

TRAUMAPÄDAGOGIK | Ein psychosozialer Ansatz in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen

Silke Birgitta Gahleitner

Zusammenfassung | Etwa 80 Prozent der Kinder und Jugendlichen in stationären Einrichtungen haben bereits früh in der Kindheit ein Trauma erlebt. Fachkräfte, die den sozialpädagogischen Alltag in den Einrichtungen gestalten, sind daher viele Stunden am Tag belastenden Dynamiken ausgesetzt. Seit einigen Jahren haben traumapädagogische Konzepte an Verbreitung gewonnen. Der Artikel reflektiert die Einführung dieses „neuen“ Konzeptes für die Disziplin und Profession Sozialer Arbeit.

Abstract | Roughly 80 percent of the children and adolescents in residential institutions have experienced a trauma in early childhood. Social workers and other professionals responsible for the day-to-day care of these children and adolescents are therefore exposed to stressful dynamics for many hours of the day. In recent years trauma education has been increasingly applied in institutional settings. This article reflects on the implications of the introduction of this „new“ approach for social work as a discipline and as a profession.

Schlüsselwörter ▶ Pädagogik ▶ Trauma
▶ psychosoziale Versorgung ▶ Kind
▶ Jugendlicher ▶ Soziale Arbeit

1 Aufwachsen heute | Die aktuelle Langzeitstudie des Robert Koch-Instituts zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS) (*Bundesgesundheitsblatt* 2007) und der WHO-Jugendgesundheitsurvey (*Richter u.a.* 2008) weisen für die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen im Vergleich zu den vorherigen Generationen optimale Entwicklungs- und Entfaltungschancen aus. Dies gilt jedoch nur für einen Teil der Aufwachsenden. Ein anderer, in den letzten Jahren bis heute rapide anwachsender Teil von Kindern und Jugendlichen aus sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsschichten lebt in Verhältnissen, die ihre Entwicklungs- und Entfaltungschancen eher verhindern als fördern. Diese

sind im Verhältnis zum Rest der Kinder und Jugendlichen öfter krank, erleiden häufiger Verletzungen und konsumieren psychoaktive Substanzen. Viele von ihnen haben ein schlechteres Ernährungsverhalten, sind übergewichtig und psychisch beeinträchtigt (*ebd.*).

Dieser Widerspruch irritiert zunächst, ist aber leicht zu erklären. Das Leben ist – für alle Altersgruppen – individuell so gestaltbar wie nie zuvor. Es ist jedoch auch so gestaltungsbedürftig wie noch nie zuvor. Das „moderne Kind“ benötigt daher ein großes Ausmaß an Flexibilität, Orientierung und Selbststeuerung, um das eigene Handeln entlang motivationaler Aspekte zu beeinflussen. Dies gilt für alle Kinder. Sie bekommen jedoch nicht alle die gleichen Voraussetzungen dafür. Bereits die Eltern „auffälliger“ Kinder sind häufiger physisch oder psychisch krank und geben so bereits Ausgangsbelastungen an ihre Kinder weiter (*Ravens-Sieberer; Erhart* 2008). Schlechte Bindungsqualitäten zu den Eltern wiederum sind ein Risikofaktor für spätere Beeinträchtigungen (*Melzer u.a.* 2008, S. 136). Wenn man jetzt noch berücksichtigt, dass Kinder von Migrantinnen und Migranten häufiger in Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status leben und dass behinderte Kinder häufiger psychische Krankheiten entwickeln, wird deutlich, wie viele verschiedene Einflussfaktoren an die Bedingungen des Aufwachsens geknüpft sind (vgl. zu Kindern und Jugendlichen mit besonderem Versorgungsbedarf *Gahleitner; Homfeldt* 2012).

Auf Basis der verfügbaren Daten ist auch nachvollziehbar, dass sich der Bedarf an stationärer oder teilstationärer Unterbringung in der Kinder- und Jugendhilfe sowie in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen in den letzten Jahren dramatisch erhöht hat (*Beck* 2012). Hier findet man eine besonders starke Ballung von Problemlagen. Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen weisen Untersuchungen zufolge so viele kinder- und jugendpsychiatrische Störungen und Problemlagen auf wie nur zwei Prozent der Kinder aus der Allgemeinbevölkerung. Frühe Traumatisierung nimmt dabei eine Spitzenstellung ein. Etwa 80 Prozent der Kinder geben an, eine oder mehrere traumatische Erfahrungen gemacht zu haben, die meisten von ihnen in der unmittelbaren häuslichen Umgebung durch Gewalterleben, Misshandlung, Vernachlässigung oder Missbrauch (*Schmid* 2007, 2010). Psychosoziale Fachkräfte, die den Alltag für Kinder und Jugendliche in Einrichtungen mit solch hoher

Ohrfeige

Rund zwei Jahre ist es nun her, dass die Veröffentlichung von Missbrauchsfällen, zu denen es in den siebziger und achtziger Jahren am renommierten Canisius-Kolleg in Berlin gekommen ist, die Glaubwürdigkeit der katholischen Kirche als Ganzes und ihrer Priester im Besonderen erschüttert hat. Die mutige Veröffentlichung der Vorgänge durch den damaligen Rektor des Jesuiten-Gymnasiums Pater *Klaus Mertes* hat unzählige weitere Missbrauchsfälle bekannt werden lassen, auch außerhalb des kirchlichen Bereichs. Für zahlreiche Betroffene rissen alte Wunden wieder auf, aber viele Opfer erlebten es auch als entlastend, endlich über das erlittene Trauma sprechen zu können, Täter zur Rede gestellt und gesellschaftlich geächtet zu sehen.

