

Traumapädagogisches Handeln im stationären Kontext

Eine Methodensammlung für den Umgang mit traumatisierten
Personen

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts

an der Karl- Franzens- Universität Graz

vorgelegt von

Teresa EICHMANN, Bakk.phil.

am Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaften

Begutachter: Univ.-Prof. Dr.phil. Arno Heimgartner

Graz, 2015

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt habe und die den angegebenen Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Ort, Datum

Unterschrift

Danksagung

Zu Beginn möchte ich mich herzlichst bei meinem Betreuer Dr.phil. Arno Heimgartner bedanken, der mir beim Verfassen der Masterarbeit mit Ratschlägen zur Seite stand und mich bei meinem Forschungsvorhaben unterstützte.

Weiters gilt ein großer Dank den Mitarbeiterinnen des Wohnhaus ReethiRa, die sich für meine Interviews zur Verfügung stellten, mir einen Einblick in den traumapädagogischen Alltag gewährten und mich an ihren Erfahrungen und Einstellungen teilhaben ließen.

Ein besonderer Dank gilt meiner gesamten Familie, meinen Geschwistern Michael, Katja, Thomas und Jörg, und speziell meinen Eltern, die mir mittels persönlicher und finanzieller Unterstützung das Studium erst ermöglichten und mich stets förderten. Ich bedanke mich dafür, dass sie mich in Momenten der Unsicherheit und Ratlosigkeit immer unterstützten und motivierten.

Insbesondere möchte ich mich bei meinem Partner Stefan bedanken, der immer an mich glaubt und für mich eine unglaublich bedeutende Stütze darstellt.

Mein Dank gilt außerdem all meinen FreundInnen und StudienkollegInnen, die mich auf meinem bisherigen Weg begleiteten.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	1
I Theoretischer Teil		3
2	TRAUMA	3
2.1	Definition „Trauma“	3
2.2	Klassifikation	5
2.2.1	Traumatypen nach Terr	5
2.2.2	Traumatische Situationsfaktoren	7
2.3	Einflussnehmende Faktoren der Traumabewältigung	9
2.3.1	Resilienz	10
2.3.2	Vulnerabilität	15
2.4	Auswirkungen eines Traumas - Traumareaktionen	17
2.5	Traumafolgestörungen	27
3	TRAUMAPÄDAGOGIK	34
3.1	Entstehung der Traumapädagogik	34
3.1.1	Entstehung des Traumakonzepts	40
3.2	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	43
3.3	Leitlinien der Traumapädagogik	49
3.3.1	Grundhaltung und Leitprinzipien	50
3.3.2	Basiskompetenzen der PädagogInnen	62
4	TRAUMAPÄDAGOGISCHE METHODEN	68
4.1	Der äußere sichere Ort	68

4.2	Der innere sichere Ort - Imaginationsübungen	73
4.3	Die pädagogische Fachkraft als sicherer Hafen	74
4.4	Stabilisierung und Ressourcenaktivierung	80
4.5	Triggeranalyse und Skillstraining	82
4.6	Notfallplan und Notfallkoffer	86
4.7	Biografiearbeit	87
4.8	Psychoedukation	89
5	RAHMENBEDINGUNGEN UND METHODEN ZUR ENTLASTUNG DES HELFERSYSTEMS	91
5.1	Unterstützungsangebote auf der Ebene der Einrichtung und Leitung	93
5.2	Unterstützungsangebote auf der Teamebene	95
5.3	Methoden zur Entlastung auf der persönlichen Ebene	96
	<u>II Empirischer Teil</u>	<u>99</u>
6	FORSCHUNGSDESIGN	99
6.1	Darstellung der Forschungsfragen	99
6.2	Ziel der Forschungsarbeit	99
7	BESCHREIBUNG DER ERHEBUNGSMETHODE	100
7.1	Das problemzentrierte ExpertInnen- Interview	101
7.2	Erstellung des Interview-Leitfadens	103
8	FORSCHUNGSABLAUF	105

8.1	Darstellung der Kontaktaufnahme mit den InterviewteilnehmerInnen	105
8.2	Darstellung der InterviewteilnehmerInnen und der Erhebungsinstitution	105
9	DATENANALYSE	108
9.1	Transkription der Daten	108
9.2	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	109
10	DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	112
10.1	Haltung und Kompetenzen	113
10.2	Traumapädagogische Konzepte und Prinzipien	118
10.3	Traumapädagogische Methoden	122
10.4	Rahmenbedingungen und Methoden zur Entlastung des Helfersystems	133
11	RESÜMEE UND EMPFEHLUNGEN	137
12	LITERATURVERZEICHNIS	143
13	TABELLENVERZEICHNIS	154
	ANHANG 1: IMAGINATIONSÜBUNG „DER INNERE GARTEN“	155
	ANHANG 2: INTERVIEW-LEITFADEN	156

1 Einleitung

Die Mehrheit der Personen, die in stationären Einrichtungen untergebracht sind, machte in ihren Leben bereits eine oder mehrere traumatische Erfahrungen - Vernachlässigung, körperliche oder psychische Misshandlungen, Vergewaltigung, schmerzhaftes Trennungen oder der Verlust einer Bezugsperson. Sie erfuhren Augenblicke und Situationen, in denen die Angst und Hilflosigkeit so übermächtig waren, dass schwerwiegende Defizite und Störungen zurückblieben, auch Jahre danach. Traumatische Erlebnisse sind geprägt von intensiver Furcht, Ohnmacht und Schutzlosigkeit. Sie zerstören das Sicherheitsempfinden nachhaltig. Die Welt und alle Menschen werden als potenzielle Bedrohung wahrgenommen. Das zerrüttete Selbst- und Weltbild führt zur Unfähigkeit Vertrauen zu empfinden und folgernd positive und stabile Bindungen eingehen zu können. Gestörte Entwicklungsverläufe und destruktive Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsmuster beeinflussen jeden Bereich des Lebens. Aufgrund gravierender Scham- und Schuldgefühle bezüglich des traumatischen Erlebnisses und der bestehenden Tabuisierung von Traumatisierungen seitens der Gesellschaft werden die schrecklichen Erfahrungen nicht mitgeteilt. Dies hat soziale Isolation zur Folge. Ohne adäquate Hilfeleistungen sind die Betroffenen nicht in der Lage ein selbstbestimmtes, glückliches und zukunftsorientiertes Leben zu führen. Um die Betroffenen bei der Minimierung oder Beseitigung der vielfältigen Problemlagen unterstützen zu können, müssen passgenaue Angebote und Maßnahmen entwickelt werden. In Anbetracht dessen bietet die Traumapädagogik viele Chancen. Ein traumapädagogischer Zugang ermöglicht den Betroffenen, durch die Anwendung unterschiedliche Konzeptionen und Methoden, die Wiederherstellung psychischer Stabilität und Sicherheit. Dysfunktionale Selbstbilder, negative Erwartungshaltungen und destruktive Verhaltensweisen können mit Hilfe von traumapädagogischen Interventionen korrigiert werden. In diesem Zusammenhang ist es von großer Bedeutung den Blick auf die pädagogischen Fachkräfte zu richten, die tagtäglich mit traumatisierten Menschen arbeiten. Der Umgang mit lebensgeschichtlich belasteten

Personen ist von speziellen Anforderungen, Herausforderungen und ebenfalls Risiken geprägt. Es liegt in der Verantwortung der Gesellschaft und der Einrichtungen Rahmenbedingungen zu schaffen, die professionelles pädagogisches Handeln ermöglichen und die PädagogInnen vor psychischen Belastungen schützen.

Die Intention der vorliegenden Arbeit ist die Darstellung traumapädagogischer Konzepte, Prinzipien und Methoden, die einerseits der Behandlung von Traumafolgestörungen und Traumareaktionen dienen und andererseits die Betroffenen bei der Bewältigung des alltäglichen Lebens unterstützen. Ebenfalls wird die Rolle der pädagogischen Fachkräfte in traumapädagogischen Settings beleuchtet, hinsichtlich erforderlicher Grundkompetenzen und nötiger Grundhaltungen. Weiters werden Rahmenbedingungen und Methoden aufgezeigt, die zur Entlastung der PädagogInnen beitragen.

Im theoretischen Teil dieser Arbeit findet eine Auseinandersetzung mit dem Thema „Trauma“ und dessen Auswirkungen statt. Die dabei vermittelten Grundkenntnisse dienen dem weiteren Verständnis. Dem folgend wird die Geschichte der Traumapädagogik erörtert. Daraufhin werden die Leitlinien und Konzeptionen der Traumapädagogik vorgestellt. Anschließend werden traumapädagogische Methoden und deren Umsetzungsmöglichkeiten präsentiert. Der letzte Teil der Theorie zeigt die besonderen Herausforderungen auf, mit denen PädagogInnen im Umgang mit lebensgeschichtlich belasteten Menschen konfrontiert werden und Möglichkeiten um diese zu bewältigen.

Im empirischen Teil werden zu Beginn meine Forschungsfragen sowie das Ziel dieser Arbeit erläutert. Die für das Forschungsvorhaben verwendete Erhebungsmethode und der gesamte Forschungsablauf werden beschrieben. Danach wird die Verfahrenstechnik zur Analyse und Auswertung der erhobenen Daten skizziert. Im letzten Kapitel der Arbeit werden sämtliche gewonnenen Ergebnisse dargestellt, um die Forschungsfragen beantworten zu können.

I Theoretischer Teil

2 Trauma

Das erste Kapitel dieser Arbeit behandelt das Phänomen „Trauma“. Die Vermittlung von Informationen, über die Klassifikation verschiedener Traumtypen, einflussnehmende Faktoren (Stichwort Schutz- und Risikofaktoren) sowie die Darstellung von Auswirkungen traumatischer Erfahrungen, dienen als Grundkenntnisse dem weiteren Verständnis.

Der Begriff Trauma kommt aus dem Griechischen und bedeutet so viel wie Wunde oder Verletzung (vgl. Duden 2013). Es existieren diverse Definitionen von Traumata, abhängig von dem jeweiligen Zusammenhang. Traumatisierungen finden im biologischen, psychologischen, rechtlichen oder medizinischen Kontext statt. Der Inhalt dieser Arbeit bezieht sich ausschließlich auf psychologische (beziehungsweise seelische oder mentale) Traumata.

2.1 Definition „Trauma“

Es existieren zwei Klassifikationssysteme, welche Traumata beziehungsweise traumatische Ereignisse und Traumafolgeerscheinungen definieren.

Das ICD-10 definiert ein Trauma als eine *„Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.“* (ICD-10-Code 2015)

Nach dem DSM-IV müssen zwei Kriterien erfüllt sein, um von einem traumatischen Ereignis reden zu können: *„(1) the person experienced, witnessed, or was confronted with an event or events that involved actual or threatened death or serious injury, or a*

threat to the physical integrity of self or others (2) the person's response involved intense fear, helplessness, or horror." (European Society for Traumatic Stress Studies 2012) Zusammenfassend bedeutet dies, dass es sich dann um ein Trauma handelt, wenn eine Person einer Situation ausgesetzt war, in der er mit einer ernsthaften Verletzung, der Bedrohung des eigenen Lebens oder sogar dem Tod konfrontiert wurde. Die betroffene Person reagiert auf dieses Ereignis mit Gefühlen des Entsetzens, Hilflosigkeit und massiver Furcht.

Exkurs: Diagnoseschemata ICD-10 und DSM-IV

Die beiden Diagnoseschemata, die ICD-10 („Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“) der WHO und das DSM-IV (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen) der American Psychiatric Association unterscheiden sich auf mehreren Ebenen voneinander. Es existieren Unterschiede bei der Klassifizierung von Störungen, besonders im Hinblick auf Angst- und Persönlichkeitsstörungen. Das Diagnostische Manual berücksichtigt geschlechtsspezifische Unterschiede bei psychischen Störungen und beinhaltet genauere und speziellere diagnostische Kriterien, wodurch es als Erweiterung des ICD-10 begriffen werden kann (vgl. Lambert 2014, S. 25-26).

Laut Wilma Weiß werden die normalen menschlichen Anpassungs- und Bewältigungsstrategien durch traumatische Ereignisse, welche eine Bedrohung für das physische Wohl und das Leben darstellen, überfordert, was gravierende Auswirkungen in verschiedenen Bereichen des Lebens zur Folge haben kann (vgl. Weiß 2013, S. 25). Die Beziehung zwischen objektiver Bedrohung, subjektiver Wahrnehmung und Bewertung und realen Handlungs- und Bewältigungsmöglichkeiten kann eine dauerhafte Veränderung des Bildes, welches wir von uns selbst und der Welt um uns herum haben, bewirken. Unvorhersehbarkeit, Hoffnungslosigkeit, Ohnmacht, Schutz- und Hilflosigkeit prägen traumatische Situationen und lösen bei Menschen Notprogramme aus, die allein dem Überleben dienen. Die Aktivierung dieser kann jedoch zu langfristigen und dauerhaften Störungen führen (vgl. Fischer & Riedesser 2009, S. 84).

2.2 Klassifikation

2.2.1 Traumatisierung nach Terr

Lenore Terr unterschied 1991 zwischen zwei verschiedenen Traumatisierungstypen, um die Art und Schwere eines traumatischen Ereignisses zu definieren. Nach Terr existieren Typ I- und Typ II- Traumata. Umgangssprachlich wird ein Typ I- Trauma auch als Monotrauma und ein Typ II- Trauma als Multitrauma bezeichnet. Unter einem Typ I- Trauma versteht man ein einmaliges isoliertes traumatisches Ereignis, wie zum Beispiel einen Unfall, eine Vergewaltigung, ein Überfall oder eine Naturkatastrophe. Bei einem Trauma Typ II handelt es sich entweder um eine lang andauernde einzelne traumatische Erfahrung, wie zum Beispiel jahrelanger Missbrauch, Vernachlässigung oder eine schwere Krebserkrankung, oder um eine Anhäufung traumatischer Erlebnisse, welche unabhängig voneinander geschehen. Ein Beispiel für ein Multitrauma wäre das Erfahren eines grausamen Gewaltaktes, das Erleiden einer schweren Krankheit und der Verlust einer Bezugsperson. Die einzelnen Erfahrungen hängen nicht miteinander zusammen. Eine oder zwei negative Erlebnisse könnten positiv bewältigt werden, doch die Menge an traumatischen Einzelereignissen kann die menschliche Stresstoleranz übersteigen und folgernd Traumafolgereaktionen auslösen. Die Betroffenen fühlen sich schutzlos ausgeliefert, stellen den Sinn des Lebens in Frage („Warum ausgerechnet ich?“) und verlieren die Hoffnung in eine positive Zukunft. In der Literatur findet man ebenfalls die Beschreibung der sequenziellen Traumatisierung. Zu diesem Typus zählen lang andauernde Ereignisse, welche immer wieder neue Höhepunkte der Bedrohung und damit einhergehender Hilflosigkeit und Verzweiflung beinhalten. Die Kluft zwischen Situationsanforderungen und der persönlichen Unfähigkeit diese zu bewältigen, wird immer wieder auf das Neue negativ bewertet, was zum Verlust von Hoffnung, Vertrauen in sich selbst und andere und einer Veränderung der zukünftigen Erwartungshaltung führt. Eine wiederkehrende Krebserkrankung nach einer Heilung wäre ein Beispiel für eine sequentielle Traumatisierung. Bei der ersten Diagnose kann das vorhandene Vertrauen in die eigene Stärke und die medizinischen Fähigkeiten eine Traumatisierung verhindern.

Eine erneute Erkrankung kann jedoch zu einer tiefen Erschütterung des Selbst führen und so die Wahrscheinlichkeit einer Traumatisierung stark erhöhen (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 43-44).

Eine weitere Form der Traumatisierung, für die jedoch keine eigene Klassifizierung vorliegt, ist das Entwicklungsstrauma. Nach Weinberg (2010) entsteht ein Entwicklungsstrauma aufgrund *einer „tiefgreifenden Schädigung der Gesamtentwicklung des Kindes durch Vernachlässigung sowie emotionale und psychische Gewalteinwirkungen“*. Traumata, die in der (frühen) Kindheit stattfinden, bergen ein besonders hohes Risiko einer Traumatisierung und Traumafolgestörungen. Jene Erfahrungen, die in der Kindheit gemacht werden, prägen die Einstellungen und Verhaltensmuster für das weitere Leben. Besonders die ersten sieben Lebensjahre sind von großer Bedeutung. In dieser Zeitspanne ist das menschliche Gehirn sehr sensibel und somit für negative Erfahrungen in hohem Maße störungsanfällig (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 30). Grund dafür ist die hohe neurologische Plastizität im Kindesalter. Unter Neuroplastizität versteht man die Veränderungs- und Anpassungsleistungen des Gehirns. Aufgrund biologischer Faktoren (körperliche Schädigungen) oder gemachter Erfahrungen (Lernprozesse) kommt es zu einer Umstrukturierung des menschlichen Gehirns (vgl. Ende-Henningsen & Henningsen 1999, S. 29). In den ersten Lebensjahren finden wichtige Entwicklungsprozesse statt (u.a. Identitätsentwicklung, Selbst- und Weltwahrnehmung, Bindungsverhalten, psychosoziale Entwicklung). Schädigende und traumatisierende Erfahrungen wirken sich daher in dieser Zeit besonders negativ auf die weitere Entwicklung aus (vgl. Volk 2010, S. 42-43). Chronische traumatische Situationen mit hoher emotionaler Intensität beeinflussen die Entwicklung des Gehirnes enorm, da aufgrund der gemachten Erfahrungen, Reaktionsmuster gebildet und diese generalisiert werden. Diese Reaktionsmuster können später nur sehr schwer wieder verändert werden, da sie für den menschlichen Organismus bedeutende Überlebensreaktionen darstellen. So lassen sich Einstellungen hinsichtlich Bindungen und das Beziehungsverhalten im Erwachsenenalter nur kaum verändern, wenn es aufgrund eines frühkindlichen Beziehungstraumas zu einer Bindungsstörung kam. Besser spricht hier von einer

„traumatoplastischen“ Umstrukturierung des Gehirns. Überlebensreaktionen wie der Flucht- oder Kampfreflex (Flight or Fight), Vermeidung oder Dissoziationen (Abspaltung des Bewusstseins) werden durch wiederholte Erfahrungen neurologisch automatisiert und werden bei auch bei geringen Stress-Anlässen instinktiv abgospult (vgl. Besser 2007, S. 5).

Entwicklungstraumata werden problematischerweise meist nicht als solche erkannt. Da keine eigene Klassifikation für dieses Störungsbild existiert, werden bei den meisten betroffenen Personen nach Auftreten von Traumareaktionen allgemeine Entwicklungs- oder Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert, ohne auf tiefgreifende Schädigungen aufgrund externer Verursacher als Entstehungsmöglichkeit zu kommen. *„80% aller Persönlichkeitsstörungen lassen sich aus Traumatisierungen wie frühe Vernachlässigung, Verwahrlosung, körperliche, seelische und/oder sexuelle Gewalt erklären.“* (Huber 2009, S. 118)

2.2.2 Traumatische Situationsfaktoren

Neben dem Erleben einer existenziellen Bedrohung und damit verbundenen Gefühlen der absoluten Schutzlosigkeit und Handlungsunfähigkeit haben traumatische Situationsfaktoren, sprich die Art und der Schweregrad eines traumatischen Ereignisses, einen immensen Einfluss auf das Auftreten einer Traumatisierung und die Entstehung von Traumafolgereaktionen. Traumatische Situationsfaktoren sind zum Beispiel die Dauer und Intensität der Erfahrung, die Unvorhersehbarkeit des Ereignisses, der Verursacher des Traumas (Naturkatastrophen vs. Man-made-Traumata) und die unmittelbare oder mittelbare Betroffenheit oder Verlusterfahrungen. Es ist anzunehmen, dass sich wiederholende und/oder lang andauernde destruktive Erlebnisse die Wahrscheinlichkeit einer Traumatisierung stark erhöhen. Die Wahrscheinlichkeit einer Traumatisierung steigt folgernd von einem Monotrauma zu einem sequenziellen Trauma deutlich an. Man darf jedoch nicht den Fehler begehen, einzelne Fälle zu verallgemeinern. Ein Monotrauma kann die gleichen

Traumafolgereaktionen hervorrufen wie Multitrauma. Die Folgen einer Traumatisierung sind neben den traumatischen Situationsfaktoren stark von vorhandenen individuellen Schutz- und Risikofaktoren abhängig (siehe 2.3 Einflussnehmende Faktoren der Traumabewältigung) (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 43-45).

Das plötzliche und heftige Auftreten einer traumatischen Erfahrung (Schocktrauma) hat einen negativen Einfluss auf die Bewältigungsmöglichkeiten eines Individuums. Kann die Person diesem Erlebnis eine Bedeutung in seinem/ihrem Leben geben, hat das eine positive Wirkung auf die Traumaarbeit. Fehlt jedoch jegliche Sinnhaftigkeit, kann der/die Betroffene das Erlebnis nicht in den vorhandenen Lebenskontext einfügen, was die Verarbeitung des Traumas in hohem Maße erschwert. Die traumatische Erfahrung übersteigt alle Erwartungen. Folgernd liegen der betroffenen Person keine Handlungsmuster zur Bewältigung vor (vgl. Huber 2009, S. 45). Von weiterer Bedeutung für die Folgen einer traumatischen Situation ist sozusagen dessen Erzeuger. Naturkatastrophen oder Unfälle aufgrund von technischen Problemen können eine traumatische Wirkung haben. Der Verlust des eigenen Heimes aufgrund eines Erdbebens oder Ähnlichem kann zu tiefer Erschütterung und Verunsicherung führen. Das eigene Zuhause ist meist ein Ort der Sicherheit und des Schutzes. Wird dieser nun zerstört, kann dies schwerwiegende psychische Folgen nach sich ziehen. Ist jedoch in dieser Zeit eine Bezugsperson oder andere Menschen vorhanden, welche Sicherheit und Unterstützung bieten, sinkt die Wahrscheinlichkeit einer Traumatisierung.

