädagogik, die häufig mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen arbeiten. Die Traumapädagogik hat sich deshalb mit der Gefahr einer sekundären Traumatisierung auseinandergesetzt. Dazu hat sie zwei Konzepte, gibt strukturelle Anforderungen und stellte traumapädagogische Standards zusammen, vor sekundären Traumatisierungen schützen und die einheitlich eingehalten werden sollen. Sie werden hier zusammengefasst vorgestellt.

5.1 Konzepte zum Umgang mit sekundärer Traumatisierung

5.1.1 Drei Grundkompetenzen für professionelles Handeln

Weiss geht von drei Grundkompetenzen aus, die für das professionelle Handeln unabdingbar sind: Sachkompetenz, Selbstreflexion und die Selbstfürsorge (vgl. 2013a: 223-233).

Sachkompetenz:

Durch spezifisches Fachwissen sind die Fachkräfte in der Lage, in schwierigen Situationen handlungsfähig zu bleiben und vermindern so Belastungen und Gefahren. Zu diesem Fachwissen gehört ein Grundwissen über Psychotraumatologie, Entwicklungsrisiken und Entwicklungschancen und über Bindungen mit der Dynamik traumatischer Übertragungen und Gegenreaktionen. Aber auch ein Grundwissen über die Pflege der eigenen Psychohygiene und über Forschungsergebnisse sekundärer Traumatisierung gehören zur Sachkompetenz (vgl. Weiss 2013a: 224f.).

Selbstreflexion:

Die Selbstreflexion hat das Ziel, die eigenen Verarbeitungsstrategien kennen und anwenden zu lernen (vgl. Weiss 2013a: 224). Dazu gehört auch ein Bewusstsein über das eigene Leben und seine Geschichte, von der Kindheit bis zur gegenwärtigen (beruflichen) Motivation (vgl. ebd.: 227). Eine Reflexion über die eigene Haltung und die individuellen Normen in Bezug auf Gewalt, Macht, Sexualität, Beziehungen, das eigene Bindungsmuster und den damit verbundenen Übertragungen und Gegenübertragungsgefühl, aber auch in Bezug auf Fragen zur sexuellen Gewalt ist dabei unabdingbar. Auch eine kontinuierliche Überprüfung der eigenen Arbeitsmotive und der Auswirkungen der strukturellen Bedingungen auf das eigene Handeln gehört zu einer professionellen Selbstreflexion. Trotzdem sind auch Sponta-

neität, Intuition und Authentizität sowie das Selbstvertrauen wichtige professionelle Bedingungen, die nicht unter der Selbstreflexion leiden dürfen (vgl. ebd.: 227, 229).

Selbstfürsorge:

Im Umgang mit der Gefahr einer sekundären Traumatisierung der traumapädagogischen Fachkräfte ist die Psychohygiene und damit die Selbstfürsorge die wichtigste Kompetenz, weil sie für das eigene psychische Wohl und gleichzeitig für eine Handlungsfähigkeit im Umgang mit den traumatisierten Kindern und Jugendlichen sorgt (vgl. Scherwath/Friedrich 2012: 185; Weiss 2013a: 230). Weiss nennt folgende Möglichkeiten zur Selbstfürsorge (vgl. 2013a: 230, 232):

- erhöhte Selbstaufmerksamkeit
- Akzeptanz von Leiden
- Wahrnehmen von beeinträchtigenden Gefühlen
- Regenerieren durch körperliche Aktivitäten
- Urlaub und häufiger Umgebungswechsel
- Gegengewicht zur Arbeit wie Lehren, Schreiben, Tätigkeitswechsel
- darauf achten, sich privat und beruflich nicht zu überlasten
- physische Selbstfürsorge, Schlaf, Ernährung, Bewegung
- schöne Umgebung
- kreativer Ausdruck
- Entspannung, Naturkontakt, Meditation
- gute Beziehungen

Diese drei Grundkompetenzen werden von der Traumapädagogik in Aus- oder Weiterbildungen gefördert und schützen so die Fachkräfte vor einer sekundären Traumatisierung.

5.1.2 Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für pädagogische Fachkräfte als institutioneller Auftrag

Auch Lang zielt mit ihrem Konzept der Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für pädagogische Fachkräfte auf einen Schutz vor einer sekundären Traumatisierung hin (vgl. Lang, B. 2013a: 220-228). Dies soll durch die Förderung der Fachkräfte auf vier verschiedenen Ebenen geschehen:

Die Förderung der Sinnes- und Körperwahrnehmung:

Eine gute Sinneswahrnehmung ist wichtig, um das Umfeld mit seiner Atmosphäre wahrnehmen, einschätzen und einordnen zu können. Dazu gehören beispielsweise das Erfassen der Befindlichkeit der Mitarbeitenden, der Geräuschkulisse und der Gruppenatmosphäre. Die Förderung der Sinneswahrnehmung kann in regelmässigen Übungen wie Körperübungen,

Yoga, Imaginationsübungen, aber auch mit speziell für und von den Fachkräften eingerichteten „Wohlfühlorte“ z.B. im Büro oder Bereitschaftszimmer vorgenommen werden. So wird gleichzeitig durch Entspannung, Rückzugs- und Auftankmöglichkeiten für ein Sicherheitsgefühl gesorgt (vgl. Lang, B. 2013a: 224).

Förderung der Emotionsregulation:

Die Fachkräfte müssen ihre Gefühle kennen, verstehen und zuordnen können, damit sie für die Kinder und Jugendlichen vorhersehbar, einschätzbar und verlässlich sind. In regelmässigen Fallberatungen und Supervisionen kann vor allem auf die Übertragung und Gegenübertragungsgefühle eingegangen werden (vgl. Lang, B. 2013a: 225).

Resilienzförderung:

Hier sollen Eigenschaften gefördert werden, die die Fachkräfte widerstandsfähiger machen. Lang zählt hier „Intelligenz, Humor, der Glaube an das Gute, Mut, Loslassen können, Phantasie, Lösungsorientierung“ auf und schlägt für die Förderung der Resilienz Spiele und erlebnispädagogische Interventionen vor (Lang, B. 2013a: 225).