Wie aber muss auf sie folgende Doppelmeldung wirken, die in diesen Tagen durch die Medien ging: Der Missbrauchsbeauftragte der katholischen Kirche *Stephan Ackermann*, Bischof von Trier, erlaubt es wegen Sexualdelikten verurteilten Priestern in seinem Bistum, weiter als Seelsorger tätig zu sein, sorgt lediglich dafür, dass sie „normalerweise nicht in der Kinder- und Jugendarbeit“ eingesetzt werden. Diese Ignoranz ist eine Ohrfeige, eine Katastrophe für die Missbrauchsoffer. Das Drama in der katholischen Kirche findet seine Fortsetzung in der zweiten Meldung: Der frühere Augsburger Bischof *Walter Mixa* ist im Vatikan zum Mitglied des Päpstlichen Gesundheitsrats ernannt worden. Welch eine Ehrung für einen Mann, der im April 2010 im Zusammenhang mit dem Vorwurf, Heimkinder geschlagen und Stiftungsgelder veruntreut zu haben, vom Bischofsamt zurückgetreten ist.

Ostern steht bevor – für Christen das Fest der Auferstehung. Für unzählige Missbrauchsoffer und all die Menschen, die ihnen nahe stehen, lassen die Nachrichten zur „Causa Mixa“ und „Causa Ackermann“ nicht die Hoffnung auferstehen, sondern vielmehr ihr persönliches Trauma wieder auflodern. Eine wahrhaft bittere Osterbotschaft!

Burkhard Wilke
wilke@dzi.de

Problemdichte gestalten, sind daher viele Stunden am Tag großen fachlichen Anforderungen ausgesetzt. Seit einigen Jahren haben traumapädagogische Konzepte an Verbreitung gewonnen, mit denen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch spezifische Fort- und Weiterbildungen einerseits und durch die Schaffung tragfähiger Strukturen in den Institutionen andererseits bei ihrer anspruchsvollen Aufgabe unterstützt werden. Es stellt sich nun die Frage, was diese Konzepte beinhalten, was neu an ihnen ist und inwiefern sie geeignet sind, die Arbeitsrealität in stationären Kinder- und Jugendhilfesettings zu verbessern.

2 Was brauchen Kinder und Jugendliche nach einem Trauma? | Kinder und Jugendliche, die in die stationäre Jugendhilfe aufgenommen werden, haben in aller Regel in der Ursprungsfamilie oder dem sozialen Nahraum nicht nur traumatische Erfahrungen, sondern auch fortgesetzte negative Beziehungserfahrungen gemacht. Trauma und Bindung sind daher als Phänomene untrennbar miteinander verflochten. Ein Trauma als ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten“ (*Fischer; Riedesser 1998, S. 79*) entsteht durch ein erschütterndes Ereignis und geht mit Kontrollverlust, Entsetzen und (Todes-) Angst einher (vgl. zu diesem und den folgenden Abschnitten ausführlicher *Gahleitner 2011a, b* sowie *Gahleitner u.a. 2012*). Das Ausmaß der Traumatisierung ist abhängig von Art, Umständen und Dauer des Ereignisses sowie vom Entwicklungsstand, in dem sich das Opfer zu diesem Zeitpunkt befindet. Zu den Umständen zählt auch, ob es vor, während oder nach der Traumatisierung schützende Faktoren gegeben hat. Der wichtigste umgebende Schutzfaktor sind stabile Bindungsverhältnisse. Genau diese fallen jedoch bei vielen komplexen traumatischen Erfahrungen in der Kindheit – bei Gewalt, Missbrauch etc. – aus.

Insbesondere frühe und anhaltende Traumata im sozialen Nahraum verursachen daher bei Kindern Phänomene psychischer Fragmentierung und Desintegration und erschüttern das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit in der Welt grundlegend. Die Nichtverfügbarkeit stabiler Bindungspersonen erhöht nach *Bowlby (2006)* daher nicht nur das Risiko eines Traumas, sie stellt auch für sich ein Traumarisiko dar und erschwert zusätzlich viele Bewältigungschancen im weiteren Leben. Ein destruktiver Teufelskreis entsteht: einerseits das existenzielle Bedürfnis, sich der

Biologische Faktoren, Genetik-, prä- und perinatale Risikofaktoren (nach Schmid 2010)



Bezugsperson zu nähern, andererseits das Erleben, dort nicht sicher oder gar bedroht zu sein. Fatalerweise führt diese Situation zu einer noch auswegloseren Suche nach Bindung (vgl. *Grossmann; Grossmann 2004*). Die Stärke einer Bindung ist daher nicht mit der Bindungssicherheit gleichzusetzen. Man spricht bei derart traumatisierten Kindern von einem chaotisch-desorganisierten Bindungsstil oder von einer ausgeprägten Bindungsstörung (*Brisch 1999, Schleiffer; Gahleitner 2010*).

Die Veränderungen manifestieren sich bis hinein in neurophysiologische Strukturen der Kinder und Jugendlichen (*Perry; Pollard 1998, Yehuda 2001*). Aus frühen Traumata entstehen so komplexe Entwicklungsstörungen auf der physischen, psychischen und sozialen Ebene für den gesamten weiteren Lebensverlauf (*Felitti 2002*). Die komplexe Traumafolgestörung tritt folglich meist mit anderen Komorbiditäten (siehe Abbildung oben) auf und ist häufig ein Dreh- und Angelpunkt zum Verständnis einer Reihe verschiedener Symptomatiken aus dem externalen wie internalen Spektrum (*Schmid u.a. 2010*). Ein Trauma muss als Ergebnis eines komplexen Entwicklungs- und Beziehungsgefüges zwischen psychologischen, physiologischen und sozialen Prozessen gesehen werden – lebenslang!

