

Berger, Heike

Matrikelnummer: 24681

**Möglichkeiten und Grenzen der Heimerziehung am Beispiel einer  
Wohngruppe aus Leipzig mit  
dem Schwerpunkt Traumapädagogik**

eingereicht als

**Bachelorarbeit an der Hochschule Mittweida**  
**UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCE**

Fakultät Soziale Arbeit / Roßwein

Roßwein 2014

Erstprüferin: Frau Professor B. Wolf

Zweitprüferin: Diplomsozialpädagogin Frau A. Wallenhauer

### **Bibliografische Beschreibung:**

Möglichkeiten und Grenzen der Heimerziehung am Beispiel einer Wohngruppe aus Leipzig mit dem Schwerpunkt Traumapädagogik. 40 Seiten

Roßwein, Hochschule Mittweida / Roßwein (FH),

Fakultät Soziale Arbeit,

Bachelorarbeit 2014

### **Referat:**

Die Bachelorarbeit befasst sich mit Wegen und Möglichkeiten, sowie den Grenzen der Heimerziehung im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Sie zeigt die Traumatisierungsarten, mit denen die Betroffenen in die Einrichtungen kommen, die Herausforderungen die die Symptome dieser jungen Menschen an die pädagogischen Fachkräfte stellen und schaut auf mögliche Handlungskonzepte, die die Traumapädagogik geben kann. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt auf einer intensiven Literaturrecherche, durch die die bestehenden Probleme in der Arbeit mit traumatisierten Menschen in der Heimerziehung beleuchtet und mit Sicht auf die Traumapädagogik Lösungsmöglichkeiten gefunden werden können. Anhand eines Beispiels eines traumatisierten Kindes aus einer Wohngruppe aus Leipzig soll aufgezeigt werden, wie die Arbeit methodisch und pädagogisch hilfreich gestaltet werden kann.

## Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	III
1 Einleitung .....	1
2 Traumapädagogik.....	3
2.1 Traumapädagogik in der Jugendhilfe.....	3
2.2 Aktuelle Trauma-Definitionen .....	5
2.3 Kinderspezifische Trauma-Definitionen .....	6
2.4 Das Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung.....	8
3 Die Akute Belastungsstörung.....	9
3.1 Der Zusammenhang zur Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS).....	10
3.2 Zusammenfassung.....	11
4 Die verschiedenen Arten der Traumatisierung.....	12
4.1 Die Vernachlässigung .....	12
4.2 Die seelische Misshandlung.....	13
4.3 Die körperliche Misshandlung .....	15
4.4 Der sexuelle Missbrauch .....	16
4.5 Die Trennung.....	18
4.6 Die häusliche Gewalt .....	19
4.7 Zusammenfassung.....	20
5 Möglichkeiten des Pädagogischen Umgangs .....	21
5.1 Auswirkungen .....	21
5.1.1 Auswirkungen auf das Selbstbild .....	21
5.1.2 Auswirkungen auf das Bindungsverhalten .....	22
5.1.3 Auswirkungen auf das Verhalten.....	23
5.1.4 Zusammenfassung .....	24
5.2 Methodisches Vorgehen und Interventionsmöglichkeiten.....	26
5.2.1 Sicherheit und Schutz .....	26
5.2.2 Selbstbemächtigung .....	27
5.2.3 Beziehungsaufbau und Beziehungsgestaltung.....	28
5.3 Biografiearbeit – eine Methode.....	29
6 Fallbeispiel eines traumatisierten Kindes aus einer Wohngruppe aus Leipzig.....	31
6.1 Fallvorstellung.....	31
6.2 Familiäre Situation .....	32
6.3 Aktuelle Situation zum Zeitpunkt der Aufnahme in der Wohngruppe .....	32
7 Wege und Möglichkeiten der Heimerziehung an diesem Beispiel .....	33
8 Grenzen der Heimerziehung an diesem Beispiel .....	37
9 Schlussbetrachtungen .....	39
Literaturverzeichnis.....	IV
Anhang .....	VIII
Selbständigkeitserklärung .....	IX

# 1 Einleitung

In den Heimen / Wohngruppen der stationären Jugendhilfe leben Mädchen und Jungen mit den verschiedensten Lebensgeschichten, Problemlagen und Störungen. Vielfach zeigt die Vermischung von Traumaproblematiken und anderen sozialen Benachteiligungsfolgen eine Symptomatik, die von den Fachkräften großes Erfahrungswissen abverlangt. Denn gerade die pädagogischen Fachkräfte sind diejenigen, die tagtäglich mit den Kindern und Jugendlichen zu tun haben. Da sich jedoch Benachteiligungen durch erlittene Traumata im Alltag auswirken und die Mädchen und Jungen auch im Alltag versuchen, sie zu bewältigen, stellt die pädagogische Unterstützung einen wichtigen Bestandteil bei der Verarbeitung von traumatischen Erfahrungen dar.<sup>1</sup> Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Thematik Trauma, den Traumatisierungsarten mit denen die Kinder kommen und der Traumapädagogik.

Im Mittelpunkt steht die Frage, vor welche Herausforderungen die Symptome von (schwer) traumatisierten Kindern und Jugendlichen die pädagogischen Fachkräfte in den stationären Wohngruppen stellen- und wie diesen pädagogisch begegnet werden kann. Die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in den Einrichtungen der Heimerziehung birgt spezifische Gefahren und Belastungen. Um diesen Belastungen wirksam begegnen zu können, brauchen die Mitarbeiterinnen dieser Einrichtungen wichtige persönliche Grundkompetenzen; ein professionelles Selbstverständnis. Die Arbeit stellt extrem hohe Anforderungen an die Qualifikation in der Betreuung und Begleitung der Kinder und Jugendlichen. Zunehmende Symptomverschärfungen bei den vollstationär untergebrachten Kindern und Jugendlichen und steigenden Überlastungsreaktionen der Pädagoginnen führen am Ende nicht selten zu einem pädagogisch begründeten Abbruch der Hilfe- maßnahme.<sup>2</sup>

Pädagogischer Alltag im Umgang mit traumatisierten jungen Menschen in einer Wohngruppe stellt für alle, also für Kinder, Jugendliche und Pädagogen eine besondere Herausforderung, aber auch eine Chance der positiven Bewältigung dar. Viele Kinder und Jugendliche in der stationären Jugendhilfe weisen verschiedene Symptome traumatischer Stressreaktionen sowie Beeinträchtigungen im Bin-

---

<sup>1</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 86.

dungsverhalten auf. Eine zentrale Symptomatik im Rahmen der Traumafolgestörung ist die Beeinträchtigung der Selbst-, Affekt- und Impulsregulierung, die häufig mit hohen Erregungszuständen oder apathischen Zuständen einhergehen.<sup>3</sup> Infolgedessen kommt es unter anderem zu Krisen- und Überforderungssituationen in den stationären Hilfen, die zum einen unkontrollierbar erlebt werden und mit Gefühlen von Hilflosigkeit und Ohnmacht bei allen Beteiligten einhergehen, zum anderen nicht selten zu vermehrten Abbrüchen der angebotenen Hilfen führen. Traumaproblematik ist oft mit anderen sozialen Benachteiligungsaspekten vermischt, weshalb es eine große Aufgabe in der Jugendhilfe ist, den Kindern und Jugendlichen, denen häufig die Fähigkeit fehlt, Emotionen und Konflikte selbst zu regulieren, adäquate Hilfen der Selbstberuhigung und Konfliktlösungen anzubieten. Die inneren Spannungs- und Erregungszustände werden von den Kindern und Jugendlichen häufig unmittelbar ausagiert und inszeniert. Viele Mädchen und Jungen, die anhaltende körperliche, seelische und sexuelle Gewalt sowie schwere Vernachlässigung erleben mussten, weisen eine hohe innere Wachheit, übertriebene Schreckreaktionen und motorische Unruhe auf, welche im Alltag vielfach zu scheinbar übertriebenen Reaktionen führt.<sup>4</sup> Welche Möglichkeiten, unter den Bedingungen der Heimerziehung, der pädagogischen Unterstützung im Traumbereich, nicht im therapeutischen Setting sondern im pädagogischen Alltag, sind möglich? Gibt es praktische Handlungskonzepte?

Die Verfasserin dieser Arbeit möchte sich nicht nur mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen der verschiedenen Traumata, und der damit verbundenen Problematiken des Umgangs, mit denen die Kinder und Jugendlichen in den stationären Wohnformen belastet sind im Allgemeinen vertraut machen, sondern im Speziellen auf die Möglichkeiten der Heimerziehung für die Zukunft dieser Betroffenen blicken. Was heißt Traumapädagogik? Ist sie eine Chance des planbaren, konzeptionellen Umgangs für die pädagogischen Fachkräfte und gleichermaßen eine Hilfe für die Kinder und Jugendlichen?

Grund für die Wahl dieses Themas ist der eigene starke berufliche Bezug zu dieser Thematik. Die Verfasserin hat viele Berufsjahre in der stationären Kinder- und Jugendhilfe vorzuweisen. In der Arbeit mit Jugendlichen und im Kleinkindbe-

---

<sup>2</sup> Vgl. Bausum, J. u. a. 2011, S.25.

<sup>3</sup> Vgl. Streek-Fischer, A. 2006, S. 35.

reich. Was kann traumapädagogische Unterstützung sein und leisten? Hilft es den pädagogischen Fachkräften, die Verhaltensweisen zu verstehen und gibt ihnen die Methodik / die Möglichkeiten der Traumapädagogik Handwerkszeug für den Alltag in die Hand? Lässt sich ein traumapädagogisches Konzept gut implementieren und hilft dies den traumatisierten Kindern und Jugendlichen auf ihren Weg in ein selbstbestimmtes Leben? Mit diesen Fragestellungen wird sich die vorliegende Arbeit beschäftigen. Sie gliedert sich in verschiedene Teile. Zunächst wird es eine Einführung in das Thema Traumapädagogik geben, die auch eine aktuelle Definitionsorientierung zu Trauma, psychisches Verlaufsmodell und akute Belastungsstörung einschließt. Ein weiterer Teil beschreibt die häufigsten Traumatisierungsarten der Kinder und Jugendlichen, mit denen pädagogische Fachkräfte in der Heimerziehung zu tun haben und schließt einen Exkurs zum Thema Auswirkungen auf Selbstbild, Bindungsverhalten und Verhalten ein. In diesem Teil werden auch Möglichkeiten des pädagogischen Umgangs, basierend auf traumapädagogischen Erkenntnissen aufgezeigt. Diese Erarbeitungen, die eher theoretische Betrachtungen sind, werden um ein Fallbeispiel aus einer Wohngruppe, aus der eigenen Berufspraxis ergänzt. Dieses Fallbeispiel soll gewonnene Erkenntnisse untermauern, bestätigen oder kritisch hinterfragen und im besten Fall Selbstreflexion ermöglichen und neue Entwicklungsimpulse geben.

## **2 Traumapädagogik**

### **2.1 Traumapädagogik in der Jugendhilfe**

Traumapädagogik hat sich als eine neue, eigenständige Fachdisziplin entwickelt. Sie ist eine Fachdisziplin, die „mit den lebensgeschichtlich belasteten Mädchen und Jungen Antworten auf die Frage sucht, was sie brauchen, um selbstbemächtigt ihren Weg wählen zu können.“<sup>45</sup> Verschiedene reformpädagogische Ansätze, gerade in der Heimerziehung, bilden die Bausteine auf dem Weg zur Traumapädagogik. Die Entstehung des Fachgebietes der Psychotraumatologie, das erforscht, wie sich seelische Verletzungen auf die Entstehung von Krankheiten, psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten und deren Ver-

---

<sup>4</sup> Vgl. Saß, H. u. a. 1998 b, S. 192.

lauf auswirken, war ein wichtiger Meilenstein für die Entwicklung der Traumapädagogik. Im Kontext der Entwicklung der Psychotraumatologie entstanden Fortbildungskonzepte zur traumapädagogischen Beratung und Traumapädagogik.<sup>6</sup> Diese Fortbildungskonzepte wandten sich an Fachkräfte, die eher in einem therapeutischen Setting mit den betroffenen Mädchen und Jungen arbeiten. Pädagogisch betrachtet, insbesondere aus Sicht der Pädagogen gerade in der Jugendhilfe, erwies sich dies als nicht ausreichend. Flashbacks, die sich eher im normalen Lebensalltag ereignen, eskalierende Gewalt, spürbare Symptomverschärfungen, die Gefahr des Hilfeabbruchs aus dem Gefühl heraus, nicht die „richtige“ Einrichtung, nicht das „richtige“ Hilfesetting geben zu können, warf die Fragen nach dem „Richtigen“ auf. Es mussten Überlegungen angestellt werden, wie die Erkenntnisse aus der Psychotraumatologie für die pädagogische Arbeit in der stationären Jugendhilfe nutzbar zu machen sind. Eine zentrale Frage ist, wie der Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen methodisch-praktisch gestaltet und realisiert werden kann. Was brauchen sie?<sup>7</sup> Und was brauchen die Pädagogen in den stationären Einrichtungen? Um unterstützend und helfend zu reagieren, brauchen Pädagoginnen in der Praxis der Heimerziehung nicht nur Wissen über die symptomatischen Folgen, die Auswirkungen, von unterschiedlichen Traumatisierungen. Sie brauchen Kompetenzen, professionelles Selbstverständnis, eine verinnerlichte Haltung, die sich durch „Verlässlichkeit, Empathie, Selbstreflexivität und Zugewandtheit“<sup>8</sup> gebildet hat. Kinder und Jugendliche, die jahrelang Missbrauch und Misshandlung innerhalb der eigenen Familie erleben, sind in ihrem Bindungsverhalten schwer beeinträchtigt. Der Aufbau einer haltgebenden sicheren Beziehung ermöglicht es ihnen, neue Bindungserfahrungen zu machen. Aus dieser Beziehung heraus kann „der Versuch unternommen werden, dem Kind in Situationen von Bedrohung und Übererregtheit behilflich zu sein“<sup>9</sup> und Kontrolle über sein Verhalten zurück zu gewinnen. Was bedeutet Trauma, was bedeutet Trauma aus Sicht der Kinder, mit welchen Traumatisierungen kommen die Kinder und Jugendlichen in die Einrichtungen der stationären Jugendhilfe, welche Auswirkungen haben frühe Traumatisierungen und wie gelingt es, die Arbeit mit ihnen

---

<sup>5</sup> Vgl. Bausum, J. u. a. 2011, S. 7.

<sup>6</sup> Vgl. Bausum, J. u. a. 2011, S. 7-8.

<sup>7</sup> Vgl. Bausum, J. u. a. 2011, S. 8.

<sup>8</sup> Bausum, J. u. a. 2011, S. 71.

methodisch und pädagogisch hilfreich zu gestalten? Diesen Fragen wird, *am praktischen Beispiel eines Kindes aus einer Wohngruppe in Leipzig* mit dem Schwerpunkt Traumapädagogik, in den folgenden Kapiteln nachgegangen und versucht, eine mögliche Antwort darauf zu finden.