Förderung der Selbstwirksamkeit:

„Die eigene Wirksamkeit hat grossen Einfluss auf die eigene Sicherheit.“ (Lang, B. 2013a: 226) Da die traumatisierten Kinder und Jugendlichen immer wieder die Grenzen der Fachkräfte testen und sogar überschreiten und die Fachkräfte in Ohnmachtssituationen bringen, ist die Förderung der Selbstwirksamkeit und somit der Sicherheit der Fachkräfte äusserst wichtig. Gleichzeitig hat sie das Schaffen eines sicheren Ortes für die Kinder und Jugendlichen zum Ziel (vgl. ebd.: 226).

5.2 Strukturelle Anforderungen

Beide Konzepte, die „drei Grundkompetenzen für professionelles Handeln“ (vgl. Weiss 2013a) und die „Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für pädagogische Fachkräfte als institutioneller Auftrag“ (Lang, B. 2013a) beinhalten strukturelle Anforderungen an die Einrichtungen und Leitungsfachkräfte, die für die Stabilisierung der Fachkräfte wichtig sind.

Lang nennt dazu vier Prinzipien (vgl. Lang, B. 2013a: 222f.):

Transparenz und Einschätzbarkeit:

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

Partizipation:

Durch die Partizipation der Fachkräfte erhöhen sich die Transparenz und die Selbstwirksamkeit der Fachkräfte.

Individualisierung:

Die Fachkräfte müssen sich handlungsfähig erleben und die Gewissheit haben, dass sie in ihrer Arbeit kreativ sein dürfen und neue Wege gehen können, wenn der pädagogische Alltag dies verlangt.

Wertschätzung der Individualität:

Dies ist vor allem im Teamprozess wichtig, um die Ressourcen der Fachkräfte zu erkennen und zu nutzen.

Weiss erteilt folgende Anforderungen an die Leitungsebene (vgl. 2013a: 233-244):

- Weiterbildungen dienen als fortlaufende Sicherung von Professionalität nach der Berufsbildung, die aufgrund „ständig anwachsenden und sich verändernden Kenntnisse“ neben der Berufserfahrung, dem Erleben gelingender und misslingender Handlungsprozesse und kollegialer Beratung zur Bildung einer beruflichen Identität gehören (ebd.: 235).
- Es soll eine Kultur von Personalentwicklung und Berufslaufbahnplanung herrschen, in der die Fachkräfte die Arbeit nur eine begrenzte Zeit ausüben, um nicht auszubrennen. Jedoch sollte eine Fluktuation mit vielen Anstellungswechsel der Fachkräften verhindert werden (vgl. ebd.: 236).
- Es soll eine Einstellungspraxis geschaffen werden, in der sich das Team an den Entscheidungen über neue Einstellungen beteiligen kann (vgl. ebd.: 239).
- Teamprozesse sollen unterstützt und ein Arbeitsklima, das Selbstkontrolle und Verantwortlichkeit der Fachkräfte beinhaltet, geschaffen werden. Das Team soll eine Kraftquelle darstellen, um mehr Belastungen und Schwierigkeiten tragen zu können (vgl. ebd.: 237).
- Konzepte und Handlungsanleitungen zum Umgang mit der Enttabuisierung sexueller Gewalt sollen erstellt werden, die zur Handlungssicherheit der Fachkräfte dienen (vgl. ebd.).
- Nachvollziehbare organisatorische Rahmen sollen bereitgestellt werden (vgl. ebd.: 243).
- Die Fachkräfte sollen in Krisen unterstützt und vor Überlastung geschützt werden (vgl. ebd.).

Ausserdem soll die Leitungsebene dafür sorgen, dass die Einrichtung schützend und stützend für die Fachkräfte ist. Transparenz, Partizipation, Wertschätzung, Schutz durch die Übernahme von Verantwortung sowie die Bereitstellung von Supervision und Fachwissen sollen garantiert sein. Um die Einrichtung als sicherer Ort zu gestalten, sind sie gefordert, ein „Klima von Respekt und Sicherheit zu schaffen“, um so stabile, transparente und verlässliche

Beziehungen zu den traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu unterstützen (Weiss 2013a: 240f.).

5.3 Traumapädagogische Standards

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik BAG-TP verfasste 2011 ein Positionspapier, in der die traumapädagogischen Anforderungen an die Einrichtungen in Standards zusammengefasst wurden, um so eine Orientierung für den Aufbau und eine Qualitätssicherung von traumapädagogischen Angeboten anzubieten. Hier werden die Hauptpunkte, die zur Unterstützung der Fachkräfte genannt wurden, kurz zusammengefasst.

Die Aufgabe der Leitung einer Institution mit dem Anspruch auf Traumapädagogik ist, die traumapädagogischen Standards auf allen Ebenen durchzusetzen. Dazu gehören:

- Das **Qualitätsmanagement** stellt sicher, dass die internen Abläufe und Strukturen immer wieder überprüft und (weiter-)entwickelt werden (vgl. BAG-TP 2011: 15).
- Die **Personalentwicklung und -förderung** fordert eine professionelle Grundhaltung, „eine hohe Reflexionsfähigkeit, Fachwissen, Belastbarkeit, Beziehungs- und Konfliktfähigkeit sowie eine eigene emotionale Stabilität“ (BAG-TP 2011: 16). Dazu bietet die Institution...
 - eine Unterstützung in den Bereichen der Sicherheit, Selbstreflexion und emotionaler Stabilisierung in regelmässigen Supervisionen mit Supervisorinnen und -visoren, die Kenntnisse in der Psychotraumatologie haben
 - jährliche Team-Tage zur Resilienzförderung
 - jährliche Team-Klausuren zur fachlichen Überprüfung und Weiterentwicklung der Konzepte
 - ressourcenorientierte Mitarbeiterinnen- und Mitarbeitergespräche
 - teamspezifische Fortbildungen für Mitarbeitende
 - eine Personalauswahl, in der auf Qualifikation und Persönlichkeit geachtet wird, damit das Team ergänzt wird, stabil und ressourcenvielfältig ist (vgl. ebd.)
- Die **Ausstattung** empfiehlt eine Gruppengrösse von maximal acht Kindern und Jugendlichen und Sicherheitskonzepte bzw. -massnahmen (Notfallplan) (vgl. BAG-TP 2011: 16f.).