Bereits früh in desolate Verhältnisse eingebundene Kinder und Jugendliche sind daher existenziell auf soziale Ressourcen angewiesen, die als positive Gegenhorizonte eine stabile psychosoziale Geborgenheit

verbürgen könnten (*Keupp 1997*), auf „schützende Inselerfahrungen“ (*Gahleitner 2005, S. 63*). Psychosoziale Fachkräfte stellen diese bereit – häufig intuitiv. Es gibt aber auch hilfreiche theoretische Erklärungen, warum dieser Aspekt in der Entwicklung und zum Schutz von Kindern so wichtig ist. Werden, bindungstheoretisch betrachtet, emotionale wichtige Erlebnissequenzen bereits früh von mindestens einer Bezugsperson empathisch unterstützt, so werden „innere Gefühlszustände [...] für das Kind auf der Ebene bewusster sprachlicher Diskurse ‚verfügbar‘“ (*Grossmann; Grossmann 2004, S. 419*). Für diese Entwicklung braucht das durch traumatische Erfahrungen belastete Kind zur nachträglichen Änderung innerer Strukturen möglichst viele positive „emotional korrigierende Erfahrungen“ (*Brisch 1999, S. 94*). Gelingende Beziehungssituationen, gleichgültig ob in einer Therapie, einer Heimsituation oder einer Pflegestelle, werden auf diese Weise Stück für Stück zu einem grundlegenden Prinzip der emotionalen, sozialen und kognitiven Entwicklung; man nennt diese Prozesse auch „Mentalisierungsprozesse“ (*Fonagy u.a. 2004*).

Traumatisierte Kinder benötigen daher alternative Erfahrungen, das heißt möglichst viele Räume des Verstehens und immer wieder neuen Anknüpfens an eine konstruktive Veränderungsmöglichkeit, die sich aus den Alltagssituationen ergibt. Dazu bedarf es nicht nur einzelner dyadischer Beziehungen, sondern umfassender Beziehungsnetzwerke bis hinein in konstruktive Vernetzungssettings unter Institutionen (vgl. *Gahleitner 2011a, Kapitel 5, Gahleitner; Homfeldt*

2012). Gerade eine sichere und solidarische Umgebung in pädagogischen Einrichtungen und die dort im Alltag kontinuierlich möglichen alternativen Erfahrungen zum traumatisierenden Umfeld können viele negative Einflüsse abwenden helfen und den Prozess von Genesung für betroffene Kinder sehr unterstützen. In der Traumapädagogik spielen sie daher eine große Rolle und werden im nächsten Kapitel ausführlich behandelt.

3 Bewährte Konzepte der Traumapädagogik | Kinder und Jugendliche mit komplexen Störungsbildern in den stationären Hilfen stellen hohe Anforderungen an die Qualität der Betreuung. Betrachtet man das Gesamtvolumen der anfallenden Arbeit, wird der größte Teil der stationären Hilfen personell von psychosozialen Fachkräften mit sozialarbeiterischem und (heil-)pädagogischem Hintergrund bestritten. Der Traumabereich ist daher ein besonders gutes und anschauliches Beispiel für psychosoziale Vermittlungsarbeit, ihre Schnittstellen und interdisziplinären Herausforderungen. Die zugehende und aufsuchende Arbeitsqualität in dem anspruchsvollen Versorgungssegment, die Beziehungsorientierung und Lebensweltorientierung, die Selbstverständlichkeit von Selbstreflexion und die parteiliche und subjektorientierte Grundhaltung und ihre daraus resultierenden Möglichkeiten, im Multiproblembereich

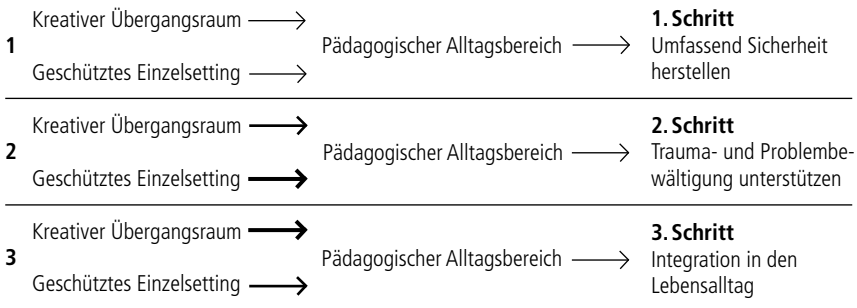
tätig zu werden, drücken sich jedoch nicht immer in einem entsprechenden Selbst- und Fremdverständnis dieser Berufsgruppen aus. Psychosoziale Fachkräfte verfügen zwar in der Praxis über einen immensen Schatz an wichtigen fachrelevanten Erfahrungen, häufig fällt es jedoch aufgrund des komplexen Arbeitsalltages schwer, das erworbene Erfahrungswissen systematisch an Konzepte und Theoriebestände zurückzubinden und damit selbstbewusst auf die eigene Berufsidentität zurückzugreifen (vgl. dazu *Gahleitner; Schulze* 2009 sowie *Schulze* u.a. 2012).

