

Geibel, Uwe

Traumatisierte Kinder und Jugendliche in der Heimerziehung

Vom Trauma zur Traumapädagogik

Entwicklung von traumapädagogischen Handlungsweisen

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

---

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2014

Erstprüfer: Prof. Dr. rer. nat. habil. Stefan Busse

Zweitprüfer: Dipl. Soz. Pädagogin Kerstin Balster

---

**Geibel, Uwe:**

Traumatisierte Kinder und Jugendliche in der Heimerziehung

Vom Trauma zur Traumapädagogik - Entwicklung von traumapädagogischen Handlungsweisen. 62 S.

Roßwein, Hochschule Mittweida/ Roßwein, Fakultät Soziale Arbeit,

Bachelorarbeit, 2014.

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit einer interdisziplinären Annäherung (sozialpädagogisch, traumapädagogisch, neurobiologisch) an das Thema Trauma unter Einbeziehung eines Fallbeispiels aus der Heimerziehung.

---

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Erklärungsansätze.....</b>	<b>10</b>
2.1	Typologien psychischer Traumatisierungen .....	11
<b>3</b>	<b>Bindung und Trauma .....</b>	<b>12</b>
3.1	Desorganisation und Trauma .....	13
3.2	Bindungsstörungen und Trauma .....	15
3.2.1	Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen .....	15
3.3	Zwischenfazit .....	18
<b>4</b>	<b>Traumafolgestörungen .....</b>	<b>19</b>
4.1	Posttraumatische Belastungsstörung .....	20
4.1.1	Intrusives Wiedererleben .....	20
4.1.2	Vermeidungsverhalten und emotionale Taubheit (Numbing) .....	21
4.1.3	Übererregung (Hyperarousal) .....	21
4.2	Akute Belastungsstörung .....	22
4.3	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung .....	22
4.4	Entwicklungsstraumastörung .....	24
<b>5</b>	<b>Neurobiologische Aspekte der Traumapädagogik .....</b>	<b>25</b>
5.1	Hirnentwicklung und Folgen früher Traumatisierungen .....	25
5.2	Die Hierarchie von Verteidigungsreaktionen .....	27
5.3	Die Bedeutung für die Traumapädagogik.....	28
<b>6</b>	<b>Vom Trauma zur Traumapädagogik .....</b>	<b>29</b>
6.1	Grundlagen der Traumapädagogik.....	29
6.2	Auswirkungen von Traumafolgestörungen auf die Pädagogik.....	31
6.2.1	Probleme in der Beziehungsgestaltung .....	31
6.2.2	Probleme in der Emotionsregulation und Stresstoleranz.....	32
6.2.3	Dissoziative Zustände.....	33
6.3	Bedeutungen von traumapädagogischen Konzepten.....	34
6.4	Bedeutungen der pädagogischen Fachkräfte in der Traumapädagogik.....	35
6.5	Traumapädagogische Konzepte .....	36
6.5.1	Die Pädagogik der Selbstbemächtigung .....	37
6.5.1.2	Das Selbstverstehen.....	39
6.5.2	Bindungspädagogik – Haltgebende, verlässliche und einschätzbare Beziehungsangebote für Kinder und Jugendliche .....	42
6.5.3	Übertragung und Gegenübertragung in der Beziehungsgestaltung .....	42

---

6.5.4	Verbale und nonverbale bindungsorientierte Kommunikations- und Interventionsmöglichkeiten .....	45
6.5.5	Selbstregulation und Selbstanbindung, Selbstreflexion .....	49
<b>7</b>	<b>John „Ihr kotzt mich alle an!“ – Das traumatisierte Kind .....</b>	<b>51</b>
7.1	Schilderung des Fallbeispiels .....	51
7.2	Auswertungen des Entwicklungsverlaufes von John aus traumapädagogischer Sicht .....	52
<b>8</b>	<b>Entwicklung von fachlichen Standards für den Umgang mit traumatisierten Kindern in der Mehrtagegruppe .....</b>	<b>54</b>
8.1	Umsetzung einer verstehenden und wertschätzenden Grundhaltung .....	55
8.2	Partizipation .....	57
8.3	Richtlinien für sozialpädagogisches Handeln im Kontext traumatisierter Kinder und Jugendlichen .....	57
8.4	Pädagogische Orte als sichere Orte .....	58
8.5	Die Fachkraft als sicherer Hafen – Bindungsorientierung .....	60
<b>9</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>61</b>
<b>10</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>63</b>
10.1	Anamnese des Fallbeispiels John .....	63
10.2	Entwicklungsverlauf von John.....	65
10.3	Epikrise von John der Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	68
10.4	Partizipationskonzept .....	71
<b>11</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>73</b>
11.1	Internetverzeichnis .....	75
<b>12</b>	<b>Selbstständigkeitserklärung.....</b>	<b>77</b>

---

# Abbildungsverzeichnis

<b>Darstellung 1:</b>	<b>Die traumatische Übertragung.....</b>	<b>39</b>
<b>Darstellung 2:</b>	<b>Die traumatische Gegenreaktion.....</b>	<b>40</b>

---

## Abkürzungsverzeichnis

ADS	Aufmerksamkeitsdefizitstörung
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft
DTD	Developmental Trauma Disorder
ICD – 10	internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung

---

# 1 Einleitung

„Der Bedarf an stationärer und teilstationärer Unterbringung in der Kinder- und Jugendhilfe sowie in Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtungen hat sich in den letzten Jahren dramatisch erhöht.“ (Dittmar 2013: 237). Der 13. Kinder- und Jugendbericht vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend beschreibt eindeutig die Notwendigkeit und den zunehmenden Bedarf an speziellen traumapädagogischen Hilfen (vgl. Dittmar 2013: 237).

“Die Hilfsangebote für traumatisierte Kinder und Jugendliche müssen mehr Aufmerksamkeit erhalten. Im Kompetenzprofil der Fachkräfte muss die Sensibilität für die Situation von traumatisierten Kindern und Jugendlichen einen höheren Stellenwert erhalten.“ (Dittmar 2013: 237, zit. n. BT-Drs. 16/12860, 2009: 41).

Die Kinder und Jugendlichen in stationären aber auch zunehmend in teilstationären Einrichtungen weisen ein hohes Maß an psychiatrischen Störungen und Problemlagen auf. Die frühen Traumatisierungen nehmen eine besondere Spitzenstellung ein. Es geben ca. 80% der Kinder an, eine oder mehrere traumatische Erfahrungen gemacht zu haben (vgl. Dittmar 2013: 237).

Trauma bzw. Traumatisierungen von Kindern und Jugendlichen oder auch Erwachsenen sind im pädagogischen Berufsalltag ständig wiederkehrende Begrifflichkeiten. Schnell fällt die Diagnose, dass ein Trauma vorliegt. Aber was ist ein Trauma überhaupt? Woran kann es erkannt werden? Welche Symptome treten auf und vor allem stellt sich die Frage, wie ist ein Trauma zu heilen, bzw. wie muss mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen umgegangen werden? Benötigen diese Kinder und Jugendlichen spezielle strukturelle Bedingungen bzw. traumapädagogisches Fachpersonal?

Zunächst einmal möchte ich die Frage beantworten, warum ich mich genau diesem Thema widme. Zum einen habe ich einen ganz persönlichen Hintergrund mich diesem Thema anzunehmen und zum anderen motiviert mich mein berufliches Interesse. Ich arbeite seit fünf Jahren als Erzieher in der Kinder- und Jugendhilfe - anfänglich im stationären Bereich und mittlerweile in einer flexiblen Tages- und Mehrtagesgruppe. In meinem Berufsalltag kommt es immer häufiger vor, dass Kinder und Jugendliche der Gruppe, Verhaltensweisen zeigen, die zum einen das Personal und zum anderen die strukturellen Bedingungen vor große Herausforderungen stellen. Insofern treten sehr häufig komplexe Problemlagen auf, bei denen „normale“ pädagogische Interventionen,

---

meiner Meinung nach, der biografischen Individualität der Mädchen und Jungen nicht mehr gerecht werden bzw. nicht den erwünschten Erfolg zeigen. Das Thema Trauma ist allgegenwärtig geworden. In der Jugendhilfe wird seit jeher mit traumatisierten jungen Menschen gearbeitet. Allerdings wurden diese Traumatisierungen selten als Ursache für aktuelle, akute psychische und soziale Probleme, sowie für Verhaltensauffälligkeiten gesehen. Kinder bekamen häufig das Etikett „schwierig“, sie galten als Symptomträger ihrer konfliktbeladenen Familien und die zugrunde liegenden Ursachen der Problematiken wurden oftmals nicht erkannt. Die Auslöser der Symptome, die Stress- und Gewalterfahrungen, wurden nicht als Gegenstand der Sozialen Arbeit gesehen. Vielmehr wurden sie dem Aufgabengebiet der Psychotherapie zugeordnet. Auch heute noch führen die Traumatisierungen der Kinder die Einrichtungen, (dazu gehören Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe aber auch Schulen sowie Beratungsstellen), das dortige Personal, an die Grenzen der Belastbarkeit.

In den letzten Jahren hat sich die Sensibilität der Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe, für die Situationen und Bedarfe von traumatisierten Kindern und Jugendlichen verändert. Spezialisierte Hilfsangebote wurden entwickelt und die pädagogischen Fachkräfte bildeten sich traumaspezifisch fort. Auch traumapädagogische Konzepte haben in der Jugendhilfe Einzug gehalten. Nichts desto trotz führen die Verhaltensweisen, basierend auf einer Traumatisierung, noch immer dazu, dass die Belastungsgrenze in struktureller Hinsicht und auch Bezug nehmend auf das Fachpersonal, schnell erreicht werden kann. Bei diesen Kindern und Jugendlichen wird zum Teil auf der einen Seite der Einsatz bzw. die Notwendigkeit des Einsatzes von Psychopharmaka oder die Einweisung in eine Kinder- und Jugendpsychiatrie zunehmend gefordert. Auf der anderen Seite beginnt immer noch der „Jugendhilfe Verschiebebahnhof“. Dann werden für diese Kinder und Jugendlichen kleinere Gruppen, mit weniger Reizen und speziellem Personal gesucht, bzw. Einrichtungen, die diesen komplexen Problemlagen gerecht werden können. Meine persönliche Erfahrung hat aber gezeigt, dass eine Verschiebung in eine andere Einrichtung noch lange keine Bewältigung des Traumas bedeuten muss. Vielmehr sollten die Möglichkeiten gebündelt werden, um den Kindern und Jugendlichen das Wiedererleben von traumatischen Situationen zu ersparen, welches durch die erneuten Beziehungsabbrüche geschehen kann.

Die vorliegende Bachelorarbeit soll den Versuch unternehmen, die theoretischen Grundlagen zum Thema Trauma und Traumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen in der Heimerziehung genauer zu beleuchten. Dazu gehören: das Verstehen, das Erken-



---

nen des Traumas und natürlich wesentlich, der daraus resultierende Umgang mit diesen Kindern und Jugendlichen. Der theoretische Umgang mit Traumatisierungen soll erörtert und praktische traumapädagogische Handlungsweisen daraus abgeleitet werden. Auch neurobiologische Aspekte, sowie aktuelle Erkenntnisse zur Hirnforschung sollen thematisiert werden.

Es werden zwei traumapädagogische Konzepte vorgestellt: die Selbstbemächtigung/Selbstwirksamkeit nach der Dipl.-Sozialpädagogin und Leiterin/Referentin im Zentrum für Traumapädagogik, sowie Gründungsmitglied der BAG Traumapädagogik Wilma Weiß und die Bindungspädagogik bzw. Haltgebende, verlässliche und einschätzbare Beziehungsangebote für Kinder und Jugendliche nach Thomas Lang, Dip.-Sozialpädagoge. Anhand der Schilderung eines Fallbeispiels, aus einer flexiblen Tages- und Mehrtagesgruppe, sollen die Möglichkeiten aber auch die Grenzen der Traumapädagogik erörtert werden. Ziel ist es, aus den theoretischen Erkenntnissen und dem Fallbeispiel, traumapädagogische Handlungsweisen für den Umgang mit den betroffenen Mädchen und Jungen abzuleiten.

---

## 2 Erklärungsansätze

An dieser Stelle möchte ich drei verschiedene Erklärungsansätze vorstellen. Ganz bewusst habe ich mich für diese Personen entschieden, weil sie aufgrund ihrer beruflichen Biografie so unterschiedlich sind. Peter Levine ist Biologe und Physiker, Martin Sack ist Mediziner und Andreas Rothe ist Sozialpädagoge. Dabei zeigt sich auch, dass sich in den unterschiedlichen beruflichen Bereichen, mit dem Thema Trauma beschäftigt wird. Als erstes zitiere ich den Erklärungsansatz von Dr. Peter Levine, Biologe, Physiker und Psychologe. Er ist einer der bedeutendsten Traumaforscher unserer Zeit:

„Gemäß Peter Levine ist ein Trauma keine Krankheit, sondern eine Störung. Es ist das Ergebnis einer unvollständigen Antwort auf eine belastende Situation, in welcher der Stress nicht ausgeleitet werden konnte, sondern stecken geblieben und -eingespeichert ist. Der Kampf- und Fluchtreflex konnte im Trauma nicht komplett aus gelebt werden – dadurch sind Stress-Energien im Organismus stecken geblieben und eingelagert worden. Durch Intensität und Tempo der Situation strömen dermaßen viele und starke Reize auf das Nervensystem ein, dass es dadurch überwältigt ist und dadurch seine natürlichen Reaktionen nicht mehr umsetzen kann. Sie werden buchstäblich im Körper eingefroren und stehen nicht mehr zur Verfügung.“ (Levine/Frederick 1998: 46).

Der zweite Erklärungsansatz stammt von Prof. Dr. med. Martin Sack, der leitender Oberarzt und Leiter der Sektion Traumafolgestörungen der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München ist:

„Die betroffene Person war Situationen ausgesetzt in der die folgenden Bedingungen erfüllt waren: Die Person war in ihrer Kindheit wiederholt Situationen emotionaler oder physischer Vernachlässigung ausgesetzt oder wurde wiederholt vorsätzlich und ohne Grund entwertet, gedemütigt oder angeschrien. Die betroffene Person reagierte mit starker Angst, Hilflosigkeit und Entsetzen.“ (Dittmar 2013: 238, zit. n. Sack, 2010: 16).

Der dritte Erklärungsansatz stammt von Andreas Rothe. Er ist Dipl.-Sozialarbeiter/ Sozialpädagoge und Traumatherapeut nach Dr. P. Levine:

„Sowohl bei Schock- als auch bei Entwicklungstraumen erleben wir intensive, lebensbedrohliche Angst. Diese kann nicht durch aktives Handeln (Flucht oder Kampf) bewältigt werden und überfordert damit die Selbstregulationsfähigkeit unseres autonomen Nervensystems. Diese Angst wird daher im Dienste des biologischen Überlebens an eine automatisierte Erstarrungsreaktion (Totstellreflex oder Dissoziation) gekoppelt. Dabei spaltet sich unser Körper vom Gefühl und Denken ab. Diese Fragmentierung löst sich jedoch nicht automatisch nach Verschwinden der Ursprungsfahr wieder auf, sondern bleibt im Körpergedächtnis als neuronale Verknüpfung verankert. Je häufiger

---

und massiver diese Verschaltung im Weiteren aktiviert wird, umso überwältigter, handlungsunfähiger und ausgelieferter erlebt sich der Mensch und umso weniger braucht es an Reizen, um in ihm erneut diese Erlebnismuster zu erzeugen.“ (Rothe 2013: 3).

Bei allen drei Erklärungsansätzen wird die Bedeutung für die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen sehr deutlich. Zum Einen, dass sie völlig logische Verhaltensweisen, im Hinblick auf das Trauma zeigen und zum Anderen, dass sie Unterstützung durch die pädagogischen Fachkräfte benötigen, um das Trauma bewältigen zu können.

## **2.1 Typologien psychischer Traumatisierungen**

Traumen lassen sich nach zwei Dimensionen typisieren. Es handelt sich dabei um die personalen und apersonalen Traumatisierungen bzw. um die einmaligen und überraschenden oder die lang anhaltenden und kumulativen Traumatisierungen. Diese zwei Dimensionen werden als Typ-I und Typ-II Traumatisierungen bezeichnet. Typ-I Traumata sind plötzlich, überraschend und einmalig. Dazu gehören die apersonalen und personalen Traumata, wie z.B. Naturkatastrophen, Verkehrsunfälle sowie räuberische Überfälle, Vergewaltigung oder der plötzliche Verlust einer Bezugsperson. Typ-II Traumata sind länger andauernd und finden wiederholt statt. Sie sind sozusagen chronisch-kumulativ. Diese Traumata beinhalten Ereignisse, wie z.B. Geiselhaft, wiederholte Folter aber auch sexuelle und körperliche Gewalt sowie Missbrauch in der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter (vgl. Beckrath-Wilking/Biberacher/Dittmar u.a. 2013: 35ff.).

Zusammenfassend sind Typ-I Traumata sogenannte Schock-Traumata, die gekennzeichnet sind durch „[...] schicksalhafte Ereignisse, die das gewohnte Leben eines Menschen abrupt unterbrechen, ihn in der Regel seiner tragenden Beziehungen berauben und die Kohärenz seiner Beziehungen und seines Selbsterlebens massiv gefährden.“ (Wöller 2006: 13). Des Weiteren sind Typ-I Traumatisierungen Ereignisse, die bei dem Aufeinandertreffen von Tätern und Opfern, ein radikales Macht-Ohnmacht-Gefälle und eine völlige Ohnmacht und Hilflosigkeit auf Seiten der Opfer erzeugen. Auch plötzliche Trennungen, Abbrüche von Bindungsbeziehungen, ein plötzliches Verlassenwerden oder der unerwartete Tod einer wichtigen Bezugsperson werden als Schock-Traumata bezeichnet.

Typ-II Traumata wirken dagegen wiederholt im Sinne einer Dauerbelastung. Darunter fallen die menschlich verursachten Traumatisierungen durch Kriegseinwirkungen, Gefangenschaft, Folter und Geiselhaft. Dazu gehören aber auch die Extremtraumatisierungen

---

gen, wie Konzentrationslagerhaft und die Traumatisierungen in Kindheit und Jugend, durch Misshandlungen und Vernachlässigung, die sich aus einer Vielfalt traumatischer Ereignisse zusammensetzen (vgl. Wöller 2006: 13).

### 3 Bindung und Trauma

„Wenn Kinder klein sind, gib ihnen Wurzeln.

Wenn sie groß sind, gib ihnen Flügel.“

Chinesisches Sprichwort

Eine liebevolle, verlässliche Mutter, aber auch andere vergleichbar liebevolle, verlässliche Menschen sind die besten Voraussetzungen für ein Neugeborenes, ins Leben zu starten. Ohne sichere Bindungserfahrung geht in der Entwicklung des Kindes vieles schief. Insbesondere in den ersten Lebensjahren, „[...] entscheiden die An- oder Abwesenheit einer feinfühligem Bindungsperson darüber, ob ein Überschuss Nervenzellen, den das Kind genetisch herstellt, auch genutzt wird, oder ob Nervenzellen ungenutzt absterben, ob Synapsen gebildet werden oder nicht.“ (Huber/Frei 2009: 22, zit. n. Siegel, 1999, 2001).

Diese Vorgänge lösen neurochemische Reaktionen im Gehirn des Babys aus, die nicht nur für die Hirnentwicklung verantwortlich sind, sondern das Bindungs- und Beziehungsverhalten prägen. Das Zeitfenster dafür ist relativ eng. Das Entscheidende geschieht in den ersten 12 Lebensmonaten, der Rest meist in den nächsten zwei Jahren (vgl. Huber 2007: 88). Das Baby wird dazu gedrängt, einige wenige Beziehungen in seinem Leben einzugehen. Diese Fähigkeit wird als motivationales System bezeichnet, welches basal, angeboren und biologisch adaptiv ist. Es sind spezielle Beziehungen, in denen das Kind:

- zum Bindungsobjekt (Mutter, Erwachsene etc.) Nähe suchen wird,
- dem Bindungsobjekt gegenüber ein Gefühl entwickeln wird, einen sogenannten „sicheren Hafen“, damit es, wenn es aufgeregt ist, Trost findet,
- ein „inneres Arbeitsmodell einer sicheren Basis“ entwickelt um Sicherheit zu haben, um explorieren zu können und vor allem die Fähigkeit für die Zukunft ausbildet sich in leidvollen Situationen selbst trösten zu können (vgl. Huber 2007: 90).

---

„Aus dem inneren Arbeitsmodell des Kindes entwickelt sich die sogenannte „Bindungsrepräsentation“ des erwachsenen Menschen. Sie bestimmt, ob dieser Mensch empathiefähig ist und sie macht sein Beziehungs- und Bindungsverhalten vorhersagbar“ (Huber 2007: 90, zit. n. Brisch 2002).

Kinder, die früh traumatisiert werden, z.B. dadurch, dass man sie schreien lässt, wenn sie in Not sind oder wenn sie überstimuliert werden, obwohl sie Ruhe brauchen, ist für die Kinder ein Desaster, insbesondere dann, wenn diese Nicht-Feinfühligkeit der Mutter auch noch mit seelischen Quälereien oder gar körperlichen und/oder sexuellen Misshandlungen einhergehen. Die eigene Mutter oder der eigene Vater sind nicht immer auch automatisch die besten Bindungspersonen. Ein Kind bindet sich immer an die Person in seiner Umgebung, die am feinfühligsten ist. Ist keine feinfühligste Person vorhanden, bindet sich ein Kind auch an eine nicht-feinfühligste Person bzw. sucht nach Alternativen. Die frühe Elternbindung bekommt erst im Laufe der Zeit eine gewisse Exklusivität, sodass ein misshandeltes Kind auch dann zu seinen Eltern zurück will, wenn es bessere Bindungsangebote von anderen Menschen bekommt.

Ein Kind, was misshandelt wird, erleidet erhebliche Schäden an Körper und Seele, sowie sogar an seinem Gehirn (vgl. Huber/Frei 2009: 22ff.).

„Die Bindungsforschung und die Ergebnisse der Entwicklungs-Traumatologie sagen uns zumindest, dass das Kind dann die besseren Bindungspersonen – etwa Pflegeeltern, Adoptiveltern oder verlässliche Bezugspflegerpersonen in der stationären Heimerziehung – zu akzeptieren lernen wird und sich besser entwickeln wird, als wäre es bei den misshandelnden Eltern geblieben.“ (Huber/Frei 2009: 23, zit. n. Brisch, 2008).

### **3.1 Desorganisation und Trauma**

Für die Ausbildung sicherer Bindungen haben folgende Merkmale eine wichtige Bedeutung: die Verfügbarkeit sowie die Responsivität, also die Bereitschaft von Eltern auf Interaktions- und Kommunikationsversuche des Kindes einzugehen und die Feinfühligkeit früherer Bezugspersonen. Die Forschungsergebnisse „[...] haben überzeugend gezeigt, wie eine optimale Entwicklung und eine lebenslange Widerstandskraft gegen Belastungen ihre Wurzeln in den dyadischen Prozessen der frühen Kindheit haben.“ (Wöller 2006: 40, zit. n. Lichtenberg 1991; Stern 1985/1992).