## 2.2 Aktuelle Trauma-Definitionen

Das Wort Trauma stammt aus dem Griechischen und bedeutet Wunde.<sup>10</sup> Das ICD 10 definiert ein psychisches Trauma als „kurz oder lang anhaltendes Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaß, [...] das nahezu bei jedem tief greifende Verzweiflung hervorrufen würde.“<sup>11</sup> Nach dieser Definition wird Trauma als ein Ereignis beschrieben.

Fischer und Riedesser sind allerdings der Meinung, dass ein psychisches Trauma weder ganz objektiv als ein Ereignis definiert werden kann, da das Trauma nach Beendigung der traumatischen Situation schließlich nicht vorbei ist, noch kann es als rein subjektives Erlebnis erklärt werden, da der Begriff somit vollkommen willkürlich verwendet werden könnte. Der entscheidende Punkt stellt stattdessen das Verhältnis zwischen dem Ereignis und dem erlebenden Subjekt dar.<sup>12</sup> Sie definieren ein psychisches Trauma daher als „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“<sup>13</sup>

Traumata werden also durch Ereignisse hervorgerufen, die die normalen Anpassungsstrategien und Bewältigungsmöglichkeiten überfordern.<sup>14</sup> Eine subjektiv angemessene Reaktion ist in diesem Moment nicht möglich.<sup>15</sup> Sie sind dadurch immer mit „Gefühlen intensiver Angst, Hilflosigkeit und Kontrollverlust verbunden“.<sup>16</sup> Und stellen einen „Angriff auf die gesamte biologische, psychische und

---

<sup>9</sup> Bausum, J. u. a. 2011, S. 71.

<sup>10</sup> Vgl. Pfeifer, W. 2005, S. 1452-1453, Stichwort Trauma, Bedeutung: Verletzung, Schaden, Wunde, Seelische Erschütterung, Schock.

<sup>11</sup> Dilling, H. u. a. 2000, S. 121.

<sup>12</sup> Vgl. Fischer, G. / Riedesser, P. 2003, S. 61-62; Krall 2007, S. 53.

<sup>13</sup> Fischer, G. / Riedesser, P. 2003, S. 61.

<sup>14</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 25.

<sup>15</sup> Vgl. Fischer, G. / Riedesser, P. 2003, S. 63.

<sup>16</sup> Fischer, G. / Riedesser, P. 2003, S. 17.

soziale Existenz [...] dar.<sup>17</sup> Handeln hat in dieser Situation sozusagen keinen Sinn. Bei Gefahr zeigt der Mensch üblicherweise ein komplexes Gefüge von unterschiedlichen Reaktionen. Zunächst wird das vegetative Nervensystem erregt, der Betroffene verspürt einen Adrenalinschub, wird in einen Alarmzustand versetzt und konzentriert sich aber trotzdem unmittelbar auf die Situation. Schließlich löst die Bedrohung intensive Angst und Wut aus und die Person mobilisiert ihre Kräfte für den Kampf oder die Flucht. Bei Ereignissen, die zu traumatischen Reaktionen führen, ist beides nicht möglich. Dadurch ist das Selbstverteidigungssystem überfordert und bricht zusammen. Eine Reaktion auf das Ereignis ist damit nicht möglich und jedes Element des Reaktionsgefüges bleibt auch nach Beendigung der eigentlichen Gefahr bestehen, oft in veränderter und übersteigerter Form. Dadurch führen traumatische Ereignisse zu tief greifenden und lang anhaltenden Veränderungen im Bereich der physiologischen Erregung, der Gefühle, der Wahrnehmung und des Gedächtnisses.<sup>18</sup>

### 2.3 Kinderspezifische Trauma-Definitionen

Dadurch, dass ein Handeln in der traumatischen Situation nicht möglich ist, erlebt das Kind Hilflosigkeit und schutzlose Preisgabe an die bedrohlichen Umwelteinflüsse. Trauma stellt also eine unterbrochene Handlung dar, eine leer laufende Flucht- oder Kampfreaktion. Es kann weiterhin sowohl das Selbstverständnis dauerhaft erschüttert werden; so geben sich Opfer oft selbst die Schuld für das Geschehen, als auch das Weltverständnis. Denn „das Vertrauen in die Verlässlichkeit der physischen und die Gerechtigkeit der sozialen Welt“ geht verloren.<sup>19</sup>

Zur Überforderung der psychischen Verarbeitungsstrategien kann es entweder durch Ereignisse kommen, die übermäßig stimulierend wirken, wie bei Misshandlungen oder sexuellem Missbrauch, aber auch ein Mangel an Stimulation, wie Deprivation, kann traumatisierend wirken.<sup>20</sup> Eine Traumatisierung ist vor allem bei Ereignissen sehr wahrscheinlich, wenn sie das Leben des Kindes bedrohen, es verletzen oder das Leben anderer bedroht wird und sie außerdem plötzlich und unerwartet auftreten und das Kind unvorbereitet treffen. Dabei muss es nicht in

---

<sup>17</sup> Koch-Kneidel, L. / Wiese, J. 2003, S. 11.

<sup>18</sup> Vgl. Herman, J. L. 1994, S. 53-55.

<sup>19</sup> Die Kinderschutz-Zentren 2003, S. 38.

<sup>20</sup> Vgl. Diepold, B. 1998, S. 131.

die Situation involviert sein. Auch Zeuge solcher Ereignisse zu sein, wirkt sich negativ aus.<sup>21</sup>

Eine wichtige Rolle spielt die Chronizität der Ereignisse. Ein Kind kann durch ein einmaliges Ereignis, ein so genanntes Typ I- oder Schocktrauma oder durch sich ständig wiederholende Traumata über einen längeren Zeitraum hinweg, ein Typ II-Trauma, geschädigt werden.<sup>22</sup> Das Typ I-Trauma hat einen ereignishaften Charakter dazu zählen Naturkatastrophen, Unfälle, Verbrechen und der Verlust von nahe stehenden Personen, während Traumata des zweiten Typs Prozesscharakter besitzen, wie z.B. Misshandlungen.<sup>23</sup> Beide haben unterschiedliche Wahrnehmungen und Konsequenzen zur Folge. Das Typ I-Trauma wird, abgesehen von Wahrnehmungsverzerrungen, genau erinnert und das Kind schreibt sich oft selbst die Schuld dafür zu. Das Typ II-Trauma führt zu Verleugnung, emotionaler Betäubung und oft treten Depersonalisation und Dissoziation auf. Traumatisierungen des Typs II sind in den meisten Fällen „Beziehungstraumata“, die von nahe stehenden Bezugspersonen verübt werden. Handelt es sich hierbei um einen Familienangehörigen oder sogar um ein Elternteil, führt dies zu besonders schweren Beeinträchtigungen des Kindes. Es nimmt sich der Sichtweise und der Schuldgefühle des Täters an, kann kein positives Selbstbild und kein stabiles Bindungsverhalten aufbauen.<sup>24</sup> Diese Traumatisierungen können die Entwicklung eines Kindes stagnieren lassen, da das betroffene Kind häufig all seine Entwicklungskräfte benötigt, um sich dem traumatischen Geschehen anzupassen und sowohl körperlich als auch psychisch zu überleben. Auch eine Kombination von beiden Typen ist möglich; hier verbinden sich lang anhaltende traumatische Situationsfaktoren mit schockartigen Verletzungen. Die Folgen sind anhaltende pathologische Trauer und Depression.<sup>25</sup> Weiterhin ist eine kumulative Traumatisierung möglich, bei der das Kind verschiedenen Situationen ausgesetzt ist, von denen keine an sich traumatisierend gewirkt hätte, die aber in ihrer Gesamtheit seelische Schädigungen hervorrufen.<sup>26</sup> Die sich wiederholenden und prozesshaft wirkenden Traumata des

---

<sup>21</sup> Vgl. Herbert, C. 2002, S. 21, 29.

<sup>22</sup> Vgl. Resch, F. u. a. 2004, S. 21.

<sup>23</sup> Vgl. ebenda.

<sup>24</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 43.

<sup>25</sup> Vgl. Fischer, G. / Riedesser, P. 2003, S. 272.

<sup>26</sup> Vgl. Koch-Kneidel, L. / Wiese, J. 2003, S. 12.

Typs II wirken sich am stärksten auf die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes aus.<sup>27</sup>

#### 2.4 Das Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung

Psychotraumatische Erfahrungen sollten immer als dynamischer Verlauf verstanden und untersucht werden, da die traumatische Situation in den meisten Fällen längst nicht vorüber ist, wenn das traumatische Ereignis an sich auch vergangen ist. Das von Fischer und Riedesser entwickelte Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung wird in drei Phasen unterteilt: die traumatische Situation, Reaktion und der traumatische Prozess. In der traumatischen Situation kommt es zu einer Verdrängung des Selbst-, Raum- und Zeiterlebens und Trauma wird hier als unterbrochene Handlung in einer Problemsituation angesehen. Während der traumatischen Reaktion wechseln sich Symptome der Intrusion und der Vermeidung ab und sie geht bei ausreichender Verarbeitung der Erfahrung in eine Erholungsphase über. Ist dies nicht der Fall, entsteht der traumatische Prozess. In diesem Prozess entsteht entweder ein psychotraumatisches Belastungssyndrom oder der Persönlichkeit gelingt es, durch umfangreiche Veränderungen ihrer seelischen Struktur, die Erinnerungen an das Erlebte abzuwehren und so, mit der Erfahrung zu leben.

Bei Kindern wirken sich Traumata besonders schädlich aus, da ihre Persönlichkeit im Gegensatz zu Erwachsenen, bei denen eine bereits ausgereifte Persönlichkeit angegriffen wird, durch solche Erlebnisse geprägt und deformiert wird.<sup>28</sup> Außerdem befindet sich das Selbst- und Weltverständnis des Kindes, das durch die traumatischen Erlebnisse erschüttert wird, noch in der Entwicklung.<sup>29</sup> Wie stark die seelischen Verletzungen für das Kind sind, hängen von der Art der Traumata und den Mittler- und Schutzfaktoren ab. Das Alter und der Entwicklungsstand des Kindes sind von wesentlicher Bedeutung für die Verarbeitung. Kindheitstraumata richten bei jüngeren Kindern den größten Schaden an. Eine frühe Traumatisierung beeinträchtigt das Kind in einer prägenden Zeit. Sie gefährden die Entwicklung des Bindungsverhaltens, des Selbst und der Regulation und Integration des emoti-

---

<sup>27</sup> Vgl. Resch, F. 2004, S. 21.

<sup>28</sup> Vgl. Herman, J. L. 1994, S. 135.

<sup>29</sup> Vgl. Fischer, G. / Riedesser, P. 2003, S. 276.

onalen, kognitiven und sozialen Verhaltens und der Motivation.<sup>30</sup> Eine Verallgemeinerung, wann ein Ereignis traumatisierend wirkt, ist aufgrund der Individualität der Beteiligten, den unterschiedlichen traumatischen Ereignissen und den in jedem Fall anderen Rahmenbedingungen nicht möglich.

### **3 Die Akute Belastungsstörung**

Verschiedene Arten der Traumatisierung von Kindern und Jugendlichen finden über Jahre hinweg innerhalb der Familie statt und die Betroffenen sind somit einer chronischen Traumatisierung ausgesetzt. Insofern stellt sich die Frage, ob diese Kinder und Jugendlichen nach Herausnahme aus dem traumatisierenden Umfeld überhaupt eine Akute Belastungsstörung entwickeln, oder bereits ein Posttraumatisches Belastungssyndrom besteht. Die Akute Belastungsstörung kann als direkte Folgewirkung auf eine extrem traumatische Erfahrung beschrieben werden.<sup>31</sup> Die Dauer, die Schwere des Geschehens und wie stark das Kind darin involviert ist, beeinflussen eine Ausbildung der Störung. Doch auch Faktoren wie der familiäre Hintergrund, Persönlichkeitsmerkmale und bereits bestehende Störungen haben einen Anteil daran. Symptome einer Akuten Belastungssituation sind zum einen dissoziative Symptome. Die Dissoziation äußert sich als „subjektives Gefühl von emotionaler Taubheit, von Losgelöstsein oder Fehlen emotionaler Reaktionsfähigkeit“.<sup>32</sup> Es kann zu Derealisation kommen, bei der die Umgebung räumlich und zeitlich verändert wahrgenommen wird, oder Depersonalisierungen, bei denen das subjektive Gefühl von Fremdheit und Abtrennung entsteht. Die Akute Belastungsstörung kann sich außerdem in einer dissoziativen Amnesie äußern.<sup>33</sup>

Das traumatische Ereignis wird ständig wiedererlebt, was auch als Intrusion bezeichnet wird. Dies äußert sich in quälenden und sich wiederholenden Erinnerungen an das gesamte traumatische Geschehen oder nur an Teilaspekte, fragmentiert und ohne Zusammenhang, in so genannten Flashback-Episoden.<sup>34</sup> Eine weitere Symptomgruppe bilden die Symptome der Vermeidung von Reizen, wie das Meiden von Aktivitäten, Orten und Personen, die an das Erlebte erinnern. Gespräche

---

<sup>30</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 44.

<sup>31</sup> Vgl. Saß, H. u. a. 1998a, S. 454.

<sup>32</sup> Saß, H. u. a. 1998a, S. 496.

<sup>33</sup> Vgl. Saß, H. u. a. 1998a, S. 493, 495-496.

<sup>34</sup> Vgl. Saß, H. u. a. 1998b, S. 192.

darüber, was geschehen ist, werden umgangen und auch Gedanken und Gefühle darüber, was geschehen ist, werden vermieden.<sup>35</sup> Die Symptome der Vermeidung und des intrusiven Wiedererlebens unterliegen einem regelhaft wiederkehrenden Wechsel. Weitere Symptome können Angst, erhöhte emotionale Erregung, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung bis hin zur Depression sein.