Wenn das Trauma jedoch von anderen Menschen oder sogar von engen Vertrauten ausgelöst wird, man spricht hierbei von „Man-made-Traumata“, sind die Folgen meist gravierender. Ist der Auslöser eines Traumas ein anderer Mensch, kommt es zum Verlust des Vertrauens in andere Menschen, und zwischenmenschliche Bindungen. Je wichtiger und vertrauter der/die TäterIn dem Opfer ist, oder je abhängiger das Opfer von dem/der TäterIn ist, also eine Bezugsperson wie zum Beispiel die eigene Mutter oder der eigene Vater, desto erschütternder ist das Erlebnis. Personen, welche sonst

Schutz und Sicherheit bieten und einen bedeutenden Anker darstellen, lösen auf einmal nur mehr Furcht und Schrecken aus. Nach Fischer und Riedesser handelt es sich bei Traumatisierungen, bei denen der/die Betroffene und der/die TäterIn in einem engen Verhältnis zueinander stehen, sprich Kinder und ihre primären Bezugspersonen, um Beziehungstraumata,. Typische Beispiele für Beziehungstraumata sind häusliche psychische und physische Gewalt, sexuelle Gewalt zwischen Partnern oder jahrelange Vernachlässigung (vgl. Fischer & Riedesser 2009, S. 47). Wenn es sich bei dem/der TäterIn um ein Familienmitglied handelt, ist es dem Opfer meist nicht möglich, auf Abstand zu gehen und innerhalb des sonst vertrauten Personenkreises Hilfe und Schutz zu erfahren. Traumatische Erfahrungen dieser Art führen zu starker Verunsicherung. Dies wirkt sich tiefgreifend auf das zukünftige Beziehungsempfinden und Bindungsverhalten aus (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 46).

Für die Verarbeitung eines Traumas ist ebenfalls die Art der Betroffenheit bedeutend. Nicht nur die Bedrohung des eigenen Lebens kann Traumareaktionen hervorrufen, sondern auch die Zeugenschaft von einer traumatischen Situation. Zeuge eines Gewaltverbrechens zu sein, ohne die Möglichkeit zu haben, eingreifen oder helfen zu können, kann ebenfalls, aufgrund der erlebten Hilflosigkeit und Handlungsunfähigkeit, traumatisierend sein. Dessen ungeachtet birgt die aktive Beteiligung an einer traumatischen Erfahrung als Opfer das größte Risiko einer Traumatisierung und möglichen Traumafolgesymptomen. Die Bedrohung des eigenen Lebens, die Verletzung des körperlichen Wohles und damit verbundene physische Schmerzen beeinträchtigen die Verarbeitung des Traumas enorm (vgl. Huber 2009, S. 55).

2.3 Einflussnehmende Faktoren der Traumabewältigung

Ob es nach einer traumatischen Erfahrung zu einer Traumatisierung und möglichen Traumafolgestörung kommt, ist neben den traumaspezifischen Situationsfaktoren ebenso vom persönlichen biographischen Background des/der Betroffenen abhängig. Traumaspezifische Situationsfaktoren stehen immer mit der individuellen Resilienz und

Vulnerabilität einer Person beziehungsweise deren vorhandenen Schutz- und Risikofaktoren in Verbindung. Die zur Verfügung stehenden Schutz- und Risikofaktoren können die negativen Effekte einer traumatischen Situation je nachdem abmildern oder verstärken und haben somit einen großen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Traumareaktionen (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 49).

2.3.1 Resilienz

Der Begriff Resilienz stammt von dem lateinischen Wort *resilire* ab und bedeutet abprallen oder zurückspringen (vgl. Duden 2013).

„Unter Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen“. (Welter-Enderlin & Hildenbrand 2006, S. 13)

Diese Ressourcen werden als Schutz- oder auch protektive Faktoren bezeichnet. Schutzfaktoren beeinflussen mögliche Beeinträchtigungen nach traumatischen Erlebnissen. Schutzfaktoren wirken abwehrend, mildern die Wucht von Traumata und bewirken eine schnellere Traumaverarbeitung (vgl. Weiß 2013, S. 44).

Die Resilienzforschung beschäftigt sich seit der Mitte des letzten Jahrhunderts mit der psychischen Widerstandsfähigkeit unter Extrembelastungen. Als Pionierin der Resilienzforschung gilt die Entwicklungspsychologin Emmy Werner, die die Kauai-Studie (Hawaii) durchführte. Im Rahmen dieser Studie wurden Kinder ab dem Jahr 1955 fast 40 Jahre hinsichtlich ihrer Entwicklung beobachtet. Beinahe ein Drittel der Kinder wuchs unter kritischen Verhältnissen auf (zum Beispiel Gewalt, Armut, Krankheit, kaum Bildung). Werners Langzeitstudie ergab, dass 2/3 der Kinder im Jugendalter unter Störungen litt, wohingegen 1/3 Drittel keine Schädigungen aufgrund der schwierigen Lebensumstände aufwies. Die Studie zeigte auf, dass traumatische Lebensbedingungen nicht zwangsläufig zu Entwicklungsstörungen führen. Resiliente Kinder und Jugendliche mit persönlichen und umgebungsbezogenen Schutzfaktoren

verfügen über verschiedene Bewältigungsstrategien, welche das Risiko einer Traumatisierung senken können. Ursprünglich galt das Hauptaugenmerk der Resilienzforschung hauptsächlich Kindern und Jugendlichen. Heutzutage existieren Studien und Literatur zum Thema Resilienz und Bewältigungsstrategien in jeder Altersstufe (vgl. Lengyel 2013). Schutzfaktoren werden allgemein in interne (persönliche) und externe (soziale) Faktoren eingeteilt.

Internale (persönliche) Schutzfaktoren	
<ul style="list-style-type: none"> • Erstgeborenes Kind • Weibliches Geschlecht • Genetische Dispositionen • Temperamenteigenschaften, die soziale Unterstützung und Aufmerksamkeit hervorrufen (flexibel, aktiv, offen) • Intellektuelle Fähigkeiten / Problemlösekompetenzen • Selbstwirksamkeitsüberzeugungen • Realitätsnahes und stabiles Selbstkonzept • Fähigkeit zur Selbstregulation (z.B. Entspannungsfähigkeiten) • Internale Kontrollüberzeugung • Realistischer Attribuierungsstil 	<ul style="list-style-type: none"> • Kohärenzsinn • Kooperations- und Kontaktfähigkeit (verbunden mit kommunikativen Kompetenzen und der Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme) • Soziale Perspektivenübernahme / Empathie • Aktives, flexibles Bewältigungsverhalten • Sicheres Bindungsverhalten / Explorationslust • Lernbegeisterung / Schulisches Engagement • Optimistische Lebenseinstellung / Humor • Glaube / Spiritualität • Talente, Interessen und Hobbys • Physische Gesundheitsressourcen

Tabelle 1: Personale Ressourcen. Aus: Wustmann 2005, S. 165.

Besonders die Faktoren Selbstwirksamkeitsüberzeugung, interne Kontrollüberzeugung und Kohärenzsinn haben eine große Bedeutung für die Bewältigung von belastenden Ereignissen.

Nach Schwarzer kann Selbstwirksamkeitsüberzeugung als individuelle Auffassung definiert werden, nach der bestimmte Handlungen zu einem gewollten Ergebnis führen („outcome expectancy“) und man persönlich die Fähigkeit beherrscht, diese Handlungen auch tatsächlich zu verrichten („self-efficacy expectancy“). Eine hohe Selbstwirksamkeitsüberzeugung ist somit eine bedeutende Ressource, um problematische Ereignisse bewältigen zu können, da sie das Verhalten ziel- und lösungsorientiert beeinflusst. Personen mit niedriger Selbstwirksamkeitsüberzeugung fühlen sich eher hilflos und haben eine pessimistischere Lebensauffassung als jene mit hohem Selbstwirksamkeitserleben (vgl. Schwarzer 1994, S. 105 - 123). Unter „internaler Kontrollüberzeugung“ versteht man die Überzeugung, dass Ergebnisse von selbstgetätigten Handlungen aufgrund eigener Fähigkeiten und Stärke erreicht und nicht von externen Mächten gelenkt werden. Personen mit hoher internaler Kontrollüberzeugung haben großes Vertrauen in die eigene Gestaltungskraft und die Möglichkeit, ihre Umgebung und Lebenssituation selbst zu beeinflussen. Der Kohärenzsinn (Antonovsky 1991) kann als Spiegelbild der internalen Kontrollüberzeugung gesehen werden. Bei dem Kohärenzsinn handelt es sich um ein Wahrnehmungs- beziehungsweise Beurteilungsmuster. Dieses besteht aus drei Komponenten: Verstehbarkeit, Machbarkeit, Bedeutsamkeit (vgl. Deegener 2007, S. 19-20).

Externale (soziale) Schutzfaktoren	
<p>In der Familie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens eine stabile Bezugsperson, die Sicherheit, Vertrauen und Autonomie fördert • Autoritativer/demokratischer elterlicher Erziehungsstil (emotional positives, unterstützendes und strukturierendes Erziehungsverhalten, Feinfühligkeit und Responsivität) • Zusammenhalt (Kohäsion), Stabilität 	<p>In der KITA/ Schule:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transparente und konsistente Regeln und Strukturen • Wertschätzendes Klima (Wärme, Respekt und Akzeptanz gegenüber dem Kind) • Hoher, aber angemessener Leistungsstandard • Positive Verstärkung der Leistungen und Anstrengungsbereitschaft des

<p>und konstruktive Kommunikation in der Familie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fähigkeit der Eltern zur Selbstreflexion und zur Konfliktlösung • Copingfähigkeiten der Eltern in Belastungssituationen • Enge Geschwisterbindungen • Altersangemessene Verpflichtungen des Kindes im Haushalt • Anregendes Bildungsniveau der Eltern • Unterstützendes familiales Netzwerk (Verwandtschaft, Freunde, Nachbarn) • Hoher sozioökonomischer Status 	<p>Kindes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positive Peerkontakte/komplexe Freundschaftsbeziehungen • Gelungene Kooperation zwischen Eltern und Betreuungs- bzw. Bildungsinstitutionen
---	---

Tabelle 2: Soziale Ressourcen. Aus: Wustmann 2005, S. 166.

Das Vorhandensein einer stabilen primären Bezugsperson, im Speziellen eine frühe positive Mutter-Kind-Beziehung, hat eine besonders protektive Wirkung auf das Bewältigungsverhalten nach einer traumatischen Situation. Die Unterstützung, Feinfühligkeit, Zuwendung und Empathie einer Bezugsperson gegenüber eines Kindes/Jugendlichen kann beinahe als wichtigster Schutzfaktor angesehen werden. Personen mit einer sicheren Bindung zu ihrer Bezugsperson (sichere Basis) sind allgemein offener (stärkeres Explorationsverhalten), selbstbewusster und haben mehr Vertrauen in sich und andere. Verschiedene Studien zeigen eine starke Verbindung zwischen sicheren Bindungsverhalten und einer hohen Stressregulationsfähigkeit auf, was sich beträchtlich auf die Bewältigung von ungünstigen Lebensereignissen auswirkt. Beeinträchtigungen auf der Bindungsebene können zu ungünstigen Verläufen der Persönlichkeitsentwicklung führen (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 52).

Schutzfaktoren können also als einflussnehmende Dimensionen definiert werden, die die Bewältigung von traumatischen Situationen erleichtern, die vorhandenen Risikofaktoren abmildern (Puffereffekt) und das Risiko von Folgeschäden verringern.

Mit dem Wissen über Schutz- und Risikofaktoren und deren Wirkung auf die Entstehung von psychischen und physischen Erkrankungen ist es im pädagogischen Kontext von großer Bedeutung, dieses Wissen auch in präventiven Maßnahmen umzusetzen. Resilienzförderung sollte so früh wie möglich beginnen und auch noch im Erwachsenenalter weiterverfolgt werden (lebenslanger Prozess). Ziel sollte sein, die Risikofaktoren zu verringern oder auszuschalten und Schutzfaktoren zu stabilisieren und zu stärken, um so eine höhere psychische Belastbarkeit bei schwierigen Lebensereignissen zu bewirken.

Resilienzförderung auf individueller Ebene:

- Förderung von Problemlösefähigkeiten und Konfliktlösestrategien
- Förderung von Eigenaktivität und persönlicher Verantwortungsübernahme
- Förderung von Selbstwirksamkeit und realistischen Zuschreibungen
- Förderung des Selbstwertgefühls
- Förderung von sozialen Kompetenzen, verbunden mit der Stärkung sozialer Beziehungen
- Förderung von effektiven Stressbewältigungsstrategien, wie z. B. die Fähigkeiten, Unterstützung zu mobilisieren oder sich zu entspannen
- Förderung des Umgangs mit Gefühlen

Resilienzförderung auf Beziehungsebene:

- Förderung eines wertschätzenden Erziehungsstils
- Förderung einer konstruktiven Kommunikation zwischen Erziehungsperson und Kind
- Förderung eines positiven Modellverhaltens

- Förderung effektiver Erziehungstechniken (effektiver Einsatz von Belohnung, Lob und Ermutigung)
- Förderung des (elterlichen) Kompetenzgefühls
- Förderung (elterlicher) Konfliktlösestrategien. (Sit 2008, S. 3)

2.3.2 Vulnerabilität

Der Begriff Vulnerabilität hat seine Herkunft in der lateinischen Sprache und bedeutet Verwundbarkeit oder Verletzbarkeit (vgl. Duden 2013).

Vulnerabilität (als Gegensatz zu Resilienz) kann als geringe Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen und schädigenden Lebensbedingungen definiert werden. Vulnerable Personen haben ein höheres Risiko, an negativen Entwicklungsverläufen und psychischen Störungen zu leiden (vgl. Clauß 1995, S. 513). Es kann unter primärer und sekundärer Vulnerabilität unterschieden werden. Primäre Vulnerabilität bezeichnet ungünstige genetische Veranlagungen (Erbkrankheiten) oder prä- und perinatale Schädigungen (zum Beispiel Geburtskomplikationen, Frühgeburten). Sekundäre Vulnerabilitäten entstehen durch störende (psychosoziale) Umwelteinflüsse (destruktive Eltern-Kind-Beziehung, Vernachlässigung, Gewalterfahrungen) (vgl. Niebank/ Petermann & Scheithauer 2000, S. 715). In gleichem Maße wie Schutzfaktoren widerstandsfähiger gegen belastende Ereignisse machen, erhöhen Risikofaktoren (oder auch Stressoren) das Auftreten von psychischen Erkrankungen. Bei vermehrten Belastungen und Risikofaktoren steigt die Wahrscheinlichkeit von negativen Entwicklungsverläufen (vgl. Deegener 2007, S. 11).

Vulnerabilitätsfaktoren:	Risikofaktoren:
<ul style="list-style-type: none"> • Prä-, peri- und postnatale Faktoren (z.B. Frühgeburt, Geburtskomplikationen, niedriges Geburtsgewicht) • Neuropsychologische Defizite (z.B. cerebrale Schädigungen) • Psychophysiologische Faktoren (z.B. sehr niedriges Aktivationsniveau) 	<ul style="list-style-type: none"> • Niedriger sozioökonomischer Status • Anregungsarmes Wohnumfeld • Intensive und anhaltende intrafamiliale Konflikte • Dysfunktionales elterliches Rollenverhalten • Trennung bzw. Scheidung der Eltern • Wiederheirat / neue Partnerschaft eines

<ul style="list-style-type: none"> • Genetische Faktoren (z.B. Chromosomenanomalien) • Chronische Erkrankungen (z.B. Asthma, Neurodermitis, schwere Herzfehler) • Schwierige Temperamentsmerkmale, hohe Ablenkbarkeit • Unsichere oder ambivalente Bindungsorganisation • Eingeschränkte kognitive Fähigkeiten (z.B. Defizite in der Wahrnehmung und in der sozialkognitiven Informationsverarbeitung) • Geringe Fähigkeiten zur Selbstregulation (Anspannung / Entspannung) • Emotionale Instabilität • Schuldgefühle 	<p>Elternteils (ggf. häufig wechselnd)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alkohol- / Drogenmissbrauch der Eltern • Psychische Störungen oder Erkrankungen eines bzw. beider Elternteile • Niedriges Bildungsniveau der Eltern • Erziehungsdefizite / ungünstige Erziehungspraktiken der Eltern (z.B. inkonsequentes, zurückweisendes oder inkonsistentes Erziehungsverhalten, körperliche Bestrafungen, mangelnde Feinfühligkeit und Responsivität) • Elternschaft in sehr jungem Alter (vor dem 18. Lebensjahr) • Häufige Umzüge, Schulwechsel • Migrationshintergrund • Soziale Isolation der Familie • Verlust eines Geschwisters oder engen Freundes • Geschwister mit einer Behinderung bzw. einer Lern- oder Verhaltensstörung • Mehr als vier Geschwister • Mobbing / Ablehnung durch Gleichaltrige • Hoher Gesamtrisikoscore
--	---

Tabelle 3: Risikoeinflüsse kindlicher Entwicklung. Aus: Wustmann 2005, S. 131.

Weitere Risikofaktoren sind traumatische Ereignisse wie Krieg, Unfälle, psychische und physische Misshandlungen, eine schwerwiegende Erkrankung oder der Verlust einer Bezugsperson (vgl. Wustmann 2005, S. 131).

Zusammenfassen lassen sich Risikofaktoren als angeborene oder erlernte Dimensionen verstehen, die traumatische Erfahrungen negativ beeinflussen und die Anfälligkeit für Entwicklungsstörungen und psychische Erkrankungen erhöhen.

2.4 Auswirkungen eines Traumas- Traumareaktionen

In lebensbedrohlichen Situationen stehen dem Menschen zwei Reaktionsmuster zur Bewältigung zur Verfügung, die *fight oder flight reaction*. Der Flucht- oder Kampfreflex ist eine Reaktion auf hochstressige Situationen und dient der Anpassung und somit der Bewältigung des hohen Stressniveaus. Fight oder Flight sind archaische Überlebensreaktionen, die sofortige Bereitschaft zum Fliehen oder Kämpfen ermöglichen. Meldet das Gehirn in einer bedrohlichen Situation Alarm, werden unmittelbar physiologische Veränderungen in Gang gesetzt. Es werden vermehrt Hormone wie zum Beispiel Cortison, Adrenalin, Noradrenalin und Dopamin frei gesetzt, um die höchst mögliche Körperspannung und Beweglichkeit für Kampf- oder Fluchthandlungen zu erreichen. Das Hormon Dopamin erhöht zusätzlich das Angstlevel, was zur Zunahme der Aufmerksamkeit und Wachsamkeit führt. Endorphine werden ausgeschüttet, um das Schmerzempfinden zu verringern, falls es zu Verletzungen kommen sollte (vgl. Uttendörfer 2008, S. 3). Weitere körpereigene Veränderungen sind die Erhöhung der Herz- und Atmungsfrequenz, Zunahme des Blutdrucks und des Blutzuckerspiegels, Erhöhung der Blutgerinnung und die Erweiterung der Pupillen. In dieser Situation unnötige Funktionen wie Verdauung oder der Sexualtrieb werden in der Alarmsituation beinahe ausgeschaltet, um so viel Energie wie möglich für Flucht- oder Kampfmaßnahmen zu haben (vgl. Bleck & Bossle 1999). In Gefahrensituationen kommt es auch auf der neurologischen Ebene zu starken Veränderungen. Das Angstzentrum (Amygdala) meldet eine bedrohliche Situation, wodurch Teile des Hippocampus und des Brocca'schen Zentrums abgeschaltet werden. Der Hippocampus ist für Erinnerungen und die Überführung von Erinnerungen in das Kurz- oder Langzeitgedächtnis verantwortlich. Das Brocca'sche Zentrum ist für die Sprache und Artikulation im menschlichen Gehirn zuständig. Zusammenfassend bedeutet dies, dass in Gefahrensituationen die kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten stark eingeschränkt werden und nur neurologische Zentren in Funktion bleiben, welche den Kampf- oder Fluchtreflex unterstützen. Ungünstigerweise verhindert dieser Überlebensinstinkt die Traumaverarbeitung, da der bewusste Zugang zu Informationen

über das traumatische Erlebnis durch Gedächtnislücken oder wortwörtliche Sprachlosigkeit verwehrt ist.

Vor allem wiederholte traumatische Erfahrungen verändern die neurochemischen Vorgänge, die aufgrund von bedrohlichen Situationen ausgelöst werden, langfristig. Kleinste Auslöser oder Reize (Trigger), die an die traumatische Erfahrung erinnern, reaktivieren diese „versteckten“ Informationen und lösen somit (auch Jahre nach dem Trauma) dieselben neurochemischen Prozesse aus, um die Situation bewältigen zu können (vgl. Uttendörfer 2008, S. 4-6).