Die unverarbeiteten traumatischen Erfahrungen der Eltern spiegeln sich in der Umgangsweise mit ihren Kindern wieder. Oftmals waren Eltern, die ihre Kinder vernachlässigen und misshandeln, selbst in ihrer Kindheit Opfer von Gewalterfahrungen in der Beziehung mit ihren Eltern. Aufgrund dieser traumatischen Erfahrungen kann es vor-

---

kommen, dass die gemachten traumatischen Bindungserfahrungen ständig bei den Eltern aktiviert werden (vgl. Brisch 2013: 252). „Traumatisierte Eltern verhalten sich eher aggressiv-feindlich, sie machen ihrem Kind Angst, oder sie werden durch ihr Kind geängstigt“ (Brisch 2013: 253). Das eigene Kind kann sich auf kein sicheres Bindungsgefühl verlassen und zurück bleibt ein irritiertes, desorganisiertes Bindungsverhalten.

Durch die Vermeidung entsprechender Themen, Aktivitäten oder Personen versuchen Eltern die Erfahrungen, die mit unangenehmen Gefühlen, wie z.B. Ohnmacht, Angst und Desorientierung verbunden waren, zu umgehen. Oftmals geraten sie durch die Interaktion mit ihrem Kind in den Zustand der Hilflosigkeit und Ohnmacht. Es kommt zu einem Emotionalen aber auch räumlichen Rückzug, indem sie dann nicht mehr mit ihrem Kind sprechen, es ignorieren oder auch ganz aus der Wohnung gehen. Bekommen „solche“ Eltern ein eigenes Kind, besteht die Gefahr, dass dieses Kind mit hoher Wahrscheinlichkeit auch ein desorganisiertes Bindungsmuster entwickeln wird. Dies bezeichnet man als sogenanntes „multiples inneres Arbeitsmodell von Bindung“, welches durch widersprüchliche motorische Verhaltensweisen in bindungsrelevanten Situationen gekennzeichnet ist. Das Kind nähert sich, z.B. der Bindungsperson an und läuft kurz darauf wieder von ihr weg. Es bewegt sich mit motorischen Stereotypen und gerät in tranceartige Zustände.

Es gibt zunehmend Forschungsergebnisse, die auf den Mechanismus der Weitergabe von elterlichen Traumaerfahrungen auf die Kindergeneration schließen lassen: Demnach haben 80% der Kinder von traumatisierten Eltern ein desorganisiertes Bindungsmuster mit solchen Verhaltensweisen (vgl. Brisch 2013). „Es gibt eine hohe Übereinstimmung zwischen traumatischen Erfahrungen der Kinder und/oder der Eltern, sowie desorganisiertem Bindungsmuster und ADHS - Symptomen im Kindergarten- und Grundschulalter, sowie Symptomen der Borderline - Störung im Jugendalter.“ (Brisch 2013: 253).

Diese Erkenntnisse zeigen noch einmal ganz deutlich auf, wie wichtig es ist, die Verstrickungen zwischen traumatischen Erlebnissen und den diagnostizierten Symptomen von Kindern zu erkennen. Insbesondere muss darauf hingewiesen werden, dass es einen unmittelbaren Zusammenhang geben kann, zwischen einem erlebten Trauma und den Folgen z.B. ADHS - Symptomen. Als Folge dessen kann dies zu wichtigen Erkenntnissen zum traumapädagogischen Umgang mit diesen Kindern führen. Wenn es diesen Zusammenhang, den der Kinder- und Jugendlichenpsychiater Karl Heinz Brisch be-

---

schreibt, tatsächlich gibt, dann erscheint es möglich, daraus traumapädagogische Handlungsweisen abzuleiten.

## **3.2 Bindungsstörungen und Trauma**

Kinder, die über einen längeren Zeitraum, besonders in den ersten Lebensjahren, traumatische Erfahrungen machen, entwickeln nicht nur eine desorganisierte Bindung, sondern vielmehr eine Bindungsstörung (vgl. Brisch 2013: 253).

### **3.2.1 Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen**

„Unter Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen werden alle Verhaltensweisen Erwachsener verstanden, die geeignet sind, Kinder und Jugendliche mit psychologischen Mitteln zu schädigen.“ (Dittmar 2013: 238, zit. n. Weiß, 2011).

Komplexe posttraumatische Belastungsstörungen sind immer auch Bindungsstörungen, denn anhaltende personale Traumatisierungen betreffen immer auch die Bindung zu den wichtigsten Bezugspersonen. Bei der Entwicklung des Kindes scheint der Verlust der sicheren Basis einschneidender/massiver/gravierender zu sein als das jeweilige traumatische Erlebnis durch Misshandlung, o.ä. selbst – wie die zwei nachfolgenden Zitate von dem Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, sowie für Neurologie und Psychiatrie Wolfgang Wöller zeigen:

„Dem Einfluss kumulativen, emotionsgeladenen interaktiven Erfahrungen zwischen dem Kind und seinen primären Bezugspersonen, wird eine noch größere Bedeutung zugeschrieben als das spezifische traumatische Ereignis.“ (Wöller 2006: 40, zit. n. Emde 1981; Stern 1985).

„Für die spätere Entwicklung ist das gravierendste Moment, nicht die physischen Verletzungen, die ein Kind durch die Misshandlung erfährt, sondern die Zerstörung des Urvertrauens gegenüber der Person, auf deren Schutz es am dringendsten angewiesen ist.“ (Wöller 2006: 40, zit. n. Steele 1994).

Die Bindung scheint im Zusammenhang mit personalen Traumatisierungen, bzw. wenn es sich um Typ-I Traumen handelt, eine wesentliche Rolle zu spielen. Die sichere Basis, die es Kindern erst ermöglicht, sich in einer gefährlichen und oftmals überstimulierenden Welt zurechtzufinden, ist zerstört. Das Vertrauen in die Fähigkeit, äußere Ereignisse kontrollieren zu können, ohne von ihnen überwältigt zu werden, ist davon abhängig, wie sicher die Bindung ist. Dieses Vertrauen bzw. der Rückzugsort für ein Kind, um Trost und Beruhigung zu finden, wenn es in der äußeren Welt auf Schwierigkeiten

---

stößt, ist somit scheinbar zerstört bzw. nicht mehr in dem Maße vorhanden wie bei sicher gebundenen Kindern (vgl. Wöller 2006: 41).

Die Formen der Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen lassen sich nicht klar voneinander trennen und kommen oft in gehäufte und massiver Form vor: „Es wird deutlich, dass sich gerade Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen genauso schwerwiegend auswirken können, wie lang anhaltende sexuelle Misshandlung.“ (Dittmar 2013: 240).

Den unterschiedlichen Mustern der Bindungsstörung liegt eine schwerwiegende Fragmentierung bis Zerstörung des inneren Arbeitsmodells von Bindung zu Grunde. Das Kind entwickelt Verhaltens- und Überlebensstrategien, die oft den Bindungskontext nicht mehr erkennen lassen. Häufig entstehen solche schwerwiegenden Traumatisierungen durch die bedeutungsvollen Bindungspersonen des Kindes selbst und deren Einwirkung über einen längeren Zeitraum (vgl. Brisch 2013: 253).

#### 3.2.1.1 Vernachlässigung

Dazu gehören die emotionale, die materielle sowie die kognitive Vernachlässigung. Die Dynamik unterscheidet sich deutlich von der Dynamik der körperlichen und sexuellen Gewalt. Kinder, die diese Form der Gewalt erdulden mussten bzw. müssen, wird die Aufmerksamkeit der handelnden Personen zuteil und zwar auf eine unangemessene, exzessive und zerstörerische Art. Vernachlässigte Kinder erhalten kaum die Aufmerksamkeit bzw. werden gar nicht wahrgenommen. Die emotionale Vernachlässigung ist gekennzeichnet durch einen Mangel an Aufmerksamkeit und emotionaler Zuwendung, ungenügendem oder ständig wechselndem Beziehungsangebot. Es besteht auch weiterhin ein Mangel an Entwicklungsimpulsen und schulischer Förderung (vgl. Dittmar 2013: 238).

#### 3.2.1.2 Emotionale Misshandlung

Dazu gehören die Erniedrigung, die Entwürdigung, die Zurückweisung, die emotionale Unerreichbarkeit der Elternpersonen, der Gebrauch des Kindes für die Bedürfnisse des Erwachsenen, sowie die Terrorisierung (Drohung der Erwachsenen, das Kind zu töten oder zu verlassen). Des Weiteren ist die emotionale Misshandlung gekennzeichnet durch eine Behinderung der psychosozialen Entwicklung des Kindes, durch Quälen /Isolieren (Abschneiden von Außenkontakten, wie Spielkameraden). Eine seelische



---

Misshandlung definiert sich nicht durch die Tat, sondern durch die Beziehung (vgl. Dittmar 2013: 238).

### 3.2.1.3 Körperliche Misshandlung

Äußern sich Kinder, sind sie neugierig bzw. beschweren sie sich, werden sie geschlagen. Die Folge davon sind Störungen in der sprachlichen und kognitiven Entwicklung, aber auch negatives und hyperaktives Verhalten. Der Unterschied zu den vernachlässigten Kindern ist, dass misshandelte Kinder auf der einen Seite viel aggressiver sind, aber auf der anderen Seite auch eine hohe Anpassungsfähigkeit besitzen. Sie haben aufgrund ihrer Erfahrungen gelernt, genau zu beobachten und eine mögliche Gefahr rechtzeitig zu erkennen und dieser auszuweichen. Die Folgen von körperlichen Misshandlungen sind vielfältig. Es kann zu autodestruktiven Tendenzen und einer erhöhten Aggressionsbereitschaft führen. Aber auch Alkohol- und Drogenmissbrauch, eine gestörte Körperwahrnehmung, sowie emotionale Probleme und Somatisierungsstörungen sind mögliche Folgen (vgl. Dittmar 2013: 239).

### 3.2.1.4 Häusliche Gewalt

Das Miterleben von Gewalt, häufig von Männern gegenüber Frauen, erhöht auch die Wahrscheinlichkeit für Kinder, ebenfalls körperlich oder sexuell misshandelt zu werden. Dieses Miterleben von Gewalt hinterlässt deutliche Spuren. Viele Kinder verzichten dann darauf, ihre Gefühle auszudrücken, um z.B. die Mutter nicht noch mehr zu belasten. Sie versuchen Verantwortung zu übernehmen und fühlen sich schuldig, weil sie oft in die gewalttätigen Vorfälle als Schlichter, Verbündete oder Geschlagene hineingezogen werden. Die Kinder haben häufig Angst um die Mutter, Angst um sich und Angst vor der Zukunft (vgl. Dittmar 2013: 239).

### 3.2.1.5 Sexuelle Gewalt

Die sexuelle Gewalt gehört an sich nicht zu den Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen, sondern zu den Typ-II-Traumata. Trotzdem soll sie im Rahmen dieser Übersicht enthalten sein, da sie zu den potenziellen kindlichen Traumatisierungen gehört. Im Unterschied zu anderen Traumatisierungen wird durch die sexuelle Gewalt, in dramatischer Art und Weise, die Sexualität des Kindes geformt (vgl. Dittmar 2013: 239). Hierbei soll ein Modell von vier traumatogenen Faktoren zur Erklärung und Vorhersage sexueller Missbrauchsfolgen vorgestellt werden:

- 
- „Verrat: Das Kind muss erleben, dass eine Person, von der es emotional abhängig ist, ihm Schaden zufügt und wird in seinem Vertrauen schwer erschüttert,
  - Ohnmacht/Hilflosigkeit; Die grundlegende Missachtung seines Willens und seiner Bedürfnisse sowie die beständige Verletzung der körperlichen Integrität konfrontieren das Kind mit Gefühlen von Ohnmacht und Hilflosigkeit,
  - Stigmatisierung: Das missbrauchte Kind wird mit den negativen Bedeutungen von sexuellem Missbrauch und Opfersein konfrontiert,
  - Traumatische Sexualisierung: Die Sexualität des Kindes wird auf eine nicht dem Entwicklungsstand des Kindes entsprechende dysfunktionale Weise geprägt.“ (Dittmar 2013: 239, zit. n. Finkelhor und Browne 1985).

### 3.2.1.6 Traumatische Trennung

Die traumatische Trennung ist gekennzeichnet durch das Erleben einer Häufung von Trennungen und Verlusten für Kinder. Es hängt zwar von den Umständen ab, aber Trennungen können für Kinder zum Trauma werden. Je jünger sie sind, desto schwerer ist es für sie. Kommt es zu einer Trennung von den engsten Bezugspersonen, zu denen Kinder eine wichtige und einzigartige Gefühlsbindung hatten, z.B. der Mutter, ist es in der Regel belastend und traumatisch für die Kinder. Als Folge dessen kommt es zu Schuldgefühlen, Passivität, Abstumpfung und Depression bis hin zur Suizidalität (vgl. Dittmar 2013: 239).

### 3.2.1.7 Kinder psychisch kranker Eltern

Um eine Bindungs- und Beziehungstraumatisierung zu entwickeln, stellen psychisch kranke Eltern einen hohen Risikofaktor dar. Der Verlust an Sicherheit und Kontrolle kann belastend bis traumatisierend auf die Kinder wirken. Ängste spielen dabei eine wichtige Rolle, wie z.B. die Angst vor dem erkrankten Elternteil, aber auch die Angst, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken. Diese Kinder übernehmen nicht selten die Elternrolle und gelten als wichtiger Ansprechpartner nach außen (vgl. Dittmar 2013: 240).

## 3.3 Zwischenfazit

Laut Peter Levine ist Trauma keine Krankheit, sondern eine Störung. Demzufolge besteht auch eine Möglichkeit die Störung zu beheben bzw. lassen sich Störungen heilen. Die traumatisierten Kinder und Jugendlichen stehen unter einem enormen Stress und sind meist mit Gefühlen der Angst und Hilflosigkeit konfrontiert. Sie können ihre natür-

---

lichen Reaktionen nicht mehr umsetzen und befinden sich somit, laut der psychologischen Psychotherapeutin Michaela Huber, in der „traumatischen Zange“.

Es gibt zwei verschiedene Formen von Trauma und zwar Typ-I und Typ-II. Die Typ-I Traumen treten plötzlich und einmalig auf und werden auch als die sogenannten Schocktraumen bezeichnet. Die Typ-II Traumen sind länger andauernd und finden wiederholt statt.

Aus den vorangegangenen Kapiteln lässt sich der unmittelbare Zusammenhang zwischen Trauma und Bindung belegen. Eine liebevolle Mutter, die auf die Reaktionen ihres Neugeborenen verständnisvoll und feinfühlig reagieren kann, ist die beste Voraussetzung für ein sicheres Bindungsverhalten. Der Zeitrahmen dafür beträgt 12 Monate.

Aus dem „inneren Arbeitsmodell“ des Kindes entwickelt sich das Bindungsverhalten eines Erwachsenen. Es besteht ein Zusammenhang zwischen den traumatischen Erfahrungen der Eltern und dem Bindungsverhalten der Kinder. Traumatische Erfahrungen werden weitergegeben. Traumatisierte Kinder und Jugendliche haben immer auch eine Bindungsstörung mit der Folge der Zerstörung des „Urvertrauens“. Die betroffenen Mädchen und Jungen mit einem Typ-I Trauma haben kein Vertrauen darauf, äußere Einflüsse kontrollieren zu können. Das innere Arbeitsmodell dieser Kinder ist zerstört. Im nachfolgenden Kapitel werden die Auswirkungen von Traumatisierungen beschrieben.

## **4 Traumafolgestörungen**

In diesem Kapitel werden die Folgen von Trauma bzw. die vier Traumafolgestörungen beschrieben. Konkret geht es darum, folgende Fragen zu beantworten: Welche Ursachen haben die verschiedenen Traumafolgestörungen und durch welche Symptome sind sie gekennzeichnet? Im Kapitel 4.1 und 4.2 werden die Posttraumatische Belastungsstörung und die akute Belastungsstörung beschrieben, die jeweils in der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, kurz ICD – 10 aufgeführt sind. Die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung im Kapitel 4.3 stammt aus dem nationalen Klassifikationssystem der USA, kurz DSM-IV und wird näher beschrieben, da sie in der einschlägigen Fachliteratur immer wieder auftaucht:

„Die Entwicklungstraumastörung ist ,in neueren Veröffentlichungen als eine Weiterentwicklung der komplexen PTBS-Symptomatik dargestellt und verbindet neurobiologische und entwicklungspsychologische Erklärungsmodelle für die Phänomenologie und Ätiologie der Traumastörung.“ (Dittmar 2013: 241f.).

---

Im Kapitel 4.4 wird die Entwicklungstraumastörung näher beschrieben, die jedoch nicht im ICD – 10 klassifiziert ist.

## **4.1 Posttraumatische Belastungsstörung**

Die fünf Hauptkriterien der posttraumatischen Belastungsstörung sind:

- Erlebnis eines Traumas (Trauma, Stressor, oder Ereigniskriterium),
- intrusives Wiedererleben (unwillkürliche und belastende Erinnerungen an das Trauma),
- Vermeidungsverhalten und emotionaler Taubheitszustand,
- anhaltende physiologische Übererregung (Hyperarousal),
- die Symptome dauern länger als einen Monat (vgl. Dittmar 2013: 33).

Umgangssprachlich werden mittlerweile sehr viele Situationen, wie z.B. Scheidung oder Mobbing als traumatisch bezeichnet. Diese Ereignisse führen jedoch nicht zu den spezifischen Symptomen einer PTBS. Vielmehr sind es Situationen, bei denen der oder die Betroffene, großer Angst oder Entsetzen ausgesetzt sind, die mit einer Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit seiner selbst oder einer anderen Person einhergeht. Beispiele sind Naturkatastrophen bzw. körperliche oder sexuelle Gewalt. Bei Kindern und Jugendlichen kann auch schon die verbale Vermittlung solcher Ereignisse eine PTBS auslösen. Im Falle einer PTBS müssen im Anschluss an das traumatische Ereignis, Symptome des Wiedererlebens, der Vermeidung und der autonomen Übererregung vorliegen (vgl. Dittmar 2013: 43).

Aufgrund ihrer immensen Bedeutung und zugleich ihrer Immanenz für das Verstehen des Verhaltens traumatisierter Kinder und Jugendlicher werden nachfolgend die drei Hauptsymptomgruppen der PTBS ausführlich beschrieben.

### **4.1.1 Intrusives Wiedererleben**

Intrusionen sind ungewollt wiederkehrende und noch dazu belastende Erinnerungen bzw. Erinnerungsbruchstücke. Es kommt nicht selten vor, dass es sich um ein bloßes Wiedererinnern handelt, sondern, dass diese Personen das traumatische Erlebnis sozusagen noch einmal durchleben. Dies kann einhergehen mit allen Sinnesqualitäten und Affekten, so als geschehe alles gerade in der Gegenwart wieder. Die bekanntesten Intrusionen sind Flashbacks, sogenannte Nachhallerlebnisse oder Erinnerungsattacken, die

---

plötzlich sehr detailliert auftreten. Dabei kann die Person den Gegenwartsbezug beibehalten oder dissoziieren bzw. den Gegenwartsbezug komplett verlieren. Der dissoziative Zustand kann einige Sekunden bis mehreren Stunden oder Tagen andauern. Wie diese Intrusionen auftreten, ist ganz unterschiedlich: Möglich sind sie in Form von Bildern, Geräuschen, Gerüchen, Geschmacksempfindungen und Körperwahrnehmungen. In manchen Fällen tauchen aber keinerlei visuelle oder hörbare Erinnerungsfragmente auf sondern diffuse Gefühle von Angst, Ohnmacht oder Handlungsunfähigkeit. Was löst diese Intrusionen aus? Es sind sogenannte „Trigger oder Schlüsselreize“, die eine -sehr häufig- unbewusste Assoziation zum Traumaereignis haben. Schlüsselreize können beispielsweise dem Traumaereignis ähnliche Situationen, Gegenstände, Wörter, Geräusche, Düfte, Jahrestage oder Berichte in Filmen sein (vgl. Dittmar 2013: 44).

#### **4.1.2 Vermeidungsverhalten und emotionale Taubheit (Numbing)**

Betroffene versuchen mit aller Macht nicht mehr an das Erlebte zu denken und die überflutenden und belastenden Gefühle zu vermeiden. Selbst Situationen, Menschen, Gegenstände oder Örtlichkeiten, die mit dem Trauma assoziiert sind, werden gemieden. Dieses Abschalten der Erinnerungen führt zu dissoziativen Zuständen, wie Teilamnesien, bei denen man sich nur unscharf an das Erlebte erinnern kann. Diese willentlich herbeigeführte Form der Vermeidung kann als Bewältigungsversuch gesehen werden, der jedoch dazu führen kann, dass genau deshalb die traumatische Symptomatik bestehen bleibt. Zur Vermeidung gehört außerdem das emotionale Betäubtsein. Dazu zählen alle Symptome, die mit der Unfähigkeit, positive Gefühle zu erleben und auszudrücken, verbunden sind. Dies führt dazu, dass Betroffene weniger Interesse an wichtigen Aktivitäten des alltäglichen Lebens zeigen (vgl. Dittmar 2013: 45).

#### **4.1.3 Übererregung (Hyperarousal)**

„Man ist übermäßig schreckhaft, entwickelt aufgrund des Erlebten starke Ängste und Phobien. Auch der Körper ‚erschreckt‘ sich immer wieder, verspannt sich, teilweise chronisch, teilweise auch schmerzhaft - so kann es zur sogenannten Fibromyalgie kommen. Häufig werden die sogenannten Hyperarousal (Übererregungs-) Zustände von anderen als ‚hysterische Reaktionen‘ etc. wahrgenommen.“ (Huber/Frei 2009: 40).

Das autonome Nervensystem befindet sich in ständiger Alarmbereitschaft und führt zu einer erhöhten Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit und Erregung. Das Schlafverhalten, z.B. das Einschlafen und auch das Durchschlafen sind gestört (vgl. Dittmar 2013: 241).

---

## 4.2 Akute Belastungsstörung

Der wichtigste Unterschied der akuten Belastungsstörung zur posttraumatischen Belastungsstörung ist das Zeitkriterium. Im ICD – 10 wird der Begriff „Störung“ vermieden und dafür der Begriff „akute Belastungsstörung“ verwendet. Auslöser für eine akute Belastungsstörung können auch nichttraumatische kritische Lebensereignisse sein. Es liegt ein unmittelbarer und eindeutiger Zusammenhang zwischen einer ungewöhnlichen Belastung und dem Beginn der Symptome vor. Die Diagnose „akute Belastungsstörung“ wird gestellt, „[...] wenn nach einer Dauer von mindestens zwei Tagen und höchstens vier Wochen nach einem traumatischen Ereignis Symptome einer Belastungsstörung auftreten und innerhalb von weiteren vier Wochen wieder abklingen.“ (Dittmar 2013: 47). Die bekannten Symptome des Wiedererlebens, der Vermeidung und der erhöhten Arousal sind notwendig. Durch eine akute Belastungsstörung muss es nicht zwingend zu einer posttraumatischen Belastungsstörung kommen bzw. müssen dadurch nicht unbedingt Langzeitfolgen entstehen (vgl. Dittmar 2013: 47).