### 3.1 Der Zusammenhang zur Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

Kinder und Jugendliche, die an einer Akuten Belastungsstörung leiden, unterliegen einem höheren Risiko, auch eine PTBS zu entwickeln. Bleiben die beschriebenen Symptome länger als einen Monat bestehen und/ oder verschlimmern sich die Beschwerden, geht die Akute Belastungsstörung in eine PTBS über.<sup>36</sup> Das Symptombild der PTBS beinhaltet ebenfalls die Symptomgruppen des Wiedererlebens, der Vermeidung und einer erhöhten Erregbarkeit. Das intrusive Wiedererleben des Ereignisses äußert sich in eindringlich belastenden Erinnerungen. Diese Kinder drücken oft im so genannten traumatischen Spiel Themen oder Aspekte ihrer traumatischen Erfahrung aus, in dem sie das Erlebte immer wieder durchspielen, allerdings ohne dass dies eine befreiende Wirkung für das Kind besitzt. Außerdem können bei ihnen stark beängstigende Alpträume auftreten, die inhaltlich keinen erkennbaren Zusammenhang zum traumatischen Geschehen haben. So träumen sie z. B. von Geistern oder anderen bedrohlichen Phantasiegestalten. Bei einer PTBS kann es bei Kindern zu einer eingeschränkten Spielfähigkeit, eingeschränkten Affekten, im sozialen Rückzug und dem Verlust von Entwicklungsfähigkeiten wie Sprache und Sauberkeit kommen.<sup>37</sup> Die erhöhte Erregbarkeit zeigt sich in Symptomen wie Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz (überhöhte Wachheit) und übertriebenen Schreckreaktionen.<sup>38</sup> Das Symptombild der Störung entwickelt sich in den meisten Fällen innerhalb der ersten drei Monate nach dem traumatischen Ereignis; der Beginn kann sich allerdings aber auch um Monate bis hin zu Jahren verzögern. Die Dauer der

---

<sup>35</sup> Vgl. Saß, H. u. a. 1998b, S. 192.

<sup>36</sup> Vgl. Fiedler, P. 1999, S. 47.

<sup>37</sup> Vgl. Koch- Kneidl, L. / Wiese, J. 2003, S. 84.

<sup>38</sup> Vgl. Saß, H. u. a. 1998a, S. 492.

Störung ist unterschiedlich; bei vielen halten sie auch nach einem Jahr immer noch an.<sup>39</sup>

### 3.2 Zusammenfassung

Fast alle Menschen, die einer extrem belasteten Situation ausgesetzt waren, zeigen nach dem Ereignis dissoziative Symptome des Wiedererlebens des Geschehens, der Vermeidung und Symptome von Angst oder einer gesteigerten emotionalen Erregung. Eine Akute Belastungsstörung liegt nur vor, wenn die Betroffenen schwer unter den Symptomen leiden oder sie z. B. im sozialen Bereich stark eingeschränkt sind.

Akut traumatisierten Kindern und Jugendlichen sollte in dieser Phase besonders intensive Hilfe zukommen, da sich hier praktisch entscheidet, ob sie die belastende Erfahrung gut verarbeiten und sich relativ schnell davon erholen können, oder ob sich der Verarbeitungsprozess aufgrund fehlender Hilfe über lange Zeit hinzieht, vielleicht sogar ein Leben lang andauert, und sich schwerwiegende Störungen wie Persönlichkeits- oder Angststörungen entwickeln. Bei der PTBS lassen sich die gleichen Symptomgruppen finden, lediglich dissoziative Symptome treten kaum auf. Besonders charakteristisch für die PTBS im Kindesalter ist das ständige Nachspielen der belastenden Erfahrung im Spiel

---

<sup>39</sup> Vgl. Saß, H. u. a. 1998a, S. 490.

## 4 Die verschiedenen Arten der Traumatisierung

Diese Arbeit thematisiert hauptsächlich die Traumatisierung von Kindern und Jugendlichen durch Misshandlung innerhalb der eigenen Familie. Denn vernachlässigende, körperliche, sexuelle und emotionale Misshandlungen stellen wahrscheinlich die Formen der Traumatisierung dar, mit denen die Fachkräfte, besonders im Bereich der stationären Jugendhilfe, am häufigsten konfrontiert werden. In dieser Arbeit wird auch auf das Thema Trennung eingegangen, da Kinder, die aufgrund von innerfamiliären Misshandlungen von ihren Eltern getrennt werden, neben der Verarbeitung dieser Erfahrungen auch noch diese Trennung bewältigen müssen.

### 4.1 Die Vernachlässigung

Das Institut für Soziale Arbeit e.V. definiert Vernachlässigung als das Ausbleiben bestimmter Versorgungsleistungen im materiellen, emotionalen und kognitiven Bereich über längere Zeit hinweg.<sup>40</sup> Der chronische Zustand der Mangelversorgung wird auch als Deprivation bezeichnet. Die Dynamik dieser Misshandlungsform unterscheidet sich von der körperlichen und sexuellen Gewalt in der Form, dass den Kindern hier keine Aufmerksamkeit zuteil wird, während sie bei Missbrauch und körperlicher Misshandlung in unangemessener und zerstörerischer Art und Weise zukommt. Vernachlässigte Kinder werden von ihren Eltern nicht wahrgenommen und erhalten kaum Anregungen.<sup>41</sup> Das Leben der betroffenen Kinder ist von unzulänglicher Versorgung und Pflege, chronischer Unterernährung, unzureichender Bekleidung, fehlender Gesundheitsvorsorge, unbehandelten Krankheiten und fehlender Zuwendung, Liebe und Förderung geprägt.<sup>42</sup> Die fehlende Förderung äußert sich z. B. in einer mangelnden Stimulierung, d. h. mit dem Kind wird kaum gesprochen, es wird nie in den Arm genommen oder angelächelt. Auch der Erziehung der Jungen und Mädchen kommt nur wenig Aufmerksamkeit bei. Anweisungen werden unklar gegeben und Grenzen werden inkonsequent, unvorhersehbar und sprunghaft gesetzt. Weiterhin werden die Kinder nicht ausrei-

---

<sup>40</sup> Vgl. Deegener, G. 2005, S. 37.

<sup>41</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 29.

<sup>42</sup> Vgl. Schone, R. u. a. 1997, S. 16, 19.

chend beaufsichtigt, ihr Schutz ist somit nicht gewährleistet.<sup>43</sup> Die Bedürfnisse der Jungen und Mädchen werden oft falsch wahrgenommen: auf hungriges Weinen wird z. B. völlig inadäquat mit Einsperren oder Schimpfen reagiert. Die Vernachlässigung durch die Eltern kann aktiv oder passiv, d. h. bewusst oder unbewusst erfolgen. Bei der passiven Vernachlässigung werden Handlungen zur Befriedigung kindlicher Bedürfnisse aufgrund fehlenden Wissens und unzureichender Einsicht unterlassen. Der Bedarf des Kindes wird oft einfach nicht erkannt oder die Eltern verfügen selbst über kein ausreichendes Handlungspotenzial. Bei der aktiven Vernachlässigung wird fürsorgliches Handeln wissentlich unterlassen, obwohl die Bedürfnisse des Kindes den Eltern bekannt sind und sie in der Lage wären, entsprechend zu handeln. Die Defizitversorgung wird hier also bewusst herbei geführt. Die Grenzen zwischen passiver und aktiver Vernachlässigung sind allerdings fließend, eine klare Unterscheidung ist meist nicht möglich.<sup>44</sup> Die Vernachlässigung führt zu schweren Entwicklungsbeeinträchtigungen in allen Bereichen, z. B. zu Rückständen in der kognitiven und sozialemotionalen Entwicklung und zu Funktionslücken im Ich. So sind vernachlässigte Kinder kaum in der Lage, Selbstreflexion und ein Gefühl von Selbstwirksamkeit aufzubauen. Die Eltern legen in der Regel den Grundstein für die Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeit, da sie anfänglich die psychischen Vorgänge stellvertretend einordnen. Dies geschieht, in dem sie auf Erfolg oder Misserfolg der kindlichen Handlung angemessen reagieren. Doch bei vernachlässigten Kindern findet keine elterliche Reaktion auf ihr Handeln statt.<sup>45</sup> Außerdem unterliegen vor allem kleinere Kinder und Säuglinge bei dieser Misshandlungsform einem hohen Krankheits- und Todesrisiko, z. B. durch Nichtbehandeln von Unfällen oder Erkrankungen bzw. durch Verdursten und Verhungern lassen.<sup>46</sup>

## 4.2 Die seelische Misshandlung

Die seelische Misshandlung kann sowohl allein als auch in Verbindung mit anderen Formen der Kindesmisshandlung vorkommen.<sup>47</sup> Doch auch wenn sie in Ver-

---

<sup>43</sup> Vgl. Cantwell, H. B. 2002, S. 520-527.

<sup>44</sup> Vgl. Schone, R. u. a. 1997, S. 22.

<sup>45</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 30.

<sup>46</sup> Vgl. Kinderschutz-Zentrum Berlin 2000, S. 28.

<sup>47</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 30.

bindung mit anderen Formen auftritt, stellt sie den Kern der Misshandlung dar, da die Bedeutung und der affektive Gehalt des Geschehens dieses für das Kind in seinem Erleben zu einer Misshandlung macht.<sup>48</sup> Brassard und Hardy gehen sogar davon aus, dass die seelische Misshandlung sich am schädlichsten von allen Misshandlungsformen (bis auf jene, die tödlich enden) auf die kindliche Entwicklung auswirkt. Die psychischen Begleiterscheinungen machen ihrer Meinung nach das wahre Trauma aus, und sind auch für die negativen Auswirkungen der körperlichen und sexuellen Misshandlung sowie, der Vernachlässigung verantwortlich.<sup>49</sup> Die seelische Misshandlung unterscheidet sich von den anderen Misshandlungsformen darin, dass sie nicht durch eine Tat definiert ist, sondern durch die Beziehung zwischen dem Kind und dem misshandelnden Elternteil. Charakteristisch für die Eltern-Kind-Beziehung sind hierbei Interaktionen der unangemessenen Behandlung von Kindern. Das Gleichgewicht zwischen guten und inakzeptablen Interaktionen ist in Fällen der psychischen Misshandlung soweit verschoben, dass die misshandelnden Interaktionsaspekte typisch für die Gesamtbeziehung sind.<sup>50</sup> Es werden alle Verhaltensweisen als psychische Misshandlung angesehen, die dem Kind das Gefühl geben, es sei wertlos, fehlerhaft, ungeliebt, ungewollt und nur dazu da, die Bedürfnisse anderer zu erfüllen. Dies geschieht z. B. durch verächtliches Zurückweisen des Kindes in Form von ständiger Kritik, öffentlicher Demütigung und Lächerlichmachen oder durch Terrorisieren der Jungen und Mädchen anhand von Gewaltandrohungen oder ihrer absichtlichen Gefährdung.<sup>51</sup> Die Folgen seelischer Misshandlung können Verhaltens-, Persönlichkeits- und Entwicklungsstörungen sein. Vor allem ein schwaches Selbst, gestörtes Bindungsverhalten, gestörte Fremd- und Selbstwahrnehmung und eingeschränkte kognitive und soziale Fähigkeiten treten auf.<sup>52</sup> Sie führt außerdem zu Isolation, Aggressivität, dissozialem Verhalten und selbstzerstörerischen Tendenzen.<sup>53</sup>

---

<sup>48</sup> Vgl. Kinderschutz-Zentrum Berlin 2000, S. 29.

<sup>49</sup> Vgl. Brassard, M. R. / Hardy, D. B. 2002, S. 593- 594, 596.

<sup>50</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 31.

<sup>51</sup> Vgl. Brassard, M. R. / Hardy, D. B. 2002, S. 587-588.

<sup>52</sup> Vgl. Kinderschutz-Zentrum Berlin 2000, S. 29.

<sup>53</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 31.

### 4.3 Die körperliche Misshandlung

Die physische Gewalt gegenüber Kindern stellt im Gegensatz zur Vernachlässigung die offensichtlichste der Traumatisierungsarten dar. Den betroffenen Kindern und Jugendlichen kommt die Aufmerksamkeit der Eltern auf unangemessene und exzessive Weise zuteil. Diese Misshandlungsform ist von einer verletzenden Beziehung geprägt, deren Gewalt meist durch Willens- oder Bedürfnisäußerungen auf Seiten der Kinder, wenn sie z. B. etwas fragen, sich äußern oder beschweren, veranlasst wird.<sup>54</sup> Körperliche Misshandlung umfasst dabei alle Handlungen, die zu körperlichen, nichtzufälligen Verletzungen des Kindes oder Jugendlichen führen. Dies reicht von einem Schlag mit der Hand, über Würgen, Prügeln, bis hin zu Angriffen mit Gegenständen wie Riemen und Stöcken.<sup>55</sup> Weiterhin können Kinder durch absichtlich hinzugefügte Verbrennungen misshandelt werden. Verbrennungsverletzungen entstehen meistens durch Kontaktverbrennungen mit heißem Metall oder glimmenden Objekten wie Zigaretten oder durch Verbrühungen mit heißen Flüssigkeiten.<sup>56</sup> Die häufigste Ursache für den tödlichen Ausgang körperlicher Kindesmisshandlungen stellt das Schädelhirntrauma durch Schläge auf den Kopf oder das Schütteln von Säuglingen dar. Die zweithäufigste Todesursache sind Verletzungen des Bauches und Unterleibes, hervorgerufen durch Fußtritte oder penetrierende Faustschläge.<sup>57</sup> Die physische Misshandlung tritt entweder als impulsive und reaktive Gewalttätigkeit auf, bei der die Misshandelnde Person z.B. in einer Stress-Situation die Kontrolle verliert und in blinder Wut zuschlägt oder als gezielte Gewaltanwendung, wie bei exzessiven Kontrollmaßnahmen.<sup>58</sup>

Die physische Misshandlung führt vor allem zu Entwicklungsbeeinträchtigungen im kognitiven, besonders im sprachlichen Bereich, außerdem zu geringer Kompetenz, Ausdauer und Belastbarkeit in Situationen, die dem Kind Leistung abfordern. Weiterhin zeigen geschlagene Kinder eher hyperaktives und aggressives Verhalten.<sup>59</sup> Andererseits legen sie oft ein Chamäleonverhalten an den Tag, das heißt sie sind besonders anpassungsfähig, da sie gelernt haben, genau zu beobachten, wann Gefahr droht und sie daher voller Angst bemüht sind, auf gar keinen

---

<sup>54</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 32.

<sup>55</sup> Vgl. Kinderschutz-Zentrum Berlin 2000, S. 28.

<sup>56</sup> Vgl. Feldman, K. W. 2002, S. 287.

<sup>57</sup> Vgl. Feldman, K. W. 2002, S. 297, 300, 315.

<sup>58</sup> Vgl. Kinderschutz-Zentrum Berlin 2000, S. 28.