III Schlussfolgerungen

1 Zusammenfassung der Ergebnisse und Beantwortung der Fragestellung

Die Beantwortung der Fragestellung und der Unterfragen erfolgte in dieser Arbeit schrittweise und aufeinander aufbauend. Hier werden die Ergebnisse der Arbeit zu den einzelnen Fragen zugeordnet und zusammengefasst.

Wie geht die Traumapädagogik mit dem Spannungsfeld zwischen der korrigierenden Beziehungsarbeit und der Gefahr der sekundären Traumatisierung um?

Für die Traumapädagogik ist eine korrigierende Beziehungsarbeit ein wesentlicher Teil in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen und beinhaltet dazu Konzepte wie die Bindungspädagogik. Dabei ist sich die Traumapädagogik aber auch der Gefahr einer sekundären Traumatisierung bewusst. Um dem Spannungsfeld zwischen der korrigierenden Beziehungsarbeit und der Gefahr einer sekundären Traumatisierung Gegensteuer zu geben, hat die Traumapädagogik Konzepte zur Stabilisierung und Fürsorge der Fachkräfte, strukturelle Anforderungen und traumapädagogische Standards erstellt, die von den traumapädagogischen Einrichtungen erwartet werden.

Die Fragestellung wird hier durch die Beantwortung der Unterfragen noch genauer beantwortet.

1. Wie wirken sich traumatisierende Erfahrungen im frühkindlichen Alter auf das Bindungsverhalten von Kindern und Jugendlichen aus?

Menschen, die ein aussergewöhnlich belastendes Ereignis erleben oder beobachten mussten, brauchen Hilfe bei der Traumabearbeitung und im Umgang mit der akuten Belastungsreaktion, damit keine langandauernden Störungen auftreten. Dazu brauchen sie die Unterstützung von Bezugspersonen, um das Erlebte zu verarbeiten und das verlorengegangene Sicherheitsgefühl (wieder) zu erlangen. Bei einmaligen Traumata ist das einfacher als bei mehrfacher und bei man-made Traumata. Sind jedoch die Bindungspersonen die Ursache für die Traumata, erscheint eine Hilfe umso schwieriger.

Die Definition von Traumata verbunden mit der Bindungstheorie sind wichtige Grundlagen für die Arbeit mit traumatisierten Menschen, weil die traumatisierenden Erfahrungen, die die Kinder und Jugendlichen meist schon im frühkindlichen Alter machen, einen grossen Einfluss auf ihr (Bindungs-)verhalten haben. Dieser Einfluss ist meist negativ, weil die Kinder und Jugendlichen oftmals gar nicht erst in der Lage sind, (organisierte) Bindungsmuster zu entwickeln oder weil die entwickelten Bindungsmuster überfordert und mit der andauernden

Traumatisierung desorganisiert werden. Daraus entstehen einerseits Persönlichkeits-, Entwicklungs- und Bindungsstörungen, andererseits stellen diese Störungen und die neu entwickelten Bindungsmuster Risikofaktoren zu erneuten Traumata dar.

2. Wie gestaltet sich eine korrigierende Beziehungsarbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen?

In der Profession Soziale Arbeit, in der mit den unterschiedlichsten Menschen gearbeitet wird, die in verschiedenen Bereichen Unterstützung brauchen und mit denen ein Arbeitsbündnis aufgebaut wird, ist die Konfrontation mit Traumata immer wieder ein Thema. Gerade in der Kinder- und Jugendhilfe ist deshalb eine Auseinandersetzung mit Kindheitstraumata, ihren Folgen und einer adäquaten Hilfe unabdingbar. Die Soziale Arbeit muss den Kindern und Jugendlichen Alternativen zu ihren oft so traumatisierenden Bindungen ermöglichen und ist für korrigierende und verlässliche Beziehungserfahrungen zuständig. Denn wenn sie es schafft, den Folgen, die die Traumata auf die Bindungen der Kinder und Jugendlichen haben, entgegenzuwirken, indem die Bindungen durch mehrere, verinnerlichte positive Bindungserfahrungen sicher werden, dann können diese einen Schutzfaktor vor weiteren Traumatisierungen und Folgen werden.

Die erlebten Traumata beeinflussen aber nicht nur das Bindungsverhalten der Kinder und Jugendlichen, sondern auch die Beziehungsarbeit der Fachkräfte der Sozialen Arbeit mit diesen Kindern und Jugendlichen und machen eine korrigierende Beziehungsarbeit schwierig. Die Fachkräfte werden in Übertragungen mit starken Emotionen und Rollenerwartungen konfrontiert, sollten den Kindern und Jugendlichen gleichzeitig wertschätzend und geduldig begegnen und ihre teilweise gut versteckten Bedürfnisse sensibel wahrnehmen und beantworten. Ausserdem ist eine Kontinuität in der Beziehungsarbeit unabdingbar, denn Beziehungsabbrüche bestätigen und erneuern die Wunden, die die Kinder und Jugendlichen meistens in ihren früheren Bindungen schon erlebt haben. Ein weiteres Dilemma ist, dass die Fachkräfte nicht genügend ausgebildet sind und zu wenig über die Psychotraumatologie und den Umgang mit den Verhaltensausschlägen von Traumafolgestörungen wissen. Dies führt nicht selten zu Überforderungen der Fachkräfte und später zu Abbrüchen der Hilfen und damit auch zu (weiteren) Beziehungsabbrüchen. Um die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen adäquat zu gestalten und in dieser grossen Herausforderung mit Übertragung und Gegenübertragung handlungsfähig zu bleiben, wurde die Traumapädagogik entwickelt.