## 4.3 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

Durch Vernachlässigung, Verwahrlosung und andere frühe Traumatisierungen kann nicht nur eine PTBS mit den Symptomen aus Übererregung, Einschränkung und Wiedererleben entstehen. Vielmehr kann das Kind aufgrund des Langzeit-Stress eine komplexe PTBS entwickeln, die das Risiko für zahlreiche andere körperliche und seelische Störungen und Krankheiten erhöht. Die typischen Merkmale einer komplexen PTBS sind:

- Affekt- und Impuls-Kontrollstörung (die Gefühle nicht unter Kontrolle bekommen),
- Dissoziation (Erinnerungslücken, Entfremdungserlebnisse),
- Selbstwertprobleme (Erlernte Hilflosigkeit, Opfer-Identität, mangelnde Selbstfürsorge),
- Bindungsstörung (anderen Menschen misstrauen und oder sich ihnen ausliefern),
- Sinnlosigkeitsgefühle, keine positive Lebensperspektive.

Das Konzept der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung stammt aus dem nationalen Klassifikationssystem der USA, kurz DSM-IV und wurde durch Herman (1992) und van der Kolk (1996) erarbeitet. Ursprünglich sollte die komplexe posttrau-

---

matische Belastungsstörung unter der Bezeichnung DESNOS als diagnostisches Kriterium ins DSM-IV aufgenommen werden. Sie erhielt schließlich jedoch nur den Rang eines zusätzlichen klinischen Beschreibungsmerkmals. Einige typische Symptombereiche der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung sind den Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung ähnlich (vgl. Dittmar 2013: 47ff.).

Judith Herman, die sich seit mehr als 30 Jahren mit Opfern von Kindesmissbrauch, Vergewaltigung und häuslicher Gewalt beschäftigt und Professorin an der Harvard Medical School ist, prägte den Begriff einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung „[...] zur Bezeichnung eines charakteristischen Syndroms nach chronischen Traumatisierungen [...]“ (Dittmar 2013: 48, zit. n. Herman 2003). Sie entwickelte eine bis heute aktuelle Systematisierung der Folgen von Traumatisierungen durch sexuellen Missbrauch, Vernachlässigung und Misshandlung in der Kindheit, mit folgenden Symptomen und Symptomkonstellationen:

1. Störungen der Affektregulation,
2. Dissoziative Tendenzen,
3. Störungen der Selbstwahrnehmung,
4. Störungen der Sexualität und Beziehungsgestaltung,
5. Somatisierungsstörungen und körperliche Erkrankungen,
6. Interpersonelle Störungen,
7. Reviktimisierungsneigung,
8. Veränderungen im Bedeutungssystem (vgl. Dittmar 2013: 48 – 49).

Aufgrund der chronischen Stressfolge­störung der komplexen PTBS treten gerade körperliche Symptome als Folge des immer wiederkehrenden Übererregtseins auf. Dazu gehören Herzrasen und Herzstolpern, Blutdruckschwankungen, Bluthochdruck sowie Herzerkrankungen und/oder auch Überempfindlichkeit für Lärm oder Licht, Überempfindlichkeit gegenüber Stressreizen aller Art, muskuläre Verspannungen und Halswirbelsäulen- und Lendenwirbelsäulen-Probleme etc. Folgende Probleme verschlimmern sich aufgrund einer komplexen PTBS noch: ADS und ADHS, ein angegriffenes Immunsystem, Sprachstörungen, Suchterkrankungen, Verdauungsstörungen und neurologische Erkrankungen etc. (vgl. Huber/Frei 2009: 42ff.).

Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung ist zwar kein Bestandteil der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprob-

---

leme, jedoch findet sich der Begriff in der einschlägigen Fachliteratur immer wieder und wurde hier der Vollständigkeit halber mit aufgeführt.

#### **4.4 Entwicklungstraumastörung**

Die Entwicklungstraumastörung wird als Weiterentwicklung der komplexen PTBS-Symptomatik dargestellt. Neurobiologische und entwicklungspsychologische Erklärungsmodelle, die sich mit dem Phänomen Trauma und deren Ursache auseinandersetzen. Erstmals wurde von dem Professor für Psychiatrie an der Harvard Medical School, Bessel van der Kolk, 2005 der Begriff und das Konzept der „Developmental Trauma Disorder“ (DTD) in einem Artikel veröffentlicht (vgl. Dittmar 2013: 242). Einzelkriterien der Entwicklungstraumastörung sind:

- A. Traumakriterium: mehrfaches oder anhaltendes Ausgesetztsein gegenüber einer oder mehrerer Formen von entwicklungsschädigenden Traumen, z.B. Vernachlässigung, zwischenmenschlicher Verrat, körperliche Gewalt etc. weiterhin subjektive Erfahrungen und Reaktionen wie Wut, Enttäuschung, Angst, Resignation, Ekel und Scham (vgl. Dittmar 2013: 242).
- B. Anhaltende Fehlregulationsmuster im Zusammenhang mit traumabezogenen Erinnerungsreizen in folgenden Bereichen: gestörte Affekt- und Impulsregulation, Somatisierungsphänomene, wie häufige psychogene Beeinträchtigungen oder manifeste Krankheiten, Verhaltensveränderungen, wie Reviktimisierungsneigung oder Nachkonstellieren der traumatischen Situation, kognitive Veränderungen von Aufmerksamkeit und Bewusstsein, wie dissoziative Symptomatik oder anhaltende Aufmerksamkeitsstörungen, interpersonelle Veränderungen, wie die Unfähigkeit zur gleichberechtigten partnerschaftlichen Interaktion oder dysfunktionale Wahrnehmung des Täters, Selbstbildveränderungen, wie beeinträchtigtes Identitätsgefühl (vgl. Dittmar 2013: 242).
- C. Anhaltend veränderte Erwartungen und Begründungsmuster, sog. Soziokognitive Veränderungsmuster in folgenden Bereichen: Selbstbeschuldigungen, Fremdbeschuldigungen gegenüber schützenden Personen, Verlust der Erwartung des Geschütztseins durch andere Menschen, Verlust des Vertrauens in die Schutzfunktion von Institutionen oder anderen Menschen, Verlust der Erwartung sozialer Gerechtigkeit und Wiedergutmachung, Überzeugung auch zukünftig erneut zum Opfer zu werden, funktionelle Beeinträchtigungen bezogen auf Bil-



---

dung, Familie, persönliche Beziehungen, Justiz- und Rechtsangelegenheiten sowie Beruf (vgl. Dittmar 2013: 242). Neurobiologische Aspekte der Traumapädagogik

## **5 Neurobiologische Aspekte der Traumapädagogik**

Das Wissen um die Traumafolgen und die Hirnentwicklung gehören zu den Grundlagen der Traumapädagogik. Die Entwicklung des noch unreifen kindlichen Gehirns wird durch frühe Bindungs- und Gewalttraumata geprägt und dieses Gehirn ist die weitere Basis der Persönlichkeitsentwicklung. Dies führt zu einer dauerhaft eingeschränkten Stressbewältigungsfähigkeit und zu Bindungs- und Verhaltensstörungen, Symptomen einer PTSB sowie bis zu komplexen dissoziativen Störungen. Durch den traumatischen Extremstress wird die Integrationsfähigkeit gesprengt, im Gedächtnis gespeichert und ist dazu noch leicht triggerbar. Die archaischen neurobiologischen Notreaktionen entsprechen evolutionsbiologisch Verteidigungsreaktionen, die sich in traumabedingten Verhaltensweisen und Beziehungsmustern traumatisierter Kinder und Jugendlicher äußern. Das Verständnis davon, was im Gehirn Traumatisierter passiert, kann helfen, um diese Verhaltensweisen als kreative Überlebensstrategien zu verstehen und so zu einem entwicklungsfördernden Umgang damit zu gelangen (vgl. Beckrath-Wilking 2013: 244).

### **5.1 Hirnentwicklung und Folgen früher Traumatisierungen**

Das menschliche Gehirn lässt sich, sehr vereinfacht, in drei Ebenen unterteilen. Die obere, kortikale Region ist die Großhirnrinde. Dies ist entwicklungsgeschichtlich die jüngste und entscheidend für bewusste und willkürliche Prozesse. Dazu gehören das abstrakte Denken, die Selbstreflektion und die Affekt- und Impulskontrolle. Besonders wichtig ist der präfrontale Kortex, der die Funktion der Stressbremsung innehat. Dies ist entscheidend für die Stressverarbeitung, Impulskontrolle und jegliches Lernen.

Die mittlere bzw. subkortikale Ebene umfasst das ältere Limbische System mit Amygdala Hippokampus und Basalganglien. Diese Ebene ist zuständig für Emotionen und die Erfassung von Bedrohung. Die Reize, die nur subkortikal wahrgenommen werden, bleiben unbewusst.

---

Die untere bzw. subkortikale Ebene ist die älteste. Sie wird als „Hirnstamm oder Reptiliengehirn“ bezeichnet, mit den vegetativen überlebenswichtigen Zentren zur Steuerung von Atmung, Blutdruck, Wachheit und Temperatur. Diese Funktionen sind nicht kontrollierbar. Das „Reptiliengehirn“ ist entscheidend bei traumatisierten Menschen, denn es spricht die wenig vertraute Sprache der körperlichen Empfindung (vgl. Levine/Kline 2004: 120). „Die weitere Reifung von neuronalen Strukturen und Verknüpfungen, die der Entwicklung der Persönlichkeit, Fähigkeiten, jedem Lernen und der Stressbewältigung zugrunde liegen, sind wesentlich abhängig von äußeren Bedingungen und guten Beziehungserfahrungen.“ (Beckrath-Wilking 2013: 244).

Die stärker genutzten Verknüpfungen festigen sich und sind leicht aktivierbar und die nicht genutzten Vernetzungsmöglichkeiten lösen sich wieder auf. Diese Veränderbarkeit des Gehirns bzw. die Anpassungsfähigkeit bleibt lebenslang die Grundlage von Lernen und Wachstum. Von großer Bedeutung sind die frühen aber auch, was immer mehr in den Fokus der Aufmerksamkeit rückt, die pränatalen Erfahrungen. Das Gehirn entwickelt sich im Übrigen bis nach der Adoleszenz weiter.

Entscheidend für den späteren Umgang mit der körperlicher Erregung bzw. dem Umgang mit Stress sind sichere frühe Beziehungserfahrungen, in denen das Kind feinfühlig gespiegelt, gehalten, getröstet und liebevoll geschützt wird. Damit ist nicht die Überbehütung gemeint, sondern das Wachsen an bewältigbaren Konflikten und kleinen Enttäuschungen. „Dazu müssen sie aber in einem regulierbaren mittleren Stressbereich liegen, dem Fenster optimaler Erregung oder Lernfenster, dem sogenannten Window of Tolerance.“ (Beckrath-Wilking 2013: 245, zit. n. Siegel, 2007).

Die Angstreaktion lässt sich mit Hilfe einer Kernspinresonanz-Tomographie (NMR) untersuchen. Dies hat Bessel van der Kolk von der Universität Boston getan. Dabei wurde festgestellt, dass eine kleine mandelförmige Struktur im Mittelhirn, die Amygdala, dafür zuständig ist, eine schnelle Reaktion zu aktivieren, wenn eine Gefahr wahrgenommen wird. Sie reagiert hochsensibel auf optische Eindrücke und Geräusche. Es kann auch als sogenanntes Frühwarnsystem bezeichnet werden, das den Körper in Alarmbereitschaft versetzt und auf die Gefahr vorbereitet. Die Muskeln fangen an, Spannung aufzubauen und Hormone werden ausgeschüttet, die dafür bestimmt sind, unser Überleben zu sichern. Das denkende und schlussfolgernde Frontalhirn entscheidet, ob es sich um eine reale Gefahr handelt. Stellt es sich heraus, dass keine Gefahr besteht, übermittelt das Frontalhirn dies an die Amygdala. Das Frontalhirn ist bei einem traumatisierten Menschen nicht in der Lage, die Angstreaktion herabzusetzen. Es

---

kommt dann möglicherweise dazu, dass die Angst an anderen ausgelassen wird oder überwältigende Gefühle auftreten (vgl. Levine/Kline 2005: 28ff.).

„Bei der PTSD befindet sich der Kortex in der Geiselhaft einer launischen Amygdala. Das Denken wird von den Gefühlen überfallen. Menschen mit PTSD sind sehr sensitiv darauf eingestimmt, selbst auf minimale Reize so zu reagieren, als ob ihr Leben in Gefahr sei.“ (Levine/Kline 2005: 29, zit. n. Bessel van der Kolk).

## 5.2 Die Hierarchie von Verteidigungsreaktionen

Für das Verständnis der uns angeborenen Verteidigungsreaktionen und „Notlösungen“ bei Stress, erscheint es als wichtig, die „Polyvagale Theorie“ zu Grunde zu legen:

„Wir scannen ständig unbewusst unsere Umgebung auf Sicherheit oder Gefahrenreize. Nur wenn wir andere als sicher einschätzen, öffnen wir uns in sozialen Kontakten. Wenn wir Gefahr „wittern“ oder gar extremer Gefahr real ausgesetzt sind, reagieren wir – wie andere Säugetiere – mit primitiveren neurobiologischen Verteidigungssystemen wie Kampf, Flucht und Starre.“ (Beckrath-Wilking 2013: 68).

Getrennte neuronale Schaltkreise des autonomen Nervensystems, also der Sympathikus und zwei verschiedene Vagus- (Parasympathikus)-Systeme wirken hierarchisch zusammen.

### 1. Soziale Kommunikation oder soziales Engagement

Beruhigung durch Kontakt und Bindung ist abhängig vom myelinisierten „ventralen oder sozialen „jüngeren Vagus-Zweig (Ursprung im Nucleus ambiguus des Stammhirns), der Gelassenheit fördert, indem er den Einfluss des Sympathikus auf das Herz hemmt. „Bindung beruhigt“.

### 2. Mobilisation

Kampf- und Fluchtreaktion sind abhängig vom Sympathischen Nervensystem, mit vermehrter metabolischer und muskulärer Aktivierung und Erhöhung von Herzfrequenz und Blutdruck verbunden.

### 3. Immobilisation

Totstellreflex und Verhaltensstarre sind abhängig vom „dorsalen Vagus“, dem ältesten und unmyelinisierten Zweig des Vagus-Nervs (Ursprung im dorsalen motorischen Vagus-Kern im Stammhirn), der auch bei den meisten Wirbeltieren vorkommt (vgl. Beckrath-Wilking 2013: 68ff.).

Wenn das Toleranzfenster überschritten wird, dann reagieren wir mit unseren neurobiologischen Verteidigungssystemen. Bei Gefahr oder Angst reagieren wir mit dem Bin-

---

derungsschrei nach der Mutter oder wichtigen Bindungspersonen und das Explorationsverhalten wird gestoppt. Hält die Gefahr an, erfolgt über den Sympathikus-Nerv die Mobilisierung von Kampf oder Flucht. Ein Kind ist aber immer dem stärkeren Erwachsenen ausgeliefert. Deshalb kommt es dann auch, noch schneller als bei Erwachsenen, zu einer Notreaktion, gesteuert durch den „alten“ hinteren Parasympathikus-Zweig. Dies äußert sich durch eine dissoziative Erstarrung, einer sogenannten Schockstarre oder Totstellreflex bzw. sind wir in Ohnmacht und Ausgeliefertsein der „Traumatischen Zange“ gefangen. Alle Verteidigungsreaktionen sind ursprünglich anpassungsfähig, aber bei Traumatisierten später unflexibel, überaktiv und dysfunktional (vgl. Beckrath-Wilking 2013: 69ff.).

Wichtig ist, dass die Stress-Physiologie eines Schocks, in Körper und Psyche stecken bleiben. Jahrzehnte nach dem Trauma werden die damals erfolglosen Verteidigungsreaktionen immer wieder automatisiert und ohne kognitive Kontrolle aktiviert. Das bedeutet für die traumatisierten Menschen, dass bei ihnen ein Lebensgefühl entsteht, welches von anhaltender Bedrohung und Misstrauen auch in real harmlosen Situationen gekennzeichnet ist. Der Hirnstamm befindet sich immer in Alarm und Gefahren, die gar nicht bestehen, sollen abgewendet werden. Wenn das Stressfenster durch frühe Bindungstraumata sehr eng blieb und die Angst vor Nähe groß ist, dann reagieren die Kinder bei Übererregung rasch mit aggressivem, provokativem Verhalten oder mit Dissoziation und depressivem Rückzug (vgl. Beckrath-Wilking 2013: 246ff.).

### **5.3 Die Bedeutung für die Traumapädagogik**

Für den pädagogischen Alltag ergeben sich folgende Prinzipien: Beachtung des individuellen optimalen Toleranz- oder Lernfensters, eine Ressourcenorientierung und eine ausreichende Stabilisierung der Kinder und Jugendlichen. Des Weiteren sollte für eine professionelle pädagogische Beziehung das vertiefte Verständnis maßgeblich sein, dass sich die traumatisierten Menschen in einer automatisierten Verteidigungsposition befinden, in der sie auch körperlich gefangen sind. Deshalb hat die Stressreduktion eine hohe Priorität, weil durch die dissoziativen Stressreaktionen Lernvorgänge und Gedächtnisspeicherung blockiert sind. Wenn sich die Kinder und Jugendlichen im „Abschaltmodus“ befinden, sind sie nicht im Kontakt mit dem „Hier und Jetzt“ und können auch nicht spüren, ob sie sich in der Beziehung mit z.B. einem Erzieher sicher fühlen und ihm vertrauen können.

---

Besonders wichtig für pädagogische Fachkräfte ist das Wissen darum, dass anhaltende frühkindliche Traumatisierungen die Persönlichkeitsentwicklung prägen und die Reifung des präfrontalen Cortex hemmen, welcher insbesondere die Funktion der Stressbremsung innehat. Die Folgen können dabei unter anderem sein, dass die Stressregulation, die Aufmerksamkeits- und Lernfähigkeit, die Mentalisierungsfunktion beeinträchtigt sind und dass beim Betroffenen eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit besteht. Wichtig für den pädagogischen Alltag ist es, zu wissen, dass traumatische Erfahrungen über sensorische Fragmente und über die fünf Sinneswahrnehmungen, wie Körpererinnerungen, Gerüche und Geräusche gespeichert werden und von der normalen Erfahrung losgelöst erlebt werden. Dies wird durch beliebige Alltagsreize „getriggert“, läuft auch noch unbewusst ab und wirkt durch die Unvorhersehbarkeit sehr beängstigend (vgl. Beckrath-Wilking 2013: 71 – 72).

## **6 Vom Trauma zur Traumapädagogik**

Mit diesem und den nachfolgenden Kapiteln möchte ich dem Thema meiner Arbeit gerecht werden und den Übergang vom Trauma zur Traumapädagogik vollziehen. Insofern ist es von Bedeutung, die Traumapädagogik allgemein vorzustellen und die traumapädagogischen Erkenntnisse auf die praktische Arbeit abzuleiten. Dies gestalte ich anhand eines Fallbeispiels aus einer flexiblen Tages- und Mehrtagesgruppe, in welcher ich selbst tätig bin. Ich möchte mich den Möglichkeiten widmen, die die Traumapädagogik für den beruflichen Alltag bietet und mich demzufolge aber auch den Grenzen widmen, die sich vielleicht aufzeigen werden und diesen professionell stellen.

### **6.1 Grundlagen der Traumapädagogik**

Der reißende Strom wird gewalttätig genannt,  
aber das Flussbett, das ihn einengt,  
nennt keiner gewalttätig.

(Bertolt Brecht)

„Auch wenn Therapie manchmal der erste soziale Raum ist, in dem traumatisierte Menschen beginnen können, ihre Schwierigkeiten zu überwinden, beginnt Traumaaarbeit nicht in einem Therapeutenzimmer und endet dort auch nicht.“ (Weiß 2009: 13).

---

Dieses Zitat macht noch einmal deutlich, wie wichtig es ist, Handlungsweisen für die Pädagogik zu entwickeln, insbesondere in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Darauf soll hier ein besonderer Wert gelegt werden. Es geht darum, den Mädchen und Jungen für ihre Traumabearbeitung so viel wie möglich Unterstützung therapeutischer, pädagogischer, psychiatrischer und ärztlicher Natur zu bieten. Wichtig ist es, einen Raum stabiler Beziehungen zu schaffen um die Bereitschaft zu erhalten, sich mit den Ursachen von Gewalt auseinanderzusetzen. Traumatisierte Kinder und Jugendliche profitieren von Beziehungsangeboten, z.B. in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe, mit denen ein sicherer Ort geschaffen wird. Die kontinuierlichen Beziehungen entscheiden darüber, ob sich Kinder wieder dem „Wagnis von Vertrauen und Beziehung“ erneut aussetzen (vgl. Weiß 2009: 13ff.).

Von entscheidender Bedeutung ist es auch, ob und wie Mitarbeiter in Jugendhilfeeinrichtungen Strukturen schaffen, damit diese die Beziehungsarbeit „[...] auch mittel- und langfristig aushalten und sich trotz der emotionalen Belastung auf die Kinder und Jugendlichen einlassen und sich als Person einbringen“ (Weiß 2009: 15, zit. n. Schmid 2008). Auf der einen Seite steht die starke Orientierung an psychotraumatologischen Erkenntnissen und insbesondere auf der anderen Seite „[...] die Fokussierung des Konzeptes am Erleben der MitarbeiterInnen, der Stärkung ihrer Selbstwirksamkeit in der konkreten pädagogischen Interaktion mit den Kindern sowie die Anpassung der Einrichtungsstrukturen (Rituale, Dienstpläne, Möbel, Einrichtungen), die zentralen Innovationen, die traumapädagogische Konzepte von anderen klassischen, milieutherapeutischen Konzepten unterscheiden“ (Schmid 2013: 56, zit. n. Schmid/Lang 2012).

Der Idee einer jeden Milieuthérapie entspricht es, den Kindern und Jugendlichen, in einem ansprechenden und förderlichen Umfeld alternative Beziehungserfahrungen zu vermitteln - dies jedoch immer durch positive Interaktionen mit Fachkräften und Mitarbeitern. Ziel ist es, dass die Kinder und Jugendlichen ihr Potenzial und ihre Ressourcen erkennen, weiterentwickeln, neue Fertigkeiten erlernen und entwickeln können. „Eine Besonderheit der Traumapädagogik liegt aber darin, dass man aus der Wirkung von traumatisierenden, emotional invalidierenden Umwelten logisch ableiten kann, was die Kinder und Jugendlichen an einem Ort benötigen, an dem sie Sicherheit und Geborgenheit erfahren sollen und können.“ (Schmid 2013: 56f.).

In traumapädagogischen Konzepten werden prinzipiell die Unsicherheit und leidvolle, alte Erfahrungen den korrigierenden Beziehungserfahrungen gegenübergestellt.

Traumatisierendes Umfeld	Förderliches traumapädagogisches Milieu
--------------------------	---

Unberechenbarkeit	Transparenz/Berechenbarkeit
Einsamkeit/Isolation	Beziehungsangebote
Nicht gesehen, nicht beachtet, nicht gehört werden	Beachtet werden/wichtig sein
Geringschätzung	Wertschätzung (auch der individuellen Besonderheit)
Bedürfnisse missachtet	Bedürfnisorientierung

Im Prinzip kann man, da, wo dieses förderliche traumapädagogische Milieu vorhanden ist, von einem „sicheren Ort“ sprechen, „[...] wenn man davon ausgeht, dass die Entwicklung von typischen Traumafolgestörungen eigentlich eine Anpassungsleistung an unvorstellbare Lebensbedingungen darstellt, die unabdingbare Voraussetzung dafür ist, dass die Betroffenen ihre Symptome aufgeben können.“ (Schmid 2013: 57).