Fall etwas falsch zu machen oder aufzufallen. Weitere Folgen dieser Traumatisierungsart stellen selbstzerstörerische Neigungen, Drogenmissbrauch, eine gestörte Körperwahrnehmung und schwere emotionale Probleme, die bis zur Suizidneigung gehen können, dar.<sup>60</sup>

#### 4.4 Der sexuelle Missbrauch

Noch heute diskutieren Wissenschaftler darüber, wie genau sexueller Missbrauch definiert wird. Einig ist sich die Forschung darüber, dass dieser Misshandlungsform alle Taten zuzuordnen sind, „die durch Drohungen und körperliche Gewalt erzwungen werden“ und die „gegen den Willen des Kindes“ stattfinden.<sup>61</sup> Eine häufig zitierte Definition ist die von Schlechter und Roberge. Sie beschreiben Kindesmissbrauch folgendermaßen: „Unter sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen versteht man ihre Beteiligung an sexuellen Handlungen, die sie auf Grund ihres Entwicklungsstandes nicht verstehen, dazu kein wissentliches Einverständnis geben können, die sexuelle Tabus der Familie und der Gesellschaft verletzen und zur sexuellen Befriedigung eines Nichtgleichaltrigen oder Erwachsenen dienen“.<sup>62</sup>

Typisch für den sexuellen Missbrauch ist die Verleugnung. Dadurch, dass der Täter das Kind zwingt, den Missbrauch geheim zu halten und sich auch so verhält, als gäbe es ihn nicht, entsteht für das Kind eine Dynamik von zwei Welten. Es möchte die Tat ebenfalls verleugnen und vor sich selbst verbergen.<sup>63</sup> Daher greift es auf verschiedene psychische Abwehrmechanismen zurück, um sich die ursprüngliche Bindung an Mutter und Vater zu erhalten. So versetzen sich missbrauchte Kinder oft in dissoziative Zustände wie z.B. Tagträume. Bei extrem schweren, lang anhaltenden Missbrauch können unter Umständen sogar Persönlichkeitsfragmente abgespalten werden. Besitzen Kinder die Fähigkeit zur Dissoziation nicht oder kann der Missbrauch nicht mehr verleugnet werden, müssen sie ein Sinnsystem entwerfen, das die Tat rechtfertigt. Das betroffene Kind glaubt daran, dass es selbst das Böse in sich hat und somit die Schuld am Missbrauch

---

<sup>59</sup> Vgl. Mertens, B. / Pankofer, S. 2011, S. 37-39.

<sup>60</sup> Vgl. Wurdak-Svenson, M. 2013, S. 383; Weiß, W. 2011, S. 33.

<sup>61</sup> Enders, U. 2001, S. 21.

<sup>62</sup> Wenniger, K. 1994, S. 1.

<sup>63</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 36.

trägt. Es kann sich damit die Eltern als gute Eltern erhalten, da es ja selbst schlecht ist und kann vielleicht versuchen, gut zu werden und den Missbrauch damit zu beenden. Diese Kinder haben nach Meinung der Psychiaterin Judith Lewis Herman ein doppeltes Selbst.<sup>64</sup> Die Schuldzuweisungen werden oft von dem Täter oder der Täterin durch direkte Schuldzuweisungen noch verstärkt. Außerdem glauben die Jungen und Mädchen, dass so etwas wie Missbrauch nur ihnen passiert, was wieder zu der Annahme führt, sie selbst haben Anlass zu dem Missbrauch gegeben und mit ihnen stimme etwas nicht.<sup>65</sup> Andere Beziehungen, die dem Kind Schutz bieten könnten, werden unterbunden. Familien, in denen Kinder missbraucht werden, leben sozial isoliert. Der misshandelnde Elternteil überwacht eifersüchtig alle sozialen Kontakte, um die Geheimhaltung der Misshandlung zu gewährleisten und die anderen Familienmitglieder zu kontrollieren. Auch von dem Rest der Familie ist das betroffene Kind abgeschnitten. Es muss erleben, dass es auch von dem nicht misshandelnden Elternteil und anderen Familienangehörigen keinen Schutz bekommt. Aus der Sicht des Kindes hätte er den Missbrauch bemerken und eingreifen müssen, wenn er sich wirklich interessiert. Dadurch fühlen sich die Jungen und Mädchen komplett allein gelassen, dieses Gefühl ist oft noch schlimmer als der Missbrauch an sich.<sup>66</sup>

Die Folgen sind gravierend. Der erste Faktor ist der Verrat durch wichtige Bezugspersonen, von denen das Kind abhängig ist. Dadurch wird das Vertrauen des Kindes zerstört. Wut, Misstrauen, Feindseligkeit, Trauer, Depression und unter Umständen die Verfestigung der Opferrolle sind die Folgen.<sup>67</sup> Weiterhin werden der Willen und die Bedürfnisse der Jungen und Mädchen missachtet und ihre körperliche Integrität wird ständig verletzt.<sup>68</sup> Die missbrauchende Person setzt sich über die Widerstandsformen des Kindes wie Weinen, Schreien oder Flehen hinweg und bricht damit dessen Willen.<sup>69</sup> Dies führt zu tiefer Ohnmacht und Hilflosigkeit, dem Gefühl, nichts kontrollieren und bewirken zu können, ein weiterer Faktor.<sup>70</sup> Angst- und Panikattacken, Zwänge, Phobien und Dissoziationen können

---

<sup>64</sup> Vgl. Herman, J. L. 1994, S. 145.

<sup>65</sup> Vgl. Enders, U. 2001, S. 136.

<sup>66</sup> Vgl. Herman, J. L. 1994, S. 141.

<sup>67</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 38, 39.

<sup>68</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 39.

<sup>69</sup> Vgl. Enders, U. 2001, S. 142.

<sup>70</sup> Vgl. Leuzinger-Bohleber, M. / Burkhardt-Mußmann, C. 2012, S. 189.

Auswirkungen sein.<sup>71</sup> Die Verletzungen der körperlichen Integrität führen weiterhin dazu, dass sich die Kinder in ihrem Körper nicht mehr sicher fühlen. Ein dritter traumatisierender Faktor bildet die Stigmatisierung. Das Kind wird mit den negativen Bedeutungszuschreibungen des Missbrauchs belastet, wodurch der Zwang das Geschehene geheim zu halten noch verstärkt und das Selbstwertgefühl von Schuld und Scham beherrscht wird. Suchtentwicklungen und Autoaggressionen können die Folgen sein.<sup>72</sup> Die traumatische Sexualisierung stellt den vierten Faktor dar. Durch die unangemessene Einwirkung wird die kindliche Sexualität so sehr beeinflusst, dass sie dem eigentlichen Entwicklungsstand nicht entspricht. Dadurch werden die sexuellen Normen und die sexuelle Identität verwirrt, Sexualität und Liebe werden verwechselt und häufig wird sich übermäßig mit Sexualität beschäftigt und aggressive sexuelle Verhaltensweisen treten auf. Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass sexueller Missbrauch die kindliche Entwicklung in allen Bereichen stark schädigt, vor allem betroffen sind die psychische Identität und das eigene Körperschema.<sup>73</sup>

#### 4.5 Die Trennung

Trennungen sind Teil der Lebenserfahrung eines jeden Menschen. Das Leben beginnt mit einer Trennung, der des Kindes vom Mutterleib und endet mit einer Trennung vom Leben, dem Tod. Dazwischen muss sich der Mensch mit zahlreichen Trennungen auseinandersetzen: z.B. mit einem Krankenhausaufenthalt, der Einschulung, dem Zerfall einer Beziehung. Abhängig vom Alter werden sie mit sehr starker oder schwacher Angst behaftet sein. Doch im Laufe der Zeit gelingt es, endgültige und vorübergehende Trennungen zu unterscheiden und den seelischen Schmerz besser zu verarbeiten. Viele Trennungen ziehen positive Konsequenzen mit sich und fördern die persönliche Entwicklung, wie z. B. der Auszug eines jungen Erwachsenen aus dem Elternhaus. Doch es gibt auch Trennungen, die sich schädlich auf die Entwicklung auswirken. Ob sich für ein Kind schädliche Folgen aus einer Trennung ergeben, hängt von vielen Faktoren ab; von seinem Alter, davon wie stark es von der Person abhängig ist, von der Intensität der Beziehung, von den Umständen der Trennung und inwieweit sie für das Kind nicht

---

<sup>71</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 37.

<sup>72</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 37, 38.

vorhersehbar war. Daraus ergibt sich, dass sich eine Trennung sehr kleiner Kinder von ihren Eltern, ihren engsten Bezugspersonen, von denen sie im höchsten Maße materiell und seelisch abhängig sind, meist traumatisierend auf die Jungen und Mädchen auswirkt; zumal sie die Umstände der Trennung nicht beeinflussen können und es sich oft um eine plötzliche Trennung ohne Vorwarnung handelt. Dies ist auch bei innerfamiliären Misshandlungsfällen der Fall.<sup>74</sup> Für Kinder und Jugendliche in der Heimerziehung bedeutet dies, dass alle Trennungen hinter sich haben.

Kinder entwickeln oft ein eigenes Erklärungssystem darüber, warum es zu einer Trennung von den Eltern kommt und sie nun z.B. in einer Wohngruppe untergebracht werden. Misshandelte Kinder geben sich meist selbst die Schuld für das Zerbrechen der Familie und meinen damit auch, für die eigene Fremdunterbringung die Verantwortung zu tragen. Die wahren Gründe, nämlich Überforderung der Eltern und / oder Misshandlungen des Kindes, sind sowohl den Jungen und Mädchen als auch oft deren Eltern nicht logisch nachvollziehbar.

Die Folgen einer Trennung erstrecken sich vor allem auf das Beziehungsverhalten; Beziehungslosigkeit oder -sucht sind die Folgen. Auch Passivität und Abstumpfung, Depressionen, verfrühtes Streben nach Autonomie, Selbstverwahrlosung können auftreten.<sup>75</sup>

Trennungen von Eltern können natürlich auch andere Ursachen haben, aber in dieser Arbeit steht die Trennung, im Zusammenhang mit einer Misshandlung, durch Fremdunterbringung im Vordergrund.

#### 4.6 Die häusliche Gewalt

„Häusliche Gewalt bezeichnet die Gewalt zwischen erwachsenen Bezugspersonen- meist Männern gegen Frauen.“<sup>76</sup> Groß ist die Zahl derjenigen Kinder und Jugendlichen, die mittelbar oder unmittelbar (z.B. im Nebenraum) während der gewalttätigen Auseinandersetzungen anwesend, oder zusätzlich als ein Opfer involviert sind. Diese Betroffenen nehmen Rollen wie Schlichter, Verbündeter oder Schiedsrichter ein, müssen sich immer scheinbar für eine Seite entscheiden und

---

<sup>73</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 38, 39.

<sup>74</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 40, 41.

<sup>75</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 40.

<sup>76</sup> Weiß, W. 2011, S. 33.

wagen es nie, ihre eigenen Gefühle auszudrücken. Obwohl ein automatischer Gewaltkreislauf nicht nachweislich angenommen werden kann, so belegt biografische, psychologische Forschung einen starken Zusammenhang zwischen solchen Kindheitserfahrungen und eigenem Gewalthandeln.<sup>77</sup> Spätfolgen solcher Gewalterfahrungen sind eher unspezifische Auswirkungen wie Schlafstörungen und Aggressivität.

#### 4.7 Zusammenfassung

Misshandlungen durch die engsten Bezugspersonen in der Kindheit besitzen ein hohes Traumatisierungspotenzial. Neben den körperlichen Verletzungen kommt der massive Vertrauensverlust in die Personen dazu, die eigentlich für das Kind verantwortlich sind, von denen es abhängig ist, die ihm eigentlich Schutz und Hilfe bieten müssten. Chronisch misshandelte Kinder und Jugendliche sind meist verschiedenen Formen der Gewalt ausgesetzt. Die verschiedenen Formen der Gewalt haben natürlich jede für sich spezielle Folgen, doch beeinflussen sie in erster Linie ähnlich vor allem das Selbstbild der Kinder, ihr Bindungsverhalten und ihr Verhalten. Misshandelte Kinder haben meist ein durchweg negatives Selbstbild, sie halten sich selbst für schlecht und machen sich für das Geschehene verantwortlich. Aufgrund der rücksichtslosen, gewaltvollen Behandlung durch die engsten Bezugspersonen kennen sie Vertrauen als Voraussetzung für eine gleichberechtigte sichere Beziehung nicht. Sie entwickeln ein desorganisiertes Bindungsverhalten, neigen entweder zu enthemmt distanzloser Kontaktbereitschaft oder verhalten sich neuen Beziehungsangeboten gegenüber sehr ängstlich und zurückhaltend. Auch nach Beendigung der Misshandlung behalten sie zum Schutz ihre entwickelten Abwehrmechanismen bei und handeln oft weiterhin so, wie in ihrer traumatisierten Umgebung.<sup>78</sup>

---

<sup>77</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 34-35.

<sup>78</sup> Vgl. Bausum, J. u. a. 2011, S. 71.

## 5 Möglichkeiten des Pädagogischen Umgangs

### 5.1 Auswirkungen

Mit welchen Symptomen der fremduntergebrachten Kinder und Jugendlichen haben die Pädagogen in der stationären Jugendhilfe in ihrem Alltag zu tun? Kann der Erziehungsalltag in den Wohngruppen intensiver und gezielter als bisher als ein wirksamer Ort für die Aufarbeitung der Traumata genutzt werden?<sup>79</sup>

Die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen hängen nicht in erster Linie von der Art der Traumatisierung ab. Obwohl es durchaus Unterschiede bei den Auswirkungen der verschiedenen Möglichkeiten der Traumatisierung gibt, hängen die Reaktionen auf solche Ereignisse vorwiegend vom Alter der Jungen und Mädchen ab. Betroffen sind vor allem Selbstbild, Bindungsfähigkeit und Verhalten der Kinder und Jugendlichen.<sup>80</sup> Diese Probleme müssen in ihrem ganzen Ausmaß allerdings nicht bei jedem Kind oder Jugendlichen auftreten. Verfügt das Kind über ausreichende Schutzfaktoren wie ein gutes Selbstwertgefühl oder bekommt es bei der Entdeckung der Misshandlungen ausreichende Unterstützung, z. B. durch andere Familienmitglieder, so können die negativen Auswirkungen abgewendet werden.

#### 5.1.1 Auswirkungen auf das Selbstbild

Doch durch jahrelange innerfamiliäre Misshandlungen schaffen es traumatisierte Kinder und Jugendliche meist nicht, ein positives Selbstbild und einen Glauben an ein kompetentes eigenständiges Selbst zu entwickeln, dafür fehlen ihnen die Erfahrungsgrundlagen. Ihr Selbstbild wird durch Gleichgültigkeit, Bestrafung und Zurückweisung durch die Eltern geprägt. Sie verinnerlichen die Sichtweise und die Schuldgefühle ihrer Bezugspersonen, sehen sich sozusagen mit ihren Augen und halten sich meist für dumm, böse und nicht liebenswürdig.<sup>81</sup> Das schlechte Selbstbild dient dazu, sich einerseits Mutter und Vater als gute Eltern zu bewahren und um andererseits zum Subjekt des Geschehens zu werden. Dies entspricht der frühkindlichen Denkweise, dass alle Ereignisse auf das Kind bezogen sind. Trau-

---

<sup>79</sup> Vgl. Bausum, J. u. a. 2011, S. 70.