3. Was ist Traumapädagogik?

Die Traumapädagogik beinhaltet verschiedene Konzepte für die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Beispiele dafür sind das Konzept der Selbstbemächtigung und Selbstentwicklung, aber auch Konzepte zur Sicherheitsvermittlung (Pädagogik des sicheren

Ortes) und zur Beziehungsgestaltung. Letztere sind enorm wichtig für das Schaffen von Beziehungsalternativen und Ermöglichen von korrigierenden und verlässlichen Beziehungen. Hier kommt die Bindungspädagogik stark zum Tragen, weil die Bindungstheorie davon ausgeht, dass Bindungsmuster durch neue Erfahrungen und adäquates Beantworten der Bedürfnisse sich verändern können. Nur so können die Kinder und Jugendlichen eine verlässliche und kontinuierliche Alternative zu den (vielen) Bindungstraumata und Beziehungsabbrüchen erfahren, die sie in ihrem Leben und zum Teil in ihren Heimkarrieren schon erlebt haben.

Ausserdem bildet die Traumapädagogik Fachkräfte aus, indem sie Grundwissen wichtiger Bezugswissenschaften wie Psychotraumatologie, Psychoanalyse, Bindungs- und Resilienzforschung vermittelt.

4. Was ist eine sekundäre Traumatisierung?

Eine langanhaltende Traumabearbeitung braucht eine Beziehungskontinuität, welche die traumatisierten Kinder und Jugendlichen aber nur erfahren können, wenn sie von gesunden und gestärkten Fachkräften betreut werden. Allerdings sind viele Fachkräfte in der Arbeit (über-)belastet und sind nicht selten erschöpft und überfordert. Denn für die Fachkräfte ist die Beziehungsarbeit gerade aufgrund der Übertragungen, der damit ausgelösten Gegenübertragungsgefühle und der Konfrontation mit den Bindungsverhalten und Bindungsstörungen über längere Zeit sehr belastend. Ausserdem kann ein Trauma „ansteckend“ sein, wenn die Geschichten über das traumatische Ereignis erzählt werden, die Fachkräfte empathisch zuhören und sich mit den Kindern und Jugendlichen überidentifizieren. Diese Kombination von Konfrontation mit solchen Erzählungen und Empathie führt nicht selten zu einer sekundären Traumatisierung.

Eine sekundäre Traumatisierung ist also eine indirekte Traumatisierung, bei der Menschen durch das Mitfühlen mit den traumatisierten Kindern und Jugendlichen selber traumatisiert werden und Symptome der Traumafolgestörungen und/oder komorbide Störungen wie Depressionen und Substanzmissbrauch aufweisen. Die sekundäre Traumatisierung hindert die Fachkräfte, in ihrer Arbeit handlungsfähig zu bleiben und eine verlässliche, korrigierende Beziehungsarbeit zu leisten. So entsteht für die Fachkräfte der Traumapädagogik ein Spannungsfeld zwischen einer zu leistenden empathischen und korrigierenden Beziehungsarbeit und der Gefahr, durch die Beziehungsarbeit selber traumatisiert zu werden.

5. Wie geht die Traumapädagogik mit der Gefahr einer sekundären Traumatisierung ihrer Fachkräfte um?

Die Traumapädagogik hat die Gefahr einer sekundären Traumatisierung erkannt und versucht, mit Hilfe von Konzepten und strukturellen Anforderungen zur grösstmöglichen Fürsorge und Stabilisierung der Fachkräfte die Gefahr abzuwenden. Denn sie geht davon aus,

dass Fachkräfte Wissen über die Psyche des Menschen und über die Auswirkungen eines erlebten Traumas (Psychoedukation/Sachkompetenz) brauchen, um das oftmals schwerverständliche Verhalten der Kinder und Jugendlichen und das zum Teil verletzend Bindungsverhalten besser zu verstehen und in der Arbeit handlungsfähig zu bleiben. Ausserdem sollen die Fachkräfte in ihrer Sinnes- und Körperwahrnehmung, Emotionsregulation, Selbstwirksamkeit und Resilienz gefördert werden. Auch die Selbstreflexion ist eine Hilfe, die aber von jeder Fachkraft selbst so durchgeführt werden muss, wie es für sie passt und sie weiterbringt. Es bringt nichts, wenn sie aufgezwungen und kontrolliert wird. Das gilt auch für die Psychohygiene bzw. die Selbstfürsorge. Trotzdem ist es die Aufgabe der Einrichtungen für die Mitarbeitenden Gefässe zur Selbstreflexion, Selbstfürsorge wie Supervision und Intervention als auch Mittel wie Zeit und Raum zur Psychohygiene bereit zu stellen. Auch die Unterstützung in Teamprozessen, die Förderung des Arbeitsklimas, ausreichendes Personal, Aus- und Weiterbildungen und die Absicherung der Arbeitsstelle gehören zu den Aufgaben der Einrichtungen. Für die Umsetzung in der Praxis hat die Arbeitsgruppe der Traumapädagogik BAG-TP Standards erarbeitet, die diese Anforderungen in traumapädagogischen Einrichtungen sicherstellen. So kann sicherer Ort entstehen.

2 Kritische Würdigung

In diesem Kapitel werden verschiedene Aspekte der Arbeit noch einmal kritisch betrachtet, um die Grenzen dieser Arbeit aufzuzeigen. Da diese theoretische Arbeit nicht den Anspruch hat neue Erkenntnisse oder Forschungen zu generieren, wäre Antwort, durch das Beiziehen anderer oder mehrerer Theorien und Konzepten vielleicht anders ausgefallen. Die Fragestellung aber kann nur dann abschliessend beantwortet werden, wenn alle möglichen Konzepte und Theorien miteinbezogen wurden, was den Rahmen dieser Arbeit gesprengt hätte.

Ausserdem ist die Traumapädagogik zwar eine neue Herangehensweise ist, die aber nur eine Auswahl von (teilweise auch alten) Theorien zusammennimmt, welche zum Teil in der Praxis bereits angewendet werden, ohne im Namen der Traumapädagogik als solches zu arbeiten.