## 6.2 Auswirkungen von Traumafolgestörungen auf die Pädagogik

Traumatisierung und Vernachlässigung haben nachweisbar Auswirkungen auf die Selbstregulation und Verhaltenssteuerung. Dies führt zu verschiedenen Problemen im pädagogischen Alltag. Bei sequenziell schwer traumatisierenden Menschen treten viele psychiatrische Symptome, (wie z.B. Suizidversuche, schwere Selbstverletzungen, dissoziative Zustände, aggressives Verhalten in allen Variationen etc.) gehäuft auf. Es kommt regelmäßig vor, dass sozialpädagogische Fachkräfte mit diesen Symptomen konfrontiert werden und dies zu nicht zu unterschätzenden pädagogischen Konflikten führen kann (vgl. Schmid 2013: 59).

### 6.2.1 Probleme in der Beziehungsgestaltung

Für den pädagogischen Zugang zu Kindern und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen ist es unabdingbar, zu wissen, dass deren Vertrauen in zwischenmenschlichen Beziehungen nachhaltig zerstört wurde. Erst nach und nach, durch alternative Beziehungserfahrungen, ist es möglich, dass sich das Vertrauen wieder etwas regeneriert. Natürlich

---

stoßen die Erzieher bei Kindern und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen auf gewisse Hindernisse in der Beziehungsgestaltung. Es kommt nicht selten vor, dass ein guter Kontakt schwierig ist und dass eine Rückmeldung für das große Engagement der Erzieher fehlt. Pädagogische Fachkräfte motiviert es bzw. ihr Engagement verstärkt sich noch, wenn sie merken, dass Kinder zu ihnen eine Beziehung aufbauen.

„Traumatisierte Kinder zeigen ein solches Verhalten oft sehr wenig, da sie sich aufgrund der vielen Beziehungsabbrüche/-traumata letztlich vor zwischenmenschlichen Kontakten und erneuten Abbrüchen fürchten; dabei haben sie vielfach ein großes Bedürfnis nach optimaler Versorgung, was häufig zu einem Muster von Idealisierung von Beziehungen und heftigsten Abwertungen bei der ersten Frustration von Bindungsbedürfnissen der Kinder führt.“ (Schmid 2013: 59, zit. n. Schmid 2008/Schmid 2010a)

Es kommt auch vor, dass sich komplex traumatisierte Kinder in ihrer Wahrnehmung von Emotionen und sozialen Situationen, in neutralen Situationen bedroht fühlen und überreagieren können (vgl. Schmid 2013: 60).

### **6.2.2 Probleme in der Emotionsregulation und Stresstoleranz**

Traumatisierte Kinder und Jugendliche leiden sehr häufig an ständiger Anspannung. Ausgelöst wird dies durch eine Konditionierung von traumatischen Ereignissen mit Umgebungsbedingungen und der dissoziativen Reaktion, die aufgrund der kognitiven beeinträchtigten Verarbeitung und der mangelnden biografischen Einordnung der traumatischen Ereignisse eintritt. Viele neutrale Reize, die mit traumatischen Ereignissen assoziiert werden, lösen heftige Emotionen aus, die wiederum zu dieser ständigen Anspannung führen.

Andererseits konnten traumatisierte Menschen keinen adäquaten Umgang mit Gefühlen lernen. Aufgrund dessen, dass ihre Gefühle geringgeschätzt oder gar nicht erst beachtet wurden, haben sie begonnen, diese zu unterdrücken und zu verleugnen. Sie haben nie gelernt, ihre Gefühle als Signalwirkung für die Verhaltenssteuerung zu nutzen. Die regelmäßige Konfrontation mit den unangenehmen Emotionen führt zu „emotionaler Taubheit“, Abgestumpftheit und innerer Leere. Diese innere Leere und das Unwohlfühlen führen dazu, dass die traumatisierten Kinder und Jugendlichen nicht sagen können, wie sie sich fühlen und auch nicht erklären können, warum sich sie so und nicht anders verhalten haben. Oft sind es die Gefühle, die negiert und unterdrückt werden, die das jeweilige Problemverhalten auslösen. Scham- oder Angstgefühle finden vielmals ihren Ausdruck in der Aggression. Aufgrund der Nichtwahrnehmung der Gefühle kann man nicht adäquat reagieren und der Druck steigt. Erreicht dieser Druck eine gewisse An-



---

spannung, werden die Handlungsmöglichkeiten reduziert und dies führt dann zu Methoden, wie z.B. Selbstverletzungen, Suizidversuchen, aggressivem Verhalten, Weglaufen und Drogenkonsum. Diese Methoden dienen dem Betroffenen letztendlich dem Spannungsabbau. Für pädagogische Fachkräfte gilt es hierbei, die traumatisierten Menschen immer wieder für ihre Gefühle zu sensibilisieren und ihre Wahrnehmung zu schulen - etwa durch die Förderung der Achtsamkeit und Körperwahrnehmung (vgl. Schmid 2013: 60).

### **6.2.3 Dissoziative Zustände**

Dissoziative Zustände können die pädagogische Arbeit sehr belasten, da die Kinder zwar körperlich anwesend aber kognitiv nicht aufnahmefähig sind.

„Von außen fällt in der Regel ein abwesender Blick, eine starre Mimik und das Fehlen jeglicher Gestik auf. Innerlich verlieren die Betroffenen das Gefühl für Zeit und Örtlichkeit und sind nicht aufnahmefähig, für gewöhnlich intensive Reize und das, was um sie herum geschieht.“ (Schmid 2013: 61, zit. n. Stiglmayer et al. 2005; Stiglmayer et al. 2008).

Kinder, die sich oft in dissoziativen Zuständen befinden bzw. die räumlich und zeitlich desorientiert sind, neigen in der Regel dazu, über Dinge, die sie den ganzen Tag über gemacht haben, zu konfabulieren. Dies entspricht zwar ihrer eigenen Wahrnehmung, hat aber mit der Realität nichts zu tun. Widersprüche sind schnell erkennbar - insbesondere dann, wenn es zu Regelverstößen kommt, ein Schuldiger gesucht wird und es von Vorteil wäre, ein lückenloses Alibi zu haben. Ein weiteres Problem ist es, wenn an traumatisierten Kindern und Jugendlichen pädagogische Kritik geübt wird, eine dissoziative Nichtreaktion erfolgt und die Kritik deshalb immer heftiger wird. Dissoziation verhindert meist auch die echte Partizipation von Kindern und Jugendlichen, z.B. bei der Hilfeplanung. Kommt es bei schwierigen Gesprächen zur Dissoziation, bekommen die Betroffenen die vielen guten Dinge, die über sie gesagt werden, gar nicht mit. Sie fühlen sich den getroffenen Absprachen nicht verpflichtet.

Da mit der Dissoziation auch ein Verlust des Körpergefühls und des Schmerzempfinden einhergeht, greifen die Kinder und Jugendlichen zu gravierenden Methoden, um sich zu spüren. Dies kann ein Hochrisikoverhalten oder Selbstverletzung sein (vgl. Schmid 2013: 61).

---

## 6.3 Bedeutungen von traumapädagogischen Konzepten

Hierbei sollen die Fragen erörtert werden, warum wir eine Traumapädagogik brauchen bzw. was bei traumapädagogischen Konzepten zu beachten ist? Laut dem Psychologen Marc Schmid, wird dies an den folgenden Punkten sehr deutlich:

1. spezielle pädagogische Bedarfe von traumatisierten Kindern und Jugendlichen – spezifische Fördermöglichkeiten durch Anwendung von psychotraumatologischen Erkenntnissen in der Pädagogik. Dazu gehören u.a. Achtsamkeitstraining zur Reduktion der Dissoziationsneigung und Förderung der Sinnes und Körperwahrnehmung, die Steigerung der Selbstfürsorge und die Steigerung der Selbstwirksamkeit und sozialen Kompetenz,
2. Vielzahl von traumatisierten Heranwachsenden in der Jugendhilfe,
3. Vermeidung von Abbrüchen und Heimkarrieren,
4. Steigerung der Selbstwirksamkeit der pädagogischen Fachkräfte,
5. Schaffung von Rahmenbedingungen und Leitungsstrukturen in der Jugendhilfe, die traumatisierten Kindern und Jugendlichen gerechter werden können
6. Vermeidung von Grenzverletzungen und Retraumatisierungen im Jugendhilfesystem,
7. Intensivierung der Kooperationsmöglichkeiten von Jugendhilfe und Kinder – und Jugendpsychiatrie/ - psychotherapie bei der Begleitung komplex traumatisierter Heranwachsender,
8. Steigerung der Arbeitszufriedenheit der pädagogischen Fachkräfte – durch Anerkennung der Arbeitsleistung und der damit einhergehenden emotionalen Belastung,
9. Erhöhung der Trauma- und Bindungssensibilität im gesamten Prozess der Hilfeplanung und Elternarbeit,
10. Schaffung von Leitungsstrukturen in der Jugendhilfe, die den Bedürfnissen von Mitarbeitern, die mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen arbeiten, gerechter werden zu können,
11. Legitimation von Ressourcen für verhaltensauffällige Kinder (vgl. Schmid 2013: 64ff.).

---

## 6.4 Bedeutungen der pädagogischen Fachkräfte in der Traumapädagogik

„Feuer kann wärmen oder verzehren, Wasser kann Durst löschen oder ertränken, Wind kann streicheln oder schneiden. Und so ist es auch mit menschlichen Beziehungen: Wir können einander sowohl erschaffen als auch zerstören, sowohl fördern als auch terrorisieren, sowohl traumatisieren als auch heilen.“ (Scherwath/Friedrich 2012: 80, zit. n. Perry B.D. 2006: 16)

Die pädagogischen Fachkräfte nehmen allgemein eine wichtige Rolle in der Pädagogik bzw. Sozialpädagogik ein. Jedoch ist ihre Bedeutung für die Traumapädagogik von entscheidender Natur oder anders gesagt, sind die Erwachsenen Bezugspersonen der Dreh- und Angelpunkt für die betroffenen Mädchen und Jungen. Birgit Lang drückt dies folgendermaßen aus, „[...] die Pädagogen stellen selbst, mit ihrer persönlichen und fachlichen Sicherheit und Stabilität, mit ihren Emotionen, Reaktionen und Entscheidungen, mit ihren Verhaltensweisen mit sich selbst, den Kindern, anderen Menschen und sonstigen Umgebungsfaktoren als Beispiel und Beziehungspendant einen weiteren, wesentlichen Teil dieses sichern Milieus – eines sichern Ortes (Kühn 2011) für die Kinder und Jugendlichen.“ (Lang 2013: 127).

An dieser Stelle werden nur die Aspekte genannt, die für die Traumapädagogik von besonders wichtiger Bedeutung sind. Allgemeine pädagogische Grundleistungen, allgemeine Förderung im alltäglichen Zusammenleben in der Gruppe bzw. die Alltagsgestaltung und Alltagsbewältigung usw. sollen hier nur erwähnt werden und nicht näher beschrieben.

Bei allen Methoden der Pädagogik, ist das zentrale Element die Beziehung, mit der viel bewegt und ohne die kaum etwas erreicht werden kann. Für eine professionelle Beziehung benötigt man die passende und notwendige Nähe, die auf jedes Kind individuell eingestimmt sein muss. Die notwendige Distanz soll verhindern, dass die Pädagogen in Beziehungskonstrukte verwickelt werden, die sie nicht mehr bewusst steuern können und die für das Kind schädlich sind. Des Weiteren sollen für die Beziehungsgestaltung, unter dem traumapädagogischen Aspekt, folgende Handlungsmerkmale für die Pädagogen von Wichtigkeit sein, Wertschätzung und Individualisierung, Transparenz und Partizipation, Glaube an den Sinn von Verhaltensweisen und Freude. Weiterhin benötigen die Pädagogen eine hohe Bereitschaft und Fähigkeit zur Selbstreflexion, denn die betroffenen Mädchen und Jungen bringen ihre Erfahrungen, wie Abwertung, Ohnmacht, Demütigung usw. in die Beziehungsgestaltung ein.

---

Gleichzeitig müssen die pädagogischen Fachkräfte die Balance zwischen Bindung und Autonomie finden. Sie leisten den Kindern emotionalen Beistand und lassen überall da los, wo zu viel Nähe Entwicklung und Selbstwirksamkeitserleben verhindert (vgl. Lang 2013: 127ff.).

Bei der Vorstellung der traumapädagogischen Konzepte, Selbstbemächtigung/Selbstwirksamkeit und Bindungspädagogik, wurde schon vieles deutlich, in Bezug auf die Bedeutung der pädagogischen Fachkräfte. Um eine Selbstwirksamkeit der Kinder zu erreichen, bedarf es selbstwirksamer Pädagogen. Um Bindungen bzw. Beziehungen aufbauen zu können, bedarf es Pädagogen, die sich mit sich selbst auseinandersetzen können und Schlüsse daraus für ihre Arbeit ziehen. Insbesondere bei den Standards für den Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen, zeigt sich die Bedeutung der pädagogischen Fachkräfte.

## 6.5 Traumapädagogische Konzepte

Es gibt eine Vielzahl von traumapädagogischen Konzepten, wie z.B. die

- „traumazentrierte Pädagogik“ nach Uttendörfer (2008),
- Pädagogik des „sicheren Ortes“ nach Kühn (2009),
- „Pädagogik der Selbstbemächtigung“ nach Weiß (2009),
- Traumapädagogische Gruppenarbeit nach Bausum et al. (2011),
- Stabilisierung und (Selbst) Fürsorge für PädagogInnen als institutioneller Auftrag (Lang 2011),
- Bindungspädagogik – Haltgebende, verlässliche und einschätzbare Beziehungsangebote für Kinder und Jugendliche (Lang 2013)
- Psychoanalytische Pädagogik als Traumapädagogik (Wolf 2009),
- Milieutherapeutische Konzepte (Gahleitner 2010) (vgl. Lang/Schirmer/Lang u.a. 2013: 39).

Nachfolgend beschreibe ich zwei traumapädagogische Konzepte. Meiner Meinung nach bilden diese beiden Konzepte die Basis der Traumapädagogik. Zum einen findet die Stärkung der Persönlichkeit der Kinder und Jugendlichen sowie der pädagogischen Fachkräfte bei Wilma Weiß ihren Ausdruck und zum anderen nimmt die Bindung und die Beziehungsgestaltung bei Thomas Lang eine wesentliche Rolle ein.

---

### 6.5.1 Die Pädagogik der Selbstbemächtigung

Was bedeutet überhaupt Selbstbemächtigung? Das Wort „Selbstbemächtigung“ besteht aus den Worten „Selbst“, also „es geht um mich“ und dem Wort „Bemächtigung“, also „ich habe eine Macht über mich selber“. „Ich kann über mich entscheiden, ich kann mich selbst steuern und mir ist dies alles bewusst“. Bei der Selbstbemächtigung geht es darum, sich von der Abhängigkeit und aus der Ohnmacht zu befreien, zu einer aktiv handelnden Person zu werden, Autonomie und Lebensregie zu erstreiten. Traumatisierte Kinder und Jugendliche, die in extremer Weise Objekte der Bedürfnisse von Erwachsenen waren, brauchen Unterstützung, die sie in die Lage versetzt, sich aus diesen Abhängigkeiten zu befreien. Sie sollen wieder Subjekt ihres Lebens werden. Es geht dabei darum, eine Haltung zu entwickeln, die die Lebensleistung der Kinder und Jugendlichen würdigt, die ihre Ressourcen benennen kann und die sie unterstützt, sich ihrer selbst zu bemächtigen. Die Mädchen und Jungen, die über einen längeren Zeitraum traumatischen Erfahrungen ausgesetzt waren, verlieren das Gefühl für sich selbst, fühlen sich anders, verstehen ihre eigenen traumaspezifischen Verhaltensweisen, Empfindungen und Gefühle nicht (vgl. Weiß 2013: 167).

„Der Selbstwert eines Menschen hängt von Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen und dem Erleben von Selbstwirksamkeit in sozialen Kontakten ab. Die Kernkonzepte einer Person von sich selbst resultieren zu einem beträchtlichen Grad aus ihren Fähigkeiten, ihre innerpsychischen Zustände zu regulieren. Der Verlust selbstregulatorischer Prozesse führt zu [...]“ (Weiß 2013: 167).

1. „Störungen in der Ich-Wahrnehmung, wie z.B. das Gefühl des Isoliertseins, Verlust autobiographischer Erinnerungen und Störungen der Körperwahrnehmung;
2. ungenügende Affektmodulation und Impulskontrolle, einschließlich aggressiver Handlungen gegen sich selbst und andere; und
3. Unsicherheiten in Beziehungen, wie z.B. Misstrauen, Argwohn, Mangel an Vertrautheit und Isolation“ (Weiß 2013: 168, zit. n. van der Kolk 2000: 173).

Traumatisierte Kinder und Jugendliche reagieren meist mit einer generellen Übererregung auf neutrale Reize aber auch auf intensive Reize, wie z.B. Abwertung. Sie haben die Dissoziation als Möglichkeit der schützenden Trennung vor überwältigenden Affekten gelernt. Die beeinträchtigten Folgen können nun Gefühle von Isolation von Anderen, keinen Zugang zu den eigenen Gefühlen, die Entwicklung unterschiedlicher Charaktere bis hin zu dissoziativen Identitätsstörungen sein. Ziel der Selbstbemächtigung, als Kernstück der Traumapädagogik ist es, dass die Mädchen und Jungen Stück für

---

Stück das Gefühl für sich selbst wiederfinden. Mit Unterstützung ihrer Bezugspersonen lernen sie ihre Gefühle und Empfindungen wieder wahrzunehmen (vgl. Weiß 2013: 168).

Die Unterstützung zur Selbstbemächtigung beinhaltet:

- die Förderung des Selbstverstehens,
- die Unterstützung der Selbstakzeptanz,
- die Sensibilisierung für Körperempfindungen und Gefühle,
- die Förderung der Selbstregulation,
- die Förderung der Körperwahrnehmung (vgl. Weiß 2013: 169).

#### 6.5.1.1 Die Selbstbemächtigung

„Wissen ist Macht“. Hier geht es darum, dass das Wissen das frühere Verhalten erklären kann. Wenn ich z.B. weiß, dass ich Essen bunkere, weil ich früher fast verhungert wäre oder das ich nicht vertraue, weil ich Erwachsene als nicht vertrauenswürdig kennengelernt habe, dann fange ich an, mich selbst besser zu verstehen. Das kognitive Verstehen, warum ich etwas tue bzw. dass ich Essen nicht grundlos bunkere oder der Pädagogin misstraue, führt zu der Erkenntnis, dass es dafür einen guten Grund gibt. Gleichzeitig entlastet diese Erkenntnis und gibt ein Stück Selbstvertrauen zurück. Wird dann den Kindern und Jugendlichen noch erklärt, wie das Gehirn reagiert, warum sie aus gutem Grund überall eine Gefahr wittern, warum sie dissoziieren und dissoziieren mussten um zu überleben, warum sie erstarren, weil sie keinen Ausweg wissen, dann können sie überlegen, was sie tun können, damit ihr Leben nicht mehr so anstrengend ist. Vor allem können sie lernen, sich selbst wieder besser zu regulieren. Wie dies möglich ist, haben sie völlig verlernt, nämlich dadurch, den Körper wahr- und anzunehmen. Selbstbemächtigung bedeutet:

- zu verstehen,
- zu akzeptieren,
- den guten Grund zu sehen,
- die körperlichen Reaktionen zu spüren,
- die Gefühle zuzulassen,
- die Selbstregulation zu lernen (vgl. Weiß 2013: 147f.).

---

### 6.5.1.2 Das Selbstverstehen

Wird den Mädchen und Jungen das Profiwissen über traumatische Übertragungen, Bindungsrepräsentationen und die Funktionsweise des Gehirns zur Verfügung gestellt, lernen sie die Zusammenhänge zu verstehen. Das vorhandene Material muss den Entwicklungsstufen angepasst werden. Das Zusammenspiel von Körper und Geist lässt sich gut am Modell des dreifältigen Gehirns von Levine/Kline vermitteln (vgl. Weiß 2013: 148ff.).

#### **A. Die Förderung der Körper- und Sinneswahrnehmung und der Emotionsregulation**

Um von Selbstbemächtigung zu sprechen, ist es wichtig, seinen Körper und seine Sinne wahrzunehmen, um Emotionen regulieren zu können. Insofern ist es von zentraler Bedeutung, dass die Mädchen und Jungen mit Unterstützung ihrer Bezugspersonen, Stück für Stück das Gefühl für sich selbst wiederfinden. Dazu gehört, dass sie ihren Körper, ihre Gefühle und ihre Empfindungen wahrnehmen und regulieren lernen und dass sie verstehen, dass Empfindungen körpergewordene Gefühle sind und dies das Frühwarnsystem unseres Körpers ist. Wie ausführlich beschrieben sind die Kinder -gerade in traumatischen Lebenssituationen- darauf angewiesen, sich nicht zu spüren. Um sich aber wieder selbst zu spüren, sich ihrer Selbst wieder zu bemächtigen, brauchen sie Unterstützung bei der Körper- und Sinneswahrnehmung. Wer sich im eigenen Körper wohl fühlt bzw. seinen Körper wahrnimmt, minimiert die Neigung, zu dissoziieren. Dabei entsteht ein Gefühl der Sicherheit und Stärke. Möglichkeiten sind z.B. Bewegung, Outdooraktivitäten, Entspannungsübungen usw. „Die Einheit von Intellekt, Emotionen und Körper macht das Menschsein aus, und wir fühlen uns erst wohl, wenn diese drei Bereiche in Harmonie sind.“ (Weiß 2013: 151, zit. n. Weigel 2008: 12). Körperliche Erfahrungen mobilisieren die Erfahrung des Körperselbst, sie minimieren Angst und Immobilität. Um die Selbstregulation zu fördern, ist das Wahrnehmen von Empfindungen als wichtige Voraussetzung anzusehen. Bevor es zu einer Übererregung, Dissoziation oder Erstarrung kommt, kündigt sich dies in Körperempfindungen und Handlungsimpulsen an. Laut Levine und Kline äußert sich die „Sprache des Reptiliengehirns“ in Empfindungen, wie z.B. der Kloß im Hals, die schweißnassen Hände oder eine große Aufregung (vgl. Weiß 2013: 151f.).

---

## **B. Die Förderung der Selbstregulation als Grundlage der Förderung der sozialen Teilhabe**

Wenn die Mädchen und Jungen körperlich und auch kognitiv erfahren, dass sie in der Lage sind, Einfluss auf ihre Emotionen und Empfindungen zu nehmen, wächst ihr Gefühl der Selbstwirksamkeit und es entsteht ein innerer sicherer Ort. Um die Fähigkeiten der Selbstregulation zu fördern, muss „eingefrorene Energie“ abgeleitet werden. Die Bewegungsfreude traumatisierter Kinder und Jugendlicher zeigt, dass körperliche Bewegung für sie entlastend wirkt. Dabei ist es möglich, durch Übungen zur Aktivierung bzw. Deaktivierung ihres Nervensystems, den Empfindungen von Stress im Körper nachzuspüren. Gemeinsam kann nach Möglichkeiten der Beruhigung gesucht werden, um eine Balance des Nervensystems zu unterstützen.