Welche Konzepte also brauchen Fachkräfte für diese anspruchsvolle Arbeit? Diese Frage hier ausführlich zu beantworten, würde zu weit führen. In einigen Kernaspekten jedoch soll dazu Stellung genommen werden. Als übergreifendes Modell für Lebens- und Bewältigungsprozesse nach traumatischen Erfahrungen eignet sich – mit einigen Abwandlungen – das „Drei-Phasen-Modell“, ein international in der Traumatherapie erarbeitetes und vielfach bewährtes Konzept (*Butollo* u.a. 1998, *Herman* 1992, *Lebowitz* u.a. 1993). Das „Drei-Phasen-Modell“ – (1) Stabilisierung und Ressourcenerschließung, (2) Auseinandersetzung mit der Traumaproblematik und (3) Neuorientierung – beinhaltet zentrale Interventions-schritte jeder unterstützenden Arbeit. Selbstverständlich zeigen die Phasen Überschneidungen und sind

Psychosoziale Intervention (*Gahleitner* 2011a)

- Interdisziplinäre Zusammenarbeit unter Einsatz von Fachkräften der
 - ▶ Bezugsbetreuung des Gruppensettings und der zugehörigen Netzwerke (inkl. Elternarbeit, Familientherapie etc.) zur Repräsentation eines erfahrungsintensiven pädagogischen Alltags
 - ▶ kreativ- oder bewegungstherapeutischen Angebote und/oder umgebenden Netzwerke zur Herstellung eines übungs- und erfahrungsorientierten Übergangsraums
 - ▶ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie oder Fachberatung für ein reflexiv aktives, vor dem Alltag geschütztes Einzelsetting

- 1. Schritt**
Umfassend Sicherheit herstellen
- 2. Schritt**
Trauma- und Problembe-wältigung unterstützen
- 3. Schritt**
Integration in den Lebensalltag



nicht als absolute, aufeinander folgende Schritte zu begreifen, sondern in der Behandlung zirkulär an den jeweiligen Prozess anzupassen. Auch gibt es im Anwendungsbereich auf die Traumapädagogik neben vielen Gemeinsamkeiten einige charakteristische Unterschiede zum Ursprungsmodell. In der stationären Kinder- und Jugendhilfe können diese Interventions-schritte beispielsweise nur in interdisziplinärer Zusammenarbeit erfolgen und müssen dafür in ihrem Zusammenspiel koordiniert werden, auch zeigen die einzelnen Phasen unterschiedliche Charakteristika (vgl. ausführlich zum Vorgehen an einem Fallbeispiel *Gahleitner* 2011a, Kapitel 7).

3-1 Stabilisierung und Ressourcenerschließung | Eine sichere und solidarische Umgebung mit einer parteiichen, verstehenden Grundhaltung und Beziehungsorientierung hat nach Einschätzung Betroffener den größten Anteil am Bewältigungs- und Wachstumsprozess nach einem Trauma (vgl. dazu Erfahrungen ehemaliger Heimkinder, *Gahleitner* 2009). Ausgangsbedingung ist entlang den oben angestellten Überlegungen zu Bindung und Trauma daher die Herstellung eines Mindestmaßes an relativer Sicherheit, innerer Würde und sozialer Unterstützung. Bei komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen bedeutet die Arbeit daran einen hohen Zeit- und Energieaufwand. In Abgrenzung zur therapeutischen Situation geht es hierbei niemals nur um die „Beziehungsdyade“. Vielmehr geht es um die Person in ihrem Umfeld (vgl. Konzepte der Klinischen Sozialarbeit bei *Pauls* 2011, *Gahleitner*; *Hahn* 2008, 2009, 2010), also innerhalb umgebender Beziehungsnetzwerke bis hinein in konstruktive Vernetzungssettings zwischen Institutionen.

Die Traumapädagogik spricht zur Verbildlichung dieses Zusammenhanges vom Begegnungsrahmen des „Sicheren Ortes“, eines Konzepts, das jenem der „schützenden Inselerfahrung“ stark ähnelt (vgl. *Kühn* 2009, *Lang* 2009, vgl. bereits *Weiß* 2011), es aber noch deutlicher auf Settings, Lebensumfeld und Institution ausweitet. Stück für Stück können in „emotional-orientierten Dialogen“ dort „korrektive Erfahrungen“ gemacht und neue Fähigkeiten und Fertigkeiten wie zum Beispiel Stressbewältigungstechniken ermöglicht werden (*Kühn* 2009, S. 31). Dabei können bei fachgerechtem Umgang die Möglichkeiten der Gruppe in stationären Einrichtungen optimal mitgenutzt werden (*Bausum* 2009). In dieser sicheren Le-

benswelt können nach der Überwindung eines natürlichen Misstrauens häufig erstmals wieder zentrale psychische Grundbedürfnisse erfüllt werden (*Borg-Laufs*; *Dittrich* 2010).

3-2 Auseinandersetzung mit der Traumaproblematik | Auf diese Weise für Kinder und Jugendliche Verstehens- und Veränderungsräume zu schaffen, eröffnet den Raum für weitere Interventionen, die stützenden, verstehenden, konfrontierenden oder trainierenden Charakter haben können, indem übungszentriert, erlebnis- oder einsichtszentriert, konfliktzentriert oder netzwerkbezogen gearbeitet wird: Das Schwergewicht liegt dann je nach Situation und Indikation mal auf der einen, dann auf einer anderen Modalität (vgl. *Gahleitner* u.a. 2005, auch Integrative Konzeptionen bei *Leitner* 2010). Aus einer interdisziplinär angelegten Perspektive kann damit behutsam ein Verständnis für die Wirkung traumatischer Erfahrungen auf die momentane Lebenssituation (Traumazuordnungsarbeit) erarbeitet und ein differenzierterer Umgang mit belastenden Gefühlen und Symptomen möglich werden. Insofern bedeutet bereits die Adressierung zentraler Problemlagen, die durch das Trauma entstanden sind, einen wichtigen Schritt auf dem Weg zur Traumabewältigung, zur Sinnfindung im „Jetzt und Hier“ (*Weiß* 2011).