<sup>80</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 51, 52.

matisierte Menschen jeden Alters bezichtigen sich selbst, die Verantwortung für das Erlebte zu tragen. Die misshandelnden Eltern verstärken die Schuldgefühle auf Seiten der Jungen und Mädchen meist noch bewusst.<sup>82</sup> Das Selbst der Kinder und Jugendlichen richtet sich nach den Erwartungen und dem Willen der traumatisierenden Bezugspersonen. Zu ihrem eigenen Schutz- um zu Überleben- sind sie ihnen gefügig und entwickeln damit ein „falsches Selbst“. Die Kinder müssen sich perfekt anpassen, jede Wunschregung erraten, wollen besonders brav sein und nicht auffallen. Dies dient neben dem Eigenschutz dazu, das Gefühl des Schlecht-Seins zu überdecken. Werden sie dann für ihr Verhalten gelobt, sehen sie sich selbst noch mehr als schlecht an, weil sie mit ihrem Brav-Sein gelogen haben, weil die anderen ihrer Meinung nach nicht bemerken, wie böse sie sind. Damit ist es ihnen gar nicht möglich, ein positives Selbstbild mit guten Eigenschaften einerseits und entschuldbaren Fehlern andererseits zu entwickeln. Stattdessen neigen diese Kinder zu Selbstzweifeln, Schamgefühlen und Anpassung. Außerdem macht das widersprüchliche Selbstbild sie anfälliger für Bewusstseinspaltungen.<sup>83</sup>

### 5.1.2 Auswirkungen auf das Bindungsverhalten

Eine sichere emotionale Bindung zwischen Kind und Eltern stellt einen wesentlichen schützenden Faktor bei der kindlichen Entwicklung dar. Bei Ereignissen, die das Kind ängstigen, sucht es Trost bei Mutter und Vater; sie geben ihm Rückhalt, wodurch es widerstandsfähiger gegenüber psychischen Belastungen wird. Sicher gebundene Kinder zeigen außerdem ausgeprägtes Explorationsverhalten. Sie erkunden die Umwelt, knüpfen Kontakte und gehen neue Beziehungen ein.<sup>84</sup>

Doch Kinder und Jugendliche, die jahrelang Missbrauch und Misshandlung innerhalb der eigenen Familie erleben, sind in ihrem Bindungsverhalten schwer beeinträchtigt. Sie kennen das Urvertrauen als Grundlage jeder Beziehung nicht und haben eigene Bindungsmodelle und Bindungsrepräsentationen entwickelt, die ihren bisherigen Bindungserfahrungen entsprechen. Durch den in der Vergangenheit erlittenen schweren Vertrauensverlust ist es den Jungen und Mädchen kaum möglich, Beziehungen zu anderen einzugehen. Sie haben ein hoch unsicheres,

---

<sup>81</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 49, 50.

<sup>82</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 50.

<sup>83</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 54.

<sup>84</sup> Vgl. Brisch, K. H. / Hellbrügge, Th. 2012, S. 112.

desorganisiertes Bindungsverhalten, das durch ambivalente Verhaltensweisen geprägt ist. Sie suchen Nähe und haben Angst vor zu viel Nähe. Sie versuchen, ihre Beziehungen zu anderen zu kontrollieren. So verhalten sie sich den Eltern gegenüber z. B. ängstlich und im Kindergarten hingegen aggressiv.<sup>85</sup>

Die Kinder und Jugendlichen hatten nie die Möglichkeit, innere Sicherheit zu entwickeln. Dadurch fehlt ihnen auch die Fähigkeit, Nähe und Distanz zu regulieren- eine Fähigkeit die normalerweise während der kindlichen Entwicklung immer weiter ausgeprägt wird. Doch bei diesen Kindern fehlt sie; dadurch neigen sie zur Distanzlosigkeit, auch gegenüber völlig Fremden; sind sehr anhänglich und haben viele, aber sehr kurzlebige Beziehungen. Oder sie zeigen große Angst und sind Fremden gegenüber und damit auch der Möglichkeit, neue Beziehungen einzugehen, sehr stark gehemmt.<sup>86</sup>

In Familien, in denen Misshandlungen an Kindern stattfinden, ist die Verschiebung der Generationsgrenzen geradezu charakteristisch. Das Kind kümmert sich um die Geschwister oder die trinkende Mutter- die Rollen von Eltern und Kindern werden sozusagen vertauscht.<sup>87</sup> Diese Rollenumkehr stellt eine Form der Bindungsstörung dar.

### 5.1.3 Auswirkungen auf das Verhalten

Lange Zeit missbrauchte Kinder und Jugendliche, denen keine Unterstützung durch vertrauensvolle Bezugspersonen zuteilwird, können ihre Erfahrungen nicht ausreichend integrieren. Stattdessen setzen sich die traumatischen Erfahrungen bruchstückhaft in ihrer Seele fest und führen dort ein Eigenleben. Diese Erfahrungen werden wahrscheinlich in einem sehr aktiven Teil des Gedächtnisses gespeichert, in dem sie ständig wiederholt werden. Entweder wird das gesamte traumatische Geschehen als Unglück abgespeichert oder es werden nur die dazugehörigen Gefühle und Empfindungen integriert. Dies variiert je nach dem Entwicklungsstand des Kindes. Umso jünger es ist, umso mehr beruht die Erinnerung auf einer einzelnen Wahrnehmung, wie z. B. einem Bild, einem Geräusch oder Geruch, dem Körpergefühl oder den Emotionen. Diese verschiedenen Erinnerungsebenen

---

<sup>85</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 56.

<sup>86</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 57.

<sup>87</sup> Vgl. Weiß, W. 2011. S. 55.

arbeiten außerhalb des Bewusstseins unabhängig voneinander als einzelne Gedächtnissysteme, als Körpergedächtnis.<sup>88</sup>

Im Gegensatz zum Flashback stellt die Re-Inszenierung ein Rollenverhalten dar, das in der Vergangenheit aufgrund des traumatischen Geschehens entwickelt wurde. Die Kinder und Jugendlichen re-inszenieren ihre Erfahrungen, um sie zu bearbeiten.<sup>89</sup> Vor allem Jugendliche drücken ihre Erfahrungen eher in Handlungen aus, anstatt sie zu thematisieren. Eine Form der Re-Inszenierung ist es z. B., andere zu Verhaltensweisen zu provozieren, die sie kennen. Sie provozieren Pädagogen zu aggressiven Verhalten, da ihnen das vertraut ist und ihnen somit Sicherheit vermittelt oder sind selbst stark aggressiv. Diese Thematik hat eine besondere Relevanz, weil aggressive Übergriffe oft hoch verunsichernd auf Betroffene wirken. Als Folge werden diese unruhig, fühlen sich hilflos und ziehen sich zurück, vor allem wenn die aggressiven Kinder schon Jugendliche sind. Oder sie handeln manchmal selbst impulsiv, heftig, aggressiv, inkonstant. So entsteht der Eindruck, Aggressivität sei ansteckend.

#### 5.1.4 Zusammenfassung

Diese beschriebenen Auswirkungen der verschiedenen Traumatisierungen zeichnen ein den pädagogischen Fachkräften in den stationären Wohngruppen sehr bekanntes und präsenten Bild ihrer zu betreuenden Kinder und Jugendlichen. Vor allem Kinder, die in der frühen Kindheit chronisch traumatisiert wurden, entwickeln nicht nur ein unsicheres Bindungsverhalten, sondern eine Bindungsstörung.<sup>90</sup> Eine Form der Störung bei schwer vernachlässigten Kindern kann sein, dass sie keine bestimmte Bindungsperson mehr bevorzugen; sie haben jede Erwartung an eine emotionale Beziehung aufgegeben.<sup>91</sup> Ihre negativen Überzeugungen richten sich z. B. auch nicht nur gegen das eigene Selbstbild. Auch die Einstellungen der Kinder gegenüber anderen Personen, z. B. den Pädagogen, tendieren ins Negative. Sie sehen sie als unzuverlässig und fühlen sich von ihnen abgelehnt. Ebenso ist die Vorstellung von der Zukunft überhaupt von schlechten An-

---

<sup>88</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 61.

<sup>89</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 64.

<sup>90</sup> Vgl. Brisch, K. H. / Hellbrügge, Th. 2012, S. 108.

<sup>91</sup> Vgl. Brisch, K. H. / Hellbrügge, Th. 2012, S. 109.

nahmen geprägt. Für sie ist die Zukunft oft hoffnungslos, sie haben das Gefühl ohne einen Zweck oder ohne eine richtige Identität zu leben.

Kommen diese Kinder und Jugendlichen in die stationäre Wohngruppe, so ist dann alles für sie fremd. Der Alltag gestaltet sich anders, es gibt andere Regelmäßigkeiten oder das Kind erlebt sogar zum ersten Mal feste Regeln, die Menschen sind fremd und diese üben auch noch Autorität über das Kind aus. Verhalten und Erleben der Kinder sind geprägt von Abwehrmechanismen. Diese Abwehrmechanismen waren die Voraussetzung für die Bewältigung unbewusster psychischer Konflikte gewesen und waren damit eine Grundlage zur Selbststeuerung. Sie hatten also zu bestimmten Zeiten Schutzfunktionen.<sup>92</sup> Meistens sind sie Teil der bestmöglichen inneren Konfliktlösung, die das Kind in der bis dahin stattgefundenen psychischen Entwicklung erreicht hat. Sind diese Abwehrmechanismen als Eigenschutz zur Bewältigung der problematischen Umwelt wichtig, so wirken sie sich nach Beendigung der Misshandlungssituation eher schädlich für das Kind aus. Diese Formen der Abwehr können sein: Dissoziation, einzelne Körperteile werden nicht mehr gefühlt, Schmerz wird nicht wahrgenommen, Lähmung und Müdigkeit und Übererregung.

Gerade die pädagogischen Fachkräfte sind diejenigen, die tagtäglich mit den Kindern und Jugendlichen zu tun haben. Die Beeinträchtigungen durch erlittene Traumata wirken sich auch, oder gerade, im Alltag aus. Wenn die pädagogischen Fachkräfte über ein erhöhtes Verständnis der Auswirkungen traumatischer Erfahrungen auf Kinder verfügen, können die Belastungen dieser Kinder und die Belastungen der pädagogischen Bezugspersonen reduziert werden.<sup>93</sup> Kenntnisse der verschiedenen Traumatisierungen und der Wirkfaktoren sind Grundlage für eine angemessene Hilfe.<sup>94</sup>

Es gilt erst einmal diese Verhaltensweisen der Betroffenen als normale Reaktionen auf unnormale Erlebnisse zu erkennen, einzuordnen und so darauf zu reagieren, dass sich die ursprünglichen Erfahrungen nicht auch noch mit neuen Bezugspersonen wiederholen.<sup>95</sup>

---

<sup>92</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 66, 67.

<sup>93</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 26.

<sup>94</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 27.

<sup>95</sup> Vgl. Bausum, J. u. a. 2011, S. 51.

## 5.2 Methodisches Vorgehen und Interventionsmöglichkeiten

Welche Methoden und Interventionsmöglichkeiten bestehen für den pädagogischen Umgang mit Traumata?

### 5.2.1 Sicherheit und Schutz

Grundlegendstes Ziel bei der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen ist das Wiederherstellen von Sicherheit und der Kontrolle über den eigenen Körper. Ein traumatisierter Mensch braucht einen sicheren Zufluchtsort. Erst dann ist es ihm möglich, wieder eine Verbindung mit der Außenwelt aufzubauen.<sup>96</sup> Bei chronisch missbrauchten und misshandelten Kindern und Jugendlichen gestaltet sich dieses erste Genesungsstadium meist als sehr kompliziert und langwierig. Sie konnten in einer so gefährlichen Umgebung gar nicht lernen, sich selbst zu helfen, zu trösten oder wahre Gefühle zu zeigen. Meist entwickeln sie stattdessen Verhaltensweisen, mit denen sie sich selbst gefährden oder schädigen, wie z. B. selbstverletzendes Verhalten, Essstörungen oder dem Neigen zu gefährlichen Beziehungen.<sup>97</sup> Fachkräfte haben hier die Aufgabe, Schutzfunktionen wahrzunehmen. Wie viel Freiraum braucht das Kind, wann droht Überforderung, wie viel kann dem Kind zugemutet werden? Wie und womit können Ängste vor anderen Kindern, vor Kontrollverlust, vor äußeren Eingriffen gehandhabt werden?<sup>98</sup> Einen wichtigen Aspekt bei der Arbeit mit traumatisierten Mädchen und Jungen bildet die Schaffung von kontinuierlichen Bezügen, dies stellt eine Form der Sicherheit dar. Diese Kinder brauchen mit dem Einzug ins Heim/ in die Wohngruppe eine feste Bezugsperson, eine Person die ein echtes Beziehungsangebot gibt. Eine Bezugsperson, die ihm die Eingewöhnung erleichtert, in dem sie ihn im Alltag begleitet, die Eltern kennt, Besuche begleitet, mit ihm Zeit verbringt, Ansprechpartner für Fragen ist, sich kümmert, Kontakte zu Kindergarten und Schule hält und aktiv am Hilfeplanprozess beteiligt ist. Sind die Kinder motiviert, neue Beziehungen zu Erwachsenen zuzulassen, dann kann es sein, dass das Kind eine engere Beziehung zu einer an-

---

<sup>96</sup> Vgl. Herman, J. L. 1994, S. 225.

<sup>97</sup> Vgl. Herman, J. L. 1994, S. 231.

<sup>98</sup> Vgl. Bausum, J. u. a. 2011, S. 92.

deren pädagogischen Fachkraft eingeht. „Respekt und Wertschätzung erwachsen auch aus dem Blick auf die Lebensgeschichte der Kinder.“<sup>99</sup>

### 5.2.2 Selbstbemächtigung

„Selbstbemächtigung bedeutet die Befreiung von Abhängigkeit und Ohnmacht.“<sup>100</sup> Sie hat sehr viel mit Selbstverstehen und -akzeptanz, Selbstbewusstsein und Selbstwahrnehmung zu tun. Dieses kann und muss durch die Fachkräfte in den Einrichtungen unterstützend gefördert werden. Dazu gehören Selbstkontrolle, Wahrnehmung der eigenen Körperlichkeit und Gesundheitsförderung.<sup>101</sup> Traumatisierte Kinder und Jugendliche brauchen positive Erfahrungen der Selbstwirksamkeit.<sup>102</sup> In einem intakten Interaktionsverhältnis beantworten erste Bindungspersonen die Schlüsselreize (wie Unruhe, Schreien) ihres Kindes mit Verständnis für deren Bedürfnisse, mit Füttern, Liebkosen, Zuspruch... Bei dieser Form der gelungenen Interaktion lernen Kinder schon sehr früh, ihre Äußerungen bewusst einzusetzen, um ihre Bedürfnisse befriedigt zu bekommen. Reagieren also Bezugspersonen auf die Gefühle ihres Kindes, so lernt das Kind, dass es etwas bewirken, eine Situation gestalten kann. Dieses Konzept der Selbstwirksamkeit ist grundlegend für die Regulation seiner Gefühle und das Gestalten von Beziehungen. Doch die Lebenserfahrungen von Mädchen und Jungen in der Heimerziehung sind von wenig Selbstwirksamkeit bzw. der Erkenntnis eigener Ohnmacht geprägt.<sup>103</sup> Um die Kontrolle über den eigenen Körper wiederzuerlangen, müssen zunächst wesentliche Gesundheitsregeln eingehalten werden, wie z.B. ausreichender Schlaf, genügend Nahrung und Bewegung. Dass ihr Verhalten, ihre Symptomatik störend ist, spüren die Kinder und Jugendlichen sehr genau. Um die Spirale von „selbst schuld“ und namenloser Wut, von Lähmung und Schwere, von Hoffnungslosigkeit zu unterbrechen, brauchen sie Menschen, die sie aushalten, die ihnen die Chance geben, diese Verhaltensmuster und Reaktionen an sich zu verstehen lernen und zu akzeptieren, die ihnen Erklärungen geben, die erkennen, dass diese Symptome / Ausraster ein Ausagieren der inneren Spannungen<sup>104</sup> sind, die

---

<sup>99</sup> Weiß, W. 2011, S. 115.