Weiter zu beachten ist, dass die Beziehungsarbeit in der heutigen Zeit enorm schwierig geworden ist. Die Öffentlichkeit wurde darauf sensibilisiert, ein Auge darauf zu haben, dass die Nähe und Distanz von den Fachkräften eingehalten wird. Im Hinblick auf die früheren Missbrauchsfälle ist das eine nachvollziehbare und wichtige Entwicklung. Für die Beziehungsarbeit mit Kindern und Jugendlichen bedeutet dies aber, dass die Fachkräfte nicht genügend oder nur mit äusserster Vorsicht auf die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen wie z.B. nach körperlicher Nähe, Schutz und Trost eingehen können. Dieser Druck von aussen erschwert die Beziehungsarbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen zusätzlich.

Im Blick auf die sekundäre Traumatisierung ist kritisch zu hinterfragen, ob die Exposition überhaupt für eine sekundäre Traumatisierung relevant ist. Es kann auch sein, dass die Empathie bei den sekundär traumatisierten Fachkräften zu einem Problem von Nähe und Distanz wurde und deshalb die Exposition, die als solches schon belastend, aber nicht gefährlich wäre, eine sekundäre Traumatisierung ausgelöst hat. Um diese Gefahr abzuwenden, reicht es nicht, Konzepte und traumapädagogische Standards anzuwenden, sondern muss auf jede Fachkraft einzeln eingegangen werden.

Viele Einrichtungen jedoch müssen aufgrund der finanziellen Lage sparen. Dabei achten sie darauf, dass keine Mittel gekürzt werden, die die Kinder und Jugendlichen oder die Kunden direkt betreffen. Deshalb werden oftmals Gefässe für die Fachkräfte wie Weiterbildungen und Supervisionen gestrichen. Da so aber der Schutz und die Stabilisierung der Fachkräfte nicht mehr gewährleistet werden können, müssen die traumapädagogischen Konzepte so konzipiert sein, dass sie in jeder finanziellen Lage durchgesetzt werden können.

Die Traumapädagogik kann aber mit ihren traumapädagogischen Standards gerade in der praktischen Umsetzung eine grosse Hilfe zur Anleitung und Kontrolle sein. Denn eine gute Personalentwicklung und -förderung bedeutet auch eine Fürsorge und Stabilisierung der Fachkräfte durch Psychoedukation und -hygiene. Sie sind aber nicht nur in der Traumapädagogik, sondern in allen Bereichen der Sozialen Arbeit enorm wichtig und sollten im professionellen Alltag der Sozialen Arbeit Standard sein. Ausserdem muss eine Grundeinstellung entstehen, wo Fachkräfte Unterstützung erhalten, ohne dass an ihrer Professionalität gezweifelt wird. Dies ist schlussendlich zum Wohle von ihnen, den Klientinnen und Klienten und letztlich auch der Institution.

3 Ausblick

Über die Thematik der sekundären Traumatisierung wird fast ausschliesslich in der Psychotherapie und der Medizin geschrieben und geforscht. In der Sozialen Arbeit wird sie nur im Zusammenhang mit den Folgen des Krieges in Deutschland erwähnt. Durch die Traumapädagogik wird das Thema nun auch in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen aufgegriffen. Trotzdem bildet die sekundäre Traumatisierung eine grosse Lücke in der Wissenschaft, die zum Schutz der Fachkräfte unbedingt angegangen werden muss.

Die Traumapädagogik ist in der Schweiz noch sehr wenig bekannt, weshalb es noch keine Erfahrungsberichte gibt. Da die Traumapädagogik allgemein noch sehr jung ist, gibt es auch in Deutschland noch keine Langzeitstudien, die beweisen könnten, dass die Konzepte, Schulungen und Standards wirklich vor einer sekundären Traumatisierung schützen. Solche Untersuchungen sind aber unabdingbar und sollten so schnell wie möglich durchgeführt werden.

Für die Einführung der Traumapädagogik in den Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe ist es wichtig, dass die traumapädagogischen Konzepte sich gut in den Alltag der Hilfen integrieren lassen und die Kosten für die Institutionen nicht zu hoch sind. Um die Erfahrungen, Vor- und Nachteile der Traumapädagogik einzuschätzen und neue Lösungsvorschläge zu entwickeln, braucht es mehr empirische Studien über Traumapädagogik.

Ausserdem sollten gewisse Aspekte der Traumapädagogik wie die Bindungspädagogik mit den Übertragungen und Gegenübertragungen und die Fürsorge und Stabilisierung der Fachkräfte schon in der Ausbildung gelernt werden. So kann zum Beispiel durch das Vermitteln von psychotraumatologischem Wissen die Psychoedukation, und durch das Erlernen von eigenen Ressourcen und Schutzfaktoren die Psychohygiene gefördert werden. Denn diese Kompetenzen sind nicht nur in der Kinder- und Jugendhilfe, sondern in jedem Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit von Nutzen. Auch die Institutionen sollten verpflichtet sein, die Gefahr einer sekundären Traumatisierung anzuerkennen und den bestmöglichen Schutz zu bieten, indem sie zum Beispiel die Inter- und Supervision als Standard einführen. Ausserdem sollte die Suche nach weiteren Möglichkeiten, die die Fachkräfte vor einer sekundären Traumatisierung schützen können, nie beendet werden.