Traumapädagogik greift damit methodisch an manchen Stellen auf traumatherapeutische Techniken zurück, grenzt sich jedoch an der Stelle der Traumaaufarbeitung und Traumaeexposition deutlich davon ab (zum Zusammenwirken von Traumatherapie und Traumapädagogik vgl. *Gahleitner* 2011a). Für viele komplex traumatisierte Kinder in der Jugendhilfe ist eine Psychotherapie nämlich (noch) gar nicht möglich. Die Traumapädagogik unterscheidet in diesem Zusammenhang „unterstützende und traumareflektierende“ von „aufdeckenden“ Interventionen. „Selbstwahrnehmungs- und Selbstbemächtigungsprozesse“ werden daher in der Traumapädagogik als aktive Traumabearbeitung verstanden (*Weiß* 2009, 2011).

Eine Reihe bewährter Methoden kann hier eingesetzt werden: Fertigkeiten wie Körperwahrnehmung, Selbstwirksamkeitserwartungen, soziale Kompetenz sowie Emotions- und Sinneswahrnehmungs- beziehungsweise -regulationsfähigkeiten (vgl. *Schmid* 2010) können erlernt werden, eine Stabilisierung physiologischer und psychologischer Reaktionen (*Krüger*; *Red-*

demann 2009) kann erfolgen. Auch das Verständnis der Neurophysiologie traumatischer Erfahrungen kann dann Kindern psychoedukativ zu einem „Selbstverstehen“ verhelfen und damit die kognitive Bewältigung befördern (Krüger 2008). An dieser Stelle ist auch auf Methoden aus der Biographiearbeit hinzuweisen (vgl. zum Beispiel Schulze; Loch 2010, umfassend Mieth 2011, Griesehop u.a. 2011, für Kinder und Jugendliche Lattschar; Wiemann 2011, Ryan; Walker 2003, traumaspezifisch Gahleitner 2011a, Krautkrämer-Oberhoff 2009). Sie erweisen sich in diesem Kontext als eine behutsame Herangehensweise, Selbstverstehensprozesse zu fördern (vgl. zur weiteren Methodik auch das Curriculum der *Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie* und der *Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik* 2011).

Indem Traumapädagogik und psychosoziale Traumaarbeit auf diese Weise und vor einem breiten Wissenshintergrund zu traumatischen Reaktionen und Folgeerscheinungen durchgehend eine akzeptierende, verstehende Grundhaltung anbieten und Achtsamkeit vor Überflutung bei übungs- und konfliktzentrierten Interventionen walten lassen, kann alltagsnah ein Mehr an Handlungskompetenz, Selbstkontrolle und Selbstwirksamkeit erreicht werden und in einem „gemeinsam gestalteten Raum des Zwischenmenschlichen“ (Kühn 2009, S. 135) erfahren werden. Es entstehen andere Muster der Selbstwahrnehmung und damit konkrete Selbstheilungsmöglichkeiten, wenn die Gedanken und Gefühle Betroffener professionell diagnostiziert, verstanden und angenommen werden.

Auf diese Weise sind für die traumatisierten Kinder und Jugendlichen eine Wiederannäherung an die Umwelt und eine Integration in den umgebenden Lebensalltag anzustreben.

3-3 Neuorientierung | Für dieses Geschehen gilt es, angemessenen Raum bereitzustellen. In der stationären Kinder- und Jugendhilfe ist man dabei allerdings häufiger als im therapeutischen Setting starken Gegenübertragungen und -reaktionen ausgesetzt. Die Reflexion der dabei aufkommenden Gefühle und das Verstehen auch maskierter Botschaften traumatisierter Menschen sind hilfreich, damit die Betroffenen alte (Beziehungs-)Erfahrungen bearbeiten und korrigieren können (vgl. Weiß 2011). Auf diese Weise mehr Einblick in das eigene Geschick und Kontrolle über Gefühle und Erfahrungen zu bekommen, ermutigt Traumaopfer früher oder später auch auf der Interaktions- und Handlungsebene zur Übernahme von mehr Verantwortung – nicht für die Erfahrungen selbst, sondern für den Umgang damit und für das eigene Leben sowie das auf die Zukunft ausgerichtete Verhalten. So wird ein Bewusstsein für die Gefahr von Grenzüberschreitung geschaffen, individuelle Stärken werden betont und einer Stigmatisierung sowie Reviktimisierung im Alltag wird vorgebeugt.

4 Schlussgedanken | Traumapädagogik und psychosoziale Traumaarbeit sind nicht aus dem Nichts entstanden. Als Vorläufer und Teilkonzepte dieser neuen Fachrichtung nennt die Pionierin *Wilma Weiß*

(nach Schmid 2010)