<sup>100</sup> Bausum, J. u. a. 2011, S. 163.

<sup>101</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 120.

<sup>102</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 133.

<sup>103</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 121.

<sup>104</sup> Vgl. Bausum, J. u. a. 2011, S. 93.

mit ihnen gemeinsam neue Handlungsmöglichkeiten erarbeiten und sie zum Subjekt ihres Tuns werden lassen.<sup>105</sup>

Traumabearbeitung bedeutet für traumatisierte Kinder und Jugendliche ein aktiver Prozess der Auseinandersetzung mit ihrer bisherigen Lebenserfahrung, insbesondere ihrer Opferrolle.<sup>106</sup> Es bedeutet eigenverantwortlich für ihr Leben zu werden, in dem sie Körper- und Selbstwahrnehmung lernen, lernen, fürsorglich mit ihrem Körper umzugehen, verstehen welche traumaspezifischen Reaktionen in ihnen ablaufen und dadurch eine Regulation schaffen. Bei körperlichen Erscheinungen wie Reaktivität oder Übererregtheit können z.B. verhaltenstherapeutische Maßnahmen wie Entspannungstechniken helfen. „Im Zentrum steht die Frage, wie sich Menschen selbst beruhigen können.“<sup>107</sup> Aber frühe Erfahrungen müssen auf die Ebene der sprachlichen Kommunikation gebracht werden. Um Selbstregulation zu erlangen, müssen die Auslöser der Übererregung erkannt werden, dann erst kann an der Erarbeitung eines individuellen „Hilfeplanes“ der Selbstregulation gearbeitet werden.

### 5.2.3 Beziehungsaufbau und Beziehungsgestaltung

„Positive Beziehungserfahrungen sind vielleicht der wesentlichste Beitrag für eine gelingende Traumabearbeitung.“<sup>108</sup> Auch, wenn es den Jungen und Mädchen auf Grund ihrer bisherigen Erfahrungen verständlicherweise sehr schwer fällt, Vertrauen zu fassen und neue Bindungen einzugehen, so muss das Angebot dafür doch da sein. Denn auch sie haben wie jeder andere Mensch trotzdem das Bedürfnis nach Bindung und einer sicheren emotionalen Basis; sie möchten letzten Endes dazugehören. Die Kinder sind auf Beziehungsangebote angewiesen, in denen ein geschützter Raum hergestellt wird und die eine vertrauensvolle Atmosphäre bieten, in denen sie sich trauen, über ihre Probleme zu sprechen. Nur dadurch können sie ihre bisherigen Bindungserfahrungen korrigieren, Vertrauen wieder erlernen und damit neue Beziehungen eingehen. Das Gefühl, für jemanden wichtig zu sein, erleben sie hier oft das erste Mal. Doch selbst wenn die Bindungserfahrungen in der Kindheit sehr negativ waren, können verlässliche sichere Bezie-

---

<sup>105</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 123-124.

<sup>106</sup> Vgl. Bausum, J. u. a. 2011, S. 17.

<sup>107</sup> Vgl. Bausum, J. u. a. 2011, S. 18.

<sup>108</sup> Vgl. Bausum, J. u. a. 2011, S. 16.

hungen dazu beitragen, dass es den Kindern dennoch gelingt, langsam ein sicheres Bindungsverhalten zu entwickeln und damit heilend wirken. Betroffene Mädchen und Jungen brauchen bei der Bewältigung ihrer traumatischen Vergangenheit mindestens eine belastungsfähige Bindungsbeziehung.<sup>109</sup> Gute Beziehungen zeichnen sich nicht zwangsläufig durch viel gemeinsam verbrachte Zeit aus; sie sind gekennzeichnet durch Respekt, Transparenz und Zuverlässigkeit.<sup>110</sup> Nur wer sich angenommen und akzeptiert fühlt, kann sich entwickeln und entfalten.<sup>111</sup> Primäre Wertschätzung, die ihnen versagt geblieben ist, muss im neuen Beziehungsgefüge gegeben werden. Dies erfordert von den Fachkräften einen Blick für dieses eine Kind zu entwickeln, ihm echte Wertschätzung als einem Menschen entgegenzubringen, offen und erst einmal bedingungslos „Ja“ zu ihm als Mensch mit einer eigenen Geschichte zu sagen. Fachkräfte, die ein echtes Beziehungsangebot machen, müssen in sich eine Basis haben, von der aus ein „Ja“ zum Kind gesagt und gefühlt werden kann - dies ist eine Haltung, eine Grundhaltung. Das Verhalten dieser Kinder ist vielfach von Aggressivität, Provokation und Destruktivität geprägt. Dennoch steht dahinter vielfach die Angst, dass sich erfahrene traumatische Erfahrungen in neuen Beziehungen wiederholen könnten.<sup>112</sup>

### 5.3 Biografiearbeit – eine Methode

In der Traumapädagogik wird Biografiearbeit mit dem Lebensbuch „Meine Geschichte“ als ein wichtiges Arbeitsfeld betrachtet. Die Lebensgeschichte eines jeden Menschen ist eine Aufschichtung all seiner vorausgegangenen Erfahrungen. Sie sind als Erinnerungen oder Erinnerungsspuren in ihm abgelegt. Dabei sind sie keineswegs „ordentlich“ nebeneinander stehend abgespeichert, sondern miteinander verwoben und uns auch keineswegs immer bewusst zugänglich. Diese Erfahrungen, insbesondere unsere frühen Erfahrungen, bestimmen aber, bewusst und unbewusst, heutiges Handeln.<sup>113</sup> Gerade frühe Erfahrungen stellen eine Art Basis dar, die sich aus bewussten und vielfach unbewussten Erinnerungsspuren zusammenstellt, die im „Heute“ Handlungsentwürfe und Konfliktlösungen bewirken

---

<sup>109</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 86, 89.

<sup>110</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 114.

<sup>111</sup> Vgl. Bausum, J. u. a. 2011, S. 92.

<sup>112</sup> Vgl. Bausum, J. u. a. 2011, S. 92-93.

<sup>113</sup> Vgl. Gudjons, H. / Pieper, M. / Wagener, B. 1999, S. 21.

und aktuelles Handeln steuern. Wenn wir uns bewusst machen, dass neue Erfahrungen, nur auf dem Hintergrund früherer Erfahrungen gemacht werden können, so verstehen wir auch, dass diese früheren Erfahrungen die Wahrnehmung beeinflussen, die Aufmerksamkeit leiten und die Interpretation/ Bewertungsgrundlage dieser bilden.<sup>114</sup> Im Nachdenken, sich Erinnern, im „darüber sprechen“ werden diese Erinnerungsbestände bewusst gemacht und die dazu gehörigen Gefühle aktiviert. Im Hinterfragen dieser Erfahrungen geht es um neue Interpretationen, um neue Bewertungen und die damit verbundene Chance auf veränderte Sichtweisen.<sup>115</sup> Erinnerungen sind nicht nur auf der kognitiven und psychischen Ebene abgelagert und von da auch abrufbar; Lebensgeschichtliche Erfahrungen eines Menschen werden auch auf der physischen Ebene des Körpers widergespiegelt. „Der Körper des Menschen gibt Auskunft über die emotionale Lebensgeschichte eines Menschen.“<sup>116</sup> Bestimmte körperliche Muster verfestigen sich zu Haltungs- und Bewegungsstrukturen.<sup>117</sup> Aber in der Arbeit mit traumatisierten Kindern geht es um mehr. Die Mädchen und Jungen in der Heimerziehung wissen häufig sehr wenig über ihren bisherigen Lebensweg. Erfahrene Beziehungsabbrüche, mangelnde Versorgung und traumatische Erlebnisse bewirken bei den meisten Kindern ein eher diffuses, chaotisches und undifferenziertes „Paket“ an Kindheitserinnerungen.<sup>118</sup> Ein soziales Netz von Familienangehörigen, die ihnen von ihrer Kindheit erzählen, ihre Erinnerungen komplettieren könnten, steht ihnen oftmals nicht zur Verfügung.<sup>119</sup> Sie sind belastet mit Scham, Schuld und Unsicherheit. Ein Teil dieser Gefühle ist mit ihren Erinnerungslücken zu erklären. Sie sind ausgefüllt mit Fantasien und polarisieren in ihrer Gefühlswelt entweder hin zu Verklärung oder sie sehen alles durchweg schlecht.<sup>120</sup> Die Methodik des Lebensbuches soll ihnen bei ihrer Identitätssuche helfen und Struktur geben. Das Lebensbuch gliedert sich in die drei Zeitfenster: Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Entwickelt wurde es von Maria Krautkrämer-Oberhoff und Katrin Hasenbein, 2005, für ein Kinderheim in Münster. Es stellt in seiner Gesamtheit eine Zusammenstel-

---

<sup>114</sup> Vgl. Gudjons, H. / Pieper, M. / Wagener, B. 1999, S. 21.

<sup>115</sup> Vgl. Gudjons, H. / Pieper, M. / Wagener, B. 1999, S. 21-22.

<sup>116</sup> Gudjons, H. / Pieper, M. / Wagener, B. 1999, S. 23.

<sup>117</sup> Vgl. Gudjons, H. / Pieper, M. / Wagener, B. 1999, S. 23.

<sup>118</sup> Vgl. Gudjons, H. / Pieper, M. / Wagener, B. 1999, S. 121.

<sup>119</sup> Vgl. Gudjons, H. / Pieper, M. / Wagener, B. 1999, S. 121.

<sup>120</sup> Vgl. Gudjons, H. / Pieper, M. / Wagener, B. 1999, S. 122.

lung aus Fotos (Vergangenheit und Gegenwart) des Kindes, aus Stammbaumdaten und -geschichten, aus gemalten und gebastelten Geschichten und Emotionen und aus Wünschen für die Zukunft dar. Gemeinsam mit einer Bezugsperson wird die Identität und Individualität des Kindes erarbeitet. Das Kind lernt seine Geschichte kennen und die gemeinsame Erarbeitung bringt dem Kind auch eine neue Beziehungserfahrung; jemand anderes interessiert sich für ihn. Dieses Buch gehört dem Kind und wird ihm beim Auszug aus dem Heim mitgegeben.

Das Lebensbuch ist in Anlage 1 differenzierter dargestellt.

## **6 Fallbeispiel eines traumatisierten Kindes aus einer Wohngruppe aus Leipzig**

### 6.1 Fallvorstellung

Alex (Namen geändert) ist zum jetzigen Zeitpunkt elf Jahre alt. Er kam wenige Tage nach seinem achten Geburtstag in unsere Wohngruppe.

Über den Schwangerschaftsverlauf ist nichts bekannt. Kurze Zeit nach der Geburt hatte er Probleme mit der selbständigen Atmung und kam deshalb sofort in die Universitätsklinik Leipzig, auf die Neugeborenenintensivstation, auf der ihn nur sein Vater besuchte. Seine weitere Entwicklung war, laut Allgemeinem Sozialdienst (ASD), immer etwas auffällig. Im Kindergarten hatte er einen Integrationsplatz.

In unserer Wohngruppe lebte Alex in einer altersgemischten Gruppe (2,5 bis 12 Jahre). Er wurde nach dem SGB VIII § 35a in unserer Einrichtung untergebracht. Vor dieser Entscheidung auf stationäre Unterbringung lebte Alex ein halbes Jahr im Parkkrankenhaus auf der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Station. In der dortigen Krankenhausschule hatte er auch sein erstes Schuljahr beendet. Der Grund für die stationäre Unterbringung in der Klinik waren Alex' Verhaltensauffälligkeiten, die insbesondere das Lernen in der Schule unmöglich machten. Dies führte im ersten Halbjahr zu zwei Schulwechselln. Alex hatte häufig Wutanfälle, konnte sich nur kurze Zeit konzentrieren, zeigte eine große motorische Unruhe (außer beim Fernsehen) und nässte am Tag mehrmals ein. Mit Aggressivität begegnete er anderen Kindern (auch Jüngeren) und Erwachsenen. Ein weiterer

Grund für den dortigen stationären Aufenthalt war die schwierige häusliche Situation.

## 6.2 Familiäre Situation

Alex ist mit beiden Elternteilen aufgewachsen. Die Eltern leben in einer Kleinstadt, in der auch sie schon ihre Kindheit verbracht hatten. Zur Familie gehören noch drei Schwestern, in einem Alter von jeweils 12, 10 und 2 Jahren. Vater und Mutter sind arbeitslos, leben seit Jahren von Sozialleistungen, weshalb die finanzielle Situation sehr angespannt ist.

Die Mutter ist psychisch krank. Laut Aussage des Vaters ist sie schizophren. Sie lehnt Alex ab und ist ihm gegenüber verbal sowie körperlich gewalttätig. Diese Übergriffe waren in der Vergangenheit schon mehrmals Grund zur Herausnahme von Alex aus der Familie. Die Familie ist dem Jugendamt seit Langem bekannt. Sie wurde seit vielen Jahren intensiv von einer Familienhelferin begleitet. Der Vater stellte sich laut eigener Aussage und dem Bericht des zuständigen ASD meist schützend vor seinen Sohn, den er sehr liebt. Mit sehr viel Anstrengung versuchte er immer wieder eine stabile familiäre Situation zu schaffen. Dies war auch in der Vergangenheit die Grundlage für die Rückführung von Alex in den Haushalt der Eltern, obwohl der ASD mehrmals mit den Eltern, insbesondere mit dem Vater, eine zeitweilige Unterbringung in einer Pflegefamilie besprochen hatte. Die Partnerschaft der Eltern ist sehr unstet. Es kommt immer wieder zu häufigen Trennungen, die dazu führen, dass die Mutter in einen eigenen Wohnraum zieht und die Kinder dem Kindsvater „überlässt“. Die Eltern haben das gemeinsame Sorgerecht, aber der Vater hat das alleinige Aufenthaltsbestimmungsrecht.