Bezugnehmend auf die soziale Teilhabe wird unter Selbstregulation vor allem Stressregulation verstanden. Um den Stress regulieren zu können, ist es wichtig, Übererregung, Erstarrung, Dissoziation und die oben beschriebene Unterstützung der Körperwahrnehmungen zu verstehen. Dies könnte mit einem „Stressbarometer“, einer „Triggeruhr“ oder einer „Triggerlandkarte“ geschehen. Gelingt es den Mädchen und Jungen, ihre Trigger und Stimuli zu identifizieren, können sie schwierige Situationen vorbereiteter angehen. Jedoch gibt es Standardsituationen, wie z.B. Selbstwertbedrohungen und Angst vor dem Versagen, in denen die Selbstregulation nicht funktioniert. Für diese Situationen müssen Notfallstrategien entwickelt werden, die vorher im geschützten Raum erprobt werden können. Dazu gehören eventuell Atemübungen, Bewegungsstrategien und Übungen, mit denen sich die Mädchen und Jungen im „Hier und Jetzt“ halten. Oftmals haben sie diese Strategien schon entwickelt und dann gilt es, den Mädchen und Jungen diese bewusst zu machen (vgl. Weiß 2013: 152f.).

## **C. Lernen von Partizipation**

Für Kühn ist Partizipation auch ein Bestandteil von Gewaltprävention:

„Partizipatives Denken und Handeln ist in diesem Sinne ein wesentlicher Faktor heilpädagogischer Betreuung und Förderung. Der zu gewährleistende „Sichere Ort“ stellt somit ein heilsames Feld dar, in dem das traumatisierte Kind Ich- und Handlungskompetenz, Selbstkontrolle und –wirksamkeit in einem gemeinsam gestalteten Raum des Zwischenmenschlichen erfährt.“ (Weiß 2013: 153, zit. n. Kühn 2011: 135).



---

Durch ein solches Handeln wird das Erleben von Selbstwirksamkeit, der traumatisierten Kinder und Jugendlichen verändert. Durch das Einüben und Erfahren von Partizipation werden die Möglichkeiten sozialer Teilhabe verbessert (vgl. Weiß 2013: 153).

#### **D. Selbstwirksamkeit der Pädagogen**

Auch für die pädagogischen Fachkräfte sind die eigene Selbstbemächtigung und Selbstwirksamkeit von hoher Bedeutung. Wird die Dynamik traumatischer Erfahrungen von den Pädagogen verstanden, wissen sie, dass nicht sie gemeint sind, sondern die Erfahrungen mit den Eltern der traumatisierten Kinder und Jugendlichen. Folglich können die Fachkräfte gelassener reagieren. Empfindungen wahrzunehmen lernen, hilft bei der Selbstfürsorge.

Bei der Betreuung von schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen kann es häufig zu heftigsten Verhaltensweisen und zu einem erhöhten Erregungslevel kommen. Dabei spielt die Körper- und Sinneswahrnehmung und die Emotionsregulation der Pädagogen eine bedeutende Rolle. Dies sind Voraussetzungen für eine berufliche Handlungswirksamkeit und professionelle Selbstfürsorge. Ferner gehört dazu die Förderung von physischer und psychischer Widerstandskraft. Um sich selber zu verstehen, ist es wichtig, Fachwissen zu erhalten und Möglichkeiten zur Supervision zu erhalten. Um sich selber zu verstehen, ist es jedoch auch wichtig, eigene Handlungsweisen zu reflektieren bzw. eigene Verwicklungen zu erkennen. „Im traumapädagogischen Kontext steht die pädagogische Persönlichkeit im Fokus der Betrachtung, denn ein geschützter Entwicklungsraum des Kindes braucht einen geschützten Handlungsraum der Pädagogen.“ (Weiß 2013, 154). Nicht nur das Betreuungspersonal sondern auch die Leitungskräfte stehen in einer besonderen fachlichen Verantwortung, weil sie Unterstützung und die Rahmenbedingungen bieten müssen, um die komplexen Aufträge bewältigen zu können.

Die traumatisierten Kinder und Jugendlichen testen zuweilen die Selbstwirksamkeit der Betreuungspersonen. Dies soll folgendes Zitat verdeutlichen:

„Sie überschreiten die persönlichen und fachlichen Grenzen, sie entwerten, bringen die Pädagogen in hilflose Ohnmachtssituationen, bis hin zu existenziellen Bedrohungssituationen gegenüber sich selbst, anderen Kindern der Gruppe oder gegenüber den Betreuern. Die Förderung der Selbstwirksamkeit der Be -

---

betreuungspersonen ist daher eine dringende Korrektur,“ (Weiß 2013: 154f. , zit. n. Lang, 2011).

Die Selbstbemächtigung und Selbstwirksamkeit für Pädagogen ist ein Kern der Traumapädagogik. Dadurch können Erfahrungen von Ohnmacht, Hilflosigkeit und Objekterleben korrigiert werden. Selbstbemächtigte und selbstwirksame Pädagogen können dafür sorgen, dass die traumatisierten Kinder und Jugendlichen kompetente Betreuungspersonen erleben, um die Erfahrungen von Ohnmacht und Selbstunwirksamkeit zu korrigieren (vgl. Weiß 2013: 154f.).

### **6.5.2 Bindungspädagogik – Haltgebende, verlässliche und einschätzbare Beziehungsangebote für Kinder und Jugendliche**

„(Ver-) Bindungen verbinden, halten, geben frei, führen, werden neu geknüpft, integrieren, stärken, nähren, versorgen, trösten, sind einschätzbar, sind kontinuierlich, schützen, regulieren bei Stress, machen Mut, lachen und heilen.“ (Lang 2013:187).

„(Ver-) Bindungen engen oder schnüren ein, lassen unerwartet los, lassen fallen, verführen, verwickeln, ziehen, werden abgebrochen, werden vergessen, verunsichern, verängstigen, aktivieren Stress, schmerzen, lassen vereinsamen, trauern oder wüten“ (Lang 2013: 187).

Bei diesen beiden Zitaten werden die Polaritäten von (Ver-) Bindungen ganz deutlich. Auf der einen Seite können Bindungen viel geben und auf der anderen Seite viel nehmen.

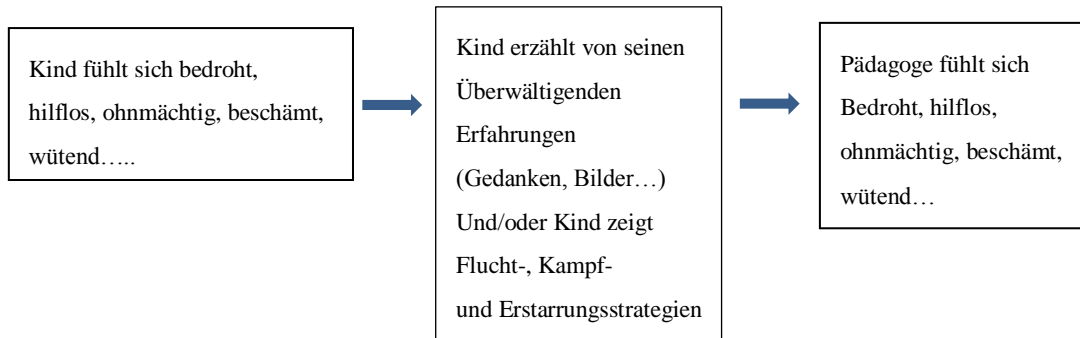
### **6.5.3 Übertragung und Gegenübertragung in der Beziehungsgestaltung**

#### **A. Die traumatische Übertragung**

Bei allen Menschen gleich ist, dass sie ihre lebensgeschichtlichen Interaktionserfahrungen mit ihren Bindungspersonen, auf die Beziehung zu anderen Menschen übertragen. Traumatisierte Kinder und Jugendliche übertragen ihre traumatischen Erfahrungen und Erlebnisse auf die neuen Interaktionspartner. Die Bindungserfahrungen sind meist hoch-unsicher und desorganisiert.

Die früheren Erfahrungen sind von Unsicherheit, Schutzlosigkeit, Hilflosigkeit, Ohnmacht, Furcht etc. geprägt. Befinden sich die traumatisierten Kinder und Jugendlichen in einer Wohngruppe, ist der Kontakt zu den übergriffigen und vernachlässigenden Erwachsenen von früher meist eingeschränkt. Sie erfahren nun

mehr Schutz und Sicherheit. Aber die früheren Erfahrungen, ihre Selbstüberzeugungen, ihre Gefühle und Körperempfindungen bleiben. Die Beziehung zur pädagogischen Fachkraft ist jedoch stets durch die Präsenz der Täter und der Präsenz des traumatischen Geschehens geprägt. Die Kinder und Jugendlichen verlagern nun, durch die Übertragungsbeziehung vom Täter auf die Pädagogen, ihre emotionalen Reaktionen.



Darstellung 1: Die traumatische Übertragung (Lang 2013: 194)

Die Kinder und Jugendlichen befinden sich in einem Dilemma, da sie die Fähigkeit, sich angstfrei und selbstwirksam zu erleben, nicht ausreichend entwickelt haben bzw. diese zerstört wurde. Diese Fähigkeit muss wieder neu erlernt werden und dazu bedarf es der Hilfe von außen - nämlich durch Personen, die eine emotionale, versorgende und haltgebende Bindung anbieten. Ihre früheren Erfahrungen nähren und steigern die Angst vor erneuter Verletzung und Überwältigung. Dieses Dilemma ist stets das zentrale Thema in der Beziehungsgestaltung. In Bedrohungssituationen wirken die Übertragungsinhalte häufig existenziell (vgl. Lang 2013: 193f.).

## B. Die Gegenübertragung

Durch die Übertragungsbeziehung werden die pädagogischen Fachkräfte von ihren eigenen Gefühlen häufig überwältigt. Die traumatische Gegenübertragung ist die emotionale Reaktion der Fachkräfte auf die Kinder und Jugendlichen als Opfer und auf das traumatische Erlebnis.

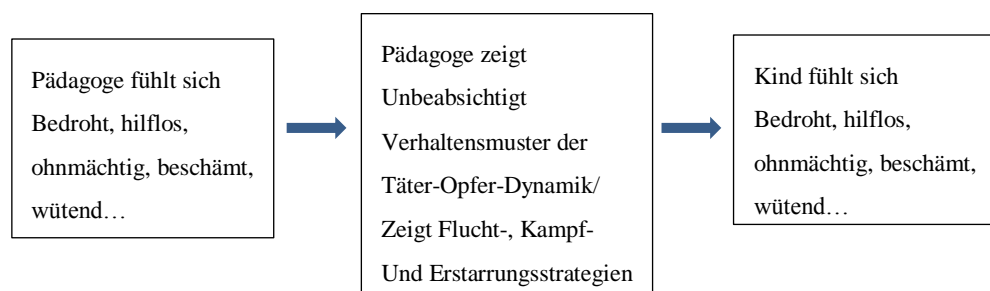
Allerdings muss davon ausgegangen werden, dass nicht alle Gefühle gegenüber den Kindern und Jugendlichen Gegenübertragungsgefühle sind. Die Gefühle können auch gegenüber den Arbeitsbedingungen, den Kollegen etc. gelten. Im

---

Prinzip kann man von Gegenreaktionen der pädagogischen Fachkräfte auf die Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen sprechen.

Bedeutsam ist es, zu erkennen, dass die guten Absichten der Pädagogen, von den Kindern und Jugendlichen einer feindseligen Absicht unterstellt werden. Diese feindselige Absicht kann dazu führen, dass bei den pädagogischen Fachkräften ungewöhnliche Verhaltensweisen ausgelöst werden. Dabei besteht, jedoch unbeabsichtigt, die Gefahr das frühere Muster der Täter-Opfer-Beziehung zu wiederholen. Es kann dazu führen, dass manche erzieherische Konsequenzen nach eskalierenden Situationen für eine Verhaltensänderung nicht sonderlich nützlich sind. Vielmehr scheint es sich um Situationen zu handeln, die dem Trauma verblüffend ähnlich sind und man kann sogar von einer Wiederholung sprechen.

Die pädagogischen Fachkräfte haben, ebenso wie die Kinder und Jugendlichen, ihre eigenen Anpassungsstrategien, um auf Stress, Bedrohung, Abwertung etc. zu reagieren. So entwickeln sich gemeinsam mit den Gegenübertragungsgefühlen individuelle Reaktionen der Pädagogen. Mancher zweifelt an sich, stellt sich und seine Arbeit in Frage, fühlt sich hoffnungslos und ohnmächtig oder spürt Wut und Hass. Er würde vielleicht sogar am liebsten alles hinschmeißen, das Kind abgeben oder alles versuchen zu regeln, zu kontrollieren und bedrohliche Entwicklungen aufzuhalten. Wut und Verzweiflung werden noch dadurch gestärkt, dass die Pädagogen durch die hoch-unsicheren Bindungen der Mädchen und Jungen sehr wenig Anerkennung, Wertschätzung oder Wohlwollen zurückbekommen (vgl. Lang 2013: 194ff.).



Darstellung 2: Die traumatische Gegenreaktion (Lang 2013: 196)

---

Van der Kolk, Mac Farlane und Weisaeth beschreiben die Gegenübertragungsphänomene zwischen Therapeut und Patient. Für den pädagogischen Kontext bedeutet dies folgendes:

- Das Bedürfnis von komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen nach Sicherheit spiegelt sich in dem Bedürfnis der pädagogischen Fachkräfte, effektiv zu sein, gute Bezugspersonen im Gegensatz zu den bösen Tätern zu sein und für ihre Hilfe akzeptiert und geschätzt zu werden.
- Die passive Abhängigkeit der Kinder und Jugendlichen bzw. ihre Unfähigkeit zu vertrauen, spiegelt sich in den Gefühlen der pädagogischen Fachkräfte wider, machtlos und inkompetent zu sein (vgl. Lang 2013: 196).

Es ist aber auch so, dass die pädagogischen Fachkräfte ihrerseits genauso ihre früheren Bindungserfahrungen in neue Beziehungen und Bindungen übertragen. Ihre erlebten und erfahrenen Interaktionserfahrungen sind im Gehirn abgespeichert und bilden gleichzeitig die Verhaltensweisen gerade bei Stress und Belastung ab. Möglicherweise sind alte persönliche Bindungstraumata Antrieb für Anstrengungen, die die Heilung der traumatisierten Kinder und Jugendlichen betreffen. Das beschriebene Dilemma der Mädchen und Jungen, den neuen Bindungsangeboten und -personen vertrauen zu wollen, ist gleichzeitig auch das Dilemma der pädagogischen Fachkräfte. Laut Herrmann sind die drei häufigsten narzisstischen Fallen: der Ehrgeiz, alles heilen zu können, der Ehrgeiz, alles wissen zu können und der Ehrgeiz, alles lieben zu können. Da keiner diese Fähigkeiten erlangen kann und es schwierig ist, dieses Dilemma zu durchschauen, entstehen Gefühle der Ohnmacht, der Hilflosigkeit, der Entmutigung, der Frustration, der Gereiztheit und der Wut (vgl. Lang 2013: 196).

#### **6.5.4 Verbale und nonverbale bindungsorientierte Kommunikations- und Interventionsmöglichkeiten**

Für eine Stabilisierung der Kinder und Jugendlichen haben die Pädagogen die Aufgabe und das Ziel, haltgebende, verlässliche und einschätzbare Beziehungen anzubieten. Martin Kühn schreibt dazu folgendes:

---

„In der Arbeit mit hoch-belasteten Kindern und Jugendlichen (sowie mit Kindern und Jugendlichen mit einem hoch unsicheren Bindungsmodell) geht es nicht nur um einen anderen Blick in der pädagogischen Begegnung zwischen Kind und Erwachsenem. Ebenso wichtig sind die Reflexion der institutionellen Strukturen und der eigenen pädagogischen Persönlichkeit.“ (Lang 2013: 197f. , zit. n. Kühn 2009: 31).

Dieses Zitat ermöglicht eine Orientierung und einen Blick auf die bindungsorientierte Intervention und Kommunikation. Dieser Blick ist davon geprägt, die wechselseitige Beziehung zwischen Kind und Pädagoge, Kind und Einrichtung und Pädagoge und Einrichtung als Beziehungsebenen zu beachten. Diese Beziehungsebenen sollen im Folgenden näher dargestellt werden.

### **A. Bindungsorientierte Kommunikation und Intervention zwischen Kind und Pädagoge**

Die Begegnungen zwischen traumatisiertem Kind und Pädagoge erfolgen entsprechend den inneren Arbeitsmodellen der traumatisierten Kinder, welche sich zu den primären Bindungspersonen herausgebildet haben. Die Mädchen und Jungen gehen nicht davon aus, dass sie versorgt, ernstgenommen, behütet etc. bzw. wertgeschätzt und gelobt werden. In ihrer Vorstellung sind sie davon überzeugt, dass alles so bleibt, wie es war und nur die Personen ausgetauscht wurden. Sie haben lange genug die Erfahrung gemacht, dass Erwachsene bzw. nahe Bezugspersonen übergriffig und vernachlässigend sind. In der nun neuen Umgebung investieren die Kinder und Jugendlichen viel, um sich ihrer selbst und den neuen Ereignissen sicher zu sein. Es kann und darf z.B. ein Lachen der Betreuer kein lebenswertes oder freundliches Lachen sein. Eine Unterstützung bei den Hausaufgaben kann und darf kein Interesse an ihnen und an ihrer schulischen Entwicklung sein. Gemäß dem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie Roland Schleiffer verunsichern neue Erfahrungen, auch die liebevollen. Obwohl die bindungstraumatisierten Kinder und Jugendlichen freundliche und liebevolle Menschen in ihrer Umgebung brauchen, so führt dies bei ihnen trotzdem zu einer Verunsicherung. Folgendes Zitat soll dies noch einmal verdeutlichen: „Ich weiß, dass du mich hasst – du bist nur freundlich zu mir, weil du zu schwach bist und so ein Feigling, dass du nicht einmal mit mir schimpfen kannst“ (Lang 2013, 199, zit. n. Rygaard 2006: 90).

---

Roland Schleiffer unterscheidet in der Kommunikation von bindungsbelasteten Kindern und Jugendlichen zwischen der bindungsabwertenden und der bindungsverstrickten Kommunikation. Dazu folgende Beispiele:

„Kinder und Jugendliche mit bindungsabwertender Kommunikation:

- Sie ziehen sich bei Belastungen auf sich selbst zurück.
- Sie äußern keine oder selten Bedürfnisse nach Nähe, Unterstützung, Trost.
- Sie stellen dagegen im materiellen Bereich massive Ansprüche.

Kinder und Jugendliche mit bindungsverstrickter Kommunikation:

- Sie zeigen intensive Gefühle von Trauer sowie Enttäuschung über Verluste.
- Sie zeigen sich ängstlich und anhänglich.
- Sie resignieren schnell.“ (Lang 2013: 199, zit. n. Schleiffer 2010)

Für die bindungstraumatisierten Kinder und Jugendlichen bieten diese Verhaltensweisen Schutz und sind gleichzeitig Ausdruck von sowie Anpassung an angstvolle, verunsichernde Erfahrungen. Um die Ängste der betroffenen Mädchen und Jungen zu mindern, ist es wichtig, die Steuerungssysteme unseres Gehirns und Nervensystems zu verstehen. Da diese Vorgänge schon ausführlich beschrieben wurden, soll in diesem Zusammenhang nur noch einmal auf das Zentrum für unsere Emotionen näher eingegangen werden. „Dieses hoch raffinierte System steuert sowohl Beziehung, Bindung und Bindungsprozesse als auch unsere soziale Intelligenz“ (Levine 2010: 131).

Ist der Kontakt in und mit der Gemeinschaft von Angst begrenzt, verhindert dies die Aktivierung der beiden anderen Systeme bzw. das System für Kampf und Flucht und das System für die Erstarrungsreaktion. Das bedeutet im Konkreten, dass wir uns bei Unsicherheit und Gefahr an den Gesichtern, Körperhaltungen und den Stimmen unserer Bindungspersonen orientieren. Es geht dabei darum, sich zu vergewissern, dass wir alle in Sicherheit sind. Dies bezeichnet man als Bindungsverhalten. Löst sich durch den Kontakt mit der Bindungsperson die Verängstigung nicht auf, werden zuerst das Kampf- und Fluchtsystem aktiviert. Kommt es auch dadurch nicht zu einer Bewältigung der Situation, werden als

---

letzter Schritt die Notfallmechanismen „Erstarrung und Dissoziation“ aktiviert. Diese beiden Systeme übernehmen sozusagen die Macht bzw. die Selbstregulation über unseren Körper. Deshalb wird, sofern die Angst in uns bleibt, unser „Soziales-Engagement-System“ blockiert. Dominiert das System der Erstarrung und Dissoziation, kommt es zum Bindungsabbruch und dominiert das System für Kämpfen und Fliehen, kommt es laut Harms zu einer deutlichen Bindungsschwächung. Auf Grund dessen ist die „Entängstigung“ der Beziehung ein zentrales Anliegen der traumapädagogischen Arbeit (vgl. Lang 2013: 197ff.).  
Beispiele für eine bindungsorientierte Kommunikation und Intervention soll noch einmal im Kapitel 8 erfolgen.

## **B. Bindungsorientierte Kommunikation und Intervention – Institution und Pädagoge**

Durch die hohen Belastungen im pädagogischen Alltag mit den Kindern und Jugendlichen, wird auch bei den Pädagogen das Bindungssystem aktiviert. „Nach Bowlby zeigen Menschen von der Wiege bis ins Grab Bindungsverhalten. Bei Erwachsenen sind sie vor allem dann zu beobachten, wenn eine Person starken Belastungen oder Krankheit ausgesetzt ist oder wenn sie Angst hat.“ (Lang 2013: 207, zit. n. Bowlby 2011: 23).

Deshalb benötigen Pädagogen in der belastenden Arbeit mit hoch belasteten Kindern und Jugendlichen Sicherheiten und Versorgung. Der Institution kommt eine besondere Bedeutung zu - mit folgenden zentralen bindungsorientierten Kommunikations- und Interventionsmöglichkeiten:

- Bedürfnisse und Impulse der Pädagogen werden gehört und ernst genommen.
- Sie nimmt eine wohlwollende und fürsorgliche Haltung ein.
- Sie hat eine Fehlerfreundlichkeit und –verständnis. Du verhältst dich so, weil...

Dies waren nur einige Beispiele, die zur Verdeutlichung dienen sollen, welche Bedeutung auch die Einrichtung gegenüber dem Fachpersonal hat.

Des Weiteren sollte über die Fallarbeit die Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik reflektiert werden (vgl. Lang 2013: 207ff.).



---

## **C. Bindungsorientierte Kommunikation und Intervention – Institution und Kind**

Neben der Gestaltung einer sicheren Basis in der Beziehung zwischen Pädagoge und Kind erhalten die Kinder und Jugendlichen sicherheitsgebende Botschaften durch die Institution. Dazu folgende Beispiele:

- Beziehungskontinuität ermöglichen – Dein Platz in der Gruppe ist (auch in Krisenzeiten) sicher!
- Bindungs-Entwicklung braucht und bekommt Zeit.
- Die institutionelle Hilfeplanung berücksichtigt Bindungsbedürfnisse (vgl. Lang 2013: 209).