(2003/2011) die psychoanalytische Pädagogik (vgl. Übersicht bei Dörr 2010), die traumazentrierte Pädagogik (Uttendörfer 2008), die Pädagogik des Sicherer Ortes (Kühn 2006), das Konzept der Selbstbemächtigung (Weiß 2009), die Traumapädagogische Gruppenarbeit (Bausum 2009), die (Selbst-)Fürsorge für Pädagogen und Pädagoginnen als institutioneller Auftrag (Lang 2009) und das Konzept des Therapeutischen Milieus (vgl. aktuelle Übersicht bei Gahleitner 2011a, c). Alle diese Konzepte, auch das des „Therapeutischen Milieus“, bedeuten jedoch ausdrücklich nicht eine Therapeutisierung des Alltags, sondern eine fachkompetente Wahrnehmung der Jugendlichen durch das gesamte Team im Hinblick auf den Umgang mit Störungsbildern, Krisenanfälligkeiten, Dynamiken und Ressourcen (vgl. Gahleitner u.a. 2005, umfassend Weiß 2011) und damit letztlich eine fachkompetente psychosoziale Fallarbeit, die auf einer pädagogischen Basis therapeutische Aspekte zu integrieren weiß (vgl. Pauls 2011). Fachkräfte der Sozialen Arbeit müssen daher nicht nur über klinische Kenntnisse verfügen, sondern diese darüber hinaus für ihre Berufspraxis kritisch reflektieren, auf das Spektrum ihrer Praxisanforderungen beziehen und integrativ in Anwendung bringen (vgl. Schulze u.a. 2012, dazu auch die Traumapädagogik-Themenhefte der Zeitschrift *Trauma & Gewalt* 2008, 2009).

Voraussetzung für das soeben beschriebene verantwortungsvolle, stets Chancen und Gefahren auslotende Vorgehen ist zum Beispiel auch eine mehrdimensionale, beziehungssensible diagnostische Abklärung, die der Biographie, der Lebenswelt und dem sozialen Umfeld einen angemessenen Stellenwert einräumt, von Beginn an ein möglichst nahtloses Anknüpfen an den „jeweiligen Beziehungsstatus“ gestattet und methodisch ein indikationsspezifisches, situationsadäquates Vorgehen möglich macht. Auch das kann jedoch nur gelingen, wenn alle Fachkräfte über bindungstheoretische Grundlagen sowie Aspekte traumatischer Erfahrungen, Belastungen und Bewältigungsmöglichkeiten informiert sind (vgl. Gahleitner 2011a, Kapitel 3-4). Das Vorgehen detaillierter darzustellen, würde an dieser Stelle zu weit führen (vgl. dazu ausführlich Gahleitner u.a. 2009, Gahleitner 2011a, Pauls 2011), gehört aber elementar zu den Aufgaben der Weiterentwicklung dieser neuen Fachrichtung. Insofern ist Traumapädagogik in Einbettung, Anbindung und Weiterentwicklung eng mit aktuellen Entwicklungen innerhalb der Sozialen Arbeit und

Pädagogik wie beispielweise der Klinischen Sozialarbeit und der Klinischen Heilpädagogik verknüpft (vgl. zum Beispiel Gahleitner; Hahn 2011, Pauls 2011, Gahleitner; Pauls 2010, Pauls; Gahleitner 2011).

Das Zusammenwirken ist zudem sehr fruchtbar, denn letztlich geht es darum, für benachteiligte und schwer verletzte Kinder und Jugendliche „eine zwischenmenschliche sowie räumliche und institutionelle pädagogische Perspektive aufzuspannen [...], die für fachliche Kontinuität und Stabilität in personeller wie struktureller Hinsicht steht und dem Grundkonzept folgt, dass Problemlagen und Störungen immer eine biografisch-verstehende Dimension enthalten und damit über psychosoziale Arbeitskonzepte im Alltag verstehbar und veränderbar sind“ (Gahleitner 2011a, S. 9). „Die Hilfsangebote für traumatisierte Kinder und Jugendliche müssen mehr Aufmerksamkeit erhalten. Im Kompetenzprofil der Fachkräfte muss die Sensibilität für die Situation von traumatisierten Kindern und Jugendlichen einen höheren Stellenwert erhalten“, konstatiert der aktuelle 13. Kinder- und Jugendbericht (*Deutscher Bundestag* 2009, S. 41). Über die Notwendigkeit sind sich also die Expertinnen und Experten einig. Erste Stimmen werden jedoch laut, warum dies auf Kinder und Jugendliche begrenzt bleiben sollte. Insofern könnte die neue Fachrichtung sich herausgefordert fühlen, ihre Erkenntnisse und Ergebnisse auch auf andere traumatisierte Zielgruppen und Lebensphasen zu übertragen (vgl. zu einer umfassenden Konzeption psychosozialer Traumalogie Schulze u.a. 2012). Zu denken wäre hier zum Beispiel an alte Menschen, die in Institutionen der Altenpflege an vielen Stellen eine Unterstützung durch ähnliche Konzeptionen brauchen könnten. Man kann also gespannt sein, wie sich die Hilfelandschaft unter den Einflüssen neuer und innovativer Gedanken und Konzepte weiterentwickeln wird.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik hat die traumapädagogischen Standards für Einrichtungen der Jugendhilfe von einer internen Arbeitsgruppe erarbeiten lassen und in einem Positionspapier zusammengefasst. Das Papier wurde im Sommer 2011 in mehreren bundesweiten Expertenrunden von Fachkräften verschiedener Disziplinen diskutiert und um die hierbei gewonnenen Ergänzungen erweitert. Die Standards können im Internet unter der URL http://www.bag-traumapaedagogik.de/files/positionspapier_11-2011.pdf abgerufen werden.