Ist es dem/der Betroffenen möglich, einer traumatischen Situation zu entkommen oder sich zu wehren, sprich sich aufgrund eigener Handlungen zu befreien, kommt es in Folge meist zu keiner Traumatisierung, da diese Erfahrung mehr oder weniger positiv, im Sinne von handlungsfähig, abgeschlossen und bewältigt werden konnte. Ist Kampf oder Flucht jedoch nicht möglich und Hilflosigkeit und Ohnmacht alles beherrschen, kommt es zu einer sogenannten *freeze-Reaktion*. Der/die Betroffene reagiert innerlich auf den Stressor durch einer Art Lähmung, wodurch eine Distanz zu dem Geschehen aufgebaut wird. Es kommt zu einer Abspaltung der Wahrnehmung. Dieser Zustand wird auch als „**traumatische Zange**“ bezeichnet. Die durch die traumatische Erfahrung ausgelösten Handlungsimpulse können nicht ausgelebt werden - es entsteht eine *no flight - no fight* Situation. Nun werden Mechanismen ausgelöst, die dem psychisch-emotionalen Überleben dienen. Es kommt zu einer Abspaltung der Wahrnehmung, zu einem geistigen Wegtreten und schließlich zu einer Unterwerfungsreaktion (Submission), um die Situation bewältigen zu können. Dieser Freeze-Zustand löst eine enorme Ausschüttung von Endorphinen aus, wodurch eine emotionale und physische Betäubung stattfindet (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 20). Weitere Reaktionen des Einfrierens sind eine schnelle und abgeflachte Atmung, große Ausschüttung von Cortisol, Unbeweglichkeit, starke körperliche Anspannung (hoher Muskeltonus) und eine erhöhte Herzfrequenz, was einen hohen Energieverbrauch mit sich bringt. Bei einer totalen Unterwerfung (Totstellreflex) senken die Herzfrequenz und der Blutdruck stark ab und es entsteht ein Zustand

psychischer und physischer Empfindungslosigkeit, wodurch die bereitgestellte Energie im Ansatz stecken bleibt. Während des Freeze-Zustandes wird aufgrund der Stresshormone die Verbindung zwischen dem Angstzentrum im Gehirn und dem Hippocampus unterbrochen. Das ausgeschüttete Cortisol schädigt den Hippocampus und verstärkt die Aktivität des Angstzentrums. Dieser Vorgang hat zur Folge, dass die Erinnerung an ein traumatisches Ereignis im Angstzentrum (Amygdala) erhalten bleibt, jedoch nicht in den Hippocampus (mit Sprachbildung und Verarbeitung, Bewertung und Einordnung) übernommen wird. Diese Abläufe führen zu einer Fragmentierung der Erinnerungen (vgl. Zahlner o.J., S. 2-3). Die Wahrnehmungsdetails der traumatischen Situation werden fragmentarisch gespeichert. Lutz Besser verglich diesen Speichervorgang mit dem Zersplittern eines Spiegels, dessen Teile unverbunden im Gedächtnis eingeordnet werden. Aufgrund dieser Fragmentierung können körperliche, sensomotorische, emotionale und kognitive Wahrnehmungen und Eindrücke während der traumatischen Erfahrung später nur sehr schwer zu einem zusammenhängenden Bild zusammengesetzt werden (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 20-21). Im Zuge der Freeze-Reaktion kann es weiters zu dissoziativen Vorgängen kommen. Bei einer Dissoziation handelt es sich um einen komplexen psychophysiologischen Prozess, der in lebensbedrohlichen Situationen (in Verbindung mit extremer Angst, Hilflosigkeit und Ohnmacht) zu einer Abspaltung des Bewusstseins führt. Eine Veränderung der Wahrnehmung, Denkprozesse und Informationsverarbeitung führen zum Aufbau einer inneren (emotionalen) Distanz zur traumatischen Situation. Die peritraumatische Dissoziation, sprich dissoziative Vorgänge während einer traumatischen Erfahrung, zeigt sich durch Derealisierungs- und/oder Depersonalisierungsvorgänge. Bei der Derealisation wird die Situation und Umgebung als fremd und unwirklich wahrgenommen. Eine Depersonalisierung zeichnet sich durch eine gestörte Wahrnehmung bezüglich der eigenen Person und des eigenen Körper als etwas Fremdes, nicht zu sich gehörendes, aus (vgl. Resch 1999, S. 262). Dissoziative Prozesse können auch Jahre nach einer traumatischen Situation auftreten, wenn ein Trigger (u. a. Bewegung, Geruch, Geräusche) die Erinnerung an das Trauma hervorruft (Flashback). Die Erinnerung an die damalige Situation existiert

aufgrund der Fragmentierung des Erlebten im Gedächtnis außerhalb des Bewusstseins, wird jedoch mit Hilfe von Bewusstseinsveränderung im Hier und Jetzt hervorgeholt. Dies zeigt sich durch teilweise oder vollkommene Amnesien (Gedächtnislücken), Fugue (Weglaufen ohne bewusst zu wissen warum oder an einem Ort ankommen ohne zu wissen wie man hingekommen ist), plötzliche Wechsel des Verhaltens, der Stimmung, der Fähigkeiten, der Wissensstände oder der Gewohnheiten, fragmentierte biographische Erinnerungen oder tranceartige Zustände (vgl. Resch 1999, S. 267-269). Weiters können Dissoziationen zu einer Abspaltung des Selbst in unterschiedliche Seins-Zustände, die unabhängig voneinander existieren können, führen. Man spricht hierbei auch von Ego-States. Ego-States sind Persönlichkeitsanteile, die zum Schutz der eigenen Person aufgrund einer traumatischen Erfahrung aufgespalten wurden. Verschiedene Ego-States können unterschiedliche Gedanken oder Gefühle haben und stehen meist nicht miteinander in Verbindung. Im Zuge einer therapeutischen Behandlung werden diese unterschiedlichen Ego-States miteinander in Beziehung gebracht und wieder in das Selbst integriert, um so eine Stabilisierung der Identität zu erreichen (vgl. Seibold 2011). Dissoziation kann unterschiedliche Ausprägungsgrade annehmen. Angefangen von kurzzeitigem geistigen Abschalten im Alltag (Tagträume, Narren-Kastl-Schauen oder Fahren mit Autopilot) zu manchmal auftretenden dissoziativen Zuständen aufgrund von Schlüsselreizen bis hin zu der schweren psychischen Erkrankung der dissoziativen Identitätsstörung. Studien ergaben einen Zusammenhang zwischen chronischen traumatischen Erfahrungen in der frühen Kindheit und der Entstehung der dissoziativen Identitätsstörung (vgl. Zahlner o.J., S. 3).

Die dissoziative Identitätsstörung (DIS), früher auch als multiple Persönlichkeitsstörung (MPS) bezeichnet, ist eine schwerwiegende psychische Erkrankung. Die Identität wird aufgrund von traumatischen Ereignissen und der Unfähigkeit diese zu bewältigen in verschiedene Persönlichkeitsanteile aufgespalten. Jede dieser Identitäten kann unterschiedliche Gewohnheiten, Sprachmuster, Verhaltensweisen und Biografien mit anderen Namen haben. Kennzeichen dieser Störung sind:

- „der teilweise oder völlige Verlust der normalen Integration des Bewußtseins,
- der sich auf Erinnerungen an die Vergangenheit, Identitätsbewusstsein und unmittelbare Empfindungen sowie die Kontrolle von Körperbewegungen bezieht,
- ohne dass dieses durch eine körperliche Erkrankung zu erklären wäre.
- das Vorhandensein von zwei oder mehr verschiedenen Persönlichkeiten in einem Individuum,
- mit eigenen Erinnerungen, Verhaltensweisen und Vorlieben,
- von denen zu einem Zeitpunkt jeweils nur eine nachweisbar ist.“ (Dammann/Hofmann u.a. o.J.)

Eine weitere Reaktion auf eine traumatische Erfahrung sind Flashbacks. Bei einem Flashback handelt es sich um einen veränderten Bewusstseinszustand. Durch einen Trigger wird eine vergangene Stresssituation intensiv wiedererlebt. Damalige Wahrnehmungsdetails, wie zum Beispiel Gerüche, Stimmen oder körperliche Empfindungen, werden zu etwas Realem in der Gegenwart. Dieselben Emotionen während des Traumas werden im Hier und Jetzt gespürt. Die gleichen körperlichen und psychischen Stressreaktionen werden nun wieder ausgelöst. Flashbacks entziehen sich, im Gegensatz zu normalen Erinnerungen, der Steuerbarkeit und stellen eine große psychische und physische Belastung für den menschlichen Organismus dar (vgl. Weiß 2013, S. 63-64). Während eines Flashbacks besteht die Möglichkeit, dass wirklich ausgeführte oder unterdrückte Handlungen während der traumatischen Erfahrung in der Gegenwart reaktiviert werden. Dies bedeutet, dass der damalige nicht ausgelebte Energieüberschuss nun entladen wird.

Eine andere Reaktion nach einer traumatischen Erfahrung stellt die Re-Inszenierung dar. Die Re-Inszenierung kann als Dar- oder Nachstellung von Traumainhalten verstanden werden. Einerseits kann die eigene Rolle des/der Betroffenen (Opferrolle) eingenommen werden, andererseits kann es aber auch zu einer Übernahme des Täterverhaltens kommen. Diese Re-Inszenierungen sind nicht bewusst steuerbar. Die betroffene Person hat keine Kontrolle über den Handlungsverlauf oder die eingenommene Rollenidentität.

Traumareaktionen wie zum Beispiel Flashbacks oder Re-Inszenierungen können als Heilungsversuche des Organismus verstanden werden. Unverarbeitete traumatische Erinnerungsfragmente werden ins Bewusstsein gebracht, um endlich zu ein Gesamtbild gebracht zu werden. Doch die Wiederholung des Erlebten führt ohne professionelle Hilfe zur Re-Traumatisierung. Dieselben Gefühle von Angst, Hilflosigkeit und Ohnmacht werden immer wieder und wieder erlebt (traumatische Schleife), wodurch Gefühle der Schutzlosigkeit und Handlungsunfähigkeit ständig präsent sind (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 27-28).

Eine weitere Reaktion auf traumatische Erfahrungen ist die sogenannte Übertragung (Projektion). Hierbei werden unbewusst Wünsche, Emotionen, Sinnesempfindungen und Handlungsmuster aus vergangenen Beziehungen (zu Eltern, Geschwistern, Partnern) einer anderen Person zugeschrieben und in der aktuellen Beziehung reaktualisiert. Verhaltensweisen und Gefühle der Vergangenheit werden in der Gegenwart wiederholt, was eine Verzerrung der Gegenwart und darin vorkommender Personen zur Folge hat (vgl. Resch 1999, S. 241). Bei einer Übertragung kommt es sozusagen zu einer „Neuinszenierung von Erinnerungen“. Übertragungen sind etwas vollkommen Natürliches und dienen dem Schutz vor Reizüberflutungen. Übertragungen aufgrund eines Traumas haben allerdings einen enorm negativen Einfluss auf die Wahrnehmung der Gegenwart. Man kann unter positiven und negativen Übertragungen unterscheiden. Bei der positiven Übertragung wird einer Person positiv erlebte Beziehungsanteile (Zuneigung, Vertrauen) zugeschrieben, bei der negativen Übertragung negativ erlebte Beziehungsanteile (Wut, Hass, Misstrauen). Im pädagogischen Kontext ist die positive Übertragung manchmal förderlich, da sie eine angenehme Atmosphäre und konstruktives Arbeiten fördert. Negative Übertragung kann dagegen die Arbeit mit traumatisierten Menschen und deren Verarbeitung des Traumas immens stören, besonders dann, wenn diese nicht als Projektion erkannt wird und infolgedessen unangemessen reagiert wird oder Gegenübertragungen auslöst (vgl. Holderegger 2014).

Traumatische Ereignisse können soziale, emotionale, kognitive, psychische und körperliche Veränderungen und/oder Störungen verursachen. Lebensbedrohliche Erfahrungen manifestieren sich in der Wahrnehmung, den Denkprozessen, dem Selbstbild und dem Verhalten. Je früher, schwerer und chronischer das traumatische Erlebnis ist, desto tiefgreifender sind die negativen Auswirkungen. Traumatisierungen im Kindesalter führen zu Störungen der Identitätsbildung, der Körperwahrnehmung, der Erwartungshaltung, der Bindungsfähigkeit und der moralischen Entwicklung (Normen, gesellschaftliche Regeln, Sexualität und Geschlechterrollen).

Exkurs: Entwicklungsaufgaben

Unter Entwicklungsaufgaben versteht man all jene Aufgaben, die sich einer Person zu einem bestimmten Zeitpunkt im Leben stellen und bewältigt werden müssen. Die erfolgreiche Bewältigung einer Aufgabe bildet die Basis der nächsten Aufgabe. Wird eine Aufgabe nicht oder nur teilweise bewältigt, hat dies negative Auswirkungen auf alle weiteren Entwicklungsaufgaben. Man kann es mit dem Bau eines Hauses vergleichen. Ist das Fundament des Gebäudes brüchig, hat dies Auswirkungen auf den ersten Stock. Selbst durch große Anstrengungen kann die Stabilität des ersten Stockes womöglich nicht gewährleistet werden. Dies nimmt wiederum Einfluss auf den Bau eines zweiten Stockwerks, usw.

Entwicklungsperiode	Entwicklungsaufgaben	Identitätsbildung	Störungen
Bis 1. Lj.	Bindungsentwicklung, grundlegende motorische Fähigkeiten, sensomotorische Organisation	Vertrauen lernen „Ich bin, was man mir gibt.“	Misstrauen „Ich bin ohne Halt.“
1.- 3. Lj.	Exploration, Explosion der Sprachentwicklung, Ich-Findung,	Autonomie „Ich bin, was ich	Scham/ Zweifel „Ich bin wertlos.“

	Autonomiephase, Verfeinerung der Motorik, Interesse an Funktion, emotionale Ausdifferenzierung	will.“	
3.- 6. Lj.	Sauberkeitsentwicklung, Selbstkontrolle, Peerbeziehungen/ soziale Kooperation, Standpunktwechsel, Realitätsprüfung	Initiative „Ich bin, was ich mir zu sein vorstelle.“	Schuldgefühle „Ich bin schlecht.“
6.- 11. Lj.	Schul-/ Leistungsfertigkeiten, Entwicklung von Moral- und Wertesystem, Interessenbildung/ Hobbys	Leistung „Ich bin, was ich lerne.“	Minderwertigkeitsgefühle „Ich bin unfähig.“
11.- 18. Lj.	Akzeptanz des Körpers, personale Autonomie (Abgrenzung von Eltern), Aufbau intimer Partnerschaften, Peergroup-Bezogenheit, Entwicklung eigener Lebenskonzepte	Identität/ Selbstständigkeit „Ich bin, was ich werde“	Identitätsverlust „Ich verliere mein Selbst.“

Tabelle 4: Entwicklungsaufgaben in Anlehnung an Resch 1996. Aus: Friedrich & Scherwath 2012, S. 34-35.

Während des Erwerbs von persönlichen und sozialen Fähigkeiten wird fortlaufend die Identität einer Person gebildet und geformt. Werden Aufgaben nicht oder nur teilweise bewältigt, beeinflusst dies die Wahrnehmung der eigenen Persönlichkeit. Dies kann zu Störungen der Selbstwahrnehmung, des Selbstbildes, der Selbstwirksamkeitsüberzeugung und des Selbstvertrauens führen (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 32-35).

Für Kinder ist es lebensnotwendig, Bindungen aufzubauen und einzugehen. Die primäre Bezugsperson wird als sicherer Hafen bewertet, um in stressreichen und bedrohlichen Situationen Schutz zu finden (Senkung des Stressniveaus). Steht einem Kind keine oder eine nur unzureichende Bezugsperson zur Verfügung, wird es mit Stresshormonen (Angstreaktion) überflutet und verspürt extreme Verlassenheitsängste, ohne Linderung zu finden. Wiederholte Momente der Angst und damit verbundener Stressüberflutung können zu einer dauerhaft erhöhten Stresssensibilität führen. Geht die Bedrohung weiters von der Bezugsperson aus, kann dies eine Bindungsstörung zur Folge haben (vgl. ebd., S. 36-38).

Bindungsstörungen können bei Kindern und Jugendlichen folgende Formen annehmen:

- „Kein Bindungsverhalten: Das Kind wendet sich auch in Extremsituationen wie Unfällen nicht an eine Bindungsperson.
- Undifferenziertes Bindungsverhalten: Das Kind zeigt erhöhte soziale Promiskuität und Wahllosigkeit gegenüber Bindungspersonen. (...)
- Übermäßiges Klammern: Ein exploratives Verhalten des Kindes kann nur in der Nähe der Bezugsperson stattfinden. Trennungen können kaum oder nur mit massivem Widerstand des Kindes durchgeführt werden.
- Starke Hemmung in der Nähe der Bindungsperson: Das Kind ist neben seiner vertrauten Bindungsperson wie erstarrt und kommt erst in Aktivität, sobald diese nicht mehr in seiner Nähe ist.
- Vorwiegend aggressive Kontaktform: Verdeckte Bindungsbedürfnisse des Kindes äußern sich in Provokation und Aggressivität in der zwischenmenschlichen Interaktion.“ (Brisch 2009, S. 102)

Erwachsene, die unter einer Bindungsstörung aufgrund einer frühkindlichen Traumatisierung leiden, zeigen dies durch unzureichende Beziehungsfähigkeiten, wenig prosoziales Verhalten in Problem- und Konfliktsituationen und laufen Gefahr, Bindungstraumata an den eigenen Nachwuchs weiterzugeben.

Viele Betroffene leiden nach einem traumatischen Ereignis an starken Schuld- und Schamgefühlen, da die Schuld oftmals bei sich selbst gesucht wird. Ganz besonders Kinder neigen dazu, sich für das Geschehene verantwortlich zu fühlen. Ein negatives Selbstbild entsteht, da das „böse Ereignis zu einem Teil des bösen Selbst“ wird. Der/die Betroffene fühlt Scham, da er/sie glaubt, das Erlebnis ausgelöst zu haben und nicht fähig zu sein es abzuwenden. Weiters wird das kindliche Scham- und Schuldbefinden von dem/der TäterIn oft gezielt ausgenutzt, insbesondere bei sexuellem Missbrauch (Verführung des/der TäterIn). Kinder verlagern aufgrund ihres Entwicklungsstandes negative Erlebnisse und Bedrohung ins eigene Selbst. Ist der Auslöser der Bedrohung eine Bezugsperson, kann dies zu täterloyalem Verhalten führen. Wenn sich selbst die Schuld an allem Negativen gegeben wird, kann die

Bezugsperson und deren Funktion als sicherer Hafen beibehalten werden. Im pädagogischen Kontext ist es bei diesem Sachverhalt bedeutend, dass Schuldzuschreibungen und Beschämungen im Alltag zu vermeiden sind, um so das negative Selbstbild der Betroffenen nicht zu verstärken (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 39-40).

Traumatische Erfahrungen können eine Vielzahl an weiteren Reaktionen und Auffälligkeiten auslösen, die das alltägliche Leben der betroffenen Personen stark negativ beeinflussen:

- „Probleme in der Aufmerksamkeitsregulation,
- Aggressivität,
- Impulsdurchbrüche,
- Depressionen,
- selbstverletzendes Verhalten,
- Schlafstörungen,
- motorische Unruhe,
- Leistungseinbrüche und Antriebslosigkeit.“ (ebd., S. 41)

Traumatische Ereignisse können ebenso die eigene Erwartungshaltung nachhaltig negativ beeinflussen (traumabezogene Erwartungshaltung).

„Im Allgemeinen tragen traumatische Erfahrungen in der Kindheit zu einer Schematisierung der Welt bei, insbesondere was Sicherheit, Geborgenheit, Risiko, Verletzungen, Verlust, Schutz und helfendes Eingreifen angeht.“ (Pynoss/ Steinberg & Goenjan 2000, S. 285)

Die menschliche Erwartungshaltung spiegelt sich in Handlungen, Gefühlen und Einstellungen wieder. Traumatische Erlebnisse können die Aussicht auf die eigene Zukunft maßgeblich verändern. Traumatisierte Personen passen ihre Zukunftserwartungen den in der Vergangenheit gemachten Erfahrungen an. Dies führt dazu, dass weitere traumatische Situationen in der Zukunft stark befürchtet werden. Traumatisierte Menschen haben meist keine Zukunftsplanung und leben von einem

Tag zu dem nächsten. Es besteht die ständige Angst, sich wieder in einem lebensbedrohlichen Moment wiederzufinden und diesem schutzlos ausgeliefert zu sein. Opfer eines Beziehungstraumas sehen keinen Sinn darin, Beziehungen aufzubauen oder jemandem Vertrauen entgegenzubringen, da man ohnehin wieder verletzt, hintergangen und/oder im Stich gelassen wird. Traumatisierte sehen keine positive Zukunft vor sich, da sie diese als unsicher und sich selbst als wert- und sinnlos betrachten (vgl. Lennertz 2011, S. 123).

2.5 Traumafolgestörungen

Traumafolgestörungen sind immer psychisch-physische Reaktionen auf eine schwerwiegende Belastung oder ein (chronisches) Trauma (primärer Kausalfaktor). Traumafolgestörungen können als Anpassungsstörungen interpretiert werden, da sie Coping-Strategien (Bewältigungsstrategien) außer Kraft setzen und Störungen der Funktionsfähigkeit auf der sozialen Ebene zur Folge haben. Die individuelle Prädisposition, traumaspezifische Situationsfaktoren und vorhandene Schutz- und Risikofaktoren haben einen großen Einfluss auf das Auftreten, den Schweregrad und die Dauer einer Traumafolgestörung, dennoch ist zu vermuten, dass eine Störung ohne vorheriges belastendes Ereignis nicht auftreten würde.

Akute Belastungsreaktion

Nach ICD-10 ist die akute Belastungsreaktion (F 43.0) eine vorübergehende Störung aufgrund eines traumatischen Ereignisses. Symptome der akuten Belastungsreaktion sind körperliche und emotionale „Taubheit“, Desorientierung, Bewusstseinsminderung und eingeschränkte Reizverarbeitung. Weitere Reaktionen können dissoziative Zustände, dissoziativer Stupor (Verringerung oder Fehlen von willkürlichen Bewegungen und normalen Reaktionen auf äußere Reize), Unruhe, Überaktivität (wie Fluchtreaktion oder Fugue) oder teilweise oder vollständige Amnesie sein. Ebenfalls

können Begleitsymptome wie Herzrasen, Schwindel, Zittern oder Schwitzen auftreten. Die Symptome tauchen Minuten nach dem belastenden Ereignis auf und sind meist nach zwei bis drei Tagen überwunden (vgl. ICD-10-Code 2015).

Akute Belastungsstörung

Personen mit akuter Belastungsstörung zeigen nach DSM-IV dieselben Symptome wie bei einer akuten Belastungsreaktion, jedoch mit erweiterter Symptombildung der posttraumatischen Belastungsreaktion: Wiedererleben, Vermeidungsverhalten, Übererregung. Die durchschnittliche Dauer einer akuten Belastungsstörung beträgt mindestens zwei Tage bis maximal vier Wochen. Wenn die Symptome jedoch anhalten und sich intensivieren, muss die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung in Erwägung gezogen werden (vgl. Rösch 2015).

Posttraumatische Belastungsstörung

Nach dem DSM-V der APA (American Psychiatric Association) ist dann von einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS, oder im Englischen posttraumatic Stress disorder PTSD) die Rede, wenn folgende Diagnosekriterien erfüllt sind:

A: Der /die Betroffene war einem lebensbedrohlichen Ereignis (Unfall, Tod, Gewalterfahrung) ausgesetzt - direkt oder als Zeuge.

B: Nach dem traumatischen Ereignis weist der /die Betroffene eines oder mehrere der folgenden Symptome auf:

- Wiederholte aufdrängende Erinnerungen an das Ereignis.
- Wiederholte Alpträume, mit Inhalten oder Gefühlen der traumatischen Erfahrung.

- Auftreten von dissoziativen Zuständen, wie zum Beispiel Flashbacks, in denen der/die Betroffene Gefühle und Verhaltensweisen aufzeigt, als ob die traumatische Situation in diesem Augenblick stattfinden würde.
- Fortdauerndes psychisches Leiden bei der Konfrontation mit Reizen (innere und externe), die Aspekten der traumatischen Erfahrung ähneln.
- Körperliche Reaktionen auf Reize (innere und externe), die Aspekten der traumatischen Erfahrung ähneln.

C: Der/die Betroffene vermeidet Reize, die mit der traumatischen Situation in Verbindung stehen. Es tritt eine anhaltende Vermeidung von Gefühlen, Erinnerungen, Gedanken, Personen, Plätze usw. ein.