### **6.5.5 Selbstregulation und Selbstanbindung, Selbstreflexion**

Für die Arbeit mit den betroffenen Mädchen und Jungen ist es wichtig, die Selbstregulationsfähigkeit, die Selbstanbindung und die Fähigkeit zur Selbstreflexion der Pädagogen zu stärken, für ihre Arbeit mit den betroffenen Mädchen und Jungen.

#### **A. Selbstregulation und Selbstanbindung**

„Wir wissen heute, dass Nervensysteme miteinander kommunizieren, sie stecken sich sozusagen gegenseitig an – mit Aktivierung aber auch mit Entspannung“ (Lang 2013: 210). Aufgrund ihrer Verängstigung und der mangelnden bzw. kaum ausgeprägten Selbstregulationsfähigkeit haben die traumatisierten Kinder und Jugendlichen ein hoch aktiviertes Nervensystem, welches sich auf die Pädagogen überträgt. Befindet sich unser Nervensystem im Ausgleich zwischen Anspannung (Sympathikus) und Entspannung (Parasympathikus) können wir als Sichere Basis hilfreich sein. Laut Harms führt aber eine Überaktivierung einer der beiden Zweige zu einer Bindungsschwächung oder auch zu einem Bindungsabbruch. Eine Überaktivierung führt zu einer Schwächung der Fähigkeit bei sich zu sein, sich auf andere einzustimmen und mit eigenen und den Bedürfnissen sowie den Gefühlen Anderer mitzuschwingen. Deshalb bedeutet eine sympathische Aktivierung eine Bindungsschwächung. Die Überaktivierung des Parasympathikus bedeutet eine Trennung vom eigenen Körpererleben, einen Zustand des Ausgeliefertseins und der Panik sowie einen Verlust von Handlungs-

---

fähigkeit und Orientierung. Daher kommt es laut Harms und Levine zu einem Bindungsabbruch (vgl. Lang 2013: 210ff.)

## **B. Selbstreflexion**

Nach Wilma Weiß „ist die Selbstreflexion eine weitere unabdingbare Hilfestellung für diese Arbeit. Und sie ist – wenn auch erst mal aufwendig und belastend – eine Voraussetzung um Belastungen zu reduzieren“ (Lang 2013: 213, zit. n. Weiß 2006: 165).

Im Laufe der theoretischen Auseinandersetzung zu der Frage, „wie können und müssen sich die pädagogischen Fachkräfte mit ihren eigenen Empfindungen traumapädagogisch auseinandersetzen“, sind schon einige Beispiele aufgezählt worden. Dazu gehören die institutionellen Strukturen wie Fall-, Team- oder Einzelberatungen, die die Selbstreflexionsprozesse begleiten oder anregen. Notwendige institutionelle Versorgungsstandards für Pädagogen sind z.B. Supervision. Nicht desto Trotz ist Selbstreflexion aber vor allem auch ein eigener Prozess. Ich erfahre mich selbst und erkenne mich in meinem Handeln! Des Weiteren bedarf es der Zustimmung: Ja, darauf möchte ich mich einlassen, auch wenn es mal schmerzt! Persönliche Fähigkeiten, wie z.B. Neugier, Mut und auch Freude sind unabdingbar. Ich handle so, weil ...! Ich mag mich und meine eigene Geschichte in meinem Handeln erkennen. Insofern ist es wichtig, neben der Reflexion der Gegenübertragungsgefühle bzw. der Gegenreaktionen auch eine Reflexion der eigenen Kindheitsgeschichte und des eigenen Bindungsmusters zuzulassen.

Die eigenen Bindungserfahrungen prägen die Erwartungen - vor allem die Erwartungen an einem selbst, wie ich in der Beziehung zu den Mädchen und Jungen sein möchte.

Die Selbstreflexion ist eine Fähigkeit und nicht ohne Risiko und Anstrengung zu bewältigen. Vor allem dient sie zur Grundlage der besseren Lebensbewältigung und für eine feinfühligkeitsvolle Beziehungsarbeit. Besonders für die traumatisierten Kinder und Jugendlichen dient die Selbstreflexion der pädagogischen Fachkräfte nicht dazu, die Beziehungen zu vertiefen bzw. noch dichter und emotionaler zu gestalten. Das würde die emotionalen Fähigkeiten der bindungstraumatisierten Kinder und Jugendlichen überfordern und die Strategien, sich zu schützen, aktivieren (vgl. Lang 2013: 213ff.). „Vielmehr dient die Auseinandersetzung mit

---

sich selbst dazu, seine eigenen lebensgeschichtlichen Vorstellungen von Beziehungen zu erfahren und eine Sensibilität in der Beziehungsgestaltung zu entwickeln“ (Lang 2013: 214).

## **7 John „Ihr kotzt mich alle an!“ – Das traumatisierte Kind**

Bei dem praktischen Teil dieser Arbeit soll es darum gehen, Zusammenhänge zwischen Theorie und Praxis anhand eines Fallbeispiels aus einer flexiblen Tages- und Mehrtagesgruppe, darzustellen. Die ausgearbeiteten theoretischen Erkenntnisse sollen dazu genutzt werden, um eventuelle Probleme während der Betreuung von John sichtbar bzw. traumapädagogisch erklärbar zu machen und eventuelle traumapädagogische Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Das Fallbeispiel soll nicht dazu dienen, eventuelles Fehlverhalten, im Sinne von Schuldzuweisungen, aufzudecken, sondern vielmehr die Sichtweise bzw. das Handlungsrepertoire dahingehend zu erweitern, dass es in Zukunft immer wichtiger wird, individuell auf die Multiproblemlagen, eine (trauma-) pädagogische Antwort zu finden. In immer mehr Fällen, dies wird in meiner persönlichen praktischen Arbeit sehr deutlich, können traumapädagogische Handlungsweisen, hilfreich sein.

### **7.1 Schilderung des Fallbeispiels**

John wurde 2012 in der 5-Tage-Gruppe des AWO Kinder- und Jugendhauses „Sonnenhöhe“ aufgenommen. Er ist zu diesem Zeitpunkt acht Jahre alt. Es handelt sich hierbei um eine Gruppe, in der die Kinder von Sonntag bis Freitag betreut werden und an den Wochenenden nach Hause gehen. Die Kinder sind somit teilstationär untergebracht, nach § 34 SGB VIII.

Die Gruppe besteht aus einer Mehrtagesgruppe und einer flexiblen Tagesgruppe. Zwischen beiden Gruppen besteht keine Trennung, sie umfassen insgesamt 12 Kinder. Zum Zeitpunkt der Aufnahme von John war die Gruppe voll belegt, aber es wurde eine Überbelegung beantragt um John aufnehmen zu können. Vom Jugendamt hatten wir keinerlei Vorinformationen - außer, dass es sich bei John um einen „lieben Jungen“ handeln würde. Dies stellte sich dann aber aus unserer Sicht ganz anders dar. Er zeigte gleich zu Beginn Aggressionen gegenüber den Erziehern der Gruppe. Nach einiger Zeit

---

eskalierten die Situationen mit John zunehmend. In der Schule reagierte er gegenüber den Lehrern und Kindern meist aggressiv oder verweigerte die Mitarbeit im Unterricht. In der Gruppe verhielt sich John mehr und mehr unberechenbar, zeigte Flucht Tendenzen oder zerstörte Einrichtungsgegenstände (siehe Anhang, Kapitel 10.2).

## **7.2 Auswertungen des Entwicklungsverlaufes von John aus traumapädagogischer Sicht**

Hierbei möchte ich eine Auswertung des Fallbeispiels aus traumapädagogischer Sicht vornehmen. Ich nehme insbesondere Bezug auf die theoretisch erarbeiteten Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit, orientiere mich daran und ziehe Rückschlüsse auf den hier dargelegten Fall. Ich möchte den Fragen nachgehen: „Was fällt aus traumapädagogischer Sicht auf?“ und „Welche Folgen hat dies auf den pädagogischen Alltag?“.

Zuallererst gilt es zu klären, ob es sich im vorliegenden Fall wirklich um ein traumatisiertes Kind handelt bzw. ob Faktoren offensichtlich sind, die auf ein Trauma bei John hindeuten. Als Orientierung nutze ich den Erklärungsansatz nach Martin Sack.

War John in seiner Kindheit wiederholt Situationen emotionaler oder physischer Vernachlässigung ausgesetzt? Diese Frage kann eindeutig mit „ja“ beantwortet werden. Traumatische Ereignisse können nicht nur in der perinatalen und postnatalen Entwicklungsphase liegen, sondern auch in der pränatalen Entwicklungsphase. Vieles deutet daraufhin, dass die Mutter von John während der Schwangerschaft Extremstresserfahrungen gemacht hat. Die Mutter äußerte, dass sie während der Schwangerschaft über eine Abtreibung nachdachte und überfordert gewesen sei. Dies könnte bei dem Baby, durch die enge biologische Verbindung zur Mutter, zu einer Überflutung von Stresshormonen geführt haben. Das kindliche Stresssystem befindet sich zu dieser Zeit noch im Aufbau und hat entsprechend keine Regulationsmöglichkeiten (vgl. Scherwath/Friedrich 2012: 51). Auch nach der Schwangerschaft sei es, nach Aussagen der Mutter, zu Situationen der physischen Vernachlässigung gekommen, da sie John als „Schreibaby“ bezeichnete. Darauf habe die Mutter mit Aggressionen reagiert bzw. konnte sie nicht auf die Bedürfnisse des Kindes eingehen. Die verschiedenen Situationen sind prädestiniert für die Gefühle der Angst und Hilflosigkeit. Um den Erklärungsansatz von Andreas Rothe zu Rate zu ziehen, war John vermutlich intensiver lebensbedrohlicher Angst ausgesetzt, die nicht mit aktiven Handeln, wie z.B. Flucht oder Kampf,

---

bewältigt werden konnte. Diese Ereignisse bleiben im Körpergedächtnis als neuronale Verknüpfung verankert.

Welche Bedeutung haben diese Erkenntnisse aus bindungstheoretischer Sicht? Laut Aussage der Kindesmutter habe John bis zum achten Lebensmonat ein auffälliges Schreiverhalten gezeigt, auf welches sie nur bedingt mit liebevoller Zuwendung reagierte. Sie habe sich gegenüber dem Kind aggressiv gezeigt bzw. ließ ihn schreien. Michaela Huber, Psychologische Psychotherapeutin, beschreibt, dass das Entscheidende in den ersten 12 Lebensmonaten geschieht. In dieser Zeit machte John die Erfahrung, dass er um sein Leben kämpfen muss. Er entwickelte eine Bindungs- und Beziehungstraumatisierung mit desorganisiertem Bindungsverhalten.

In der Schule hatte John von Anfang an große Probleme. Es ist natürlich nicht von Vorteil, wenn ein Kind in eine neue Gruppe und Umgebung kommt und gleichzeitig die Schule wechseln muss. Bei John traf dies beides zu. John kam in eine Schule, die er nicht kannte. Alle Personen waren für ihn fremd. Aufgrund der bindungstheoretischen Erkenntnisse, wissen wir, dass dies bei John zu massiver Angst führte, da er kein sicheres Bindungsverhalten entwickeln konnte.

„Auch wenn Pädagogen didaktisch und pädagogisch noch so hervorragend ausgebildet sind, wird der Lernprozess eines Kindes miserabel sein, wenn ihm die Anwesenheit der Pädagogen Angst macht.“ (Brisch 2013: 150f.).

Erst, wenn in einem Kind ein Gefühl von Bindungssicherheit entstanden ist, weil die Angst durch die Bindungsperson gedämpft wird und Beruhigung entsteht, kann Lernen besonders gut stattfinden:

„Sobald sich die bindungsgestörten Kinder etwas sicherer fühlen – das ist manchmal erst nach mehreren Monaten zu beobachten – beginnen sie, ihre traumatischen Erfahrungen mit ihren Bindungspersonen zu reinszenieren. Wenn ein Kind mit seiner Bindungsperson (in der Pflegestelle) alte traumatische Situationen in Szene setzt, darf sich das Team ein Kompliment machen. Denn die Reinszenierung bedeutet, dass das bindungsgestörte Kind inzwischen soviel Vertrauen und Sicherheit verinnerlicht hat, dass es etwa seine Gewalt und seine Missbrauchserfahrungen in Form von sexualisiertem und aggressivem Verhalten angstfreier zeigen kann.“ (Brisch 2013: 163f.).

Diese Erkenntnis zeigt deutlich, warum sich John erst nach einiger Zeit massiv aggressiv gegenüber Erziehern und Kindern äußerte. Damit wäre bewiesen, dass er während seiner Zeit in der Gruppe Bindung aufgebaut hatte. Die Grenzen unserer Arbeit wurden aber auch gerade dann erst ersichtlich, als er sich sicher fühlte und gleichzeitig eine Gefahr für die Kinder bestand.

Das vorliegende Fallbeispiel zeigt sehr deutlich, welche „Not“ die traumatisierten Kinder, in diesem Falle ganz konkret John aber auch das Jugendamt, sowie die Einrichtun-

---

gen, die die Betreuung von John umsetzen sollen, haben. Die Vorgeschichte von John weist deutlich auf die Defizite im Umgang mit diesen Kindern hin bzw. Anders ausgedrückt: im Entwicklungsverlauf von John - also Kindergartenbesuch, Einschulung und teilstationäre Unterbringung, wird die Hilflosigkeit der Institutionen zum Umgang mit ihm deutlich. In allen Bereichen wurden die gleichen Erfahrungen gemacht, die zu einem „Rauswurf“ bzw. zum Abbruch in den jeweiligen Einrichtungen führten. Meiner Meinung nach, zeigt dies eindrücklich, dass ein Funktionieren solcher Kinder im Vordergrund steht bzw. dass das Kind sich an die bestehenden Möglichkeiten halten muss und diese nicht individuell an das Kind angepasst werden. Mir stellt sich auch die Frage, wie wichtig bei John die Einhaltung der Schulpflicht ist. Ist es möglich diese auszusetzen, um bei John eine Stabilisierung bzw. Sicherheit zu erreichen oder wäre in der Schule ein Einzelfallhelfer die bessere Alternative gewesen? Ich glaube, dass John auch auf den Einzelfallhelfer mit Aggressionen reagiert hätte, da es laut dem Kinder- und Jugendlichenpsychiater Karl Heinz Brisch, seinen Bindungserfahrungen entspricht, auf neue Beziehungen mit Aggressionen zu reagieren.

Eine vollstationäre Unterbringung des Kindes in einer traumapädagogischen Gruppe mit einer Aussetzung der Schulpflicht für mindestens ein Jahr, wäre meiner Meinung nach, viel zielführender. John muss die Möglichkeit erhalten, in Ruhe neue positive Bindungserfahrungen zu machen - ohne das Risiko eines erneuten Bindungsabbruches.

Zusammenfassend ergibt sich meines Erachtens diese Schlussfolgerung: Wir halten uns in der flexiblen Tages- und Mehrtagesgruppe des AWO JugendhilfeNetzes methodisch gut an die traumapädagogischen Standards. In struktureller Hinsicht besteht aber weiterhin Nachholbedarf.

## **8 Entwicklung von fachlichen Standards für den Umgang mit traumatisierten Kindern in der Mehrtagegruppe**

Wie in der vorliegenden Arbeit schon ausführlich theoretisch und praktisch beschrieben wurde, haben psychische Traumata immer deutlichere und konkretere Folgen und Auswirkungen auf die Entwicklung und Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen. Daraus ergibt sich die logische Konsequenz bzw. Notwendigkeit, die aktuellen Erkenntnisse der Traumaforschung, auch in pädagogischen Ansätzen zu berücksichtigen. Um die betroffenen Mädchen und Jungen gezielt unterstützen zu können, wurde die

---

Traumapädagogik entwickelt. Mein Ziel war es, für die flexible Tages- und Mehrtagesgruppe traumapädagogische Standards für den Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu entwickeln. Nach Recherche der Fachliteratur komme ich aber zu dem Entschluss, keine traumapädagogischen Handlungsweisen zu entwickeln, sondern die, die es schon gibt, vorzustellen. Dabei beziehe ich mich konkret auf die Entwicklung und Umsetzung einer verstehenden und wertschätzenden Haltung. Dazu dient als Orientierung das Positionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik (BAG). Ferner beschreibe ich die Entwicklung von „sicheren Orten“ und die Bedeutung der „pädagogischen Fachkraft als sicherer Bindungshafen“. Ich stelle die Umsetzung in der flexiblen Tages- und Mehrtagesgruppe vor bzw. nutze ich schon bestehende traumapädagogische Handlungsweisen. Folgende wichtige Erkenntnisse sollen als Begründung der Auswahl der Methoden dienen: In einem „sicheren Ort“ ergeben sich für die betroffenen Mädchen und Jungen die Möglichkeiten, neue, ergänzende Erfahrungen zu machen, sich selbst und ihre Handlungsstrategien verstehen lernen, Entwicklungshemmnisse aufholen und sichere Bindungserfahrungen machen. Das Entstehen und die Sicherung von tragfähigen und verlässlichen Beziehungen im Alltag sind ein wesentlicher Bestandteil der Traumapädagogik. Ziel ist dabei, eine soziale und emotionale Stabilisierung der Kinder und Jugendlichen, sowie der Aufbau von Vertrauen zu sich selbst und zu anderen (vgl. Lang/Schirmer/Lang u.a. 2013: 84 – 86).

## **8.1 Umsetzung einer verstehenden und wertschätzenden Grundhaltung**

Eine wertschätzende und verstehende Haltung bildet das Fundament der traumapädagogischen Arbeit. Es gilt die Ressourcen und Resilienz der Mädchen und Jungen zu berücksichtigen und zu verstehen, dass traumatisierte Kinder Überlebensstrategien entwickelt haben, um erlebtes Grauen zu überstehen. Um fachlich angemessen reagieren zu können, ist es unerlässlich, die Funktion und Auswirkung der Überlebensstrategien einordnen zu können (vgl. Lang/Schirmer/Lang u.a. 2013: 86 – 87).

Wichtig ist es, dass sich Begegnungen mit traumatisierten Menschen nicht beschreiben und vollziehen lassen, ohne dass sich die helfende Person mit ihrem eigenen Lebenszusammenhang, ihrer Erfahrungswelten und Voreinstellungen bewusst wird. Zu bedenken ist, dass eigene traumatische Erfahrungen reaktiviert werden und Eskalationen im Miteinander auslösen können. Wenn wir von „traumapädagogisch arbeiten“ sprechen, geht

---

es auch immer darum, sich mit der eigenen Persönlichkeit auseinanderzusetzen und dies erfordert Selbsterfahrungen und Selbstreflexivität.

Haltung kann auf mindestens zwei Arten verstanden werden. Zum einen das „Aus-Halten“ durch die pädagogischen Fachkräfte. Zum anderen sind damit die eigenen Einstellungen und Geisteshaltungen gemeint. Die Aufgabe der Pädagogen ist es, selbst Modell, Vorbild und Anker für die Kinder zu sein.

Dabei ist es wichtig, die Verhaltensweisen der traumatisierten Kinder und Jugendlichen zu würdigen und wertzuschätzen. Vor allem in der Hinsicht, dass diese Verhaltensweisen notwendig waren. Dabei erhalten die Kinder und Jugendlichen die Möglichkeit, ihr belastendes Verhalten im Kontext dieser Notwendigkeit zu reflektieren und möglicherweise alternative Verhaltensweisen zu entwickeln. Um diese Grundhaltung auch sprachlich umzusetzen, sollen folgende Formulierungen aus dem BAG Positionspapier dienen:

- „Du machst das weil, ...? „Ich mache das, weil ...!“ „Ich könnte mir vorstellen, Du machst das, weil ...!?“
- „Ich kann mir vorstellen, das war sehr hilfreich für Dich, um in der Unberechenbarkeit zurechtzukommen/zu überleben!“
- „Wir akzeptieren Dich, Deinen guten Grund und zeigen Dir auch, wenn wir nicht einverstanden sind, mit dem was Du tust!“ (Lang/Schirmer/Lang u.a. 2013: 87).

Diese Formulierungen können ein wichtiger Bestandteil bei der Reflektion von belastenden Verhaltensweisen sein, welche in den Elterngesprächen regelmäßig besprochen werden. Dabei können die Eltern gut mit einbezogen werden, indem auch sie verstehen lernen, dass diese Verhaltensweisen normal waren bzw. sind. Dies kann auch für Eltern entlastend wirken. Ferner erscheint es als logisch, auch die traumatisierten Kinder und Jugendlichen über das Thema Trauma aufzuklären. Dies kann in Gruppengesprächen bzw. in Elterngesprächen stattfinden.

„Alles was ein Mensch zeigt, macht einen Sinn in seiner Geschichte!“ (Lang/Schirmer/Lang u.a 2013: 87).

Wertschätzung kann beispielsweise - insbesondere für die sprachliche Umsetzung – mit folgenden Sätzen umgesetzt werden:

- „Ich schaue auf das, was du kannst.“
- „Ich achte deine Grenzen.“



- 
- „Ich respektiere deine bisherigen Lösungsversuche“ (Lang/Schirmer/Lang u.a. 2013: 88).

Zu einer wertschätzenden und verstehenden Haltung gehören auch Transparenz und Spaß, sowie Freude im Gruppenalltag. Das bedeutet in Bezug auf die Gruppe, dass wir alle auf Transparenz in Strukturen und Hierarchien achten. Die Kinder und Jugendlichen dürfen die Erzieher jederzeit etwas fragen und bekommen eine Erklärung was, wann, wo und vor allem warum etwas passiert.

Wir achten im Gruppenalltag darauf, dass wir gemeinsam Spaß haben und erleben uns somit als Gemeinschaft. Die Erzieher bringen eigene Ideen und Vorlieben ein, um die Kinder und Jugendlichen mit ihrer Freude anzustecken. Wir können auch über uns selbst lachen und zeigen eine beruhigende Gelassenheit (vgl. Lang/Schirmer/Lang u.a. 2013: 89).

## **8.2 Partizipation**

Als Möglichkeiten für die praktische Umsetzung von Partizipation nutze ich das Partizipationskonzept der flexiblen Tages- und Mehrtagesgruppe. Die Kinder sollen Autonomie erleben: „Ich kann etwas entscheiden“, Kompetenz erleben: „Ich kann etwas bewirken“ und Zugehörigkeit erleben: „Ich gehöre dazu und werde wertgeschätzt“ (Lang/Schirmer/Lang u.a. 2013: 88).

„Für die praktische Umsetzung dieser drei Ebenen dient das Partizipationskonzept (zu finden im Anhang 10.4), welches in der flexiblen Tages- und Mehrtagesbetreuung handlungsleitend ist.

## **8.3 Richtlinien für sozialpädagogisches Handeln im Kontext traumatisierter Kinder und Jugendlichen**

Im Folgenden stelle ich die Richtlinien des BAG Traumapädagogik vor, mit dem Ziel, dass diese in der flexiblen Tages- und Mehrtagesgruppe Anwendung finden.

Wir arbeiten nicht nach dem verhaltensorientierten Zugang sondern konzentrieren uns auf den Verstehensorientierten Zugang. Dabei haben wir folgende Zielsetzungen:

1. Herstellen von Sicherheit,
2. Reduzieren und Vermeiden von Stress,

- 
3. Unterstützung von sicheren Bindungsentwicklungen,
  4. Unterstützen von positiven Selbstbildern,
  5. Ressourcenorientierung (vgl. Scherwath/Friedrich 2012: 61f.).