## 6.3 Aktuelle Situation zum Zeitpunkt der Aufnahme in der Wohngruppe

Vor Aufnahme in unserer Wohngruppe wurde Alex ein halbes Jahr auf der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Station im Parkkrankenhaus diagnostiziert und betreut. Zum Ende dieses Aufenthaltes musste eine Entscheidung bezüglich des weiteren Lebensmittelpunktes getroffen werden. Der ASD wollte Alex in den Haushalt des Vaters entlassen. Zu diesem Zeitpunkt lebten die Eltern getrennt, was als Voraussetzung für eine Therapie von der Klinik gefordert worden war. Mit der Entlassung in den Haushalt des Vaters zeigten sich die betreuenden Ärzte

der Klinik nicht einverstanden und zeigten beim ASD eine drohende Kindeswohlgefährdung an, sollte es zu dieser Entlassung kommen. Der Vater kam laut Aussage der Klinik zu seinen Gesprächsterminen nur unregelmäßig, hielt sich nicht an Absprachen, zeigte wenig Verständnis für die Probleme seines Sohnes (er verniedlichte sie) und konnte keine erkennbare Sicht auf seine Aufgabe als Sorgeberechtigter entwickeln, eine dem Kind adäquate Lebens- und Erziehungswelt zu schaffen, bzw. sie gestalten. Die Klinik beschrieb Alex als ein stark traumatisiertes Kind, dass auf keinen Fall in die Familie zurück durfte, die der Grund für die Traumatisierung war.

Die beschriebenen Verhaltensweisen bestehen auch in den ersten Monaten in unserer Wohngruppe weiter. Sie zeigen sich in Form von emotionalen Ausbrüchen, in denen er sein Gegenüber verbal oder körperlich angreift. Das Einnässen ist an vielen, besonders unruhigen, Tagen verstärkt. Nur in Einzelsituationen kann er sich gut auf Gespräche einlassen, sucht oftmals Körperkontakt zu „seinen“ Erzieherinnen und fühlt sich in seinem Zimmer offensichtlich sehr wohl. Dieses Zimmer bewohnt er allein und es wird ersichtlich ordentlich von ihm gehalten.

Alex zeigt zahlreiche Entwicklungsrückstände. Seine Sprachentwicklung, seine sozialen Kompetenzen, wie auch seine übrige intellektuelle Entwicklung sind nicht altersgerecht. Während seines Aufenthaltes in der Psychiatrie wurde mit der Erstellung eines Schulfeststellungsverfahrens der Besuch einer Lernförderschule oder einer Schule für Erziehungshilfe empfohlen. Diese nicht eindeutige Zuweisung ergibt sich einerseits aus dem Testergebnis (IQ liegt im Grenzbereich bei ca. 80) und den akuten Verhaltensauffälligkeiten, die den Besuch einer normalen Grundschule zur Zeit unmöglich machen.

## **7 Wege und Möglichkeiten der Heimerziehung an diesem Beispiel**

Zum heutigen Zeitpunkt lebt Alex seit einem Jahr in einer Erziehungsstelle, bei einer Frau, deren zwei leibliche Kinder schon volljährig sind und sich in Ausbildung befinden. Vom Aufnahmetag bis zur Entlassung in die Erziehungsstelle hat Alex 18 Monate in unserer Wohngruppe gelebt.

Mit der Entlassung aus der Psychiatrie gab es ein ausführliches Gespräch über die Zeit, die Alex dort stationär verbracht hat, über die Therapien (medikamentöse

und verhaltensregulierende Maßnahmen), über die Zusammenarbeit während dieser Zeit mit dem Vater, dem Verlauf der Krankenhausbeschulung und Empfehlungen für die Zukunft. Der behandelnde Arzt stellte sich sehr klar gegen eine Rückführung in den Haushalt des Vaters, in dem die Kindesmutter sich zeitweilig aufhielt. Seine Intensionen gingen dahin, dass traumatisierte Kinder nicht in ihre Familie zurück dürfen, wenn die Familie der Grund und der Ort für die Traumatisierung ist. Bezogen auf Alex bedeutete dies, er darf nicht zu seiner Mutter zurück, sonst kann er nicht genesen.

In der Wohngruppe wohnte Alex in einem Einzelzimmer. Dieser Raum war von Anfang an für ihn ein Rückzugsort und für die anderen Kinder tabu (von ihm selbst entschieden). Während seiner Zeit bei uns galt dies auch für seine Geschwister, die zwar sehr selten, aber dennoch ihn besuchen kamen.

Konzeptionell ist die Arbeit der Wohngruppe auf dem Bezugserziehersystem ausgelegt. Dieser Bezugserzieher begleitete Alex intensiv in seiner Eingewöhnungszeit, stellte den Kontakt zum Kindesvater her, hielt Kontakt zum ASD, traf erste Vereinbarungen zur Kontaktgestaltung mit dem Vater, zur Schulentwicklung und mit Alex selbst. In den Kapiteln 5.2.1 bis 5.2.3 werden theoretisch Interventionsmöglichkeiten beschrieben, die in vielen Punkten ein hilfreicher Leitfaden in der Arbeit mit Alex waren. Für das Kind klare Tagesstrukturen zu schaffen, ein Raum als Rückzug, feste Bezugspersonen (die Erzieher und die anderen Kinder) und eine klare Kontaktzeit zum Vater (dies waren in der ersten Zeit Telefonanrufe, zu festen Zeiten) ermöglichten es Alex, gut bei uns anzukommen. Schwierigkeiten gab es im Zusammenleben mit anderen Kindern. Wie viel Nähe und Distanz braucht jeder, wie viel Verständnis kann jeder aufbringen, wie viele individuelle Absprachen können im Alltag gelebt werden? Noch viel schwieriger war der Kontakt zu anderen Erziehern und Kindern, denn in unserem Haus gab es noch zwei andere Wohngruppen und die Schule blieb ein labiler Bezug. Mit Beginn des neuen Schuljahres besuchte Alex die zweite Klasse einer Lernförderschule. Er fühlte sich dort gut aufgenommen, und es gab vergleichbar mit Aufenthalten in früheren Schulen wenig schulische Probleme mit ihm. Er schaffte es, während der Schulzeit nicht einzunässen und täglich kleine Belobigungen in Form von Stempeln zu bekommen. Auf Grund des nicht eindeutigen Schulfeststellungstestes gab es eine nochmalige Umschulung in eine Schule für Erziehungshilfe in Leipzig, aber in eine Klasse mit Normallehrplan. Alex hatte es geschafft, im Heim zur Ruhe zu

kommen. Er liebte sein Zimmer und er kam einigermaßen mit den anderen Kindern aus seiner Gruppe klar. Der Schulbesuch in der Lernförderschule schien sein erster positiver Schulkontakt zu sein und so zeigte es sich nach wenigen Schulwochen, dass er doch ein größeres Lern- und Wissenspotenzial in sich trägt, als es am Anfang schien. Dieser nochmalige Schulwechsel war wichtig, um ihm alle Chancen für sein späteres Leben zu geben, die er braucht. Die Kontaktpflege zu den Schulen, insbesondere zur Schule für Erziehungshilfe, war ein sensibler Bereich. Irgendwie mussten immer wieder alle Seiten beruhigt werden und das gemeinsame Ziel, das Bestmögliche für Alex zu schaffen und ihn keine neuen Beziehungsabbrüche zuzumuten, neu kommuniziert werden. Schwierige Tage, Ausreaster, gefühlte Rückschläge machten uns immer wieder bewusst, wie wichtig unsere persönliche Grundhaltung zur Thematik Trauma und seine Auswirkungen, wie wichtig das Erleben des Aushalten für dieses Kind war und was an Verständnis und Reflexion nötig ist, Verhaltensauffälligkeiten in dem richtigen Bezug zu sehen und das man immer im Gespräch bleiben muss. Große Diskrepanzen gab es monatelang zwischen dem Zusammenleben innerhalb unserer Wohngruppe und dem Verhalten und Wahrnehmungen außerhalb dieses „Mikrokosmos“. Wenn wir wirklich sichtbar wütend auf Alex waren, so war er es auf uns noch viel heftiger. Es war klar, dass an seinem Verhalten und wie er auf andere wirkt feinfühlig gearbeitet werden musste. Empathie / Reflexion / Feedback musste von uns für jeweils beide Seiten in Worte gefasst werden. Für seine 8 Jahre brauchte er einen großen Freiraum und gleichzeitig war er in seinen emotionalen Bedürfnissen, seiner Empathiefähigkeit eher wie ein Kleinkind.

Alex brauchte Erklärungen, Vorhersehbarkeit und ein Tempo der „kleinen Schritte“. Konkret gab es Wochenpläne mit erreichbaren Zielen, wie Zimmer- und Gruppenpflichten, und Verhaltenszielen, wie jemandem helfen, in Konflikten nicht übergreifig zu werden, sondern sich verbal äußern oder Hilfe holen, zu schauen was er gut kann, eine gute Tat schaffen. In der Psychiatrie wurde mit Alex an der Erarbeitung seiner Verhaltenssteuerung in Wutmomenten gearbeitet. Er hatte eine so genannte Wutpuppe, an der er sich auslassen konnte, die auch für ihn sprechen konnte und er wurde dazu angehalten, die Situation zu verlassen, z.B. in sein Zimmer zu gehen, oder sich Hilfe zu holen. Dies wurde von uns fortgeführt. Gleichzeitig gab es immer ein Klärungsgespräch, wenn er sich wieder beruhigt hatte. Wichtig war, dass er für sich herausfand, warum er so wütend

wird. Die Wochenziele wurden regelmäßig ausgewertet, unter den Gesichtspunkten; was hat besonders gut geklappt, was weniger, warum hat manches nicht funktioniert und was kann in der nächsten Woche / nächsten Zeit so weiter fortgeführt werden oder besser gemacht werden?

Während des Heimaufenthaltes war es uns gelungen, einen recht guten Kontakt zum Kindesvater aufzubauen. Der benannte Kontakt meint zum einen Vater-Sohn und zum anderen Vater-Erzieherteam. Wir hatten feste Telefonzeiten, in denen sowohl Alex mit seinem Vater erzählen konnte, als auch ein regelmäßiger Austausch zwischen Kindesvater und Erziehern stattfand. Alex freut sich darauf sehr, doch noch mehr fieberte er den Besuchen entgegen.

Eine Erarbeitung eines „Lebensbuches“ gab es in abgewandelter Form. Gemeinsam mit dem Vater haben wir auf Grundlage des Genogrammes ein Buch für und mit Alex gebastelt, fotografiert und mit Geschichten gefüllt, die ihn hoffentlich auch heute noch begleiten. Diese Genogramm-Arbeit schien auch für den Vater wichtig zu sein. Etwas Sichtbares in den Händen zu halten war für beide wichtig. Die Besuchswochenenden von Alex im Haushalt des Vaters liefen weniger gut. Sie wurden häufig eher abgebrochen und Alex war irgendwie immer beruhigt, wieder im Heim zu sein. Mit dem Vater waren wir immer im Gespräch, offen und ohne Wertung und ohne Schuldzuschreibung. Unsere Basis der Gespräche war immer das Beste für Alex im Blick zu haben. Auf dieser Basis und mit der Liebe des Vaters zu seinem Kind war auch der Weg für das Finden einer neuen Perspektive für Alex möglich. Das Jugendamt hatte in der Vergangenheit mehrmals versucht, Alex zeitweise in einer Pflegefamilie unterzubringen. Immer hat der Vater dies als Wegnahme seines Sohnes verstanden und konnte dem nie zustimmen. Jetzt zu erleben, dass trotz der Liebe, die beide füreinander empfinden, ein Zusammenleben unmöglich scheint, er immer weniger mit den Verhaltensauffälligkeiten umgehen kann und Alex immer gern ins Heim zurückkommt, war eine Situation, die der Vater scheinbar wirklich erleben musste. Der Erhalt der Familie muss nicht zwangsläufig eine Rückführung ins Elternhaus sein, ein 8-jähriges Kind braucht eine Lebensperspektive, einen Ort an dem es sicher, geborgen und geliebt aufwachsen kann. Gemeinsam haben der Vater und ich geschaut, wo solch ein Ort sein könnte. Vielleicht gab es mehr Möglichkeiten, als wir gesehen haben.

## 8 Grenzen der Heimerziehung an diesem Beispiel

Kinder und Jugendliche, die in den stationären Jugendhilfemaßnahmen Aufnahme finden, haben oft jahrelange ambulante Betreuung im familiären Umfeld hinter sich, mit der Erfahrung, dass dies ihre Lage nicht verbessert hat, oder ihre Situation wird so schwierig eingeschätzt, dass ambulante Maßnahmen nicht mehr ausreichen. Sie kommen auf Grund jahrelanger ungenügender Erziehungsmaßnahmen, mit psychischen Erkrankungen, Multiproblemlkonstellationen, so dass sie Verhaltensweisen zeigen, die für Pädagogen schwer verständlich sind. Die Belastungen der Fachkräfte durch die Leidensgeschichten der Mädchen und Jungen, der Konfrontation mit Traumata und das Verhalten dieser, führen nicht selten zu Überforderungen und psychischer Erschöpfung.<sup>121</sup> Fachliche Unsicherheiten im Umgang mit sexualisierten Bewältigungsstrategien, eigene entstehende aggressive Gefühle durch Provokationen, das Nichtverstehen mancher Verhaltensweisen, Tabus durch Nicht-Kommunikation, ein in Fragestellen der eigenen beruflichen Identität, das Erleben eigener Hilflosigkeit und oft auch Ohnmacht, erschweren den Erhalt der eigenen professionellen Rolle der Fachkräfte.<sup>122</sup> Und diese Rolle ist für alle wichtig. Es ist wichtig, sich immer wieder mit Normen und Werten, mit der Verletzlichkeit und Themen wie Rollenverständnis, Gewalt, aber auch Grundvertrauen auseinanderzusetzen.

Überforderung und psychische Erschöpfung führen im Bereich der stationären Hilfen zur Erziehung nicht selten zum Wechsel der Arbeitsstelle. Das führt zum Personalwechsel, und das wiederum kann für die Mädchen und Jungen Wechsel der Bezugspersonen bedeuten. Dabei ist eine Voraussetzung zur Korrektur bisheriger Lebenserfahrungen eine ausreichend stabile Zusammensetzung des Betreuer-teams.<sup>123</sup> Dieser Wechsel der Bezugspersonen ist oftmals schon durch den Schichtalltag in den Wohngruppen gegeben und wird durch „Personalfuktation“ noch verstärkt. Jedes Kind ist einmalig, aber auch jede Fachkraft ist eine Persönlichkeit wie keine andere. Der Personalwechsel erfordert eine hohe Anpassungsfähigkeit von den Kindern und die Arbeit insgesamt eine hohe Bereitschaft der

---

<sup>121</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 202.

<sup>122</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 202-204.