4 Bezug zur Sozialen Arbeit

Mehrere Untersuchungen haben ergeben, dass mindestens 75% der Kinder und Jugendlichen aus den stationären Einrichtungen traumatische Ereignisse erleben mussten (vgl. Jaritz et al. 2008: 272). Das bedeutet zwar nicht, dass alle diese Kinder und Jugendlichen PTBS aufweisen, aber es zeigt, dass das Thema Trauma zumindest im stationären Kontext der Sozialen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen enorm wichtig ist. Weitere Studien zeigen auch, dass Massnahmen von traumatisierten Kindern und Jugendlichen häufig abgebrochen werden und die vielen, damit einhergehenden Beziehungsabbrüchen ein grosses Problem darstellen, weil es immer schwieriger wird, eine passende Hilfe zu finden (vgl. Schmid 2010: 39). Die Beziehungsabbrüche sind aber meist mit der Hilflosigkeit der pädagogischen Fachkräfte und ihren Teams verbunden (vgl. Schmid/Lang 2012: 338). Nebst den psychotherapeutischen Fachkräften sind vor allem auch die Fachkräfte der Sozialen Arbeit, die bis zu 42 Stunden pro Woche handlungsfähig bleiben müssen, mit Traumata an sich und ihren Folgen wie starke Übertragungen und Gegenübertragungsgefühlen sowie bindungsgestörtes Verhalten konfrontiert. Die dahinter versteckte Gefahr der sekundären Traumatisierung und die vielen Beziehungsabbrüche sind mit allen Mitteln zu verhindern. Auch der Berufskodex der Sozialen Arbeit Schweiz betont das Ziel, die „Menschen (...) zu schützen und ihre Entwicklung zu fördern, zu sichern oder zu stabilisieren“, was mit den vielen Abbrüchen nicht gewährleistet werden kann (AvenirSocial 2010: 6). Aus diesem Grund ist eine Auseinanderset-

zung mit dem Thema Traumapädagogik und dem Thema der sekundären Traumatisierung, das vor allem in den psychotherapeutischen Berufen bekannt ist und thematisiert wird, in der Sozialen Arbeit unabdingbar. In der Schweiz wurde die Traumapädagogik erst bedingt eingeführt, findet in Deutschland aber immer mehr Anklang. Die Soziale Arbeit sollte sich in dieser Hinsicht den psychotherapeutischen Erkenntnissen und Grundlagen nähern. Denn obwohl sich die Soziale Arbeit stark von der Profession Psychotherapie abgrenzen möchte, könnte sie viel vom Wissen über die Psychotraumatologie und die Gefahr der sekundären Traumatisierung und den Möglichkeiten zur Verhinderung derjenigen profitieren. Die Traumapädagogik ist diese Schritte schon gegangen und kann in der Arbeit und im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen eine grosse Hilfe sein. Wenn sich die Soziale Arbeit aber nicht dem Problem der vielen Beziehungsabbrüchen und überforderten Fachkräften beziehungsweise der Verantwortung über die Gesundheit ihrer Fachkräfte stellt, wird sie eine hohe Fluktuation von Stellenwechsel der Fachkräfte und immer mehr verletzte Helfer haben und zu einer „Mittäterin“ werden. Für die Soziale Arbeit wäre es also sinnvoll die Traumapädagogik in die Heimerziehung zu integrieren und ihre Einführung und Entwicklung zu fördern. Denn unabhängig von Alter, sozioökonomischen Status, Gesundheitszustand, Täter- oder Opferstatus der Klientinnen und Klienten, können alle traumatisiert sein und haben eine adäquate Hilfe verdient. Und genauso haben auch die Fachkräfte einen gewissen Schutz nötig, der durch die Traumapädagogik gewährleistet werden kann. Nur so kann eine Beziehungsarbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen ohne die Gefahr von Beziehungsabbrüchen und sekundär traumatisierten Fachkräften stattfinden.

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (2013). DSM 5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andreatta, Maria Pia (2006). Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses durch Traumata. Auswirkungen von primärer und sekundärer Traumaexposition auf kognitive Schemata. Kröning: Asanger Verlag.
- AvenirSocial (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. URL: http://www.avenirsocial.ch/cm_data/Do_Berufskodex_Web_D_gesch.pdf. [Zugriffsdatum: 05.06.2014]
- BAG-TP (2011). URL: http://www.bag-traumapaedagogik.de/files/positionspapier_11_2011.pdf [Zugriffsdatum: 01.02.2014]
- Baierl, Martin (2012). Niemand kann mich halten. Alltagspädagogik mit traumatisierten Jugendlichen. In: Özkan, Ibrahim/Sachsse, Ulrich/Streeck-Fischer, Annette (Hg.). Zeit heilt nicht alle Wunden. Compendium zur Psychotraumatologie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S.208-222.
- Bausum, Jacob/Besser, Lutz Ulrich/Kühn, Martin/Weiss, Wilma (Hg.) (2013). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Beckrath-Wilking, Ulrike/Biberacher, Marlene/Dittmar, Volker/Wolf-Schmid, Regina (2013). Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Bowlby, John (1987). Bindung. In: Grossmann, Klaus E./Grossmann, Karin (Hg.) (2003). Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Stuttgart: Klett-Cotta. S.22-26.
- Bowlby, John (2006). Bindung. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Bowlby, John (2008). Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendungen der Bindungstheorie. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Brisch, Karl Heinz (2002). Von der Bindungstheorie zur Bindungstherapie. Die praktische Anwendung der Bindungstherapie in der Psychotherapie. In: Endres, Manfred/Hauser, Susanne (Hg.). Bindungstheorie in der Psychotherapie. 2. Aufl. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag. S.81-89.
- 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.
- Brisch, Karl Heinz (2010). Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. 10. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, Karl Heinz (2013a). „Schütze mich, damit ich mich finde“. Bindungspädagogik und Neuerfahrung nach Traumata. In: Bausum, Jacob/Besser, Lutz Ulrich/Kühn, Mar-