Ferner wenden wir ein traumaspezifisches Symptomverstehen an. Der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie Lutz Besser schlägt folgende Frage vor: „Was von der präsentierten Symptomatik könnte fragmentarischer Teil oder kompensatorische Reaktion eines traumatischen Ereignisses sein?“ (Scherwath/Friedrich 2012: 66, zit. n. Besser 2008: 21).

Ziel dabei ist es, ein aktuelles Symptom im Zusammenhang zu sehen und für die Mädchen und Jungen damit akzeptabler zu machen. Das bedeutet konkret für unsere Gruppe, dass wir uns beispielsweise bei selbstverletzendem Verhalten von Kindern oder Jugendlichen folgende Frage stellen müssen: Wann in seinem Leben ist dieses Kind oder der Jugendliche schon einmal sehr verletzt worden?

Bei Gefühlskälte sollten wir uns diese Frage stellen: Wann im Leben der Kinder und Jugendlichen war es vielleicht sinnvoll, nichts zu spüren?

Und bei aggressivem Verhalten - diese Frage: Wann war es in der Vorgeschichte notwendig, zu kämpfen und sich zu wehren? (vgl. Scherwath/Friedrich 2012: 66).

## **8.4 Pädagogische Orte als sichere Orte**

Für die traumatisierten Kinder und Jugendlichen ist es von Bedeutung, ein Gefühl von Sicherheit und Verstandensein zu bekommen. Was dazu notwendig ist, wird in diesem Kapitel näher beschrieben.

Folgende zwei Zitate sollen die Notwendigkeit von „sicheren Orten“ untermauern:

„Gerade Traumapädagogen weisen jedoch daraufhin, dass der Gedanke des sicheren Ortes in der Gestaltung traumapädagogischer Konzepte zunächst die Schaffung eines äußeren sicheren Ortes bedeutet, um Grundlagen und Voraussetzungen für innere sichere Orte zu schaffen.“ (Scherwath/Friedrich 2012: 70).

„Ohne einen äußeren Sicherer Ort kann kein innerer Sicherer Ort entstehen.“ (Scherwath/Friedrich 2012: 70, zit. n. Uttendörfer 2009: 12).

Die folgenden Fragen dienen als Orientierung für eine Umsetzung der „sicheren pädagogischen Orte“: „Wie sicher sind unsere Angebote?“ (Scherwath/Friedrich 2012: 70, zit. n. Kühn 2009: 32). „Sind wir wertschätzend gegenüber den Kindern und Jugendlichen unserer Gruppe und uns selbst?“. „Akzeptieren wir auch Fehler?“. „Haben wir eine offene Kommunikation?“ (Scherwath/Friedrich 2012: 72).

---

In der flexiblen Tages- und Mehrtagegruppe sind die Regeln der Gruppe öffentlich einsehbar und werden mit den Kindern besprochen. Die Kinder wissen, welcher Erzieher, wann im Dienst ist. Beginnt ein Erzieher seinen Dienst, begrüßt er die anwesenden Kinder und beendet ein Erzieher seinen Dienst, verabschiedet er sich von den Kindern. In der Gruppe gibt es einen Dienstplan. Jedes Kind weiß, für was es wann zuständig ist und die Kinder und Jugendlichen verteilen -mit Unterstützung der Erzieher- die Dienste selbständig. Einmal in der Woche findet ein Zimmertag statt. Dieser Tag ist, wenn möglich, immer derselbe Tag. In der Gruppe achten wir auf die Einhaltung von Ritualen: beispielsweise, wenn die Kinder aus der Schule oder aus dem Kindergarten kommen, nehmen sie ihr Mittagessen ein. Anschließend erfolgt – entsprechend dem individuellen Bedürfnis des Kindes – eine Mittagsruhe. Am Abend findet das abendliche Vorlesen und Gute-Nacht-Sagen statt. Diese Rituale werden nicht an das Verhalten gekoppelt, sondern dienen als Sicherheitsinsel in den Wogen des Alltags.

Wir sind bemüht, Stresssituationen rechtzeitig zu erkennen, um eine Eskalation verhindern zu können. Die Erzieher forschen gemeinsam mit den Kindern und Jugendlichen nach den Situationen, in welchen die Anforderungen und Bedingungen als Trigger fungieren und Stress auslösen. Die Anforderungen orientieren sich an den individuellen Ressourcen und Einschränkungen des Einzelnen. Die Regeln sind allgemeingültig, aber individuelle Lösungen und Absprachen sind jederzeit möglich. Mit den Kindern und Jugendlichen wird der aktuelle Hilfeplan besprochen und sie werden intensiv auf Hilfesprechgespräche vorbereitet, in dem sie eigene Wünsche und Vorstellungen äußern können.

Wir achten darauf, den Kindern und Jugendlichen „Heile Räume“ zu bieten. Wenn möglich, erhält jedes Kind sein eigenes Zimmer. Bei der Ausgestaltung (z.B. Anbringen eigener Fotos etc). wird es durch die Erzieher unterstützt. An der Tür eines jeden Zimmers, wird das jeweilige Bild des Kindes angebracht. Die Räumlichkeiten, in denen sich alle Kinder der Gruppe aufhalten, werden jahreszeitlich geschmückt. Es werden Regeln zum Betreten der Zimmer festgelegt. Vor dem Betreten der Zimmer wird angeklopft. Es werden Möglichkeiten zum Abschließen geschaffen und eigene Wertgegenstände können sicher verwahrt werden, z.B. im Tresor.

Wir achten auf Gewaltfreiheit. Werden beispielsweise Regeln missachtet, wie z.B. unerlaubtes Betreten eines Zimmers, wird das dahinterstehende Ziel und Bedürfnis angesprochen. Die Hintergründe und Folgen von Gewalt werden angesprochen, z.B. „Wie würdest du dich in der Situation fühlen?“.

---

Es finden gemeinsame Gruppenaktivitäten statt, wie z.B. einmal im Monat ein Gruppengespräch.

## **8.5 Die Fachkraft als sicherer Hafen – Bindungsorientierung**

Die Erzieher achten auf Feinfühligkeit, verhalten sich aufmerksam gegenüber dem Kind, nehmen seine Signale wahr und interpretieren diese richtig. Bei Nichteinhaltung der Regeln erfolgt eine angemessene und prompte Reaktion. Die Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen werden nicht als feindselig oder aktiv manipulativ interpretiert. Dabei wird die Feinfühligkeit erhöht, in dem die darin enthaltenen Bedürfnisse, Empfindungen, Nöte oder positive Absichten erkannt werden (vgl. Scherwath/Friedrich 2012: 84).

Dargebotene Verhaltensweisen werden zu allererst einmal ohne Erklärungen verstanden und es erfolgt - unter Berücksichtigung der alters- und entwicklungsangemessenen Bedürfnisse – eine adäquate Form der Beantwortung (vgl. Scherwath/Friedrich 2012: 84). Eine feinfühligkeitsvolle Beantwortung der Signale erfolgt über folgendes angemessenes Verhalten:

- Eine verständnisvolle und liebevolle Sprache gegenüber dem Kind.
- Ein ruhiger, liebevoller Tonfall in Absprache und Gespräch.
- Einen gut auf den anderen abgestimmten Rhythmus, Blickkontakt sowie
- Eine dem Gegenüber zugewandte Körperhaltung (Scherwath/Friedrich 2012: 85, Brisch 2009).

Aufgrund des Bezugserziehersystems (jeder Erzieher hat für drei Kinder die Hauptverantwortung, kümmert sich um die Belange und ist maßgeblich an der Beziehungsgestaltung beteiligt) haben die Kinder eine „sichere“ Bezugsperson. Sie wissen, welcher Erzieher, wann da ist. Fehlverhalten wird nicht mit Time-out-Ansätzen beantwortet, sondern mit Time-intensiv. Extreme Verhaltensphänomene werden als Ausdruck einer inneren Not interpretiert, die zugleich von einem aktivierten Bindungssystem begleitet wird (vgl. Scherwath/Friedrich 2012: 85). Demzufolge bleibt der Erzieher während einer schwierigen Situation auch weiterhin beim Kind. Weiterhin bedeutsam ist das Anwenden einer mitfühlenden Sprache. Dies kann beispielsweise mit folgenden Methoden realisiert werden:

- 
- Spiegeln des Inhalts einer Aussage des Anderen,
  - das Identifizieren und Benennen von Gefühlen und Intentionen, die hinter dem Verhalten stecken können,
  - das Heraushören und Verbalisieren eines Gefühls, was in einer Äußerung steckt,
  - handlungsbegleitende Kommentare (vgl. Scherwath/Friedrich 2012: 88).

## 9 Zusammenfassung

Ich habe den Versuch unternommen, mich dem Thema Trauma -soweit möglich- interdisziplinär anzunähern (sozialpädagogisch, traumapädagog., neurobiologisch). Es wurde auch auf strukturelle, organisatorische Begebenheiten geschaut und die Fachkraft als "sicherer Hafen" fokussiert.

Ich erhebe keinen Anspruch auf wissenschaftliche Vollständigkeit- der Anspruch war eher, erworbene Erkenntnisse aus der Traumaforschung auf die praktische Arbeit in der flexiblen Tages- und Mehrtagsgruppe "umzumünzen", eigenes Handeln anhand eines Fallbeispiels zu reflektieren, Richtlinien für den Umgang erarbeiten, sodass langfristig Überforderungssituationen bei pädagogischen Fachkräften abgebaut werden

Eventuell kann vorsichtig die Prognose gestellt werden, dass (durch zunehmenden Leistungsdruck in der Schule, der Wandel der Familienentwicklung, die Zunahme der "Multiproblemfamilien", alles wird immer schnelllebiger und unbeständiger, insgesamt schwierige gesellschaftliche "Rahmenbedingungen" usw.) die pädagogische Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen immer mehr an Bedeutung zunimmt. Meine Darstellungen insbesondere die des Fallbeispiels unterstreichen den Wert eines traumaspezifischen Basiswissens für die Praxis (in der Heimerziehung), die auch sensibel ist für die häufig "nur" versteckt geäußerten und/oder ambivalent erscheinenden Bedürfnisse der Kinder/Jugendlichen.

Insbesondere die individuelle Zuwendung, die für die Beziehungsgestaltung und dem Erwerb neuer positiver Bindungserfahrungen so wichtig ist, gerät in den Hintergrund. Wenn es die Aufgabe der Erzieher ist, die Kinder gegenseitig vor sich selbst zu schützen, dann sollte man eventuell eine Gruppe teilen oder die Gruppengröße verringern. Hierbei dient das Positionspapier der BAG Traumapädagogik als Orientierung, welches eine Gruppengröße von sieben Kindern vorsieht.

---

Ich möchte mit meiner Bachelorarbeit alle pädagogischen Fachkräfte, die regelmäßig mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen beruflich tätig sind, zum Nachdenken anregen. Diese Fachkräfte sind, nach theoretischer und praktischer Aufarbeitung des Themas Trauma, meiner Auffassung nach, der Schlüssel für eine gelingende traumapädagogische Arbeit. Wir alle, die mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen tätig sind, müssen uns unserer Verantwortung, besonders für uns selbst bewusst sein. Insbesondere die Fragen „Was brauche ich damit es mir gut geht?“ und „Was brauchen die Kinder und Jugendlichen, damit es ihnen gut geht?“ sind von wesentlicher Bedeutung. Folgende Fragestellungen und Gedanken sind dabei relevant: „Vieles ist nicht so, wie es scheint.“ „Habe ich eventuell eigene traumatische Anteile und wirken diese sich in meinem beruflichen (und privaten) Handeln aus?“. „Reflektiere ich meine eigenen Handlungsweisen und hinterfrage ich diese?“. Vor allem sollten wir uns von (Be-)Wertungen der Verhaltensweisen der traumatisierten Kinder und Jugendlichen und auch deren Eltern verabschieden. Die Sozialpädagogik kann, meiner Meinung nach, dazu einen großen Teil beitragen: Sie hat die Aufgabe, das Verbindungselement zwischen dem Kind und der Beteiligten an der Hilfe zu sein. Eine große Herausforderung wird es sein, interdisziplinär wirksam zu werden und dabei eine Vernetzung aller Beteiligten der Hilfe herzustellen. Die Jugendämter, die Jugendhilfeeinrichtungen, die Schulen, die Therapeuten usw. sollten sich ihrer Verantwortung bewusst sein und ein Zusammenwirken anstreben.

„Man weiß nie, was daraus wird, wenn die Dinge verändert werden. Aber weiß man denn, was daraus wird, wenn sie nicht verändert werden?“ Elias Canetti

Machen wir uns auf den Weg! In diesem Sinne schließe ich meine Bachelorarbeit mit folgendem Zitat ab: „Liebe mich dann, wenn ich es [scheinbar] am wenigsten verdient habe, denn dann brauche ich es am meisten“ (anonym).

---

## 10 Anhang

### 10.1 Anamnese des Fallbeispielles John

John wurde am 03.12.2012 in der 5-Tage-Gruppe des AWO Kinder- und Jugendhauses „Sonnenhöhe“ aufgenommen. Er ist zu diesem Zeitpunkt acht Jahre alt. Es handelt sich hierbei um eine Gruppe, in der die Kinder von Sonntag bis Freitag betreut werden und an den Wochenenden nach Hause gehen. Die Kinder sind somit teilstationär untergebracht, nach § 34 SGB VIII.

Im Vorfeld der Aufnahme von John erhielten wir durch das Jugendamt Zwickau den Hilfeplan gemäß § 36 SGB VIII bzw. den Teil 1 – Sozialbericht. Dieser enthielt folgende Informationen: Die Kindesmutter und ihr Ehemann, der nicht der leibliche Vater von John ist, leben von Leistungen des Jobcenters und dem Kindergeld. Sie bewohnen gemeinsam eine 3-Raum-WE in einem Neubaugebiet. Die Wohnung ist komplett und gemütlich eingerichtet aber zum Teil etwas unordentlich. John hat sein eigenes Zimmer. Die Kindesmutter und ihr Ehemann sind sehr aufgeschlossen und liebevoll im Umgang mit John. Vermutlich gibt es jedoch nur wenig Grenzen und Konsequenzen für ihn. Er kennt seinen leiblichen Vater nicht. Dem Jugendamt nach, lebt der Kindsvater in den alten Bundesländern aber es besteht keinerlei Kontakt. Die Mutter und ihr Mann sind bereit Hilfen zur Erziehung anzunehmen und entsprechend mitzuwirken.

Laut Kindesmutter wurde John spontan entbunden, ohne sonderliche Auffälligkeiten. Im Jahr 2005 wurden Probleme am Gehör deutlich, weshalb John Paukenröhrchen eingesetzt bekam. Es wurde bei ihm eine ADHS durch den Kinder- und Jugendpsychiater festgestellt. Daraufhin bekam John Medikamente, morgens 1 Kapsel Medikinet und eine Tablette Ritalin.

John besucht die zweite Klasse in einer Schule für Erziehungshilfe. In den einzelnen Unterrichtsfächern wäre er sehr bemüht und würde gute Leistungen erzielen.

John fiel bereits im Kindergarten durch aggressives Verhalten auf und der Kita-Vertrag wurde vorzeitig durch die Einrichtung gekündigt. Die Kindesmutter organisierte daraufhin einen Klinikaufenthalt für John in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Chemnitz, wo er vom 10.02. – 12.04.2011 zur Diagnostik war. Das Ergebnis der Diagnostik wird später noch ausführlich beschrieben.

John wurde in einer Grundschule für Hörgeschädigte eingeschult. Gleich zu Beginn zeigten sich erneut Auffälligkeiten. Er verweigerte die Schule, lief aus dem Internat, in welchem er in der Woche untergebracht war, weg und trat wieder aggressiv gegenüber Kindern und Erwachsenen auf. Seitens der Schule wurde ein Überprüfungsverfahren für eine Schule für Erziehungshilfe angeregt und der Förderbedarf dahingehend bestätigt. Aus unklaren Gründen meldete die Kindesmutter John trotzdem an einer Grundschule

---

in ihrem Wohnort an. John war mit 25 Mitschülern völlig überfordert und reagierte mit massiv aggressivem Verhalten. Er trat Mitschüler, biss seine Banknachbarin und machte auch vor der Lehrerin nicht Halt.

Von seinen Interessen war Folgendes bekannt: Er spielt gern im Freien, fährt Fahrrad und tobt auf dem Spielplatz. Auf Grund seines Verhaltens hat er nur wenige Freunde in seinem Umfeld. Die Hauptbezugspersonen sind die Kindesmutter und deren Mann.

Das Jugendamt beschreibt John auf der einen Seite als sehr liebenswert, sehr höflich und im Gespräch mit dem Sozialarbeiter als kommunikativ und aufgeschlossen. Schule und Kita beschreiben eine aggressive Seite.

Laut der Kindesmutter und deren Mann ist John sportlich und begeisterungsfähig. Er kann sein Verhalten sehr gut beschreiben, weiß aber nicht, wie es zu seinen Ausrastern kommt.

Durch die Unterbringung in der Mehrtagegruppe erwartet die Mutter ein harmonischeres Familienleben. John möchte „gut sein“ und gefallen. Der Ehemann der Mutter hat keinerlei Erwartungen. Der verantwortliche Sozialarbeiter erwartet für John feste Strukturen, einen geregelten Tagesablauf, die Sicherung des Schulbesuches und die Unterstützung im Umgang mit Gleichaltrigen sowie im Gruppenverhalten.

Daraufhin erfolgte ein Hilfeplan gemäß § 36 SGB VIII bzw. Teil 3 – Zielformulierung. Folgende Wirkungsziele wurden festgelegt:

- John hat feste Strukturen und einen geregelten Tagesablauf.
- Er besucht die Schule regelmäßig, ist integriert und verhält sich dort angepasst.
- John kann sich in Kindergruppen einfügen und entsprechend verhalten.
- Seine Konzentration ist gestärkt.
- John hat eine sinnvolle Freizeitbeschäftigung.
- Die Kindesmutter und ihr Ehemann sind sicher und konsequent im Umgang mit John.

Für die Umsetzung der Wirkungsziele wurden folgende Teilziele festgelegt:

- John bekommt Sicherheit und stabilisiert sich zunehmend.  
Durch die Wohngruppe bekommt er Stabilität im Tagesablauf. Durch konsequentes Verhalten bekommt er Sicherheit in aggressiven Momenten. John hält die Regeln der Gruppe ein und verletzt niemanden.
- John wird zunehmend in die Gruppe integriert.  
Er verletzt andere Kinder nicht. Er bemüht sich an Aktivitäten in der Gruppe, ohne Aggressionen, teilzunehmen. John akzeptiert auch „Auszeiten“.
- John verbleibt an der Schule.



---

Er bemüht sich um angepasstes Verhalten in der Klasse und schlägt keine Kinder und Erwachsene.

Mit der Schule gibt es eine enge Zusammenarbeit zwischen Wohngruppe, Eltern und Lehrer. Es finden dabei gemeinsame Lehrergespräche statt.

- Familien- und Traumatherapie werden von den Eltern und John wahrgenommen in der Einrichtung.

Die Familie nimmt an gemeinsamen Therapiesitzungen teil und es besteht eine intensive Zusammenarbeit mit der Therapeutin. Die Therapeutin begleitet die Kindesmutter und John intensiv, im Rahmen der Therapie.

## 10.2 Entwicklungsverlauf von John

Gleich zu Beginn soll darauf hingewiesen werden, dass John zur Zeit der Aufnahme das 13. Kind der Gruppe war und eine Überbelegung beantragt werden musste. Die Aufnahme von John erfolgte an einem Sonntagabend - ohne die Gruppe vorher gesehen bzw. ohne vorher die Erzieher kennen gelernt zu haben. Die Eltern hatten sich die Einrichtung vorab angeschaut und waren eine Woche vor der Aufnahme zu einem Elterngespräch in der Gruppe bei dem jeweiligen Bezugserzieher für John. Am Abend der Aufnahme waren nur vier Kinder anwesend und es war genügend Zeit, um dem Kind die Räumlichkeiten der Gruppe zeigen zu können und für einen ersten Beziehungsaufbau. Mit der Schule und dem Jugendamt vereinbarten wir, für den ersten Schultag einen schulfreien Tag für John, um eine erste Eingewöhnung in die Gruppe ermöglichen zu können. Gleich am ersten Tag der Aufnahme, reagierte John mit Treten und Spucken, bei Aufforderungen durch die Erzieher. Er wurde gegenüber einer Kollegin sofort tätlich aggressiv, tritt und bespuckte sie. In der nächsten Zeit jedoch fügte er sich schnell in den Gruppenalltag ein, fand Anschluss bei den anderen Kindern der Gruppe und akzeptierte weitestgehend die Entscheidungen der Erzieher. John erhielt sein eigenes Zimmer, um ihm einen „sicheren Ort“ bieten zu können, der ihm auf der einen Seite einen Rückzugsraum und auf der anderen Seite Stabilität und Sicherheit verleiht. Gleich zu Beginn der Hilfe führten wir im Team mit einem externen Supervisor eine Supervision durch. Dabei zeigte sich deutlich, dass John im Moment zwar Auffälligkeiten vorhanden sind, diese jedoch noch nicht in voller Ausprägung. Auch, dass John seinen leiblichen Vater nicht kennt und die Mutter es ihm auch nicht sagen möchte, kann sich negativ auf das Kind auswirken. Im Ergebnis kamen wir gemeinsam zu dem Schluss, dass John unbedingt Sicherheit und Stabilität benötigt. Um dies zu realisieren, wollten wir ihm einen „sicheren Ort“, in Form unserer Gruppe, bieten. Wichtig war es, die Erzieher für den Fall zu sensibilisieren und deutlich zu machen, dass es sich um ein höchst traumatisiertes Kind handelt, der nur wenig positive Beziehungserfahrungen in seinem bisherigen Leben machen konnte.

---

Nach ca. sechs Wochen zeigte er grenzenloses und aggressives Verhalten. Insbesondere bei Anforderungen reagierte er sofort und scheinbar ohne ersichtlichen Grund aggressiv. Dies äußerte sich in verbalen Beleidigungen, Beschimpfungen sowie Spucken, Beißen, Schlagen und Tritten gegenüber den Erziehern. John geriet dabei meist so außer Kontrolle, dass er nur schwer zu beruhigen war bzw. musste er vor sich selbst und andere geschützt werden. Besonders nach dem Aufstehen am Morgen konnte John sich nur schwer an die Abläufe gewöhnen: Es bereitete ihm Schwierigkeiten aufzustehen, sich anzuziehen und das Frühstück einzunehmen. Er zeigte teilweise eine Verweigerungshaltung und lehnte es ab, etwas zu essen und seine Tabletten einzunehmen. Meist suchte er scheinbar nach Möglichkeiten zur Provokation und dies führte zu heftigen Konflikten. Dabei wurde er verbal aggressiv und äußerte sich mit Sätzen, wie z.B. "Halt die Schnauze" oder "Du hast mir gar nichts zu sagen". Teilweise spuckte er beim Zähneputzen die Zahnpasta an die Bekleidung der Erzieher. Auch während des pädagogischen Alltages kam es immer wieder und gehäuft als zu Beginn der Hilfe zu heftigen Konflikten.