D: Bei dem/der Betroffenen treten negative Veränderungen der Kognitionen und Stimmung ein, die mit dem traumatischen Erlebnis assoziiert werden:

- Verlust der Erinnerung an die traumatische Situation.
- Negative Einstellung/Erwartung bezüglich der eigenen Person, anderen Personen und der Welt.
- Veränderung der Einstellung bezüglich der Ursache und Folgen der traumatischen Erfahrung (Schuldübernahme).
- Fortdauerndes negatives Gefühlserleben (Schuld, Scham, Furcht,...).
- Verlust von Interessen (sozialer Rückzug).
- Gefühle der Entfremdung.
- Eingeschränkte Wahrnehmung, Unfähigkeit Positives zu sehen und zu empfinden.

E: Signifikante Veränderung der Erregung und Reaktionen, wie zum Beispiel: Stimmungsschwankungen, Wutausbrüche, Reizbarkeit, selbstzerstörerische Verhaltensmuster, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Übererregung, Hypervigilanz (erhöhte Wachsamkeit).

F: Die angeführten Symptome:

- haben eine Dauer von mindestens einem Monat.

- verursachen bei dem/der Betroffenen großes psychisches Leiden und führen zu gravierender Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen bedeutenden Kontexten.
- Die Symptome lassen sich nicht auf eine Krankheit oder Substanzeeinfluss zurückführen (vgl. American Psychiatric Association 2013).

Zusammenfassend sind die Hauptmerkmale einer posttraumatischen Belastungsstörung: Übererregung, Wiedererleben und Vermeidung.

Übererregung (Hyperarousel)

Kennzeichen der Übererregung ist eine andauernde erhöhte Wachsamkeit. Der Organismus ist in ständiger Alarmbereitschaft, um im Notfall zum Kampf oder zur Flucht bereit zu sein. Der Körper wird fortwährend mit Stresshormonen überflutet. Dies hat zur Folge, dass Alltagssituationen nicht mehr von bedrohlichen Momenten unterschieden werden können. Dies führt zu Überängstlichkeit, Schreckhaftigkeit und einer ausgeprägten Stresssensibilität. Die bereitgestellte hohe Menge an Stresshormonen beeinflusst das Gehirn (besonders das Frontalhirn), was sich durch innere Unruhe, plötzliche Impulsdurchbrüche oder Konzentrations- und Leistungsstörungen bemerkbar macht. Weiters wird der Hippocampus beeinträchtigt, was die Fähigkeit sich Dinge einzuprägen und damit die Lernfähigkeit negativ beeinflusst. Außerdem zeigen sich Symptome der Hyperaktivität, Unruhe und Aggressivität, was als Versuch der Energieentladung des Organismus gewertet werden kann. Die andauernde psychische und physische Belastung führt zu Gereiztheit, Unberechenbarkeit und einer Störung der Leistungsfähigkeit. Dies zieht negative Auswirkungen auf der sozialen Ebene nach sich, da die störenden Verhaltensmuster meist missverstanden und nicht nachvollziehbar für andere Personen sind. Abwertung, Begrenzung oder Bestrafung als Gegenreaktion verschlimmern die Symptomatik jedoch, da sie die Stressüberflutung dadurch weiter unterstützen.

Wiedererleben (Intrusion)

Darunter kann das partielle oder vollständige Wiedererleben der traumatischen Erfahrung durch aufkommende Bilder, Gefühle, Gedanken oder Alpträumen verstanden werden. Diese Momente des Wiedererlebens werden auch als Flashbacks bezeichnet. Der/die Betroffene kann in diesem Augenblick nicht zwischen Vergangenheit und Gegenwart unterscheiden. Die Intrusionen werden durch Trigger (Schlüsselreize) ausgelöst, die mit der traumatischen Situation assoziiert werden (Bilder, Personen, Ort, Gerüche, Bewegungen). Aufgrund der Fragmentierung der Erinnerung an das traumatische Ereignis können die Betroffenen meist keine Verbindung zu diesem herstellen. Intrusionen sind nicht willentlich und können nicht, im Gegensatz zu normalen Erinnerungen, verdrängt werden. Begleitsymptome des Wiedererlebens sind Panikzustände, erhöhter Herzschlag, Schwitzen, Übelkeit oder Taubheit. Intrusionen stellen für den menschlichen Organismus so eine große Belastung dar, dass anschließend Müdigkeit, Erschöpfung, Verwirrung oder Orientierungslosigkeit auftreten können. Intrusionen können als Heilungsversuche interpretiert werden. Der Organismus befördert unverarbeitete Informationen ins Bewusstsein, um ihm so die Möglichkeit zur Integration in ein Gesamtbild zu geben.

Vermeidung (Konstriktion)

Betroffene Personen vermeiden Personen, Plätze oder Gespräche, die an die traumatische Erfahrung erinnern. Dies hat einen großen Einfluss auf das alltägliche Leben (erscheint wie Tretminenfeld), da es die persönliche Lebensgestaltung massiv einengt und sozialen Rückzug zur Folge hat. Ein weiteres Vermeidungsverhalten zeigt sich in dissoziativen Zuständen, um Abstand zu bedrohlichen Gedanken und Gefühlen zu bekommen. Konstriktion führt dazu, dass sich der/die Betroffene abgespalten von sich selbst und der Umwelt wahrnimmt und meist Gedächtnislücken aufweist. Im Umgang oder in der Arbeit mit traumatisierten Menschen zeigt sich dies oft in verspäteten oder ausbleibenden Reaktionen, durch Abstreiten oder Verleugnung. Ohne das nötige Wissen über diesen Sachverhalt wird den Betroffenen folgernd eher

vorgeworfen zu lügen oder Ausreden zu erfinden (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 24-28).

Die posttraumatische Belastungsstörung weist zudem eine hohe Zahl an Komorbiditäten (Folge-, Begleiterkrankungen) auf. Zu diesen zählen: Depressionen, Angststörungen (zum Beispiel Sozialphobie), Essstörungen (Magersucht, Bulimie), Persönlichkeitsstörungen (zum Beispiel emotional-instabile Persönlichkeitsstörung), Suchterkrankungen oder somatische Störungen (vgl. Elze 2014).

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

Eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung oder auch DESNOS („*Disorder of Extreme Stress not Otherwise Specified*“ - „*Störung durch Extrembelastung, nicht anderweitig bezeichnet*“), unterscheidet sich bezüglich der Hauptmerkmale nicht von denen der klassischen PTBS. Sie zeichnet sich jedoch durch ein breiteres Spektrum von kognitiven, psychosozialen und affektiven Defiziten aus. Die komplexe PTBS kann als Reaktion auf schwerwiegende oder chronische traumatische Erfahrungen (meist in der frühen Kindheit) wie Vernachlässigung, Misshandlungen oder sexuelle Gewalt, angesehen werden. Herman (2003) fasst die Symptome der komplexen PTBS wie folgt zusammen:

- Störung der Affektregulierung: Dies zeigt sich durch besonders verstärkte oder verminderte Gefühle/ Handlungen (extreme Angst/ totale Furchtlosigkeit, Promiskuität/ gehemmte Sexualität). Die Betroffenen neigen zu selbstverletzendem Verhalten oder leiden unter Suizidgedanken.
- Bewusstseinsveränderungen: Dies drückt sich durch dissoziative Zustände (Depersonalisierung, Derealisation), Flashbacks oder dissoziative Amnesie aus.
- Veränderung der Selbstwahrnehmung: Die Betroffenen empfinden Gefühle der Scham, Schuld, Hilflosigkeit, Beschmutzung oder Stigmatisierung. Weiters entsteht die Annahme, anders als die Anderen und vollkommen unverstanden zu sein.

- Gestörte Wahrnehmung bezüglich des/der TäterIn: Aufgrund der permanenten gedanklichen Beschäftigung mit dem/der TäterIn wird dieser/diese idealisiert. Der/die Betroffene übernimmt Einstellungen/Meinungen des/der TäterIn oder verspürt ihm/ihr gegenüber Dankbarkeit.
- Bindungsprobleme: Es kommt zu Veränderungen auf der sozialen Ebene. Betroffene Personen ziehen sich zurück (Isolation), brechen vorhandene Beziehungen ab und haben kein Vertrauen in andere Personen. Außerdem können Bindungsprobleme eine Störung des Sexualverhaltens zur Folge haben.
- Veränderung von Einstellungen bzw. des Wertesystems: Der/die Betroffene leidet unter Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung. Es kommt zum Verlust der Zuversicht bezüglich der eigenen Lebensgestaltung und Zukunft (vgl. Herman 2003, S. 169-170).

3 Traumapädagogik

In diesem Kapitel werden die Entstehung und die Geschichte der Traumapädagogik und des Traumakonzepts erörtert. Die Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen wird beleuchtet und die Leitprinzipien traumapädagogischen Handelns erläutert. Weiters werden bedeutende Voraussetzungen für die Arbeit mit lebensgeschichtlich belasteten Menschen, wie die Grundhaltung der pädagogischen Fachkräfte und erforderliche Basiskompetenzen, dargelegt.

3.1 Entstehung der Traumapädagogik

Die Wurzeln der Traumapädagogik gehen bis ins 19. Jahrhundert auf reformpädagogische Ansätze und Konzeptionen zurück. Weitere wichtige Meilensteine der Entstehung der Traumapädagogik stellen die psychoanalytische Pädagogik (August Aichhorn), milieutherapeutische Konzepte und die Geschichte der Heimerziehung dar.

Der Begriff Reformpädagogik, deren intensivstes Wirken einen Zeitraum von etwa 1890 bis 1933 beziehungsweise 1945 umfasste, wurde von Herman Nohl geprägt.

Die damalige Zeit um das Ende des 19. Jahrhunderts war gekennzeichnet vom technischen Fortschritt (Industrialisierung), starkem Bevölkerungswachstum, Massenelend, Kolonialisierung und der Ausbeutung von Frauen und Kindern. Kinder wurden als kleine Erwachsene angesehen und nicht ihrem Alters- oder Entwicklungsstand gemäß behandelt und gefördert. Die existierenden sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse wurden in Frage gestellt. Zudem wurde die vorhandene Schul- und Bildungsform kritisiert. Der Unterricht zeichnete sich durch eine strikte Wissensvermittlung ohne jegliche Selbstbestimmung oder Förderung der Kinder aus. In den Schulen wurde stark selektiert („Privilegierung Weniger aus der Schicht der Besitzenden und Gebildeten“), was zur Festigung der Klassengesellschaft beitrug.

Weiters verfügten die Schulen über veraltete Materialien und schlecht ausgebildete Lehrkräfte (vgl. Tschirner 2005, S. 4-6).

Reformpädagogische VertreterInnen forderten eine humanitäre Erziehung und Bildung, in deren Zentrum das Kind stehen sollte. Eine der grundlegendsten Forderungen war, Kinder nicht mehr als Erwachsene zu betrachten, was bis heute die Sicht auf Kinder und den Schonraum Kindheit maßgeblich beeinflusst hat. Im Erziehungs- und Bildungskontext bedeutete dies, dass auf den Entwicklungsstand und die Bedürfnisse der Kinder zu achten sei und sie gemäß ihren Interessen und Fähigkeiten zu fördern sind. Weiters sollten Kinder ein Mitbestimmungsrecht bei der Gestaltung des Unterrichts haben. Die natürliche Entwicklung der Kinder sollte gefördert (Anlehnung an Rousseau) und eigenverantwortliches Lernen und Arbeit unterstützt werden. Der Unterricht sollte realitätsnah gestaltet werden (keine strikte Trennung zwischen Schule und Leben). Die Schule sollte als Gemeinschaft verstanden werden, in der nicht eine reine Wissensvermittlung stattfindet, sondern eine ganzheitliche Menschenbildung. Der reformpädagogische Unterricht mit der professionellen Anleitung des Lehrpersonals soll den Kindern ermöglichen, ihre Persönlichkeit zu entfalten und zu selbstständigen Individuen heranzureifen. Wichtige Vertreter der Reformpädagogik sind Ellen Key („Das Jahrhundert des Kindes“), Georg Kerschensteiner („Arbeitsschule“), John Dewey („Learning by Doing“), Rudolf Steiner („Waldorfschule“), Maria Montessori („Hilf mir, es selbst zu tun“), Johann Pestalozzi („Kopf, Herz, Hand“), Célestin Freinet („aktive Schule“) und Kurt Hahn („Vater der Erlebnispädagogik“). Die Reformpädagogik ist eine vielschichtige Strömung, deren VertreterInnen unterschiedliche Akzente in der Praxis setzten. Viele der Aspekte der verschiedenen reformpädagogischen Ansätze werden auch heute noch in Erziehung und Bildung umgesetzt (vgl. Riedl 2004, S. 41-43).

Weiters veränderte Freuds Psychoanalyse und die daraus entstehende psychoanalytische Pädagogik die pädagogische Arbeit. Das daraus entnommene Wissen über psychische Vorgänge beeinflusste die Sicht der PädagogInnen auf das

Verhalten und die Bedürfnisse ihre KlientInnen und die pädagogischen Konzeptionen und Methoden maßgeblich.

Sigmund Freud entwickelte Ende des 19. Jahrhunderts die Theorie und Behandlungsform der Psychoanalyse, welche einen immensen Einfluss auf die (human- und sozial-) wissenschaftliche Welt hatte. Freuds Hauptthese war, dass neben bewussten auch unbewusste seelische Vorgänge ablaufen, die das menschliche Verhalten, die Begierden und Bedürfnisse beeinflussen. Weiters gebe es einen kausalen Zusammenhang zwischen (unbewussten) psychischen Vorgängen und physischen Begleiterscheinungen (vgl. Köhler 2007, S. 41).

August Aichhorn war einer der Ersten, der die Erkenntnisse der Psychoanalyse im pädagogischen und erzieherischen Kontext anwandte. Aichhorn wurde durch seine Arbeit mit Kriminellen, Süchtigen, PsychotikerInnen und Dissozialen („Pädagogik der Verwahrlosten“) bekannt. Sein Ziel war es, die Ursachen und Motive von Verwahrlosungserscheinungen herauszufinden beziehungsweise zu verstehen und mithilfe der Fürsorgeerziehung zu behandeln. Er führte die Verwahrlosung auf genetische und soziale Rahmenbedingungen („erste Kindheits- und sonstige Erlebnisse“) zurück. Er fand heraus, dass die meisten der Jugendlichen aus einem zerrütteten Familienmilieu stammten, was psychische und physische Störungen zur Folge hatte, die in Verwahrlosung zum Ausdruck kamen. Nach Aichhorn sollte sich die Arbeit mit verwahrlosten Jugendlichen durch Milde, Zuneigung, Empathie und Verständnis auszeichnen, um Defizite auszugleichen. Weiters setzte Aichhorn das Phänomen der Übertragung aktiv in seiner Arbeit ein (PädagogIn als „gutes Objekt“), um den Jugendlichen Identifikations- und Integrationsprozesse zu ermöglichen (vgl. Myschker 2009, S. 216-218).

Einer der bekanntesten Vertreter der psychoanalytischen Pädagogik ist Bruno Bettelheim, der sich aufgrund der Entwicklung des milieutherapeutischen Konzeptes einen Namen machte. Er war der Ansicht, dass man das Milieu den Bedürfnissen des Kindes anpassen musste und nicht, wie es bis dahin Usus war, umgekehrt. Er unterrichtete in Chicago in der „Orthogenetic School“ für schwer gestörte Kinder,

wobei es sich um eine stationäre Einrichtung handelte. Bettelheims Hauptthese war, dass emotional gestörte Kinder eine (soziale) Umgebung benötigen, die sich durch Zuneigung, Sicherheit, Halt und Struktur auszeichnet, um ihnen die Möglichkeit zur Stärkung des Ichs und zur Förderung von Fähigkeiten zu geben. In dieser Einrichtung gab es keine strikte Trennung zwischen pädagogischer Betreuung und Psychotherapie, sondern der gesamte Alltag der Kinder sollte „heilsam“ gestaltet werden (vgl. Bettelheim 1991, S. 8).

Auch Fritz Redl arbeitete milieuthérapeutisch und setzte dieses Konzept, von ihm modifiziert, im „Pioneer House“ - einem Erziehungsheim für Kinder aus Elendsvierteln in Detroit - ein. Redl gab der Psychotherapie und der pädagogischen Unterstützung denselben Stellenwert innerhalb der Arbeit mit den traumatisierten Kindern. Von besonderer Bedeutung war für Redl, dass die Bedürfnisse der Kinder (Versorgung, Anerkennung) Befriedigung finden und sie vor erneuter Traumatisierung geschützt werden. Die PädagogInnen, die als wichtige Bindungspersonen dienen, unterstützen die Kinder bei der Stärkung des Ichs und ermöglichen ihnen, störende Abwehrmechanismen in einer sicheren Umgebung abzulegen und positive Beziehungserfahrungen zu machen (vgl. Redl 1971, S. 84).

Die Geschichte der Heimerziehung kann ebenfalls als wichtiger Schritt auf dem Weg zur Gestaltung der Traumapädagogik gesehen werden. Die Geschichte der Heimerziehung kann auch als Geschichte der Traumatisierung und Re-Traumatisierung bewertet werden. Kinder, die bereits unter traumatischen Erfahrungen litten, kamen in staatliche Obhut und wurden auch hier Opfer von psychischer, physischer, sexueller und struktureller Gewalt. Erst im Jahr 2010 kam es zur historischen Aufarbeitung der furchtbaren Zustände in österreichischen Kinderheimen im 20. Jahrhundert (Kriegs- und Nachkriegszeit). Bis in die 1980er Jahre kam es in Kinderheimen zu massiven Bedrohungen und Gewaltanwendungen, wobei Verletzungen der Grund- und Menschenrechte stattfanden. Jene Kinder, die in Heimen untergebracht wurden, waren meist aus den untersten sozialen Schichten und es handelte sich um sozial auffällige Kinder, Scheidungskinder, Kinder von alleinerziehenden Müttern oder

einfach jenen, die sich nicht „gesellschaftskonform“ verhielten. Sie wurden in Heimen „weggesperrt“, da sie als Bedrohung wahrgenommen wurden. Die gängige Meinung war, dass nicht die Kinder Probleme hätten, sondern welche machen würden oder selbst das Problem wären. Jene Personen, die in den Heimen als „ErzieherInnen“ tätig waren, verfügten über keinerlei beruflich adäquate Qualifikationen. Eine Studie ergab, dass mehr als drei Viertel der ErzieherInnen vor der Heimarbeit keinen pädagogisch-sozialen Beruf ausübte. Viele der ErzieherInnen waren NationalsozialistInnen, die nach dem Krieg nicht mehr ihren vorherigen Beruf ausüben konnten und daraufhin in Fürsorgeheimen Arbeit suchten und fanden. Die ErzieherInnen konnten in den Heimen Nazi-Ideologien (nationalsozialistische Erziehung, erbbiologisch motivierter Rassismus) ausleben, während viele von ihnen auch selbst unter traumatischen Kriegserfahrungen litten. Die ErzieherInnen forderten ständigen Gehorsam, Demut und Unterwürfigkeit. Die Kinder hatten keinerlei Mitbestimmungsrechte und durften kein Mitgefühl oder Zuwendung erwarten. Gefühle wurden beinahe kriminalisiert und der Aufbau von Beziehungen und Freundschaften strikt unterbunden. Es herrschte ein Klima der Angst und Unsicherheit. Die Kinder führten ein Leben unter totaler Fremdbestimmung, bekamen begrenzten oder keinen Zugang zu Bildung und wurden zum Arbeiten gezwungen. Viele der Heimbewohner wurden medikamentös behandelt, obwohl keine medizinische oder psychiatrische Indikation vorlag. Kinder, die in ihrem Herkunftsmilieu Opfer von (sexueller) Gewalt wurden, wurde die Einweisung in ein Fürsorgeheim als Bestrafung erklärt, da sie selbst schuld daran seien und es nicht anders verdient hätten. Diese dauerhafte sadistische pädagogische Praxis hatte bei den Kindern soziale Isolation, Aggressivität, dissoziative Zustände, verschiedenste Störungen, selbstverletzendes Verhalten und Suizid zur Folge. Nach der Entlassung aus den Fürsorgeheimen (meist keine Nachbetreuung) fand ein Großteil keinen Weg mehr zurück ins Leben. Eine große Anzahl der Betroffenen litt unter schwerwiegenden psychischen und körperlichen Folgen, hatte keine Zukunftsperspektiven oder war suchtabhängig. Viele konnten ihr restlichen Leben nur schwer oder kein Vertrauen mehr zu anderen Menschen aufbauen und konnten dadurch keine positiven Beziehungen führen. Die furchtbaren Erlebnisse kamen in Übertragungen und Re-

Inszenierungen wieder zum Vorschein, die meist in Gewalthandlungen Ausdruck fanden (vgl. Schreiber o.J.).

Jede dieser Stationen in der Geschichte der Pädagogik war ein bedeutender Wegweiser zur Entstehung und Ausdifferenzierung des Fachbereichs der Traumapädagogik. Die reformpädagogische Veränderung der Sicht auf Kinder und den Schonraum Kindheit zeigte auf, wie wichtig die alters- und entwicklungsadäquate Behandlung, Betreuung und Förderung der Kinder ist, um aus ihnen selbstständige und starke Individuen zu machen. Die Kenntnisse der Psychoanalyse und daraus entstandene Konzepte und Prinzipien machten ein Umdenken im pädagogischen Kontext unumgänglich. Es ging nun vermehrt darum, psychische Vorgänge zu verstehen und destruktive Folgereaktionen auf traumatische Ereignisse wahrzunehmen. Pädagogische Maßnahmen und Konzeptionen mussten so ausgerichtet werden, dass den KlientInnen die größtmögliche Unterstützung und Betreuung zuteilwurde. Pädagogische Settings wurden Veränderungen unterzogen und an die Betroffenen angepasst, wobei Sicherheit, Transparenz und Wertschätzung im Zentrum stehen. Diese sollen den Kindern nun ermöglichen, negative Gefühle, Gedanken oder Verhaltensmuster in einem schützenden Rahmen abzulegen und durch positive zu ersetzen. Die Geschichte der Heimerziehung zeigt besonders deutlich auf, dass traumabezogene Kenntnisse und dementsprechende Handlungen der PädagogInnen dringend nötig sind, um Traumafolgereaktionen zu minimieren und Re-Traumatisierungen zu verhindern. In jedem dieser Meilensteine spielt die Aufgabe der PädagogInnen eine zentrale Rolle. Die Haltung und das Verhalten des Helfersystems haben einen immensen Einfluss auf traumatisierte Menschen, sowohl positiv als auch negativ. Deswegen ist es von größter Bedeutung, dass PädagogInnen über umfangreiches Wissen über die Entstehung von Traumata, deren Auswirkungen und traumapädagogische Methoden und Konzepte verfügen, um zur Entlastung der Betroffenen beitragen und sie bei der Lebensbewältigung unterstützen zu können. Nachdrücklich muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, welch großen Stellenwert PädagogInnen als Bezugsperson für Traumatisierte einnehmen. Traumatisierte Personen haben durch das Bindungsangebot der PädagogInnen die

Chance, den möglichen Verlust von Sicherheit auf der Bindungsebene zu überwinden und durch positive zwischenmenschliche Erfahrungen zu ersetzen. Die Aufgabe der PädagogInnen ist, einen sicheren Hafen für traumatisierte Personen darzustellen, der sich durch Empathie, Zuneigung und Verständnis auszeichnet, und den Prozess der Heilung zu unterstützen.