Professor Dr. Silke Birgitta Gahleitner ist Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA). Sie lehrt und forscht im Bereich Klinische Sozialarbeit und Psychosoziale Interventionen an der Donau-Universität Krems (Österreich) und der Alice Salomon Hochschule Berlin, Alice-Salomon-Platz 5, 12627 Berlin, E-Mail: sb@gahleitner.net

Literatur

Bausum, Jacob: Ressourcen der Gruppe zur Selbstbemächtigung. „Ich bin und ich brauche euch“. In: Bausum, Jacob u.a.: a.a.O. 2009, S. 179-188

Bausum, Jacob; Besser, Lutz; Kühn, Martin; Weiß, Wilma (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim 2009

Beck, Norbert: Kinder und Jugendliche in therapeutischen Gruppen. In: Gahleitner; Homfeldt (Hrsg.): a.a.O. 2012

Borg-Laufs, Michael; Dittrich, Katja (Hrsg.): Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend – Perspektiven für Soziale Arbeit und Psychotherapie. Tübingen 2010

Bowlby, John: Bindung und Verlust. München 2006

Brisch, Karl Heinz: Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart 1999

Bundesgesundheitsblatt: Themenheft „Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)“. In: Bundesgesundheitsblatt 5-6/2007

Butollo, Willi; Krüsmann, Marion; Hagl, Maria: Leben nach dem Trauma. Über therapeutischen Umgang mit dem Entsetzen. München 1998

Deutscher Bundestag: Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. 13. Kinder- und Jugendbericht und Stellungnahme der Bundesregierung. Drucksache 16/12860. Berlin 2009, S. 41. In: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/128/1612860.pdf> (Abruf am 22.2.2012)

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie: Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik: Curriculum Traumapädagogik/Traumazentrierte Fachberatung. Gnarrenburg 2011. In: <http://www.bag-traumapaedagogik.de/pdf/Curriculum-Trauma.pdf> (Abruf am 22.2.2012)

Dörr, Margret: Gesundheitsförderung in stationären Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe: Heime als Orte für Salutogenese. In: Sachverständigenkommission 13. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.): Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht „Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen“. München 2010, S. 925-986

Felitti, Vincent J.: Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter: die Verwandlung von Gold in Blei. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 4/2002, S. 359-369

Fischer, Gottfried; Riedesser, Peter: Lehrbuch der Psychotraumatologie. München 1998

Fonagy, Peter; Gergely, György; Jurist, Elliot L.; Target, Mary: Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart 2004

Gahleitner, Silke Birgitta: Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung. München 2005

Gahleitner, Silke Birgitta: Was hilft ehemaligen Heimkindern bei der Bewältigung ihrer komplexen Traumatisierung? Expertise im Auftrag des Runden Tisches Heimerziehung. Berlin 2009. In: http://www.rundertisch-heimerziehung.de/documents/RTH_Expertise_Trauma.pdf (Abruf am 22.2.2012)

Gahleitner, Silke Birgitta: Das Therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen. Bonn 2011a

Gahleitner, Silke Birgitta: Ein therapeutisches Milieu schaffen: Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen für Kinder und Jugendliche. Teil I. In: sozialpädagogische impulse, 4/2011b, S. 4-11

Gahleitner, Silke Birgitta: Pädagogische und therapeutische Milieus. Ein Beitrag zur stationären Kinder und Jugendarbeit. In: Soziale Arbeit 7/2011c, S. 247-254

Gahleitner, Silke Birgitta; Hahn, Gernot (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder. Bonn 2008

Gahleitner, Silke Birgitta; Hahn, Gernot (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Forschung aus der Praxis – Forschung für die Praxis. Bonn 2009

Gahleitner, Silke Birgitta; Hahn, Gernot (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen. Bonn 2010

Gahleitner, Silke Birgitta; Hahn, Gernot (Hrsg.): Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten. Bonn 2011

Gahleitner, Silke Birgitta; Homfeldt, Hans Günther (Hrsg.): Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation. Weinheim 2012 (im Druck)

Gahleitner, Silke Birgitta; Loch, Ulrike; Schulze, Heidrun: Psychosoziale Traumatologie – eine Annäherung. In: Schulze, H.; Loch, U.; Gahleitner, S. B. (Hrsg.): Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen – Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie. Baltmannsweiler 2012, S. 6-53

Gahleitner, Silke Birgitta; Ossola, Elena; Mundersbach, Andreas: Das T in der TWG: Interdisziplinäre Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen im sozialtherapeutischen Kontext. In: Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.): Therapeutisches Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Konzepte und Arbeitsweisen therapeutischer Jugendwohngruppen in Berlin. Berlin 2005, S. 94-107

Gahleitner, Silke Birgitta; Pauls, Helmut: Soziale Arbeit und Psychotherapie. Zum Verhältnis sozialer und psychotherapeutischer Unterstützungen und Hilfen. In: Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Wiesbaden 2010, S. 367-374

Gahleitner, Silke Birgitta; Schulze, Heidrun: Psychosoziale Traumatologie – eine Herausforderung für die Soziale Arbeit. In: Klinische Sozialarbeit 1/2009, S. 4-7

Gahleitner, Silke Birgitta; Schulze, Heidrun; Pauls, Helmut: ‚hard to reach‘ – ‚how to reach‘? Psycho-soziale Diagnostik in der Klinischen Sozialarbeit. In: Pantucek, Peter; Röh, Dieter (Hrsg.): Perspektiven sozialer Diagnostik. Über den

- Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards. Münster 2009, S. 321-344
- Griesehop**, Hedwig Rosa; Rätz, Regina; Völter, Bettina: Biografische Einzelfallhilfe. Methoden und Arbeitstechniken. Weinheim 2011
- Grossmann**, Karin; Grossmann, Klaus E.: Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit. Stuttgart 2004
- Herman**, Judith L.: Trauma and recovery. From domestic abuse to political terror. London 1992
- Keupp**, Heiner: Ermutigung zum aufrechten Gang. Tübingen 1997
- Krautkrämer-Oberhoff**, Maria: Traumapädagogik in der Heimerziehung. Biografiearbeit mit dem Lebensbuch „Meine Geschichte“. In: Bausum, Jacob u.a.: a.a.O. 2009, S. 115-126
- Krüger**, Andreas: Akute psychische Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen. Ein Manual zur ambulanten Versorgung. Stuttgart 2008
- Krüger**, Andreas; Reddemann, Luise: Psychodynamisch imaginative Traumatherapie für Kinder und Jugendliche. PITT-KID – Das Manual. Stuttgart 2009
- Kühn**, Martin: Bausteine einer „Pädagogik des Sicherer Ortes“ – Aspekte eines pädagogischen Umgangs mit traumatisierten Kindern in der Jugendhilfe. Vortragsmanuskript 2006. In: <http://www.traumapaedagogik.de> (Abruf am 22.2.2012)
- Kühn**, Martin: Traumapädagogik und Partizipation. Zur entwicklungslogischen, fördernden und heilenden Wirksamkeit von Beteiligung in der Kinder- und Jugendhilfe. In: Bausum, Jacob u.a.: a.a.O. 2009, S. 127-136
- Lang**, Birgit: Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für pädagogische Fachkräfte als institutioneller Auftrag. In: Bausum, Jacob u.a.: a.a.O. 2009, S. 211-219
- Lattschar**, Birgit; Wiemann, Irmela: Mädchen und Jungen entdecken ihre Geschichte: Grundlagen und Praxis der Biografiearbeit. Weinheim 2011
- Lebowitz**, Leslie; Harvey, Mary R.; Herman, Judith L.: A stage-by-dimension model of recovery from sexual trauma. In: *Journal of Interpersonal Violence* 3/1993, S. 378-391
- Leitner**, Anton: Handbuch der Integrativen Therapie. Wien 2010
- Melzer**, Wolfgang; Bilz, Ludwig; Dümmler, Kerstin: Mobbing und Gewalt in der Schule im Kontext sozialer Ungleichheit. In: Richter, Matthias u.a.: a.a.O. 2008, S. 116-140
- Miethe**, Ingrid: Biografiearbeit: Lehr- und Handbuch für Studium und Praxis. Weinheim 2011
- Pauls**, Helmut: Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Weinheim 2011
- Pauls**, Helmut; Gahleitner, Silke Birgitta: Klinische Sozialarbeit. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): *Fachlexikon der sozialen Arbeit*. Berlin 2011, S. 521-522
- Perry**, Bruce D.; Pollard, Ronnie A.: Homeostasis, stress, trauma and adaptation. A neurodevelopmental view of childhood trauma. In: *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 1/1998, pp. 33-51
- Ravens-Sieberer**, Ulrike; Erhart, Michael: Die Beziehung zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit im Kindes- und Jugendalter. In: Richter, Matthias u.a.: a.a.O. 2008, S. 38-62
- Richter**, Matthias; Hurrelmann, Klaus; Klocke, Andreas; Melzer, Wolfgang; Ravens-Sieberer, Ulrike (Hrsg.): *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten*. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim 2008
- Ryan**, Tony; Walker, Rodger: Wo gehöre ich hin? Biografiearbeit mit Kindern und Jugendlichen. Weinheim 2003
- Schleiffer**, Roland; Gahleitner, Silke Birgitta: Schwierige Klientel oder schwierige Helfende? – Konsequenzen desorganisierter Bindungsmuster für die psychosoziale Arbeit. In: Gahleitner, Silke Birgitta; Hahn, Gernot (Hrsg.): a.a.O. 2010, S. 197-213
- Schmid**, Marc: Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. Weinheim 2007
- Schmid**, Marc: Psychisch belastete Heimkinder – eine besondere Herausforderung für die Schnittstelle zwischen Klinischer Sozialarbeit und Kinder- und Jugendpsychiatrie/psychotherapie. In: Gahleitner, Silke Birgitta; Hahn, Gernot (Hrsg.): a.a.O. 2010, S. 113-121
- Schmid**, Marc; Fegert, Jörg M.; Petermann, Franz: Traumata-entwicklungsstörung. In: *Pro und Contra: Kindheit und Entwicklung* 1/2010, S. 47-63
- Schulze**, Heidrun; Loch, Ulrike: *Narrativ-reflexive Beratung*. In: Bock, Karin; Miethe, Ingrid (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit*. Opladen 2010, S. 414-421
- Schulze**, Heidrun; Loch, Ulrike; Gahleitner, Silke Birgitta (Hrsg.): *Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen – Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie*. Baltmannsweiler 2012
- Trauma & Gewalt**: Themenheft Traumapädagogik I. In *Trauma & Gewalt* 4/2008
- Trauma & Gewalt**: Themenheft Traumapädagogik II. In *Trauma & Gewalt* 2/2009
- Uttendorfer**, Jochen: Traumazentrierte Pädagogik. Von der Entwicklung der Kultur eines „Sicherer Ortes“. In: *Unsere Jugend* 2/2008, S. 50-65
- Weiß**, Wilma: Selbstbemächtigung – ein Kernstück der Traumapädagogik. In: Bausum, Jacob u.a.: a.a.O. 2009, S. 157-170
- Weiß**, Wilma: Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. Weinheim 2011
- Yehuda**, Rachel: Die Neuroendokrinologie bei Posttraumatischer Belastungsstörung im Licht neuer neuroanatomischer Befunde. In: Streeck-Fischer, Annette; Sachsse, Ulrich; Özkan, Ibrahim (Hrsg.): *Körper, Seele, Trauma. Biologie, Klinik und Praxis*. Göttingen 2001, S. 43-71