<sup>123</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 118.

pädagogischen Fachkräfte, sich auf jedes einzelne Kind neu einzulassen und „Ja“ zu diesem Kind zu sagen.

Stationäre Unterbringung in Wohngruppen der Kinder- und Jugendhilfe erfolgt durch den Allgemeinen Sozialdienst des Jugendamtes der jeweiligen Kommune. Diese Unterbringung erfolgt für jeweils ein halbes Jahr, oder kürzer, und ist mit Aufträgen verbunden. Planungssicherheit entsteht dadurch nicht, und „Erfolge“, sichtbare und abrechenbare, sind oftmals nicht in einem festgelegten Zeitfenster zu erreichen. Die Qualität der persönlichen Hilfepläne ist sehr unterschiedlich und schafft damit neue Unsicherheiten in der Auswertung und Abrechenbarkeit der Zielvereinbarungen. An welchen Kriterien kann und wird die Arbeit gemessen? Die oft vorhandene Unklarheit über die Dauer des Verbleibes in einer z.B. Wohngruppe ist im Sinne der Arbeit mit traumatisierten Mädchen und Jungen sehr widersprechend. Wenn wir von einem kindlichen Bedürfnis nach Sicherheit ausgehen, so produzieren die engen Zeitvorgaben eher Unsicherheiten auf beiden Seiten.<sup>124</sup> Die Pläne des ASD im Falle Alex sahen lange Zeit eine Rückführung in den Haushalt des Vaters vor, wodurch auch sehr lange an den Vereinbarungen des Wochenendbesuches festgehalten wurde. Die Sicht darauf, was das Beste für das Kind ist, war sehr unterschiedlich.

Ein weiterer wichtiger Anspruch ist die Ausbildung der pädagogischen Fachkräfte. Die Fachschulausbildung bedient den gesamten Bereich der Heimerziehung nur sehr unzureichend. Und mit der Ausbildung ist die Berufsbildung nicht abgeschlossen. Natürlich sammelt jede pädagogische Fachkraft Erfahrungswissen. Doch berufsbegleitende Fortbildungen und die Supervision sind unverzichtbarer Bestandteil der Sicherung von Professionalität, aber Grundqualifikationen, wie Kenntnisse über Traumatheorie und Fachkenntnisse über Kinderschutzbelange müssen schon während der Ausbildung oder des Studiums entwickelt werden.<sup>125</sup>

Kritisch betrachtet werden müssen auch die Rahmenbedingungen wie Ansprüche und Kompetenzen der jeweiligen Leitung, die oft fehlende Implementierung traumapädagogischer Konzepte, Handlungsspielräume, fehlende Handlungssicherheiten durch Richtlinien und ein nicht immer vorhandenes erforderliches

---

<sup>124</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 118.

<sup>125</sup> Vgl. Weiß, W. 2011, S. 235.

Klima, das durch Unterstützung in Krisen, Schutz vor Überlastung und Selbstfürsorge gekennzeichnet ist.

## **9 Schlussbetrachtungen**

Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, aufzuzeigen, in welcher Form traumatisierten Kindern und Jugendlichen im pädagogischen Alltag des „Heimlebens“ Hilfe geleistet werden kann und inwieweit pädagogischen Fachkräften mit den Erkenntnissen der Traumapädagogik ein planbares Handlungskonzept in die Hand gegeben werden kann. Sich handlungsfähig im Umgang mit den herausfordernden Symptomen traumatisierter junger Menschen zu erleben, birgt für beide Seiten die Chance einer positiven Bewältigung. Traumapädagogische Ansätze erfüllen nach Sicht der Autorin dieser Arbeit genau diesen Punkt der Handlungsfähigkeit. Ein psychisches Trauma ist ein Erlebnis, wo jemandem auf bedrohliche Situationsfaktoren keine Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Eine psychische Traumatisierung lässt sich in traumatische Situation, Reaktion und Prozess unterteilen. Für Kinder und Jugendliche wirken sich Traumatisierungen am schädlichsten aus, da sie ihre noch nicht vollständig entwickelte Persönlichkeit formen. Zu den schwerwiegendsten seelischen Schäden führen Traumatisierungen durch Misshandlungen innerhalb der Familie, da hier die engsten Bezugspersonen des Kindes involviert sind. Die betroffenen Mädchen und Jungen bauen ein negatives Selbstbild auf, sind kaum in der Lage, Beziehungen zu anderen aufzubauen und handeln auch nach Beendigung der Misshandlungssituation weiterhin wie in der traumatisierenden Umgebung. Hilfe für die betroffenen Mädchen und Jungen sollte sich daran orientieren, für sie Sicherheit wiederherzustellen, ihnen das Eingehen neuer heilender Beziehungen ermöglichen und ihre Persönlichkeit stärken. Eine pädagogische Traumabearbeitung ist im Alltag des Heimlebens unbedingt erforderlich. Die durch traumatische Erfahrungen entstandenen Probleme wirken sich im Alltag aus und die betroffenen Kinder und Jugendlichen versuchen auch, sie im Alltag zu lösen. Vor allem in der sensiblen Phase der akuten Traumatisierung sollten die Mädchen und Jungen kompetente pädagogische Unterstützung bekommen. Ob die Betroffenen zum Zeitpunkt der Aufnahme in die stationäre Wohngruppe an einer akuten Belastungsstörung oder schon längst an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden, auf Grund der vielleicht schon jahrelan-

gen innerfamiliären Traumatisierung, war in dieser Arbeit nicht die Frage. Aber die Problematik der Verfestigung ihres Symptombildes und ihrer Verhaltensweisen bzw. der Gefahr der Verschlechterung, stellt für die pädagogischen Fachkräfte eine große Verantwortung dar. Nicht alle betroffenen Kinder und Jugendlichen erhalten zudem eine Therapie, so dass die Hilfestellungen im Alltag der Heimerziehung dann die einzige Unterstützung darstellen. In den Einrichtungen der stationären Jugendhilfe arbeiten größtenteils ErzieherInnen, die auf Grund ihrer Fachschulbildung nicht für den Umgang mit traumatisierten Mädchen und Jungen ausgebildet sind. Natürlich gibt es viele versierte, kompetente ErzieherInnen, die sich durch lange Berufserfahrung ein großes Erfahrungswissen in diesem Bereich angeeignet haben. Dennoch brauchen die pädagogischen Fachkräfte, die mit betroffenen Mädchen und Jungen zusammenarbeiten, theoretisches Hintergrundwissen über die psychischen Vorgänge bei traumatisierten Menschen, über Ursachen und Auswirkungen traumatischer Erfahrungen und die Besonderheiten im Kindes- und Jugendalter, da sich nur aus diesem Wissen konkrete Handlungsmöglichkeiten ableiten lassen. Gezielte Bearbeitung traumatischer Erfahrungen, setzen ein Erkennen und Erklären dieser voraus. Wobei es auch mit den Erkenntnissen und Handlungsmöglichkeiten der Traumapädagogik nicht *das* Konzept für die Arbeit mit traumatisierten jungen Menschen geben wird. Es ist eine Möglichkeit und nach Meinung der Autorin eine gute Möglichkeit. Denn die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen auf das Selbstbild, auf das Bindungsverhalten und das Verhalten sind in ihrer Komplexität oft noch Grund für manche Hilfeabbrüche. Doch neue Beziehungsabbrüche und eine Verfestigung von Symptomen sollen vermieden werden. Sich diesem Thema zu stellen, kann nicht nur Aufgabe engagierter Fachkräfte sein. Konzeptionelle Weiterentwicklungen, regelmäßige Weiterbildungen der Fachkräfte, Supervisionen auch als Teil persönlicher Psychohygiene gehören zu Rahmenbedingungen, die nicht nur geschaffen werden müssen, sondern ebenfalls einer kontinuierlichen Überprüfung und Weiterentwicklung bedürfen.

## **Literaturverzeichnis**

Bausum, J. u. a. (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 2. ergänzte und korrigierte Auflage. Juventa Verlag. Weinheim und München. 2011

Brassard, M. R. / Hardy, D. B.: Psychische Misshandlung. Aus: Helfer, M. E. / Kempe, R. S. / Krugman, R. D.: Das misshandelte Kind. 1. Aufl. Frankfurt am Main. Suhrkamp Verlag 2002

Brisch, K. H. / Hellbrügge, T. (Hrsg.): Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. 4. Auflage. Cotta'sche Buchhandlung, Stuttgart. 2012

Cantwell, H. B.: Kindesvernachlässigung- ein vernachlässigtes Thema. Aus: Helfer, M. E. / Kempe, R. S. / Krugman R. D.: Das misshandelte Kind. 1. Aufl. Frankfurt am Main. Suhrkamp Verlag 2002

Deegener, G.: Formen und Häufigkeiten der Kindesmisshandlung, in: Deegener, G. / Körner, W.: Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Göttingen. Hogrefe 2005, S. 37-58

Denner, S. (Hrsg.): Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Stuttgart. Kohlhammer 2008

Die Kinderschutz-Zentren: Trauma und Traumafolgen – ein Thema für die Jugendhilfe. 1.Aufl. Verleger Kinderschutz-Zentren. Köln 2003

Diepold, B.: Schwere Traumatisierungen in den ersten Lebensjahren. In: Endres, M., Biermann, G.: Traumatisierung in Kindheit und Jugend. 1. Aufl. München u. Basel. Ernst Reinhardt Verlag 1998

Dilling, H. u. a.: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. 2. Aufl. Bern u. a.. Verlag Hans Huber 2000.

Enders, U.: Zart war ich, bitter war`s. Handbuch gegen sexuellen Missbrauch. 1. Aufl. Köln. Verlag Kiepenheuer& Witsch. 2001

Feldman, K. W.: Die Untersuchung der körperlichen Misshandlung. Aus: Helfer, M. E.; Kempe, R. S. u. Krugman, R. D.: Das misshandelte Kind. 1. Aufl. Frankfurt am Main. Suhrkamp Verlag 2002.

Fiedler, P.: Dissoziative Störungen und Konversion. 1. Aufl. Heidelberg. Beltz Psychologie Verlags Union 1999

Fischer, G. / Riedesser, P.: Lehrbuch der Psychotraumatologie. 3. Aufl. München. Ernst Reinhardt Verlag 2003

Gudjons, H. / Pieper, M. / Wagener, B.: Auf meinen Spuren. Das Entdecken der eigenen Lebensgeschichte. 5. Aufl. Hamburg. Bergmann und Helbig Verlag. 1999

Herbert, C.: Traumareaktionen verstehen und Hilfe finden. 1. Aufl. Oxford. Blue Stallions Publications 2002

Herman, J. L.: Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. 1. Aufl. München. Kindler 1994

Kinderschutz- Zentrum Berlin: Kindesmisshandlung erkennen und helfen. 8. Aufl. Berlin. Kinderschutz-Zentrum Berlin e. V. 2000

Koch-Kneidel, L. / Wiese, J.: Entwicklung nach früher Traumatisierung. 1. Aufl. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht Verlag 2003

Krall, H.: Trauma bei Kindern und Jugendlichen. 1. Aufl. Wien u.a. Lit-Verl. 2007

Leuzinger-Bohleber, M. / Burkhardt-Mußmann, C.: Sexueller Missbrauch: ein Trauma mit lebenslangen Folgen in: Thole / Baader / Helsper / Kappeler u.a. (Hrsg.), Sexualisierte Gewalt, Macht und Pädagogik. 1. Aufl. Opladen. Verlag Barbara Budrich 2012, S. 186-207

Mertens, B. / Pankofer, S.: Kindesmisshandlung. Verlag Ferdinand Schöningh. Paderborn 2011

Pfeifer, W. Etymologisches Wörterbuch des Deutschen, 8. Aufl. Deutscher Taschenbuch Verlag, München 2005

Resch, F. / Parzer, P. / Brunner, R.: Trauma und Dissoziation im Kindes- und Jugendalter: Eine entwicklungspsychopathologische Herausforderung. Aus: Seidler, G. H. (Hrsg): Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin. Köln. Asanger Verlag GmbH. Jg. 2, Heft 1 2004

Saß, H. u. a.(1998a): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM IV. 2. Aufl. Göttingen u. a.. Verlag für Psychologie 1998

Saß, H. u. a.(1998b): Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM IV. 1. Aufl. Göttingen u. a. Verlag für Psychologie 1998

Schone, R. u. a.: Kinder in Not. Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven Sozialer Arbeit. 1. Aufl. Münster. Votum 1997

Streek-Fischer, A.: Trauma und Entwicklung. Frühe Traumatisierungen und ihre Folgen in der Adoleszenz. Schattauer. Stuttgart. 2006

Weiß, W.: Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. 5. aktualisierte Aufl. Weinheim und München. Juventa Verlag. 2009

Wenniger, K.: Langzeitfolgen sexuellen Kindesmissbrauchs: dysfunktionale Kognitionen, psychophysiologische Reagibilität und ihr Zusammenhang mit der Symptomatik. 1. Aufl. Göttingen. Cuvillier Verlag. 1994

Wurdak-Svenson, M.: Therapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die häusliche Gewalt erlebt haben, in: Kavemann, B. / Kreysing, U. (Hrsg.) Handbuch Kinder und häusliche Gewalt, 3. Aufl. Springer Fachmedien 2013, S. 381-389

## **Anhang**

Das Lebensbuch ist eine Loseblattsammlung, aufgeteilt in Basisblätter und optionale Blätter.

Basisblätter haben zum Thema:

- Das bin ich
- Meine Geburt
- Das ist meine Mutter, mein Vater
- Wer noch alles zu mir gehört
- Und so sind wir alle verwandt (Stammbaum)
- Gemeinsamkeiten und Unterschiede zur Mutter / zum Vater
- Als ich noch klein war
- Kindergarten
- Erinnerungen an schöne Erlebnisse
- Mein erster Tag im Kinderheim
- Mein erster Geburtstag im Kinderheim
- Meine Schule
- Wenn ich aus dem Kinderheim ausziehe
- Meine Gedanken über meine Zukunft

Optionale Blätter, die für einige Kinder spezifisch sind:

- Mein Haustier
- Mein Herkunftsland
- Gesundheit/ Krankheit
- Jemand ist gestorben
- Meine Pflegefamilie
- Trennung der Eltern
- Landkarte der Umzüge
- Wie ich mich fühle
- Was ich am liebsten mag
- Worauf ich stolz bin

Quelle: Bausum, J. 2011, S. 123

## Selbständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, Heike Berger, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Thema: *Möglichkeiten und Grenzen der Heimerziehung am Beispiel einer Wohngruppe aus Leipzig mit dem Schwerpunkt Traumapädagogik*, selbständig verfasst habe und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen, die anderen Werken dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen wurden, habe ich in jedem einzelnen Fall durch die Angabe der Quelle, auch der benutzten Sekundärliteratur, als Entlehnung kenntlich gemacht.

Bearbeitungsort, Datum

Leipzig, den 17.01.2014

Unterschrift