3.1.1 Entstehung des Traumakonzepts

Die Erkenntnisse über Traumata und Traumafolgereaktionen hatten ebenfalls einen beträchtlichen Einfluss auf die Weiterentwicklung der Traumapädagogik.

Seit dem Ende des 19. Jahrhunderts setzte sich die wissenschaftliche Welt mit traumatischen Erfahrungen, wie zum Beispiel sexuellem Missbrauch und Kriegserlebnissen, und dessen psychischen Folgen auseinander. Wurde die Existenz von Traumata als reale Ursache von Störungen davor verleugnet und Betroffene als LügnerInnen dargestellt, wurde die Rolle der Geschädigten nun wahrgenommen und nach Maßnahmen zur Heilung gesucht.

Der französische Arzt Pierre Janet setzte sich bewusst mit dem Thema Trauma und dessen Wirkung auf die menschliche Psyche auseinander. Er fand heraus, dass traumatische Erlebnisse nicht wie gewöhnliche im Gehirn als Erinnerung gespeichert und ins Bewusstsein integriert werden. Er beobachtete bei seinen PatientInnen, dass diese in der Gegenwart Reaktionen zeigten, die denen in der traumatischen Situation glichen. Er führte den Begriff des „Unterbewusstseins“ ein, in dem Erinnerungen gespeichert werden, die die Gedankenwelt und Handlungen der Menschen beeinflussen (vgl. Weiß 2013, S. 69).

Auch Freud beschäftigte sich in seiner „Hysterieforschung“ mit Frauen, die sexueller Gewalt zum Opfer gefallen waren. Ihm fiel auf, dass *„zugrunde jedes Falles von Hysterie befinden sich ein oder mehrere Erlebnisse von vorzeitlicher sexueller Erfahrung, die der frühesten Jugend angehören“*. Er fand einen kausalen

Zusammenhang zwischen dem traumatischen Erlebnis, im Fall seiner PatientInnen sexueller Missbrauch, und Folgereaktionen, die unter „Hysterie“ zusammengefasst wurden. Seine Aussagen fanden in der damaligen streng patriarchalen Gesellschaft keine Anerkennung, woraufhin er seine Thesen widerrief. Stattdessen veröffentlichte Freud die Theorie, dass Frauen sich diese sexuellen Erfahrungen wünschen. Da diese Triebe und deren Auslebung aber nicht akzeptabel sind, erfanden sie Geschichten, um so ihre Bedürfnisse zu befriedigen. Infolge dessen wurde die Hysterieforschung unterbrochen und die Tatsache des sexuellen Missbrauchs von Frauen und Kindern wurde wieder verleugnet (vgl. Herman 1994, S. 32). In Folge von Freuds Widerruf scheiterten auch andere, wie zum Beispiel Sandor Ferenczi (1932), mit der Auffassung eines „realen Ursprungs von Traumata“. Ferenczis Forschung wurde seitens der Gesellschaft stark kritisiert und ins Lächerliche gezogen, woraufhin die Traumaforschung erneut in den Hintergrund rückte. Nach Freud wurde das Konzept Trauma und dessen Folgen durch den Bindungsaspekt erweitert. Zwischenmenschliche Beziehungen stehen in Verbindung mit Traumareaktionen und frühe sichere Bindungserfahrungen wurden als „schützende Umwelt“ wahrgenommen. In Folge wurde die Vernachlässigung von kindlichen Bedürfnissen der Bezugspersonen als Grund einer Traumatisierung anerkannt (Entwicklungstrauma). Inzwischen revidierten VertreterInnen der Psychoanalyse Freuds Theorie und erkannten den realen Ursprung von Traumata an. Weibliche Psychoanalytikerinnen setzten sich intensiv mit dem Thema sexuelle Gewalt gegen Frauen und möglichen analytischen Bewältigungsstrategien auseinander (vgl. Weiß 2013, S. 71-72). Zur Zeit der Weltkriege befassten sich wieder viele mit der Traumaforschung aufgrund der Tatsache, dass viele Soldaten mit „Kriegsneurosen“ wieder heimkehrten. Abraham Kardiners Theorie zu dieser Neurose war, dass sich die Sicht der Soldaten auf sich und die Welt aufgrund der Kriegserfahrungen verändert hatte und sich als Folge Schreckhaftigkeit, Angst und Aggressionen bilden. Weiters beobachtete er, dass die Erinnerungen an den Krieg Reaktionen auslösen, die denen während des Krieges gleichen. Die Wirkung von Bindungen auf Traumareaktionen und deren heilende Kraft wurde wiederholt Thema der Forschungen, doch nach dem Kriegsende verlor sich das Interesse wieder. Einige

wenige Studien setzten sich anschließend mit den sozialen, psychischen und physischen Langzeitfolgen von Überlebenden der Konzentrationslager auseinander. Der Psychoanalytiker Hans Keilson entwarf in diesem Zusammenhang den Begriff der „sequenziellen Traumatisierung“, unter der die Mehrheit der überlebenden Juden litt.

Nach dem Vietnamkrieg gingen Betroffene erstmals an die Öffentlichkeit und berichteten über ihre traumatischen Erfahrungen. Sie gründeten Organisationen und Unterstützungssysteme (mit öffentlichen finanziellen Zuschüssen). Dies veränderte die gesellschaftliche Wahrnehmung von Traumatisierung (Sensibilisierung und Enttabuisierung) und in Folge wurden Traumata als Folgen des Krieges offiziell anerkannt. Das Störungsbild *posttraumatisches Syndrom* wurde daraufhin 1980 in das „Diagnostische und Statistische Manual von Psychischen Störungen III“ aufgenommen. In den USA (70er Jahre) führte die dortige Frauenbewegung Studien zu männlicher Gewalt an Frauen durch und veröffentlichte sie. Diese ergaben, dass Gewaltopfer Reaktionen zeigten, die denen der traumatisierten Kriegsveteranen glichen. In Europa, speziell in Deutschland, wurde Gewalt gegen Frauen ebenfalls verstärkt in der Öffentlichkeit thematisiert, was die Gründung von Frauenhäusern, Notrufstellen und Selbsthilfegruppen zur Folge hatte. Die Enttabuisierung von Traumata führte zu einer intensiveren Befassung mit dem Thema Gewalterfahrungen bei Kindern durch Erwachsene. Kinderschutz wurde in den Vordergrund gerückt und den Kindesmisshandlungen wurde, zum Beispiel in Krankenhäusern (Blutergüsse, Knochenbrüche), Aufmerksamkeit geschenkt (vgl. Weiß 2013, S. 73-76). Die individuelle Perspektive der Betroffenen wurde in das Zentrum des Interesses gesetzt. Fischer und Riedesser beobachteten die Wirkung von Traumata auf psychische Vorgänge und die weitere Entwicklung der Geschädigten. Sie fassten diese Symptome unter dem Begriff „komplexe Posttraumatische Belastungsstörung“ zusammen. Weiters unterschieden sie zwischen allgemeinen und spezifischen Traumareaktionen. Andere ForscherInnen wie zum Beispiel Judith Herman, zeigten die Schlüsselrolle von zwischenmenschlichen Bindungen bei Traumatisierungen auf. Dabei wurden Konzepte und Methoden zur Behandlung von Traumafolgereaktionen entwickelt. Besonders die Ressourcenorientierung und -aktivierung, die Stärkung der Selbstbemächtigung und

die Bindungsstärkung gelten als wichtige Faktoren bei der Heilung von Traumasymptomen und der Verarbeitung eines Traumas (vgl. ebd., S. 77-89).

Die Zunahme an traumabezogenen Erkenntnissen machte auch ein Umdenken im pädagogischen Kontext notwendig, wobei eigene fachliche traumapädagogische Lösungsansätze erarbeitet werden mussten. Es ergaben sich neue Fragestellungen für den Umgang und die Arbeit mit traumatisierten Menschen: Wie soll das pädagogische Setting methodisch gestaltet werden, um den Geschädigten bei der Reduktion von Traumareaktionen, destruktiven Verhaltensmustern und negativer Erwartungshaltung bestmöglich zu helfen? Wie muss auf ihn/sie eingegangen werden beziehungsweise was muss die pädagogische Fachkraft zur Verfügung stellen, um Bindungsdefizite zu korrigieren und ihre positive Entwicklung zu unterstützen?

Mittlerweile existieren unterschiedliche komplexe traumapädagogische Konzepte und Methoden, die es den PädagogInnen ermöglichen, mit den spezifischen Belastungen der Betroffenen im pädagogischen Alltag effizient umzugehen, und in enger Zusammenarbeit mit den Traumatisierten eine umfassende Korrektur von Defiziten und negativen Entwicklungsverläufen vorzunehmen: zum Beispiel

- Traumazentrierte Pädagogik (Uttendörfer)
- Pädagogik des sicheren Ortes (Kühn)
- Konzept der Selbstbemächtigung (Weiß)
- Traumapädagogische Gruppenarbeit (Bausum) (vgl. ebd., S. 77-89).

3.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

In den letzten Jahren hat sich Traumapädagogik als eigenständiger Fachbereich stark weiterentwickelt und etabliert, auch aufgrund der Tatsache, dass eine große Nachfrage nach Lösungs- und Behandlungsansätzen besteht, die für komplex belastete und traumatisierte Menschen in teilstationären oder stationären Einrichtungen bestmöglich geeignet sind. Traumapädagogik setzt sich mit der Frage auseinander, was

traumatisierte Personen brauchen beziehungsweise was man ihnen als pädagogische Fachkraft zur Verfügung stellen muss, um ihnen eine selbstbestimmte Lebensgestaltung zu ermöglichen. Dabei beschäftigt sich die Traumapädagogik nicht nur mit der Beziehung zwischen den PädagogInnen und den KlientInnen, sondern nimmt ebenso soziale Konstrukte und gesellschaftliche Bedingungen in den Fokus. Um sich auf die vielfachen Problemlagen von Traumatisierten einzulassen und diese beheben zu können, ist ein ganzheitlicher Blick auf die betreffende Person und deren gesamtes Umfeld unumgänglich. Destruktive Verhaltensmuster und Einstellungen aufgrund einer Traumatisierung müssen in einem Gesamtkontext gesehen und als Folge von gesellschaftlichen Missständen wahrgenommen werden. Um traumatisierten Personen langfristig helfen zu können, und ebenso um präventive Arbeit leisten zu können, müssen Systeme, in denen Aggression, Gewalt, Machtausübung und andere destruktive Faktoren existieren, wahrgenommen, öffentlich thematisiert und verändert werden. Deswegen ist es ebenso Teil der Traumapädagogik, sich mit den sozialen Lebensbedingungen der Betroffenen (Krankheit, Gewalt, Armut) auseinanderzusetzen und strukturelle gesellschaftliche Problemlagen zu berücksichtigen (vgl. Bausum/ Besser/ Kühn & Weiß 2013, S. 7-9).

Ergebnisse der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey KIGGS des Robert Koch-Institutes (Langzeitstudie von 2003-2006) belegen, dass es der Mehrheit der Kinder und Jugendlichen heutzutage so gut geht wie in keiner Zeit zuvor. Dies trifft jedoch nicht auf Familien aus unteren sozialen Schichten zu (vgl. Spiwak 2008, S. 41). Eine steigende Anzahl von Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien weist sozial auffällige Verhaltensweisen, Defizite in ihrer Entwicklung und psychische oder emotionale Störungen auf, die die Kinder- und Jugendhilfe und das Gesundheitssystem überfordern. Es existieren zahlreiche Risikofaktoren, die sich belastend auf die Kinder und Jugendlichen auswirken, wie zum Beispiel Arbeitslosigkeit, Armut, familiäre Gewalt, psychisch/physisch kranke Eltern oder schlechte Bindungsqualitäten.

Die Differenz zwischen armen und reichen Menschen (Ungleichverhältnis) innerhalb eines Landes hat einen großen Einfluss auf die gesundheitliche und soziale Entwicklung der Bevölkerung. Ein Mangel an Wertschätzung und Anerkennung, keine oder eingeschränkte Partizipationsmöglichkeiten, kein Zugang zu bestimmten Einrichtungen und fehlende Ressourcen haben einen starken negativen Einfluss auf die psychische und physische Gesundheit. Dies gilt besonders für traumatisierte Personen, da Menschen, die in frühen Phasen ihres Lebens ein Trauma erleiden mussten, wesentlich öfter an Arbeitslosigkeit, Krankheiten, Wohnungslosigkeit oder Armut leiden, als andere (ACE-Studie „adverse childhood experiences“). Nach Beck (2012) ist es aufgrund dieser Ausgangslage nur verständlich, dass der Bedarf an stationären Einrichtungen für lebensgeschichtlich belastete Kinder und Jugendliche stark angestiegen ist. In Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen treffen die unterschiedlichsten Problemlagen der Kinder und Jugendlichen an einem Ort aufeinander und stellen für alle Beteiligten, sowohl für Traumatisierte als auch für die Fachkräfte, eine enorme Herausforderung dar (vgl. Gahleitner 2013, S. 45-47).

Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass Kinder und Jugendliche in stationärer Unterbringung so viele psychische Störungen und weitere Problemlagen aufweisen, wie nur zwei Prozent der Kinder und Jugendlichen aus der Allgemeinbevölkerung. Weiters gaben ca. 80% der Kinder und Jugendlichen an, bereits eine oder mehrere traumatische Erfahrungen in ihren Leben gemacht zu haben, wobei die Mehrzahl der belasteten Erlebnisse innerhalb der Familie in Form von sexueller Gewalt, Misshandlungen, Gewalterfahrungen und Vernachlässigung stattfanden. Angesichts dieses Hintergrundes ist die Entwicklung und Umsetzung von adäquaten traumasensiblen Methoden und Konzepten, um den Betroffenen Unterstützung und Hilfsangebote bieten zu können, überaus erforderlich. Es bedarf der Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen, um den Kindern und Jugendlichen ganzheitlich helfen zu können und negative Lebensverläufe und damit einhergehende traumabezogene Problemlagen und Folgestörungen bewältigen zu können (vgl. ebd. 2013, S. 45-47).

Traumapädagogik, die als Bindeglied zwischen Pädagogik und Psychotraumatologie verstanden werden kann, und traumapädagogisches Handeln ist ohne eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kooperation mit anderen Disziplinen nicht denkbar (vgl. Gahleitner/ Hensel/ Baierl/ Kühn & Schmid 2014, S. 13). Medizin, Psychologie, Psychiatrie, Soziologie und andere Professionen stellen bedeutende Bezugswissenschaften für die Traumapädagogik dar. Forschungen und Kenntnisse aus diesen Disziplinen werden in pädagogische Konzepte und Methoden integriert und für traumapädagogisches Handeln zunutze gemacht. Neurophysiologische Forschungen bieten dabei wertvolle Beiträge. Das Wissen über Auswirkungen von psychischen Vorgängen auf die Gehirnentwicklung und folgernd auf die menschliche Gedankenwelt und Verhaltensmuster veränderte die Sichtweise der PädagogInnen im traumapädagogischen Feld maßgeblich, da diese Erkenntnisse zu einem besseren Verständnis von irritierenden Handlungsmustern von Traumatisierten beitrugen. Dies veränderte die Haltung der PädagogInnen in der Art, dass dysfunktionale Handlungsstrategien nicht mehr nur als Symptom einer Störung wahrgenommen werden, sondern vielmehr als Schutzmaßnahme des Organismus zur (Wieder-) Erlangung von Kontrolle und Befriedigung von Grundbedürfnissen (Konzept des guten Grundes) (vgl. Kühn 2013, S. 26-27). Auch die Erkenntnisse der Bindungs- und Resilienzforschung beeinflussen die traumapädagogische Arbeit. Das Wissen über heilende Beziehungserfahrungen und der Fokus auf die Erschließung und Nutzung von personalen und sozialen Ressourcen verändern die pädagogische Alltagsgestaltung und den Einsatz von Methoden zur Stabilisierung von traumatisierten Personen (vgl. Weiß 2013, S. 90-91). Die bedeutendste Bezugswissenschaft der Traumapädagogik stellt jedoch die Psychotherapie dar. Zur Minimierung von traumabezogenen Belastungen benötigen traumapädagogische Fachkräfte psychotraumatologisches und therapeutisches Know-How. Nach Weiß beinhaltet traumapädagogische Kompetenz *„auch die Integration therapeutischer Methoden. Das traumatisierte Kind ist auch im pädagogischen Alltag ein traumatisiertes Kind. Die PädagogInnen brauchen das Wissen um die Ursachen und Auswirkungen von Traumatisierungen, sie brauchen auch therapeutisches Wissen. Das Kind braucht die innerhalb der Alltagspädagogik mögliche*

Unterstützung zur Heilung. Es braucht auch die Möglichkeit zur Aufarbeitung und wiedergutmachende und korrigierende Erfahrungen im klassischen Setting der Therapie.“ (vgl. Halper & Orville 2013, S. 109). Therapeutisches Hintergrundwissen über Traumata und Traumafolgereaktionen unterstützt PädagogInnen im Umgang mit Traumatisierten, bei Phänomenen wie traumabezogener Übertragungen oder Re-Inszenierungen, und erweitert ihr Handlungsspektrum. Weiters dienen psychotherapeutische Kenntnisse der Entlastung der pädagogischen Fachkräfte, da diese Gefühle von Sicherheit, Selbstbemächtigung und Handlungsfähigkeit in prekären Situationen erhöhen. Traumapädagogisches Handeln profitiert von therapeutischen Maßnahmen und diese können als wertvolle Ressource betrachtet werden (vgl. Weiß 2013, S. 166).

Die Kooperation mit anderen Disziplinen, speziell der Psychotherapie, kann jedoch auch zu Spannungen im Arbeitsalltag führen. Bei therapeutischen Maßnahmen besteht das Risiko, dass der Behandlungsschwerpunkt rein auf der Heilung von offensichtlichen Störungen oder Traumasymptomen gelegt wird, und der Grund für das Auftauchen diverser Symptome in den Hintergrund gerückt wird (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 60). Bei der Bewältigung von Traumata liegt meist eine therapeutische Behandlung nahe. Pädagogische Möglichkeiten der Minimierung von Belastungen und Traumareaktionen werden selten in Betracht gezogen. Psychotherapeutische Arbeit wird hoch bewertet, was zu einer Abwertung von pädagogischen Leistungen führen kann. Dies spiegelt sich auch in der öffentlichen Sicht und Meinung bezüglich der pädagogischen Fachkompetenz, der Wirksamkeit der Pädagogik und schließlich der Bezahlung von pädagogischen Fachkräften wider (vgl. Kühn 2013, S. 26-27). Neben einer Überbewertung von therapeutischen Methoden und Herabwürdigung pädagogischen Handelns kann sich auch eine strikte Trennung von Therapie und Pädagogik negativ auf die Betreuung von traumatisierten Personen auswirken. In einem stationären pädagogischen Setting ist eine Vermeidung von traumabezogenem Material (zum Beispiel Flashbacks) nicht möglich, besonders dann, wenn zeitgleich eine Behandlung im therapeutischen Rahmen stattfindet (vgl. Weiß 2013, S. 87). Aufgrund der ärztlichen Schweigepflicht ist es den TherapeutInnen

untersagt, Inhalte aus den Therapieeinheiten weiterzuleiten. Die Auseinandersetzung mit dem realen Trauma kann jedoch dysfunktionales Verhalten und Traumareaktionen verstärken und bei den Betroffenen schwere Krisen auslösen. Findet zwischen TherapeutInnen und PädagogInnen kein Dialog statt, gibt es keine Vorwarnung bezüglich möglicher Krisen. Das führt zur Beeinträchtigung der Handlungsfähigkeit der PädagogInnen, da mögliche Eskalationen nicht durch präventive Maßnahmen und Notfallpläne abgefangen werden können. Das unerwartete Auftreten von kritischen Situationen beeinflusst auf negative Weise das Sicherheitsempfinden der pädagogischen Fachkräfte, was sich wiederum negativ auf das Gefühl von Sicherheit und Schutz der Betroffenen bezüglich der BetreuerInnen und die gesamte Einrichtung auswirkt (vgl. Halper & Orville 2013, S. 107). Den PädagogInnen ist keine Außenkontrolle der Therapie möglich und sie müssen sich den Herausforderungen, die Therapieeinheiten mit sich bringen, auf sich allein gestellt stellen. Auf der anderen Seite empfinden auch die TherapeutInnen eine Trennung der zwei Professionen als belastend. Sie fühlen sich vom pädagogischen Alltagsgeschehen und Hilfeplanungen ausgeschlossen.

Eine Trennung zwischen Therapie und Pädagogik verhindert die Chance einer umfassenden Hilfestellung für traumatisierte Menschen. Um den Betroffenen die am besten geeigneten Leistungen zur Entlastung zur Verfügung zu stellen und Unterstützungen für ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, ist ein Austausch zwischen allen involvierten Disziplinen und Professionen erforderlich. Der Dialog muss sich durch fachliches Verständnis, Offenheit, Transparenz, gegenseitigen Respekt und Vertrauen auszeichnen. Probleme oder Schwierigkeiten müssen offen angesprochen und fachlich diskutiert werden. Traumatisierte profitieren immens von einer gelungenen Kooperation zwischen Pädagogik und Psychotherapie. Sie benötigen sowohl die tägliche pädagogische Begleitung und Betreuung als auch die Aufarbeitung der traumatischen Erfahrung im therapeutischen Rahmen (vgl. Weiß 2013, S. 183-184).