Auch in der Schule gab es von Anfang an mehrere und erhebliche Verhaltensverstöße. Er schlug gleich in der ersten Schulwoche der pädagogischen Unterrichtshilfe ins Gesicht und konnte nur mit viel Mühe beruhigt werden. Im März 2013 kam es zu einer schriftlichen Verwarnung mit der Androhung eines Klassenleiterverweises für John. Begründet wurde dies mit dem Attackieren seiner Mitschüler und der pädagogischen Unterrichtshilfe mit Fußtritten, Schlägen, Beleidigungen und Drohungen. In akuten Situationen wurde er aus der Klasse isoliert und vor der Tür seine Aufgaben erledigen. John suchte laut Schule jede Möglichkeit zur Provokation und Konfrontation. Er zerstörte die an ihn ausgegebenen Arbeitsmittel und zeigte keinerlei Kooperationsbereitschaft. Er störte den Unterricht aktiv, in dem er laut rülpste, permanent an die Tür klopfte und die Klassenlehrerin beleidigte. Häufig kam es vor, dass die Schule in der Einrichtung anrief und John eher geholt werden musste. Daraufhin fand mit allen Beteiligten (Klassenlehrerin, Schulleiterin, Familien- und Traumatherapeutin und Erzieher der Einrichtung) ein Lehrergespräch statt. Bei diesem Gespräch wurde deutlich, wie wenig den Lehrkräften das Thema Trauma bekannt war. Auch das Wissen um die Ursachen von John`s Verhalten oder um die Folgen des eigenen Verhaltens (z.B. Gegenübertragung) war (aus meiner Sicht) kaum gegeben. Die Lehrer fühlten sich von John persönlich angegriffen und reagierten mit Strafmaßnahmen, wie John aus der Klasse entfernen, so dass er alleine vor der Türe seine Aufgaben erledigen musste und das Abschreiben der Hausordnung. Viel Wert legten sie darauf, dass sich John für seine Ausraster entschuldigt. Als Ergebnis des Gespräches führten die Lehrer für John ein Belohnungssystem ein und erhielten von unserer Traumatherapeutin Hinweise zum Umgang mit John.

In der Einrichtung kam es immer wieder zu Regelverletzungen. John lehnte es ab, seinen Zimmertag zu machen, nutzte die Reinigungsgeräte, wie z.B. einen Besen als Mit-

---

tel, um andere Kinder zu verletzen. Dabei fügte er einem anderen Jungen eine Platzwunde zu. Die Situation spitzte sich mehr und mehr zu. Die Kinder der Gruppe hatten teilweise Angst vor ihm und die Erzieher waren immer wieder Gefühlen von Hilflosigkeit, Ohnmacht aber auch Wut ausgesetzt. Insbesondere der Umgang mit den Gruppenregeln stellte das Team vor scheinbar unlösbare Konflikte, da es John fast nie gelang, sich an die Regeln zu halten. Um einigermaßen auf ihn einwirken zu können, kam es in verschiedenen Situationen zu einer Regelaufweichung bzw. beschlossen wir, individuell auf die Situationen zu reagieren. Um eine 1:1 Betreuung in besonders eskalierenden Situationen zu ermöglichen, wurden Fachleistungsstunden beantragt. An drei Tagen der Woche erhielten wir für jeweils fünf Stunden eine zusätzliche Unterstützung für die Gruppe. Schnell erwies sich dies aber als zu wenig bzw. als ungeeignete Maßnahmen, da sich die Eskalationen natürlich nicht auf die drei Tage und jeweils fünf Stunden beschränkten, sondern John scheinbar gut darauf reagieren konnte. Meist eskalierte es an solchen Tagen nicht.

Mit dem behandelnden Kinder- und Jugendpsychiater fand regelmäßig ein Austausch in seiner Praxis statt. Die Interventionen beschränkten sich fast ausschließlich auf die Medikamentengabe. Die Dosis und die Art der Medikamente variierten.

In der Schule kam es weiterhin zu massiven Regel- und Grenzverletzungen durch John. äußerte zu diesem Zeitpunkt eine Gefährdung für die Klasse und die Lehrer. Daraufhin signalisierte die Schule, dass dieses Verhalten nicht geduldet wird und ein Schulausschluss drohen könnte. Gemeinsam mit der Klassenlehrerin, der pädagogischen Unterrichtshilfe, der Schulsozialarbeiterin, der Familientherapeutin, dem Erzieher und den Eltern wurde das Verhalten analysiert und gemeinsam nach Lösungen gesucht. John erhielt daraufhin einen verkürzten Unterricht, um die auf ihn wirkenden Reize etwas zu reduzieren und den Druck zu mindern. Die Verhaltensverstöße ereigneten sich meist um die Mittagszeit bzw. am Nachmittag. Die Hoffnung lag darin, die Anforderungen an ihn etwas zu reduzieren, den drohenden Schulausschluss dadurch zu vermeiden und das Konfliktpotenzial etwas zu verringern. Dies zeigte nicht den erhofften Erfolg. John wurde noch im März 2013 ein Schulleiterverweis ausgesprochen - mit der Begründung, dass zum wiederholten Male Verhaltensverstöße gegenüber Lehr- und Erziehungspersonal aufgetreten sind. John schrie die Klassenlehrerin an, schlug ihr auf die Schulter, drohte ihr mit der Faust, bespuckte sie und schmiss einen Stuhl nach ihr. Auch verbal kam es immer wieder zu Entgleisungen. Es fand stets weiterhin ein enger Austausch mit der Schule statt, um auftretende Konflikte schnell lösen zu können.

Im Oktober 2013 kam es dann endgültig zu einem Ausschluss von der Schule für John. Dieser Ausschluss sollte ca. drei Wochen dauern - unter Angabe folgender Gründe: John schlug auf dem Weg zur Sporthalle einen Mitschüler mit voller Wucht ins Gesicht, da er sich angerempelt fühlte. Der Schüler erlitt daraufhin eine starke Schwellung der

---

rechten Wange. Im September schlug John zwei Mitschüler unvermittelt ins Gesicht. Ein Schüler erlitt davon Nasenbluten und ein geschwollenes Auge. Des Weiteren kam es immer häufiger zu Verhaltensverstößen, die Lehrer und Schüler mehr und mehr verängstigten. Laut Schule war teilweise kein Unterricht mehr möglich. Die Schulleiterin gab den Hinweis, den Ausschluss bis zu den Herbstferien zu verlängern und forderte für den Anschluss eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik. Daraufhin erfolgte ein außerplanmäßiges Hilfeplangespräch mit dem Ergebnis, dass John so bald als möglich in eine Kinder- und Jugendpsychiatrie eingewiesen wird und in der Zwischenzeit eine geeignetere Hilfe für ihn gesucht wird. Mit John wurde dies gemeinsam besprochen. Problematisch war, dass zu diesem Zeitpunkt kein Platz in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie frei war. Frühesten möglicher Termin war Januar 2014.

Nachdem für alle Beteiligte feststand, dass John in eine Klinik zur Diagnostik soll und anschließend eine neue Hilfeform für ihn gesucht wird, kam es zu noch massiveren Verhaltensverstößen des Kindes.

Die Tatsache, dass er nicht mehr die Schule besuchen durfte, führte dazu, dass er sich morgens anzog und unbedingt in dorthin wollte. Dabei beleidigte er die Erzieher und schrie wild um sich. Mehr und mehr äußerte er, dass er sofort in eine Klinik und dort bleiben möchte.

Scheinbar provozierte er sogar eine solche Situation, in der ein Notarzt gerufen werden musste, denn er tobte so massiv, dass er nur mit viel Mühe beruhigt werden konnte. Daraufhin entschied sich die Einrichtungsleitung einen Notarzt zu rufen. Er wurde in die Kinderklinik gebracht. Dort konnte er aber nur zwei Tage bleiben und anschließend wurde er wieder entlassen. Eine weitere Betreuung von John in unserer Gruppe war daraufhin nicht mehr möglich, weil eine akute Gefährdung für die Kinder unserer Gruppe bestand und auch für John selbst. Er schlug z.B. seinen Kopf gegen die Wand, warf Sachen aus dem Fenster, stellte sich auf das Fensterbrett und äußerte, nicht mehr auf der Welt sein zu wollen. In Absprache mit dem Jugendamt und den Eltern wurde John nach Hause beurlaubt. Die Kindesmutter beantragte kurzzeitig die Aufnahme in einer Inobhutnahme. Dort verblieb John für ca. zwei Wochen und befindet sich nun in einer neuen Wohngruppe.

### **10.3 Epikrise von John der Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Im Alter von sieben Jahren beantragte die Kindesmutter von John die Aufnahme in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Einweisung erfolgte über die zu der Zeit behandelnde Kinder- und Jugendärztin von John - mit den Diagnosen, „Verhaltensstörungen und Aggressivität“.

Zur frühkindlichen Entwicklung äußerte die Kindesmutter, dass John ein auffälliges Schreiverhalten bis zum achten Lebensmonat zeigte. Durch Gespräche mit der Famili-

---

entherapeutin und der Kindesmutter wurde deutlich, dass die Mutter sich während und auch nach der Schwangerschaft überfordert fühlte. Sie hatte laut eigener Aussage, während der Schwangerschaft. Sie äußerte auch, dass sie während der Schwangerschaft Abtreibung in Erwägung zog. Jedoch entschied sie sich dagegen. Sie fühlte sich in der Schwangerschaft und auch danach allein gelassen und hilflos. Auf das häufige Schreien von John konnte sie nur bedingt mit liebevoller Zuwendung reagieren. Laut Kindesmutter ließ sie John dann schreien oder reagierte mit Aggressionen ihm gegenüber. Die Trotzphase von John, so beschreibt es die Mutter, bestand aus tätlichen Aggressionen, Schreien und einer Zerstörungswut.

Die Integration in eine Kindertageseinrichtung erfolgte im Alter von drei Jahren. Es fanden zwei Einrichtungswechsel statt, die bedingt durch familiären Umzug waren. John hätte keinerlei Eingewöhnungsschwierigkeiten gehabt. Nach einiger Zeit jedoch gab es die Rückmeldungen der Einrichtungen, dass John tätliche Aggressionen und Wutanfälle mit Schreiattacken zeigt. Eine 1:1 Betreuung wäre unabdingbar. Man entschied sich trotzdem für eine reguläre Einschulung - jedoch in eine Hörgeschädigten-schule, (aufgrund von Hörschwierigkeiten, die mit fünf Jahren festgestellt wurden). Daraufhin erhielt John Paukenröhrchen.

Aus dem psychischen Befund geht folgendes hervor:

- auffällig geminderte Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung,
- in der Interaktion anfänglich überwiegend distanzgemindert, demonstrativ und wenig kooperativ,
- beobachtbare Störungen der Impulskontrolle, affektive Stimmungslage, schwankendes Antriebsverhalten (unauffällig bis enthemmt),
- keine Störungen der Psychomotorik,
- Kritik und Urteilsvermögen deutlich vermindert,
- Ein stark impulsives, tätlich-aggressives, verweigerndes sowie regel- und grenzverletzendes Verhalten.

Der stationäre Klinikalltag war, laut Epikrise, davon geprägt, dass John schnell Schwierigkeiten hatte, sich in die Gruppe zu integrieren. Ursachen wäre sein ich-bezogenes, aufbrausend-impulsives und verweigerndes Verhalten - gepaart mit Schreiattacken und verbalen bis tätlichen Aggressionen des Kindes. Das Einhalten von Regeln und Grenzen bedurfte einer kontinuierlichen Kontrolle und Außensteuerung. Hinweise, Ermahnungen und Sanktionen nahm John nur bedingt und in Abhängigkeit seiner aktuellen Befindlichkeit an.

Die Beschäftigungsangebote nahm John überwiegend mit Interesse an, verlor aber schnell die Lust am Tun. Im alltäglichen Ablaufgeschehen wurde eine schwankende Belastbarkeit, hohe Reizoffenheit, eine geringe Ausdauer- und Konzentrationsfähigkeit sowie ein Vermeidungsverhalten deutlich.

---

„Insgesamt lässt sich sagen, dass Johns Fähig- und Fertigkeiten im alltäglichen Bereich überwiegend altersgerecht entwickelt sind, sein soziales Kompetenzverhalten jedoch keineswegs im altersgerechten Bereich liegt und sich hier ein intensiver Betreuungsbedarf für die Entwicklungsförderung des Kindes zeigt. Ein erhöhter Förderbedarf erscheint beim Kind in Bezug auf seine sozial emotionale Entwicklung unumgänglich“.

Während des Klinikaufenthaltes wurde mit John ergo-, musik-, moto-, kunst- und reittherapeutisch gearbeitet. Mit der Kindesmutter und dem Ehemann fand eine Familientherapie statt, - mit den Themen: gewachsene Familienstrukturen, intrafamiliäre Hierarchien, die Rolle der Mutter im Familiensystem, Regel- und Grenzsetzungen für das Kind im familiären Bereich, Einheitlichkeit in der Erziehung zwischen Kindesmutter und Stiefvater, den Umgang mit gesetzten Konsequenzen und externe Hilfsmöglichkeiten.

Die Klinikschule berichtete, dass John im Kleinstgruppenlernsetting (3 bis 5 Kinder) bei kontinuierlicher, klarer Regel- und Grenzvorgabe ausreichend führbar war.

Als ein entscheidender und wichtiger Satz der Epikrise soll folgendes Zitat gelten, um Rückschlüsse auf eine eventuelle Fehlentwicklung von John zu schließen: „Die Beobachtungen des Kindes im stationären Setting zeigten, dass die Symptomatik des Jungen weniger einem klinisch-psychiatrischen als vielmehr einem pädagogisch-erzieherischen Bild entspricht. Aus diesem Grund wurde der Patient in Absprache mit der Kindesmutter vorzeitig aus der stationären Therapie in das familiäre Setting entlassen“.

Dabei wird keinesfalls deutlich, dass es sich hier um ein stark traumatisiertes Kind handelt, welches unbedingt Unterstützung benötigt. Auch die Kindesmutter wird scheinbar allein gelassen mit ihren Sorgen und Nöten.

Als Empfehlung der Klinik geht folgendes hervor:

- die Schaffung eines einheitlichen Erziehungsstils im familiären Bereich bei klarer Regel- und Grenzsetzung,
- altersgerechte Entwicklungsförderung des Kindes mit Schwerpunkt auf sozialen Kompetenzen,
- die Etablierung einer relevanten externen Hilfe in Form von beispielsweise Familienhilfe nach KJHG oder alternativ Erziehungsberatung,
- Die erfolgreiche Integration des Kindes in das Schulsystem.

Des Weiteren bot die Klinik der Mutter noch die Möglichkeit von ambulanten Nachsorgeterminen

---

## 10.4 Partizipationskonzept

An Gesprächen mit Schule, Ausbildung bzw. zur Zukunftsplanung werden die Kinder und Jugendlichen gemeinsam mit den Sorgeberechtigten und Vormündern beteiligt. Bei der Auswahl der Schule, Ausbildungs- oder Praktikumsplätze werden ihre Wünsche gehört und gemeinsam beraten.

Die jeweiligen Gruppenregeln sind von Team beschlossen, einige bleiben verhandelbar oder können diskutiert werden, um sie flexibel anzupassen. Dazu werden die Gruppenstunden genutzt. Die Gruppenregeln sind in jeder Gruppe einsehbar. Die Verteilung von Aufgaben in der Gruppe und im Haus erfolgt unter Einbeziehung von Ideen und Wünschen der Kinder.

Die Kinder und Jugendlichen legen gemeinsam mit einem Betreuer, am Abend die Kleidung für den nächsten Tag bereit. Dabei erhalten sie je nach Bedarf Beratung und Unterstützung. Der Einkauf der Bekleidung erfolgt zum Teil durch die Sorgeberechtigten und zum Teil durch die Betreuer. Ideen und Wünsche der Kinder werden berücksichtigt. Um die Selbstständigkeit zu fördern, erhalten die Jugendlichen, einen geringen Geldbetrag und können sich die Bekleidung selbst kaufen.

Nach Einzug in ihren Gruppenbereich können die Kinder konkret mitentscheiden, wie sie ihre Zimmer gestalten möchten. Die notwendigen Möbel sind vorhanden, es kann aber bei der Gestaltung der Wände, der Ausstattung u.ä. mitgewirkt werden.

Die Kinder sind bezüglich des Taschengeldes über ihre Rechte aufgeklärt. Das Taschengeld steht zu ihrer freien Verfügung.

Einmal im Monat, geht jedes Kind mit zum wöchentlichen Lebensmitteleinkauf und kann dabei Ideen und Wünsche äußern.

Die Freizeit können die Kinder und Jugendlichen nach eigenem Interesse und mit Unterstützung gestalten. Den Kindern werden interne Angebote unterbreitet und bei Bedarf fördern wir die Integration ins Gemeinwesen und die Nutzung von Vereinen und öffentlichen Freizeitangeboten in der Stadt Zwickau. Wir unterstützen die Pflege von Freundschaften außerhalb der Einrichtung und ermöglichen Besuche u.ä.

Urlaubsideen und Vorstellungen für Ausflüge werden in Gruppenveranstaltungen diskutiert und entsprechend der Möglichkeiten demokratisch entschieden.

Den Kontakt bestimmen die Kinder und Jugendlichen im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten mit.

Die Intensität der Kontakte wird, wenn möglich, nach den Bedürfnissen der Kinder abgestimmt.

---

In Elterngesprächen werden die Kinder und Jugendlichen einbezogen. Grundsatz der Entscheidungsbefugnisse ist immer die Prüfung des Wohls der Kinder und Jugendlichen durch die Fachkräfte (vgl. Partizipationskonzept 2013 der flexiblen Tages- und Mehrtagesgruppe).



---

## 11 Literaturverzeichnis

**Bausum**, Jacob, **Besser**, Lutz Ulrich, **Kühn**, Martin, **Weiß**, Wilma ( Hrsg.) (2013): Traumapädagogik, Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim und München: Beltz Juventa Verlag

**Beckrath-Wilking**, Ulrike, **Biberacher**, Marlene, **Dittmar**, Volker, **Wolf-Schmid**, Regina (2013): Traumafachberatung, Traumatherapie und Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen und pädagogischen Kontext. Paderborn: Jungfermann Verlag

**Beckrath-Wilking**, Ulrike (2013): Neurobiologische Aspekte der Traumapädagogik. In: jugendhilfe, Traumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen, Jahrgang 51, 4, 244 – 248.

**Brisch**, Karl Heinz (2013): Bindung und Trauma. In: jugendhilfe, Traumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen, Jahrgang 51, 4, 249 – 255.

**Bronfen**, Elisabeth, **Erdle**, Birgit R., **Weigel**, Sigrid (1999): Trauma, Zwischen Psychoanalyse und kulturellem Deutungsmuster. Köln: Böhlau Verlag

**Dittmar**, Volker (2013): Traumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen, Theoretische Grundlagen. In: jugendhilfe, Traumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen, Jahrgang 51, 4, 237 – 243.

**Fischer**, Gottfried, **Riedesser**, Peter (2003): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Ernst Reinhardt Verlag

**Huber**, Michaela (2007): Trauma und die Folgen, Trauma und Traumabehandlung Teil 1. Paderborn: Jungfermann Verlag

---

**Huber, Michaela, Frei, Pauline. C. (2009):** Von der Dunkelheit zum Licht, Wie Persönlichkeit sich entwickeln kann, Trauma, Krankheit und Todesnähe überwinden. Paderborn: Jungfer-mann Verlag

**Krüger, Andreas (2012):** Erste Hilfe für traumatisierte Kinder. Ostfildern: Patmos Verlag

**Lang, Birgit, Schirmer, Claudia, Lang, Thomas, Andreae de Hair, Ingeborg, Wahle, Thomas, Bausum, Jacob, Weiß, Wilma, Schmid, Marc (Hrsg.) (2013):** Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim: Beltz Juventa

**Levine, Peter A. (2013):** Sprache ohne Worte. Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt. München: Kösel - Verlag

**Levine, Peter A., Frederick, Ann (1998):** Trauma-Heilung, Das Erwachen des Tigers, Unsere Fähigkeiten traumatische Erfahrungen zu transformieren. Essen: Synthesis

**Levine, Peter A., Kline, Maggie (2005):** Verwundete Kinderseelen heilen, Wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können. München: Kösel-Verlag

**Partizipationskonzept 2013** der flexiblen Tages- und Mehrtagesgruppe des AWO JugendhilfeNetzes

**Peichl, Jochen (2008):** Innere Kinder, Täter, Helfer und Co, Ego-State-Therapie des trauma-tisierten Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta

**Porges, Steven W. (2010):** Die Polyvagal – Theorie. Neurophysiologische Grundlagen der Therapie. Emotionen, Bindung, Kommunikation und ihre Entstehung. Paderborn: Jung-fermann Verlag

**Resick, Patricia (2001):** Stress und Trauma, Grundlagen der Psychotraumatologie. Bern: Verlag Hans Huber

---

**Rothe, Andreas** (2013): Soziokonzept, Curriculum Fortbildung 2014 – 2016 zur Traumapädagogin / zum Traumapädagogen.

**Scherwath, Corinna, Friedrich, Sibylle** (2012): Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung. München: Ernst Reinhardt Verlag

**Schulze, Heidrun, Loch, Ulrike, Gahleitner, Silke Birgitta** (Hrsg.) (2012): Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren

**Weiß, Wilma** (2013): „Du musst mir helfen“ Traumapädagogik – eine neue Fachrichtung versucht Antworten auf die Hilferufe traumatisierter Mädchen und Jungen. In: Jugendhilfe, Traumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen, Jahrgang 51, 4, 256 – 262.

**Wöller, Wolfgang** (2006): Trauma und Persönlichkeitsstörungen, Psychodynamisch-integrative Therapie. Stuttgart: Schattauer

## 11.1 Internetverzeichnis

**Bundesarbeitsgemeinschaft für Traumapädagogik (BAG)** (2011): Ein Positionspapier der BAG Traumapädagogik zu traumapädagogischen Konzepten in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Online aufrufbar unter:

[http://www.bag-traumapaedagogik.de/files/positionspapier\\_11-2011.pdf](http://www.bag-traumapaedagogik.de/files/positionspapier_11-2011.pdf) (verfügbar am 02.01.2014, um 16.30 Uhr).

**Charf, Dami** (2013): Traumapsychotherapie-Traumaheilung. Online aufrufbar unter: <http://www.traumaheilung.de> (verfügbar am 07.11.2013, um 9.30 Uhr).

**Porges, Steven** (2013): Die Polyvagal-Theorie. Die drei neuralen Kreisläufe als Regulatoren für unser reaktives Verhalten. Online aufrufbar unter: [http://stephenporges.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=19:polyvagal-theorie-die-drei-neuralen-kreislaeufe-als-regulatoren-fuer-unser-reaktives-verhalten](http://stephenporges.com/index.php?option=com_content&view=article&id=19:polyvagal-theorie-die-drei-neuralen-kreislaeufe-als-regulatoren-fuer-unser-reaktives-verhalten)

---

&catid=7:scientific-articles-german&Itemid=6 (verfügbar am 20.11.2013 um 12.30 Uhr).

**Stroehle**, Helga (2011): Der Körper erinnert sich. Vortrag zu Schmerz und Trauma beim 3. Aalener Schmerztag. Online aufrufbar unter: <http://www.psychosomatik-aalen.de/schmerzklinik/stroehle.pdf> (verfügbar am 02.12.2013 um 18.30 Uhr).

---

## **12 Selbstständigkeitserklärung**

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Wilkau, Haßlau, den 11.01.2014