- tin/Weiss, Wilma (Hg.). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S.150-166.
- Brisch, Karl Heinz (2013b). Die Weitergabe von traumatischen Erfahrungen von Bindungspersonen an die Kinder. In: Rauwald, Marianne (Hg.). Vererbte Wunden. Transgenerationale Weitergabe traumatischer Erfahrungen. Weinheim/Basel: Beltz Verlag. S.38-46.
- Figley, Charles R. (2002). Mitgeföhlserföpfung. Der Preis des Helfens. In: Stamm Hudnall B. (Hg.). Sekundäre Traumastörungen. Wie Kliniker, Forscher und Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können. Paderborn: Junfermann Verlag. S.41-59.
- Fonagy, Peter (2009). Bindung, Trauma und Psychoanalyse – Wo Psychoanalyse auf Neurowissenschaft trifft. In: Leuzinger-Bohleber, Marianne/Canestri, Jorge/Target, Mary (Hg.). Frühe Entwicklung und ihre Störungen. Klinische, konzeptuelle und empirische psychoanalytische Forschung. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel Verlag. S.40-61.
- Gahleitner, Silke Brigitta (2010). Das „Therapeutische Milieu“ als Antwort auf frühe Gewalterfahrung. Der Personzentrierte Ansatz bei komplexer Traumatisierung. In: Seidler, Günter H./Freyberger, Harald J./Maercker, Andreas (Hg.). Zeitschrift Trauma & Gewalt. Forschung und Praxisfelder. 4. Jg. (2). S.128-140.
- Gahleitner, Silke Brigitta (2012a). Das therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen. 2. Aufl. Bonn: Psychiatrie Verlag
- Gahleitner, Silke Brigitta (2012b). Traumapädagogik und Psychosoziale Traumaarbeit. Moedeerscheinung oder Notwendigkeit? In: Streeck-Fischer, Annette (Hg.). Zeitschrift Trauma & Gewalt. Forschung und Praxisfelder. Themenheft Traumapädagogik III. 6. Jg. (3). S.206-217.
- Gahleitner, Silke Brigitta (2012c). Traumatherapie, Traumaberatung und Traumapädagogik. In: Zeitschrift Supervision. Mensch, Arbeit, Organisation. 30. Jg. (2). S.14-21.
- Gahleitner, Silke Birgitta/Loch, Ulrike/Schulze Heidrun (2012). Psychosoziale Traumalogie – eine Annäherung. In: Schulze, Heidrun/Loch, Ulrike/Gahleitner, Silke Brigitta (Hg.). Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumalogie. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren. S.6-53.
- Grossmann, Karin (2002). Praktische Anwendungen der Bindungstheorie. In: Endres, Manfred/Hauser, Susanne (Hg.). Bindungstheorie in der Psychotherapie. 2. Aufl. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag. S.54-80.
- Grossmann, Klaus E. (2011). Bindungsentwicklung und Beziehungsmoral. In: Borst, Ulrike/Lanfranchi, Andrea (Hg.). Liebe und Gewalt in nahen Beziehungen. Therapeutischer Umgang mit einem Dilemma. Heidelberg: Carl-Auer Verlag. S.68-84.
- Holmes, Jeremy (2002). John Bowlby und die Bindungstheorie. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Jaritz, Caroline/Wiesinger, Detlev/Schmid, Marc (2008). Traumatische Lebensereignisse bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe. Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung. In: Schmid, Marc/Fegert, Jörg M. (Hg.). Zeitschrift Trauma & Gewalt. Forschung und Praxisfelder. Themenheft Traumapädagogik I. 2. Jg. (4). S.266-277.
- Jegodtka, Renate (2013). Berufsrisiko Sekundäre Traumatisierung. Im Arbeitskontext den Folgen nationalsozialistischer Verfolgung begegnen. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

- Jurisch, Florentine/Kolassa, Iris-Tatjana/Elbert, Thomas (2009). Traumatisierte Therapeuten? Ein Überblick über sekundäre Traumatisierung. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie. 38. Jg. (4). S.250-261.
- Kissgen, Rüdiger (2009). Kontinuität und Diskontinuität von Bindung. In: Henri, Julius/Gasteiger-Klicpera, Barbara/Kissgen, Rüdiger (Hg.). Bindung im Kindesalter. Diagnostik und Interventionen. Göttingen: Hogrefe. S.65-83.
- König, Lilith (2012). Trauma und Bindung. In: Landolt, Markus A./Hensel, Thomas (Hg.). Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag. S.59-74.
- Krollner, Björn (2013). ICD-10-GM-2013. URL: <http://www.icd-code.de/> [Zugriffsdatum: 09.01.2014]
- Kühn, Martin (2006). Bausteine einer „Pädagogik des Sicheren Ortes“. Vortragsmanuskript der Fachtagung „(Akut)traumatisierte Kinder und Jugendliche in Pädagogik und Jugendhilfe“ in Merseburg. URL: http://www.jugendsozialarbeit.de/media/raw/martin_kuehn.pdf. [Zugriffsdatum: 22.01.14].
- Kühn, Martin (2008). Wieso brauchen wir eine Traumapädagogik? Annäherung an einen neuen Fachbegriff. In: Zeitschrift Trauma & Gewalt. Forschung und Praxisfelder. Themenheft Traumapädagogik I. 2. Jg. (4). S.318-327.
- Kühn, Martin (2011). Wie sicher ist der „Sichere Ort“? – Einrichtungen der stationären Jugendhilfe als sichere Entwicklungsräume für traumatisierte Mädchen und Jungen. In: Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung. 29. Jg. (4). S.152-158.
- Kühn, Martin (2013). „Macht Eure Welt endlich wieder mit zu meiner!“ Anmerkungen zum Begriff Traumapädagogik. In: Bausum, Jacob/Besser, Lutz Ulrich/Kühn, Martin/Weiss, Wilma (Hg.). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S.24-37.
- Landolt, Markus A./Hensel, Thomas (2012). Grundlagen der Traumatherapie. In: Landolt, Markus A./Hensel, Thomas (Hg.). Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag. S.16-20.
- Lang, Birgit (2013a). Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für pädagogische Fachkräfte als institutioneller Auftrag. In: Bausum, Jacob/Besser, Lutz Ulrich/Kühn, Martin/Weiss, Wilma (Hg.). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S.220-228.
- Lang, Birgit (2013b). Die PädagogInnen als Teil der Pädagogik. In: Lang, Birgit/Schirmer, Claudia/Lang, Thomas/Andrae de Hair, Ingeborg/Wahle, Thomas/Bausum, Jacob/Weiss, Wilma/Schmid, Marc (Hg.). Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S.127-144.
- Lang, Thomas (2013). Bindungspädagogik – Haltgebende, verlässliche und einschätzbare Beziehungsangebote für Kinder und Jugendliche. In: Lang, Birgit/Schirmer, Claudia/Lang, Thomas/Andrae de Hair, Ingeborg/Wahle, Thomas/Bausum, Jacob/Weiss, Wilma/Schmid, Marc (Hg.). Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S.187-217.
- Lemke, Jürgen (2006). Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung. Kröning: Asanger Verlag.