Eine Zusammenarbeit erhöht die Wirksamkeit der Korrektur von traumabezogenen Erwartungen, der Selbst- und Fremdwahrnehmung und destruktiven

Entwicklungsverläufen. Weiters trägt das Zusammenspiel von Therapie und Pädagogik zur Stabilisierung der Betroffenen bei und fördert deren Selbstfindung und Selbstbemächtigung (vgl. ebd., S. 86-87). Eine effiziente interdisziplinäre Zusammenarbeit muss im Interesse aller Beteiligten liegen. Dabei werden psychotherapeutische Methoden als ergänzend oder begleitend angesehen, sprich als Zusatzangebot innerhalb eines pädagogischen Settings. Ohne therapeutische Maßnahmen zu schmälern, muss der pädagogische Wirkungsraum zur Bewältigung von Traumata jedoch vermehrt in den gesellschaftlichen Fokus gesetzt werden. Die Pädagogik muss die Definitions- und Handlungsmacht innehaben, um eine Aufwertung von pädagogischer Fachkompetenz zu initiieren. Innerhalb einer pädagogischen Einrichtung entscheiden die pädagogischen Fachkräfte, wie und inwieweit Kenntnisse aus anderen Disziplinen integriert werden. Um eine gelingende Kooperation zu ermöglichen, sollten klare und verbindliche Regeln aufgestellt werden, um das Auftauchen von Unklarheiten zu verhindern und allen Beteiligten die größtmögliche Sicherheit und Handlungsfähigkeit zu ermöglichen (vgl. ebd., S. 170).

3.3 Leitlinien der Traumapädagogik

Der Umgang mit traumatisierten Personen setzt als Basis eine professionelle Haltung und fachliche Grundkompetenzen der PädagogInnen voraus. Haltung kann als innere Einstellung definiert werden. Sie umfasst ethische Anschauungen, Glaubenssätze, Welt- und Menschenbilder. Besonders im pädagogischen-erzieherischen Kontext kann die Grundhaltung als Schlüsseldimension angesehen werden. Die innere Einstellung der pädagogischen Fachkräfte prägt und bestimmt das pädagogische Denken und Handeln fundamental. Innere, mentale Einstellungen spiegeln sich im alltäglichen Handeln wider. Weiters kann die eingenommene Haltung als Stütze in schwierigen Situationen betrachtet werden (vgl. Schwer & Solzbacher 2014, S. 7). Neben der professionellen Haltung sind fachliche und persönliche Kompetenzen und Fähigkeiten ausschlaggebend für den Erfolg pädagogischen Handelns. Um im pädagogischen Alltag sicher und selbstbestimmt agieren zu können, benötigen PädagogInnen bestimmte

Fähigkeiten und Fertigkeiten, um mit den speziellen Belastungen der KlientInnen und besonderen Anforderungen handlungsfähig zu bleiben (vgl. Weiß 2013, S. 223).

3.3.1 Grundhaltung und Leitprinzipien

In jeder Profession, die mit Menschen in Kontakt tritt, sei es nun die pädagogische, psychologische oder therapeutische, muss die Haltung der Fachkräfte und jegliches Handeln von Verständnis, Respekt, Wertschätzung und Vertrauen geprägt sein. Nur so kann pädagogisches Handeln wirksam und, im traumapädagogischen Kontext, für die Betroffenen heilend sein. Die Umsetzung pädagogisch professioneller Haltung kann sich in der praktischen Umsetzung als sehr schwierig erweisen, ist jedoch eine Voraussetzung für die Unterstützung und Förderung von traumatisierten Personen.

Konzept des guten Grundes

Um lebensgeschichtlich Belasteten adäquat helfen zu können, ist es zu Anfang von größter Bedeutung, ihre Gedanken, Empfindungen und Handlungen zu verstehen. Denn ohne ausreichendes Verständnis können den Betroffenen keine passgenauen Hilfspläne und Lösungsstrategien angeboten werden. Somit stellt ein verstehensorientierter Zugang Basis jeden pädagogischen Handelns dar. Der/die BetreuerIn muss in enger Zusammenarbeit mit dem/der KlientIn vergangene Erfahrungen und Problemlagen ergründen, um herauszufinden, was mit störenden Verhaltensweisen unbewusst zum Ausdruck gebracht wird. Um nicht nur Symptome zu behandeln, sondern zur Wurzel des Problems zu gelangen, sind eine feinfühligkeitige Haltung der PädagogInnen und ein offener Dialog unumgänglich. Wegweisend für den verstehensorientierten Zugang ist das „Konzept des guten Grundes“. Die Hauptthese des Konzepts des guten Grundes ist, dass jegliches menschliche Verhalten im Normalfall aus einer guten, sinnhaften Absicht des Organismus heraus entsteht und

nicht nach einer bösen, destruktiven Absicht erfolgt. Dieses Konzept beinhaltet drei Grundsätze, die dysfunktionale Handlungsmuster erklären.

1.) Menschliches Verhalten ist bedürfnisorientiert.

Das gesamte Verhalten orientiert sich an Bedürfnissen. Störende Verhaltensmuster werden nach diesem Ansatz nicht mehr als Symptom einer Störung verstanden, sondern als Weg zur Befriedigung von Bedürfnissen. Traumatisierte haben in ihrem Leben mehrfach Mängel bezüglich ihrer Grundbedürfnisse erfahren. Dies zeigt sich in abnormalen Verhalten, da den Betroffenen keine alternativen Handlungsstrategien zur Verfügung stehen. Die Kernfrage, die sich nun pädagogischen Fachkräften stellt, ist: *„Welche Grundbedürfnisse, die aktuell nicht befriedigt werden oder biografisch mangelhaft versorgt wurden, kommen in der wahrgenommenen Symptomatik zum Ausdruck?“* In der pädagogischen Praxis stellt sich nun die Herausforderung, den Betroffenen die Möglichkeit zur Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse zu geben, Mangel Erfahrungen zu korrigieren, um eine Verhaltensveränderung zu bewirken.

2.) Jedes Verhalten beinhaltet eine positive Absicht.

Traumatisierten mit dysfunktionalen Handlungsmustern wird, oft aus Unverständnis, eine böse Absicht hinter ihrem Tun unterstellt. Die Betroffenen sagen oder tun Dinge aus dem Grund, um ihr Gegenüber zu verletzen oder ihm/ihr zu schaden. Die These, dass jedem Verhalten eine positive Intention vorausgeht, erfordert einen Perspektivenwechsel, dessen Umsetzung sich in der pädagogischen Praxis manchmal schwierig gestalten kann. Die Aufmerksamkeit der PädagogInnen muss auf die inneren Ziele der Betroffenen gelenkt sein und nicht auf die Wirkung des Verhaltens (Motto: Absicht gut- Weg verkehrt). Hinsichtlich dieser Annahme stellt sich die Frage: *„ Was versucht jemand mit diesem Verhalten für sich zu erreichen oder sicherzustellen?“* Der Kern jeder traumatischen Erfahrung liegt in der empfundenen absoluten Macht- und Hilflosigkeit der Betroffenen, in welcher sie sich schutzlos ausgeliefert fühlten.

Bestimmte Handlungen von traumatisierten Menschen, die von anderen als bösartig und feindselig wahrgenommen werden, verfolgen jedoch die für sie (positive) Absicht, wieder Kontrolle über eine Situation zu erlangen, erneute Gefahren oder Verletzungen zu vermeiden oder das eigene Überleben zu sichern. Im Umgang mit Geschädigten muss, ähnlich wie bei der Erkundung von Bedürfnissen, nach der Ursache für das schädigende Verhalten gesucht und alternative Handlungsmuster gemeinsam erarbeitet werden. Die positiven Absichten hinter dem Verhalten müssen gewürdigt werden, um einen Veränderungsprozess erst möglich zu machen. Verhaltensveränderungen können also nur mittels des Bereitstellens von Handlungsalternativen initiiert werden. Innerhalb eines rein verhaltensorientierten Ansatzes würden das Erteilen und die Umsetzung von Konsequenzen die pädagogische Arbeit bestimmen. In dem verstehensorientierten Zugang, der sich durch erhöhte Traumasensibilität auszeichnet, kann mit der Annahme von positiven Absichten hinter Handlungen maßgeblich zur Entlastung der Betroffenen beigetragen werden.

3.) Traumaspezifisches Symptomverstehen

Um traumatisierte Personen, ihre Handlungen, Gedanken, Gefühle und Bedürfnisse in vollem Ausmaß verstehen zu können, sind Kenntnisse von Traumareaktionen und traumaspezifischen Symptomen erforderlich. Nach Lutz Besser lautet die Kernfrage in diesem Zusammenhang: *„Was von der präsentierten Symptomatik könnte fragmentarischer Teil oder kompensatorische Reaktion eines traumatischen Ereignisses sein?“*. Die Beantwortung dieser Fragestellung trägt zu einem besseren Verständnis der PädagogInnen bei und hilft den Betroffenen maßgeblich, schädigende Reaktionen in einem Zusammenhang zu sehen und diese in ein Gesamtbild einordnen zu können. Das eigene Verhalten wirkt so weniger verrückt und willkürlich. Um den Betroffenen Lösungsstrategien anbieten zu können, müssen sich die pädagogischen Fachkräfte mit den auftauchenden Symptomen und deren Gründen auseinandersetzen. Bei aggressivem Verhalten der Betroffenen könnte man zum Beispiel nach Situationen in deren Leben suchen, in denen es notwendig war, sich zu wehren und zu kämpfen. Um

Gefühllosigkeit zu verstehen, muss man sich fragen, wann es für den/die Traumatisierte ratsam war, besser nichts zu spüren. Kenntnisse über das Entstehen und die Hintergründe von Traumareaktionen sind notwendig, um diese sinnvoll einordnen zu können. Nur durch dieses Wissen ist es den PädagogInnen möglich, professionell und im Sinn der Betroffenen zu handeln. Im vorher erwähnten Fall von aggressivem Verhalten wären Maßregelungen und Konsequenzen wenig wirksam. Dem/der Traumatisierten muss ein heilendes Umfeld geschaffen werden, in dem er/sie sich sicher und selbstbemächtigt fühlt und kein Anlass besteht, sich verteidigen zu müssen (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 63-68).

Die Orientierung an Bedürfnissen, die Anerkennung positiver Absichten und die Zuordnung von Symptomen in einen Gesamtzusammenhang stellen das Fundament traumapädagogischen Handelns dar. Nur eine dementsprechende Haltung und adäquate Lösungsstrategien entlasten die Betroffenen und verhindern eine weitere Verfestigung von schädigendem Verhalten. Diese Zugänge sind bedeutende Faktoren für eine heilende Beziehungsgestaltung zwischen den pädagogischen Fachkräften und traumatisierten Menschen.

Im Zusammenhang mit der Grundhaltung der PädagogInnen und somit im Umgang mit traumatisierten Menschen sind Wertschätzung, Partizipation und Transparenz ausschlaggebende Faktoren für eine gelingende Zusammenarbeit und die Wirksamkeit traumapädagogischer Konzepte und Methoden.

Wertschätzung

Das Fundament jeder Zusammenkunft zwischen Menschen, und somit auch das der Pädagogik, ist die Wertschätzung seines Gegenübers. Die Basis von Wertschätzung stellt die Achtung des Lebens und der Lebenswelt dar und die Würdigung der bisherigen Lebensleistungen des/der Anderen (vgl. Baierl 2008, S. 59). Ein wertschätzender Zugang ist besonders bei der Begegnung mit Traumatisierten bedeutend. Die Betroffenen erlebten vermehrt Situationen, in denen sie sich selbst als

hilflos und ohnmächtig wahrnahmen, was zu Erschütterung des Selbst- und Weltbilds führte. Gedanken und Gefühle der traumatischen Erfahrung werden immer wieder auf aktuelle Situationen übertragen und lösen in der Gegenwart Empfindungen der Wert- und Sinnlosigkeit bezüglich des eigenen Selbst, beziehungsweise des eigenen Handelns, aus (vgl. BAG-TP 2011, S. 5). Personen, die schwer belastende Situationen überwinden mussten, dürfen nicht nur als Opfer betrachtet werden, sondern in erster Linie als Überlebende. Sie mussten enorme Anpassungsleistungen erbringen, um ihr physisches und vor allem psychisches Überleben zu sichern. Diese Leistungen müssen gewürdigt und geschätzt werden. Auch wenn störende Verhaltensmuster zurückbleiben, muss die Meisterung der wirklichen Herausforderung - die der traumatischen Erfahrung - im Fokus aller Beteiligten liegen (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 97). Um die gestörte Selbstwahrnehmung der Betroffenen zu korrigieren, ist es die Aufgabe der pädagogischen Fachkräfte, ihre Aufmerksamkeit auf das Prinzip Wertschätzung zu richten und dieses in der Praxis bewusst zu erarbeiten. Für die praktische Umsetzung einer wertschätzenden Haltung und wertschätzenden Verhaltens kann die Auffassung, dass die Betroffenen stets ihr Bestmögliches geben, hilfreich sein (vgl. Baierl & Frey 2014, S. 47). Die Traumapädagogik bietet den Betroffenen die Möglichkeit ein positives Selbstbild zu erarbeiten und folgernd ihr Selbstbewusstsein und ihre Selbstwirksamkeitsüberzeugung zu stärken. Innerhalb eines sicheren Rahmens muss eine Atmosphäre geschaffen werden, in der Traumatisierte sich selbst und ihr Tun wieder als wertvoll wahrnehmen können. Im Sinne der Resilienzforschung müssen vorhandene Stärken und Ressourcen hervorgehoben und aktiv gefördert werden, um vorhandene Fähigkeiten aufzuzeigen und dem Betroffenen deren Wert bewusst zu machen. Für PädagogInnen können folgende Sätze als Anleitung zu einem wertschätzenden Umgang dienen:

- „Ich nehme deine Fähigkeiten und Stärken wahr.“
- „Ich respektiere deine Grenzen.“
- „Ich würdige dich und deine bisherigen Lösungsstrategien.“

(vgl. BAG-TP 2011, S. 5-6).

Partizipation

Partizipation kann als die „*bewusste Mitwirkung an Entscheidungen, die das eigene Leben und das der Gemeinschaft betreffen*“ definiert werden (Moser 2010, S. 71). Partizipation dient als Grundlage erzieherischen Handelns und nimmt bei Kindern und Jugendlichen einen besonderen Stellenwert ein, da diese für den Fortbestand einer partizipativen Gesellschaft verantwortlich sind. Nach Moser erfolgt Partizipation auf verschiedenen Ebenen:

- 1.) Individuelle Ebene: Partizipation stellt aus entwicklungspsychologischer und pädagogischer Sicht einen bedeutenden Lernprozess dar, der jedoch nicht erlernt, sondern erfahren werden muss. In weiterer Folge ist die Reflexion über Teilhabe und Mitbestimmung, sprich die Auswirkungen der eigenen Handlungen und Entscheidungen und die damit verbundene Verantwortungsübernahme, von großer Bedeutung.
- 2.) Gruppenebene: Auf der Ebene der Gruppe impliziert Partizipation das Übernehmen von Verantwortung, das Aushandeln von Kompromissen, das Anhören und Respektieren der Meinung anderer und das Mittragen von Mehrheitsentscheidungen.
- 3.) Ebene der Handlungsfelder: Für Kinder und Jugendliche ist es wichtig in ihrer Lebenswelt, in den einzelnen Handlungsfeldern, beteiligt zu sein: in der Familie, im Freundeskreis, im Kindergarten, in der Schule oder in der Freizeit. Eine spezielle Rolle spielt in diesem Zusammenhang die Jugendhilfe und deren Arbeitsbereiche, da diese, nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz, die Partizipation aller Beteiligten in ihren Leistungen und Angeboten garantieren muss.
- 4.) Zivilgesellschaftliche Ebene: Auf dieser Ebene zeigt sich Partizipation in der aktiven und verbindlichen Teilnahme an Planungs- und Entscheidungsprozessen (vgl. Moser 2010, S. 74-75).

Zu den wichtigsten Schutzfaktoren für psychische Gesundheit zählt die „Teilhabe an der Gestaltung der eigenen Lebensbedingungen“. Das Erleben von Autonomie („Ich

kann etwas bestimmen.“), Kompetenz („Ich bewirke etwas.“) und Zugehörigkeit („Ich bin ein Teil von Etwas und erfahre Wertschätzung.“) erzeugen eine positive Motivation (vgl. BAG-TP 2011, S. 6). Traumatisierte Menschen erfuhren Situationen des Missbrauchs, der Vernachlässigung oder Gewalt, in denen sie sich ausgeliefert und machtlos fühlten, in denen sie einen massiven Kontrollverlust über das Geschehen erlebten (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 108). Die Betroffenen nehmen sich und ihr Umfeld als nicht beeinflussbar wahr. Die Überzeugung, dass ihr Handeln etwas bewirkt, ist stark minimiert (vgl. BAG-TP 2011, S. 6). Im Hinblick auf diese Tatsache zeigt sich die Bedeutung von Partizipation in der traumapädagogischen Arbeit. Das pädagogische Setting muss den Betroffenen die höchstmögliche Teilhabe und Mitgestaltung an alltäglichen Prozessen und Abläufen ermöglichen. In der pädagogischen Praxis bedeutet dies, dass sich die institutionellen Strukturen und die Handlungsweisen beziehungsweise Entscheidungen der PädagogInnen durch eine hohe Transparenz auszeichnen. Die Offenlegung aller Alltagsabläufe ermöglicht den Betroffenen, Situationen als verständlich, überschaubar und innerhalb ihres Kontrollrahmens wahrzunehmen. Die Interessen und Meinungen müssen gehört und ernstgenommen werden, um den Betroffenen die Entwicklung des Gefühls von Mitsprache und Selbstbestimmung zu ermöglichen. Partizipation innerhalb eines traumapädagogischen Settings, zur Förderung der Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeitsüberzeugung, kann weniger als Methode verstanden werden, sondern als Grundhaltung aller Beteiligten und als dialogisches Prinzip (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 109-110).

Transparenz

Grundlage aller traumapädagogischen Konzeptionen und Methoden ist die Herstellung von Sicherheit für die Betroffenen, die missbräuchliche Machtausübungen und unsichere strukturelle Bedingungen erfuhren. Transparenz, als Basis eines sicheren Ortes, dient der Wiederherstellung des Sicherheitsempfindens. Eine sichere und transparente Umgebung und Atmosphäre korrigiert das gravierende Angst- und

Unsicherheitserleben. Nach Schmid (2010) wird Sicherheit anhand der Verlässlichkeit von Strukturen gemessen. Maximale Transparenz des pädagogischen Settings und aller darin stattfindenden Abläufe und Angebote ist für die Heilung der Betroffenen essentiell (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 71-72). Die Umsetzung von Transparenz erfolgt durch verbindliche Regeln und Konsequenzen, die gemeinsam besprochen und im besten Fall gemeinsam erarbeitet werden (Was ist erlaubt bzw. verboten? Was passiert, wenn...). Die Sinnhaftigkeit des Regelwerkes und der Erteilung von Konsequenzen bei Regelmissachtungen muss den Betroffenen ebenfalls bewusst gemacht werden. Die genaue Offenlegung von Abläufen wirkt der in der Vergangenheit erlebten Unberechenbarkeit und Willkür der Traumatisierten entgegen. Weiters ist die Aufklärung über Tages- oder Wochenpläne (Was passiert wann?) und der Dienstpläne (Wer arbeitet wann und wo? Wer ist wofür zuständig?) elementar. Um zeitliche und strukturelle Abläufe zu übermitteln, können die Regeln und Pläne, weiters die wichtigsten Informationen, Entscheidungen oder Besonderheiten der nächsten Zeit optisch, mittels Aushängen, sichtbar gemacht werden (vgl. ebd., S. 72).

Enttabuisierung

Obwohl in den letzten Jahrzehnten schon vermehrt Aufklärung betrieben wurde, werden körperliche oder sexuelle Gewalterfahrungen sowie andere Traumata im gesellschaftlichen Diskurs noch immer tabuisiert. Die Existenz von traumatisierenden Erlebnissen, sei es nun Kindeswohlgefährdung oder die Misshandlung von Frauen, wird dennoch meist nicht wahrgenommen, verdrängt oder, im schlimmsten Fall, bagatellisiert. Die Konfrontation mit Traumata löst oft Abscheu, Abwehr und Verwirrung aus. Noch immer wird Traumatisierten meist eine Teilschuld an belastenden Erlebnissen zugeschrieben. In vielen Köpfen herrscht die Annahme, dass „guten“ Menschen nicht Böses zustößt und nur „schlechten“ Menschen Schlimmes widerfährt, woran sie folgernd in irgendeiner Weise selbst Schuld tragen (vgl. Van der Kolk/ McFarlane & Weisaeth 2000, S. 51). Nach dem Motto „Weil nicht sein kann, was nicht sein darf“ werden traumatische Erfahrungen seitens der öffentlichen Gesellschaft

nicht angesprochen und seitens der Betroffenen meist verschwiegen. Diese empfinden Angst, Hilflosigkeit, Schuld und Scham und fürchten Verurteilungen. Das Nicht-Ansprechen von Traumata und Traumareaktionen löst bei Betroffenen das Gefühl aus, ganz allein mit ihren Erfahrungen und unverstanden zu sein (vgl. Weiß/ Friedrich/ Picard & Ding 2014, S. 186). Weiters kommen traumatisierte Personen meist aus Strukturen, dies trifft in besonderem Maße auf Betroffene von innerfamiliärer Gewalt zu, in denen strikte Geheimhaltungssysteme existieren, die die Offenbarung von traumatischen Erlebnissen beinahe unmöglich machen. Traumata lösen massive Schuld- und Schamgefühle aus. Die Betroffenen sind im wahrsten Sinne des Wortes sprachlos. Traumatisierte erfahren aufgrund der Geheimhaltung des Geschehenen keine adäquate Betreuung oder Behandlung und somit keine Entlastung.

Infolgedessen ist die Enttabuisierung von Traumata beziehungsweise die Entprivatisierung von traumatischen Erfahrungen unumgänglich. Die Tatsache von Traumata muss öffentlich angesprochen werden. Patriarchale Strukturen und historische Zusammenhänge müssen aufgezeigt und die Existenz des gesellschaftlichen Problems „Gewalt“ bewusst gemacht werden. Weiters ist es notwendig, dass jeder Mensch klar Stellung bezieht und die TäterInnen verstärkt zur Verantwortung gezogen werden. Die eindeutige Positionierung auf der Seite der Betroffenen wirkt sehr entlastend und stellt für diese einen Weg aus der Isolation dar. Traumatisierte müssen erfahren, dass sie mit ihren Erlebnissen nicht alleine sind und dass ihre Erlebnisse kein Einzelfall sind (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 122-123). Enttabuisierung in der Pädagogik bedeutet *„die Vermittlung von Wissen über Dynamik, über Missbraucher und deren Strategien. In der Heimerziehung muss die Erlebniswelt der missbrauchten Mädchen und Jungen thematisiert werden.“* (Weiß 2013, S. 154) Im Rahmen von Psychoedukation müssen die Betroffenen über das Phänomen Trauma und mögliche Traumafolgereaktionen informiert werden, um ihnen zu zeigen, dass mögliche dysfunktionale Verhaltensweisen eine normale Reaktion auf schreckliche Ereignisse darstellen. Dies entlastet in großem Maße, da mittels Aufklärung eine Veränderung der Gedanken und Erwartungshaltung der Betroffenen geschieht. Die eigene Person wird nun nicht mehr als verrückt und störende Handlungsmuster nicht mehr als willkürlich

und nicht steuerbar wahrgenommen. Traumatisierten Menschen muss bewusst gemacht werden, dass sie keinerlei Schuld an traumatischen Erlebnissen in der Vergangenheit tragen (vgl. Weiß/ Friedrich/ Picard & Ding 2014, S. 156). Das Wissen über traumabezogene Mechanismen korrigiert negative Einstellungen und abweichende Normen, zum Beispiel bezüglich Sexualität. PädagogInnen haben die Aufgabe, einen sicheren Rahmen zu schaffen, in dem das Thema Trauma und Gewalt wertfrei eröffnet wird, um den Betroffenen die Möglichkeit zu geben, über ihre Erfahrungen sprechen zu können. Traumatische Erlebnisse können nur dann akzeptiert und in die eigene Biografie integriert werden, wenn deren Inhalte transparent besprochen werden. Das Mitteilen von furchtbaren Erlebnissen in der Vergangenheit vermindert Scham, Schuld, Verwirrung und Hilflosigkeit und dient der Herstellung von Sicherheit (vgl. ebd. S. 186). Der gemeinsame Dialog zwischen der pädagogischen Fachkraft und dem/der Betroffenen dient dem Selbstverstehen und der Selbstakzeptanz und ist ein Korrektiv für Selbstzweifel und eine gestörte Selbstwahrnehmung. Die PädagogInnen haben durch die Öffnung des Themas die Möglichkeit, den Betroffenen den Wert ihrer bisherigen Leistungen aufzuzeigen. Weiters ist es von größter Bedeutung, dass sich PädagogInnen im Umgang mit Traumatisierten klar positionieren und sichtbar für jene Partei ergreifen, die Opfer von Gewalterfahrungen oder Grenzüberschreitungen wurden (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 123).

Selbstbemächtigung

Nach Wilma Weiß, als Begründerin des traumapädagogischen Konzeptes der Selbstbemächtigung, befreit diese aus Ohnmacht und Abhängigkeit (vgl. Weiß 2013, S. 167). In diesem Zusammenhang kann das Konzept des Empowerment herangezogen werden. *„Empowerment verweist auf individuelle Selbstverfügungskräfte, vorhandene Stärken oder Ressourcen, die es dem Einzelnen ermöglichen, eigene Lebensumstände zu kontrollieren, Probleme, Krisen oder Belastungssituationen aus eigener Kraft zu bewältigen sowie ein relativ autonomes Leben zu führen.“* (Schwalb & Theunissen

2009, S. 26) Selbstbemächtigte Personen verfügen über mehr Selbstbestimmung, Autonomie und können ihr Leben selbstständig gestalten. Selbstbemächtigung macht aus passiven Objekten handelnde Subjekte ihres eigenen Lebens (vgl. Weiß 2013, S. 167). Laut Weiß stellt Selbstbemächtigung ein Kernstück der (Trauma-) Pädagogik dar und kann als Mittel gegen Fremdsteuerung und Weg zu Selbststeuerung angesehen werden (vgl. Weiß/ Friedrich/ Picard & Ding 2014, S. 122). Traumatisierte Menschen konnten sich in ihren Herkunftssystemen, aufgrund der dort herrschenden Strukturen, elementare Fähigkeiten nicht aneignen, was Abhängigkeit zur Folge hatte. Nicht ausgereifte oder brach liegende Fähig- und Fertigkeiten können jedoch nachträglich gezielt gefördert werden, um die Betroffenen zu selbstbestimmten Akteuren zu machen (vgl. ebd., S. 194). Traumatisierte können aufgrund ihrer belastenden Erfahrungen und den Mechanismen von Traumata meist kein stabiles und positives Selbstbild entwickeln. Dies ist jedoch für die Selbstwahrnehmung und Selbstwirksamkeitsüberzeugung und in Folge zur Entwicklung einer starken Persönlichkeit fundamental. Ein gestörtes Selbstkonzept verhindert die Korrektur von dysfunktionalen Handlungsweisen, Gedanken und Einstellungen (vgl. Weiß 2013, S. 120). Das Selbstbild ist abhängig von dem Verstehen des Selbst, der Selbstakzeptanz und dem Erleben von Selbstwirksamkeit. Weiters kann die Fähigkeit der Selbstregulation von innerpsychischen Prozessen als Kernstück der Selbstbemächtigung bewertet werden. Die Nicht-Existenz oder der Verlust von selbstregulatorischen Zuständen führt zur Störung der Ich-Wahrnehmung („Ich bin anders.“, Verlust von biografischen Erinnerungen), einer gestörten Impulskontrolle (aggressive Handlungen, Affektdurchbrüche) und Unsicherheiten bezüglich Bindungen (Misstrauen, Argwohn) (vgl. Van der Kolk 2000, S. 173). Lebensgeschichtlich belastete Personen reagieren auf Reize mit Hyperarousal, Flashbacks oder dissoziativen Zuständen und verfügen über keine Coping-Strategien, um diese zu verhindern oder zu unterbrechen. Ziel der traumapädagogischen Arbeit ist im Hinblick dessen die Entwicklung eines kohärenten Selbst und die Sensibilisierung bezüglich Gefühlen und Körperempfindungen, um die Handlungsfähigkeit der Betroffenen zu erweitern. Nach Weiß können Traumatisierte gezielt bei der Erlangung der Selbstbemächtigung durch

die Förderung des Selbstverstehens, der Selbstakzeptanz und der Selbstregulation innerhalb eines pädagogischen Settings unterstützt werden. Im Rahmen von Psychoedukation müssen Betroffene über traumabedingte schädigende Abläufe und Prozesse aufgeklärt werden. Informationen über traumatischen Stress, die Funktionsweise von Dissoziationen oder Hintergründe von Übertragungen (neurophysiologisches und psychotraumatologisches Fachwissen) hilft den Betroffenen, ihre Gedanken oder ihr Verhalten zu verstehen, und wirkt Belastungen entgegen. Nach dem Informationsaustausch müssen positive Erfahrungen gemacht werden, um eine Veränderung der negativen Selbstwahrnehmung zu bewirken. Nach Spies (2001) können die Betroffenen, durch das Verstehen von schädigenden Handlungsmustern und das Erkennen von deren Veränderbarkeit, neuen Lebenswillen und eine gesteigerte Lebensqualität erwirken. Die Akzeptanz von Verhaltensweisen und Gedanken, die Selbstakzeptanz, ermöglicht eine erweiterte Handlungsfähigkeit und führt in Folge zu einer positiven Veränderung des Selbstbildes (vgl. Weiß 2013, S. 169- 173).

Ein wichtiger Aspekt der Selbstakzeptanz stellt die Körperwahrnehmung dar. Sich im eigenen Körper wohl zu fühlen ist ein bedeutender Faktor des Selbstwertgefühls, da dieses speziell in frühkindlichen Phasen in und über den Körper entsteht. Das Körpergedächtnis, das Körperschema und der Selbstwert hängen eng zusammen. Da körperliche Erfahrungen über Berührungen und Bewegungen stattfinden, verfügen besonders stark vernachlässigte Personen über negative Wahrnehmungen bezüglich ihres Körpers und dessen Funktionen. Aufgabe der pädagogischen Fachkräfte ist es, den Traumatisierten zu helfen, ihren Körper und ihre Empfindungen wieder adäquat wahrzunehmen und einzuschätzen. Im Rahmen von erlebnispädagogischen Aktivitäten (Klettern, Wandern) oder entspannenden Übungen (Yoga) und innerhalb reflexiver Gespräche können neben der Entladung von Energie körperliche Fähigkeiten gestärkt und positive Körpererfahrungen gemacht werden. Die gesteigerte Wahrnehmung von Befindlichkeiten und der positiv konstruktive Gebrauch des eigenen Körpers erhöht die Selbstermächtigung in hohem Maße (vgl. ebd., S. 178-179).

Selbstregulation, sprich die bewusste Beeinflussung von Gefühlen und körperlichen Empfindungen, erhöht die Selbstwirksamkeitsüberzeugung. Störende Handlungsmuster liegen so für die Betroffenen innerhalb ihres Kontrollrahmens und können korrigiert werden. Dissoziationen oder Flashbacks können, bevor sie entstehen, verhindert oder unterbrochen werden. Zu Beginn ist die Identifizierung der Trigger (Auslöser) von Stresszuständen notwendig. Fragen nach den Auslösern („In welcher Situation steigt deine Anspannung?“) unterstützt die Betroffenen bei deren Erkundung. Unter dem Einsatz von Hilfsmitteln, wie zum Beispiel eines Spannungsbarometers, können Auslöser von Hochstress erkannt und zu einem besseren Verständnis visualisiert werden. Unter der Anleitung von pädagogischen Fachkräften können Spannungszustände oder andere Traumareaktionen reguliert werden, um mögliche Eskalationen zu vermeiden (vgl. ebd., S. 175-177). Um Selbstbemächtigung zu ermöglichen, ist ein sicheres, stabiles und für die Betroffenen kontrollierbares pädagogisches Setting unumgänglich. Der pädagogische Rahmen, der sich durch Transparenz und Partizipation auszeichnet, muss auf die AdressatInnen abgestimmt sein und ihnen korrigierende und heilende Erfahrungen ermöglichen. Eine traumasensible Herangehensweise der PädagogInnen bei der Vermittlung von Informationen sowie eine verständnisvolle und wertschätzende Grundhaltung der Fachkräfte unterstützt Traumatisierte bei der Erlangung eines selbstbestimmten und unabhängigen Lebens.

3.3.2 Basiskompetenzen der PädagogInnen

Innerhalb der täglichen Arbeit mit traumatisierten Personen werden die pädagogischen Fachkräfte unentwegt mit speziellen Herausforderungen konfrontiert. PädagogInnen sind, besonders im traumapädagogischen Kontext, stets Belastungen ausgesetzt, die ohne die nötigen Kompetenzen zu Irritationen, Hilflosigkeit und Handlungsunfähigkeit führen. Es existiert eine Vielzahl von pädagogischen Grundkompetenzen, wie zum Beispiel soziale Kompetenz, Bindungsfähigkeit und Alltagskompetenzen, die zumindest ansatzweise gegeben sein müssen, um

professionelles Handeln zu gewährleisten. In diesem Kapitel werden die ausgewählten Basiskompetenzen Fachkompetenz, Selbstreflexion und Selbstfürsorge beschrieben.

Fachkompetenz

Um bei gewissen Anforderungen oder anspruchsvollen Situationen handlungsfähig zu bleiben, ist das spezifische Fachwissen existenziell. Das Wissen über traumabezogene Thematiken oder Prozesse ist die Voraussetzung der Handlungswirksamkeit von pädagogischen Interventionen.

In stationären Einrichtungen sind PädagogInnen meist chronisch belasteten Personen gegenübergestellt, was in hohem Maße professionelles Handeln fordert (vgl. Weiß 2013, S. 223-224). Der Umgang mit einer „für die sozialpädagogische Arbeit besonders anspruchsvolle(n) Zielgruppe“ (Bürger 2000, S. 10) macht das nötige Fachwissen der PädagogInnen erforderlich. Zu diesem zählt:

- Basiswissen über Psychotraumatologie
- Kenntnisse der kindlichen Entwicklung, Entwicklungschancen, Entwicklungsrisiken, Schutz- und Risikofaktoren
- Wissen über Dynamiken und Ausmaß von TäterInnen-Strategien
- Kenntnisse über Traumareaktionen (Übertragung, Gegenübertragung, Re-Inszenierungen)
- Basiswissen über Bindungsmuster, Bindungsverhalten und Bindungsstörungen
- Wissen über Auswirkungen von traumapädagogischer Arbeit (Burn-Out, sekundäre Traumatisierung)
- Kenntnisse über Methoden (äußerer sicherer Ort, Skilltraining, Psychoedukation).

Um über traumaspezifische Fachkenntnisse zu verfügen, ist die Absolvierung spezieller Aus- und Fortbildungen notwendig, um die pädagogischen Fachkräfte auf den Alltag mit traumatisierten Menschen vorzubereiten und deren Handlungsfähigkeit zu gewährleisten (vgl. Weiß 2013, S. 224-225).

Selbstreflexion

Die Fähigkeit, das eigene Verhalten, Einstellungen und Motivationen zu reflektieren, kann als eine der wichtigsten Kompetenzen betrachtet werden. Persönliche Handlungs- und Bewältigungsstrategien sowie Beeinflussungen durch gesellschaftlich vermittelte Glaubensparadigmen und institutionelle Rahmenbedingungen müssen erkannt und geprüft werden (vgl. Hinte 2001). Im traumapädagogischen Kontext bezieht sich Selbstreflexion auf den Einfluss von biografischen Erfahrungen oder gesellschaftlich geprägten Werten und Normen. Verzerrte subjektive Wahrnehmungen und emotionale Prozesse aufgrund Übertragungen und Gegenübertragungen können durch deren Bewusstwerdung verringert werden. Selbstreflexion kann als gezielte und bewusste Auseinandersetzung mit folgenden Themen verstanden werden:

- Eigene Biografie
- Eigene Bindungsmuster, Bindungsverhalten
- Geschlechterrollen (Männer- beziehungsweise Frauen-Bild)
- Sexualität (eigenes Sexualverhalten, sexuelle Normen)
- Motive des eigenen Handelns
- (Gegen-) Übertragungen und Re-Inszenierungen

Das Reflektieren von biografischen Erfahrungen und persönlichen Einstellungen kann anfangs belastend sein, doch Selbstreflexion stellt sowohl im Umgang mit sich selbst als auch mit den Betroffenen einen bedeutenden Faktor dar. Ein reflektorischer Zugang zur eigenen Lebensgeschichte und den Intentionen beruflicher Handlungen kann die berufliche Zufriedenheit und Handlungsfähigkeit der PädagogInnen erhöhen und Belastungen entgegenwirken. Weiters birgt Selbstreflexion die Chance zur Förderung der eigenen psychischen und emotionalen Entwicklung (vgl. Weiß 2013, S. 227-229).

Selbstfürsorge/ Psychohygiene

Selbstfürsorge, oder synonym Psychohygiene, ist für die Bewahrung von psychischem und physischem Wohlbefinden unabdingbar. Nach Luise Reddemann kann man unter Selbstfürsorge einen „liebvollen, wertschätzenden, achtsamen und mitfühlenden Umgang mit mir selbst und Ernstnehmen der eigenen Bedürfnisse“ verstehen. (Reddemann 2003, S. 82) Im Rahmen der Burn-Out-Forschung bezüglich der Krankheitsprophylaxe nimmt Selbstfürsorge einen nicht zu vernachlässigenden Faktor ein. Was die Abgrenzung von Beruf und Freizeit betrifft, wird eine strikte Trennung in besonderem Maße empfohlen, um mögliche Belastungen zu minimieren (vgl. Weiß 2013, S. 230). Nach Wolf kann die Verbindung von Beruf- und Privatleben jedoch die allgemeine Zufriedenheit und das Wohlbefinden erhöhen (vgl. Wolf 1999, S. 194). Hierbei muss jede/r PädagogIn für sich individuell herausfinden und entscheiden, in welcher Form Psychohygiene am besten betrieben werden kann. Um Belastungen und in weiterer Folge Belastungsreaktionen zu vermeiden, sollte das Hauptaugenmerk auf den eigenen physischen und emotionalen Signalen liegen, um schnellstmöglich störende Gefühle und Empfindungen regulieren zu können. Soziale Vernetzung, eine aktive und abwechslungsreiche Freizeitgestaltung sowie ausreichende Phasen der Entspannung wirken stressmildernd und entlastend. Einige Möglichkeiten der Selbstfürsorge sind:

- bewusste Wahrnehmung von Gefühlen und Empfindungen
- Urlaube (Regenerationsphasen) und Entspannungsmomente
- Achtsamkeit bezüglich Überlastungen
- Ausreichend Schlaf, gesunde Ernährung, Bewegung
- Stabile, positive Beziehungen (vgl. Weiß 2013, S. 230.232).

Neben der persönlichen Pflicht, sich spezifisches Fachwissen anzueignen und Selbstreflexion und Psychohygiene durchzuführen, liegt es in der Verantwortung von Ausbildungseinrichtungen und anderen Institutionen, pädagogische Grundkompetenzen zu vermitteln. Ausbildungsstätten müssen entsprechende Lehrgänge und Fortbildungsmöglichkeiten anbieten und traumabezogenes Fachwissen

zur Verfügung stellen. Seitens der Träger von pädagogischen Einrichtungen und ArbeitgeberInnen sind die Anleitung zur Selbstreflexion und die Unterstützung der Selbstfürsorge notwendig. Passende Rahmenbedingungen und der Umgang aller Beteiligten innerhalb einer Einrichtung müssen reflexive Zugänge und Achtsamkeit gegenüber dem eigenen Wohlbefinden gewährleisten, um professionelles pädagogisches Handeln zu ermöglichen.

In der Fachliteratur findet man weiters bestimmte Kompetenzen und Persönlichkeitseigenschaften, die in der pädagogischen Arbeit und speziell im traumapädagogischen Tätigkeitsbereich von Vorteil sind. Die folgenden Eigenschaften dienen dem professionellen Umgang mit den KlientInnen und können für deren Heilungsverlauf förderlich sein. Für die PädagogInnen können diese Persönlichkeitsmerkmale Schutzfaktoren gegen Belastungen darstellen. Einige dieser positiven Eigenschaften sind:

Sachkompetenzen:

- gute Beobachtungsgabe
- interdisziplinäres Denken
- Koordinationsfähigkeit
- logisches Denken / Kombinationsfähigkeit
- Organisationsfähigkeit
- Planungsfähigkeit
- Problemlösungsfähigkeit
- Teamfähigkeit
- Lernbereitschaft

Soziale Kompetenzen:

- Argumentationsfähigkeit / Überzeugungsfähigkeit
- Aufgeschlossenheit
- Empathie
- Hilfsbereitschaft

- Kommunikationsfähigkeit und Konfliktfähigkeit
- Kontaktfreude
- Kritikfähigkeit
- Verantwortungsbewusstsein
- Motivationsfähigkeit
- soziales Engagement
- Zuhören können

Selbstkompetenzen:

- Belastbarkeit
- Flexibilität
- Freundlichkeit
- Geduld
- psychische Belastbarkeit
- Ehrlichkeit
- Selbstständigkeit
- Zuverlässigkeit
- Rechtsbewusstsein
- Selbstmotivation (vgl. Wirtschaftskammer Österreich o.J.).

4 Traumapädagogische Methoden

Im folgenden Kapitel werden die bedeutendsten Methoden, die der Behandlung lebensgeschichtlich belasteter Menschen dienen, erläutert. Weiters werden Möglichkeiten der Umsetzung in der pädagogischen Praxis beschrieben.

4.1 Der äußere sichere Ort

Der äußere sichere Ort kann als Grundlage aller traumapädagogischen Interventionen verstanden werden, da ohne die Herstellung einer beschützenden Umgebung keine Stabilisierung der lebensgeschichtlich belasteten Menschen stattfinden kann (vgl. Uttendörfer 2010, S. 5). Der Begriff des sicheren Ortes wurde von Luise Reddemann im Laufe der Anwendung von Imaginationsübungen zur Stabilisierung und Selbstberuhigung von traumatisierten Menschen geprägt. Mittels dieser Übungen sind Betroffene in der Lage, sich mit Hilfe ihrer imaginativen Fähigkeiten einen inneren Ort zu schaffen, der ihnen Schutz bietet. Hochstressphasen oder negativen Erinnerungen werden auf diesem Weg etwas Positives entgegengesetzt, um Selbstregulation zu ermöglichen (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 69). Die Wirksamkeit innerer sicherer Orte ist jedoch nur dann gegeben, wenn die äußeren Rahmenbedingungen Sicherheit versprechen, sprich ein äußerer sicherer Ort existiert (vgl. Uttendörfer 2010, S. 5).

Traumatische Erfahrungen sind geprägt von Unvorhersehbarkeit, Ohnmacht und absoluter Schutz- und Hilflosigkeit. Das Sicherheitsempfinden wird aufgrund von Traumata schwer und nachhaltig zerstört. Infolgedessen entstehen tiefgreifende Ängste, die Welt und alle Menschen werden als Bedrohung wahrgenommen. Der Organismus ist in ständiger Bereitschaft zu fliehen oder sich zu wehren, was zu Hyperarousal (Übererregung) des Stresssystems und zu dysfunktionalen Haltungsmustern und Erwartungshaltung, die als Abwehr- und Bewältigungsmechanismen verstanden werden können, führt. Aufgabe der Einrichtungen und der pädagogischen Fachkräfte ist es, einen Ort zu errichten, in dem

es den Traumatisierten möglich ist, wieder Sicherheit und Vertrauen zu empfinden, um so das zerrüttete Welt- und Selbstbild zu korrigieren (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 70).