- Pross, Christian (2009). Verletzte Helfer. Umgang mit dem Trauma: Risiken und Möglichkeiten sich zu schützen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rauwald, Marianne (2013). Traumata. In: Rauwald, Marianne (Hg.). Vererbte Wunden. Transgenerationale Weitergabe traumatischer Erfahrungen. Weinheim/Basel: Beltz Verlag. S.21-29.
- Scherwath, Corinna/Friedrich, Sibylle (2012). Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Schmid, Marc (2008). Entwicklungspsychopathologische Grundlagen einer Traumapädagogik. In: Schmid, Marc/Fegert, Jörg M. (Hg.). Zeitschrift Trauma & Gewalt. Forschung und Praxisfelder. Themenheft Traumapädagogik I. 2. Jg. (4). S.288-309.
- Schmid, Marc (2010). Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe: „Traumasensibilität“ und „Traumapädagogik“. In: Fegert, Jörg M./Ziegenhain, Ute/Goldbeck, Lutz (Hg.). Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. Weinheim/München: Juventa Verlag. S.36-60.
- Schmid, Marc (2012). Psychotherapie von Traumafolgestörungen im Kontext der stationären Jugendhilfe. In: Landolt, Markus A./Hensel, Thomas (Hg.). Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag. S.404-440.
- Schmid, Marc (2013). Warum braucht es eine Traumapädagogik und traumapädagogische Standards? In: Lang, Birgit/Schirmer, Claudia/Lang, Thomas/Andreae de Hair, Ingeborg/Wahle, Thomas/Bausum, Jacob/Weiss, Wilma/Schmid, Marc (Hg.). Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S.56-82.
- Schmid, Marc/Lang, Birgit (2012). Was ist das Innovative und Neue an einer Traumapädagogik? In: Schmid, Marc/Tetzer, Michael/Rensch, Katharina/Schlüter-Müller, Susanne (Hg.). Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S.337-351.
- Schock, Katrin/Rosner, Rita/Wenk-Ansohn, Mechthild/Knaevelsrud, Christine (2010). Re-traumatisierung – Annäherung an eine Begriffsbestimmung. In: Zeitschrift Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie. 60. Jg. (7). S.243-249.
- Seidler, Günter H. (2013). Psychotraumatologie. Das Lehrbuch. Stuttgart: W.Kohlhammer.
- Streeck-Fischer, Annette (2010). Traumatisierte Bindung – Chancen und Gefahren in der Psychotherapie von Jugendlichen mit selbst-und fremddestruktivem Verhalten. In: Brisch, Karl Heinz/Hellbrügge, Theodor (Hg.). Bindung, Angst und Aggression. Theorie, Therapie und Prävention. Stuttgart: Klett-Cotta. S.162-176.
- Terr, Leonore C. (1991). Childhood Traumas: An Outline and Overview. In: American Journal of Psychiatry 148. Jg. (1). S.10-19.
- Van der Kolk, Bessel A./McFarlane, Alexander C. (2000). Trauma – ein schwarzes Loch. In: Van der Kolk, Bessel A./McFarlane, Alexander C./Weisaeth, Lars (Hg.). Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschungen zu post-traumatischem Stress sowie Traumatherapie. Paderborn: Junfermann Verlag. S.27-45.
- Van der Kolk, Bessel A. (2005). Developmental Trauma Disorder. Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. In : Psychiatric Annals 35. Jg. (5). S.401-408.

- Van der Kolk, Bessel A. (2009). Entwicklungstrauma-Störung: Auf dem Weg zu einer sinnvollen Diagnostik für chronisch traumatisierte Kinder. In: Lehmkuhl, Ulrike/Streek-Fischer, Annette (Hg.). Zeitschrift Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Ergebnisse aus Psychotherapie, Beratung und Psychiatrie. 58. Jg. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S.572-586.
- Weiss, Wilma (2013a). Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. 7. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Weiss, Wilma (2013b). 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/Basel: Beltz Juventa. S.167-181.
- Weiss, Wilma (2013c). Traumapädagogik – Geschichte, Entstehung und Bezüge. In: Lang, Birgit/Schirmer, Claudia/Lang, Thomas/Andrae de Hair, Ingeborg/Wahle, Thomas/Bausum, Jacob/Weiss, Wilma/Schmid, Marc (Hg.). Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S.32-44.
- Weiss, Wilma (2013d). Selbstbemächtigung/Selbstwirksamkeit – ein traumapädagogischer Beitrag zur Traumaheilung. In: Lang, Birgit/Schirmer, Claudia/Lang, Thomas/Andrae de Hair, Ingeborg/Wahle, Thomas/Bausum, Jacob/Weiss, Wilma/Schmid, Marc (Hg.). Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S.145-156.
- Wemhöner, Helga (2012). Sekundär Traumatisierte in der Supervision. In: Zeitschrift Supervision. Mensch, Arbeit, Organisation. 30. Jg. (2). S.22-25.
- Wöller, Wolfgang (2013). Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Ziegenhain, Ute (2009). Frühe Bindungserfahrungen und Trauma. In: Schmid, Marc/Fegert, Jörg M. (Hg.). Zeitschrift Trauma & Gewalt. Forschung und Praxisfelder. Themenheft Traumapädagogik II. 3. Jg. (2). S.136-147.

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich, Stephanie Ziegler, erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelor Thesis selbstständig, ohne unerlaubte Hilfe und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen, Hilfsmittel und Hilfeleistungen verfasst und sämtliche Zitate kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form, auch nicht in Teilen, keiner anderen Prüfungsinstanz vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Datum:..... Unterschrift:.....