Die Rheinische Gesellschaft für Innere Mission und Hilfswerk GmbH hat sich intensiv mit der Frage auseinandergesetzt, welche Voraussetzungen und Faktoren gegeben sein müssen, um pädagogische Angebote und Orte sicher zu machen. Sie erstellten Leitlinien und Check-Listen zur Entwicklung eines sicheren Ortes, an denen sich Einrichtungen orientieren können. Hierbei ist anzumerken, dass die Herstellung einer sicheren Umgebung nicht allein in der Verantwortung der PädagogInnen liegt, sondern auch von der Leitungsebene und den traumatisierten Personen mitgetragen werden muss. Denn nur wenn sich auch die MitarbeiterInnen in ihrem Arbeitsumfeld sicher und wohl fühlen, kann professionelles Handeln stattfinden. Auf der Leitungs- und MitarbeiterInnenebene sind folgende Faktoren notwendig, um ein sicheres Arbeitsumfeld und -klima zu schaffen:

- Wertschätzung
- Offene Kommunikation und Kooperation
- Vertrauen
- Fehlerfreundlichkeit
- Rückendeckung
- Kompetenz
- Verbindliche Regeln
- Psychohygiene (Rheinische Gesellschaft für Innere Mission und Hilfswerk GmbH o.J., S. 5-16)

Nach Schmid (2010) existieren strukturelle Bedingungen, welche die persönliche Sicherheit und Zufriedenheit aller Beteiligten steigert:

- Ausreichende Ressourcen
- Angemessene Dienstpläne
- Stabile Leitungspräsenz
- Institutionelle Transparenz und Unterstützungssysteme für MitarbeiterInnen

Wenn diese persönlichen und strukturellen Kriterien erfüllt sind, können stationäre Einrichtungen dem Sicherheitsauftrag gerecht werden und Traumatisierte dabei unterstützen, Abstand zu traumatischen Erlebnissen zu gewinnen und heilende Erfahrungen zu machen. Ein Charakteristikum eines traumatischen Erlebnisses ist die Unvorhersehbarkeit und Nicht-kontrollierbarkeit der Situation. Deswegen ist es für lebensgeschichtlich belastete Menschen unumgänglich sich in einem Umfeld zu befinden, welches sie als berechenbar, vorhersehbar und kontrollierbar wahrnehmen. Strukturelle Bedingungen einer Einrichtung müssen sich aufgrund dessen durch eine hohe Transparenz und Klarheit bezüglich aller Abläufe und pädagogischen Interventionen auszeichnen, um den Betroffenen Sicherheit zu vermitteln. Die Betroffenen müssen über folgende Informationen unterrichtet werden:

- Verbindliche Regeln und Konsequenzen
- Tagesablauf
- Tages- und Wochenplan
- Dienstzeiten der PädagogInnen
- Jegliche Veränderungen, die in der Einrichtung auftreten (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 71-73).

Ein weiterer Punkt, der dem Bedürfnis nach dem Wiedererlangen von Sicherheit entspricht, ist die Ritualisierung von Alltagsabläufen. „Traumatisierte Kinder brauchen mehr als alles andere einen klar strukturierten Rahmen mit wiederkehrenden Momenten.“ (Ding 2013, S. 61) Die Gründerin des Erich-Kästner-Kinderdorfes Gudrun Fleischhauer kennt ebenso die heilende Bedeutung von Ritualen und nennt Beispiele: *„(...)Wir kommen berechenbar jeden Morgen in ihr Zimmer, wir lesen jeden Abend vor und wir sagen auch den Großen jeden Abend in ihren Zimmern Gute Nacht.“* (Fleischhauer 2010, S. 50) Es ist jedoch von größter Bedeutung, dass diese Rituale nicht von dem Verhalten der Traumatisierten abhängen (zum Beispiel keine Gute-Nacht-Wünsche, wenn am Tag Aktivität verweigert), sondern verbindlich jeden Tag eingehalten werden.

Die Vermeidung von Stress ist ebenso ein wichtiger Faktor für die Gestaltung eines schützenden Ortes. Geringste Trigger können bei Traumatisierten Stressphasen auslösen. Infolgedessen müssen die Auslöser von Stress (Geräusche, Gerüche, Verhaltensweisen, Bilder) identifiziert und minimiert werden. Traumatisierte Personen kommen mit unterschiedlichen Voraussetzungen und Fähigkeiten in eine stationäre Einrichtung. Im Zusammenhang mit pädagogischen Lösungsstrategien müssen die individuellen Möglichkeiten der Traumatisierten berücksichtigt werden. Aufgaben oder Herausforderungen müssen im Handlungs- und Bewältigungsrahmen der Betroffenen liegen, um Stress und Phasen der Übererregung zu vermeiden und deren Selbstwirksamkeit zu fördern (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 72-73).

Die räumliche Gestaltung einer Einrichtung hat einen großen Einfluss auf das Sicherheitsempfinden. Die gesamte Ausstattung sollte die Motivation des pädagogischen Handelns widerspiegeln und den BewohnerInnen ein Gefühl von Wohlbefinden und Geborgenheit vermitteln. Dies umfasst grundsätzlich die Intaktheit des gesamten Inventars, eine freundliche und gemütliche Raumgestaltung und genügend Bewegungsmöglichkeiten (vgl. Baierl & Frey 2014, S. 57). Alle BewohnerInnen einer Einrichtung sollten an der Gestaltung der Einrichtung, oder zumindest gewisser Bereiche, beteiligt werden. Weiters sollten sie bei Instandhaltungsmaßnahmen (kleinere Reparaturen) und der Einhaltung von Ordnung und Sauberkeit miteinbezogen werden. Die Partizipation an hauswirtschaftlichen und gestalterischen Prozessen fördert die Identifikation mit dem Umfeld und verhindert Unachtsamkeit und Zerstörung der Einrichtung (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 74).

Viele traumatisierte Menschen erlebten in ihren Familien Geheimhaltungssysteme, verfügten aber selbst über keinerlei Privat- oder Intimsphäre. Aufgrund dessen nimmt die Bereitstellung von Rückzugsräumen einen enorm wichtigen Stellenwert ein, wenn es um die Erlangung von Sicherheit geht. Ein eigener Bereich, ein eigenes Zimmer wird als Schutzraum betrachtet, in dem Abwehrhaltungen heruntergefahren werden können und der zur Entspannung und Entlastung der Betroffenen beiträgt. Die

Möglichkeit, persönliche Gegenstände sicher zu verwahren, zum Beispiel in einem Tresor, sollte ebenso gegeben sein (vgl. Rheinische Gesellschaft für Innere Mission und Hilfswerk GmbH o.J., S. 21-23). In einem offenen Dialog können gemeinsam Regeln festgelegt werden, welche Verhalten dem Empfinden von Sicherheit und Privatsphäre dienen (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 75). Neben klaren, transparenten strukturellen Bedingungen, der Ritualisierung von Abläufen, dem Vermeiden von Stress, der Schaffung von heilen Räumen, der Herstellung von Rückzugsmöglichkeiten und der Partizipation der Traumatisierten ist die absolute Vermeidung von Gewalt in Einrichtungen existenziell. Deswegen muss zuallererst die psychische und körperliche Unversehrtheit der Betroffenen gewahrt werden. Dies geschieht einerseits durch das Verhindern von Gewalterfahrungen durch Personen innerhalb der Einrichtung und andererseits durch den Ausschluss von externen Personen zum Schutz vor möglichen TäterInnen.

Lebensgeschichtlich belastete Menschen waren in ihrer Vergangenheit unterschiedlichen Formen von Gewalt ausgesetzt (körperliche, psychische, sexuelle Gewalt, Vernachlässigung, ungebührliche Machtausübungen usw.). Jede Art von Gewalt kann in der Gegenwart als Trigger fungieren und Traumareaktionen wie Flashbacks oder Dissoziationen auslösen. Weiters besteht die Möglichkeit von Re-Inszenierungen des TäterInnenverhaltens. Vergangene Gefühle der Hilflosigkeit werden abgespalten und durch aggressives und gewalttätiges Verhalten ersetzt. Dadurch werden pädagogische Fachkräfte im Alltag mit Gewaltkreisläufen konfrontiert, die unterbrochen werden müssen. Eine Zurechtweisung nach aggressivem oder gewalttätigem Verhalten ist im traumabezogenen Kontext meist nicht wirkungsvoll. Auslöser für Gewaltausbrüche und Hintergründe für aggressives Verhalten müssen erkundet werden. Gemeinsam mit den Betroffenen müssen Strategien für den Umgang mit Aggressions- oder Gewaltimpulsen erarbeitet und alternative, friedliche Handlungsweisen erlernt werden. Bei Gewaltausübungen müssen PädagogInnen klare Konsequenzen setzen, um das Fehlverhalten aufzuzeigen. Weiters fungieren pädagogische Fachkräfte als Modelle, in deren Verantwortung es

liegt, gewaltfreie Kommunikation und Verhaltensweisen vorzuleben (vgl. ebd., S. 75.77).

4.2 Der innere sichere Ort - Imaginationsübungen

„Ein sicherer Ort ist eine Imagination, eine Vorstellung oder eine Erfindung, meistens visueller Art, mit Hilfe unserer Fähigkeiten zur Phantasie über einen Ort, an dem sich die Person, wenn sie sich dahin begibt, ganz sicher fühlt.“ (Uttendörfer 2008, S. 9) Nach Reddemann dient der Aufbau eines inneren sicheren Ortes der Stabilisierung von Traumatisierten. Die Herstellung eines inneren sicheren Ortes, als Distanzierungsmethode zu Schreckensbildern der Vergangenheit, gibt den Betroffenen Sicherheit und Trost (vgl. Reddemann 2001, S. 112). Die Methode des inneren sicheren Ortes kann sowohl zur Stabilisierung bei emotional belastenden Situationen eingesetzt werden als auch im Rahmen der Konfrontation mit traumabezogenen Inhalten. Der innere sichere Ort kann als beruhigende Zufluchtsmöglichkeit bei einer, durch Trigger ausgelösten, Überschwemmung von traumabezogenen Erinnerungen verstanden werden. Der innere sichere Ort sollte so gut eingeübt sein, dass er in Krisen automatisch verfügbar ist und zur Anwendung kommt, um Hochstressphasen, Übererregung, dissoziativen Zuständen oder Flashbacks zuvorzukommen.

Der innere sichere Ort wird mithilfe von Imaginationsübungen hergestellt. Der Einsatz von Imaginationsübungen zur Distanzierung von belastenden Erinnerungen wurde speziell von Reddemann und Sachsse geprägt. Sie erstellten eine Sammlung von Imaginationsreisen, welche traumatisierten Menschen die Wiedererlangung von Sicherheit und Geborgenheit ermöglichen. Aufdrängenden Erinnerungen werden positive Bilder entgegengesetzt. Negative Gefühlszustände werden infolgedessen als kontrollier- und veränderbar wahrgenommen, was zur Stärkung der Selbstregulation beiträgt. Die Fähigkeit, die eigenen Gedanken und Gefühle steuern zu können, ist für die Betroffenen enorm entlastend. Die Erfahrung, dass Belastungen selbstständig gemeistert werden und das eigene Handeln etwas bewirken kann

(Selbstwirksamkeitsüberzeugung) stellt einen wichtigen Faktor bei der Herstellung eines positiven Selbstbildes dar (vgl. Lamprecht 2001, S. 82-83).

Der Einbezug aller Sinne innerhalb der Imaginationsreisen, sprich die Aktivierung von so vielen sensorischen Zentren des Gehirns wie möglich, erhöht die entspannende und beruhigende Wirkung der Übung.

„Paul wird eingeladen, sich an seinem Sicherem Ort zu „beamen“: Nach einer kurzen Entspannung sieht Paul dann das Baumhaus, das er sich als seinen Sicherem Ort gewählt hat. Er hört, wie der Wind durch die Blätter raschelt. Vielleicht hört er sogar Vögel piepsen und auf seinen Beinen spürt er die Wärme der Sonne, die auf ihn in seinem Baumhaus scheint. Paul fühlt sich in seinem Baumhaus sicher.“ (Uttendörfer 2008, S. 9) Imaginationsübungen können unter Anleitung der pädagogischen Fachkräfte sowohl in Einzel- als auch in Gruppensettings stattfinden. Die Umsetzung dieser Methode muss sich an den Bedürfnissen der Traumatisierten orientieren. Der Zeitpunkt in und die Örtlichkeit an dem Übungen stattfinden, sollten individuell angepasst werden, um optimale Voraussetzungen für die Herstellung eines sicheren Ortes zu schaffen und um dessen maximale Wirkung zu entfalten. Weiters sollten Imaginationsübungen regelmäßig, im besten Fall täglich, stattfinden, um eine gewisse Automatisierung bei der Herstellung eines sicheren Ortes zu erlangen (vgl. Lamprecht 2001, S. 83). Einige der bekanntesten Imaginationsübungen zur Stabilisierung bei Spannungszuständen stellen der innere sichere Ort, der innere Tresor und der innere Garten dar (siehe Anhang 1).

4.3 Die pädagogische Fachkraft als sicherer Hafen

Bindungserfahrungen im Säuglings- und Kindesalter prägen das spätere Bindungsverhalten. Kontinuierliche und feinfühlig Interaktionen zwischen den Eltern und dem Kind fördern die Entwicklung einer sicheren Bindung, die einen immens wichtigen Schutzfaktor darstellt. Jene, die über sichere Bindungen verfügen sind bei psychischen Belastungen widerstandsfähiger und verfügen über mehr

Bewältigungsmöglichkeiten. Sie zeigen ein stärkeres Sozialverhalten, holen sich in Krisen selbstständig Hilfe und haben eine stärkere Empathiefähigkeit (vgl. Brisch 2013, S. 150-151). Menschen, die in besonders frühen Lebensjahren Traumatisierungen erlitten, speziell innerfamiliäre Gewalt und chronische Vernachlässigung, leiden in Folge meist unter Bindungsstörungen. Den Betroffenen standen keine Bezugspersonen zur Verfügung, die auf ihre Bedürfnisse reagierten. Im Fall von innerfamiliären Gewalterfahrungen wurde das Vertrauen in Beziehungen gravierend geschädigt, da die Person, von der größte Abhängigkeit besteht, keinen Schutz bot und im Gegenteil Bedrohung und Angst auslöste. Werden frühkindliche Bedürfnisse langfristig nicht befriedigt, erhöht das die Ausschüttung von Stress, Übererregung entsteht, was die Entwicklung des Gehirns negativ beeinflusst und strukturelle neuronale Veränderungen verursacht. In Zusammenhang damit kommt es zu einer Störung der Affektregulation und Modulation. Dies zeigt sich später dadurch, dass ein Junge, der sich bezüglich des Alters in der Adoleszenz befindet, emotional jedoch auf der Entwicklungsstufe eines Dreijährigen stecken bleibt. Ihm ist es nicht möglich, Gefühle oder Affekte altersgemäß zu kontrollieren. Neben dem Verlust von Vertrauen haben negative Bindungserfahrungen und Bindungsstörungen einen großen Einfluss auf Lernprozesse. Das „System“ Bindung steht in einem engen Zusammenhang mit explorativem Verhalten, welches die Voraussetzung aller kognitiven und emotionalen Aneignungsprozesse darstellt (vgl. ebd., S. 152-159). Infolgedessen wird die Welt als Ort der Bedrohung und alle Menschen als einem feindselig gestimmt wahrgenommen. Das spätere Verhalten vernachlässigter und frühkindlich traumatisierter Personen ist von Angst, Wut, provokativem und destruktivem Verhalten geprägt. Es fehlt die Fähigkeit, Emotionen und Verhaltensweisen zu steuern. Sie wirken antriebs- und teilnahmslos und befinden sich in ständigen Spannungszuständen. Sie leiden unter traumabedingten Erinnerungslücken oder auftauchenden Erinnerungsfragmenten, was Abspaltungszustände oder Flashbacks auslöst (vgl. Wagner 2013, S. 93). Bindungsmodelle und –verhalten sind jedoch veränderbar, was eine Korrektur von negativen Erfahrungen ermöglicht (vgl. Brisch 2013, S. 154).

Eine Bezugsperson, die sich im Sinne eines sicheren Hafens zur Verfügung stellt, um den Verlust von Vertrauen und destruktive Bindungserfahrungen zu korrigieren und somit unterbrochene Entwicklungsprozesse reaktiviert, kann somit als wichtigste pädagogische Intervention im traumapädagogischen Kontext angesehen werden (vgl. Weiß 2013, S. 113).

Folgende Punkte können PädagogInnen beim Aufbau von heilenden Bindungen als Orientierung dienen:

Feinfühligkeit/ Empathie

Nach Brisch beinhaltet ein feinfühliges Verhalten seitens der pädagogischen Fachkräfte

- die Lenkung der Aufmerksamkeit auf den/die Traumatisierte und dessen/deren Signale
- die korrekte Interpretation der Signale
- angemessene und zeitnahe Reaktion auf die Signale.

Empathisches Verhalten kann im täglichen Umgang mit lebensgeschichtlich Belasteten eine große Herausforderung darstellen. PädagogInnen werden in Interaktionen in Übertragung und Re-Inszenierungen von negativen Bindungsanteilen und Bindungserfahrungen hineingezogen, was nur mit Hilfe reflexiver Fähigkeiten unterbrochen werden kann. Weiters können gewisse Verhaltensweisen der Betroffenen, wie zum Beispiel Abwehr oder Klammern, als störend oder belastend wahrgenommen werden. Hierbei ist es jedoch bedeutend, zu erkennen, dass diese Handlungen immer begründet sind und durch sie versteckte Bedürfnisse oder Wünsche zum Ausdruck gebracht werden. Die PädagogInnen sollten aus diesem Grund auf keinen Fall mit Rückzug oder Ablehnung reagieren, weil Re-Traumatisierungen die Folge sein könnten. Feinfühligkeit zeichnet sich weiter durch empathische Kommunikation, einen ruhigen Tonfall, der Aufrechterhaltung von Blickkontakt und einer zugewendeten Körperhaltung aus (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 83-84).

In traumapädagogischen Einrichtungen stellen die PädagogInnen einen Elternersatz für Traumatisierte dar. Sie fungieren als Bezugsperson die sich durch eine gewisse Exklusivität, Offenheit, ein transparentes und wertschätzendes Verhalten auszeichnet. Hierbei kann man auch von „Nachbeelterung“ sprechen. Die BezugsbetreuerInnen sind für die Grundversorgung der Traumatisierten (Ernährung, Bewegung, Schlaf, Kleidung, Arztbesuche) verantwortlich. Sie kümmern sich um alle Angelegenheiten der Betroffenen und bieten Unterstützung im Alltag. Lebensgeschichtlich belasteten Menschen (vor allem Kindern und Jugendlichen) wird so die Chance einer nachträglichen, elterlichen Fürsorge zuteil. Dies trägt zur Förderung ihrer Entwicklung (Nachreifung), der Stärkung von Ressourcen und Entfaltung der Persönlichkeit bei (vgl. Wagner 2013, S. 91).

Verfügbarkeit

Die Präsenz und Erreichbarkeit einer Bindungsperson ist die Voraussetzung beim Aufbau einer stabilen Bindung. Vor allem in Momenten großer Anspannung ist die verlässliche Anwesenheit der Bezugsperson erforderlich, um dem/der Betroffenen Sicherheit und Unterstützung zu vermitteln. Neben der körperlichen Anwesenheit sollten die PädagogInnen auch emotional präsent sein. Unachtsamkeit oder Ablenkungen (Führen eines Telefonats während eines Gesprächs) löst bei Traumatisierten das Gefühl aus, nicht wahr- oder ernstgenommen zu werden.

Resonanz

Ein Merkmal traumatischer Erfahrung ist das Entstehen von Sprachlosigkeit bei den Betroffenen. Es ist ihnen nicht möglich, Gefühle oder Gedanken anderen mitzuteilen. Deswegen ist es die Aufgabe der pädagogischen Fachkräfte, besonders zu Beginn aller pädagogischen Maßnahmen, dies stellvertretend zu übernehmen. Innere Prozesse, Verhaltensweisen und Motivationen werden dabei respektvoll verbalisiert und reflektiert. Eine empathische sprachliche Resonanz wirkt stabilisierend und dient der

Wiedererlangung von Sprache und psychischer Sicherheit (vgl. ebd. S. 87). *„Wenn es hier gelingt, frühe Bindungserfahrungen bewusst kommunizierbar zu machen und emotionale Erfahrungen und negative Gefühle auf die Ebene sprachlicher Darstellung zu bringen, sind die Mädchen und Jungen diesen negativen Gefühlen nicht mehr hilflos ausgeliefert.“* (Weiß 2013, S. 114) Ziel pädagogischer Resonanz ist es, die Betroffenen bei der Verbalisierung von innerpsychischen und körperlichen Vorgängen zu unterstützen und so zu deren Entlastung und der Festigung der Bindung beizutragen.

Eine Form empathischer Resonanz drückt sich in Carl Rogers „aktivem Zuhören“ aus. „Aktives Zuhören“ findet statt durch

- „Das Spiegeln des Inhaltes einer Aussage des Anderen,
- Das Identifizieren und Benennen von Gefühlen und Intentionen, die hinter einem Verhalten stecken können,
- Das Heraushören und Verbalisieren eines Gefühls, was in einer Äußerung steckt,
- Handlungsbegleitende Kommentare.“ (Gordon 1989, S. 40)

Unterstützung

Besonders in Stressphasen sind verlässliche Unterstützungsangebote der PädagogInnen erforderlich. Machen frühtraumatisierte Menschen die Erfahrung, dass in Krisenzeiten jemand da ist, der sich um sie kümmert und sorgt, erhöht dies im Laufe der Zeit die Stresstoleranz. Positive Erfahrungen der Beruhigung durch Andere stärkt die Kontrolle über Stresszustände und aufkommende destruktive Impulse. Dies stellt die Grundlage zur Selbstregulation dar.

Zuwendung

Im Säuglings- und Kindesalter dienen Berührungen der Senkung von Stress und lösen Sicherheit und Geborgenheit aus. Traumatisierte, die sich emotional in einer sehr

frühen Entwicklungsphase befinden, sind deswegen auf körperliche Zuwendung in Form von Umarmungen oder Handauflegen angewiesen. Berührungen, welche im Rahmen professioneller Nähe stattfinden, wirken tiefst beruhigend, spenden Trost und vermitteln Sicherheit (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 89-90). Viele Betroffene haben das unbewusste Bedürfnis, gehalten zu werden, machten jedoch nie positive Körpererfahrungen. Sie haben Angst vor möglichen weiteren Übergriffen und können Nähe nur schwer oder gar nicht ertragen. Im Gegensatz dazu können traumatische Erfahrungen, speziell sexueller Missbrauch, stark promiskuitives Verhalten auslösen, bei dem zu jeder beliebigen Person Körperkontakt hergestellt wird. In diesem Fall ist eine professionelle Grenzziehung unabdingbar, um eine Sexualisierung der pädagogischen Bindung und die Gefahr von Re-Inszenierungen zu verhindern. Das Thema Berührungen beziehungsweise adäquates Nähe/Distanz- Verhalten sollte in einem Dialog offen angesprochen und reflektiert werden. Dennoch sollten die Betroffenen vor jedem Kontaktangebot gefragt werden, ob sie mit Berührung einverstanden sind (vgl. Brisch 2013, S. 153).

Ziel der gesamten Bindungsarbeit ist es, die Betroffenen bei der Wiederlangung von Vertrauen und der Korrektur von destruktiven Bindungsmodellen zu unterstützen. Kontinuierliche positive Bindungserfahrungen sollen schließlich generalisiert werden, um es den Betroffenen zu ermöglichen, außerhalb der Einrichtungen sichere und stabile Bindungen aufbauen zu können.

Dieses Ziel kann jedoch nur erreicht werden, wenn auch die pädagogischen Fachkräfte über die dafür nötigen Ressourcen und Kompetenzen verfügen. Wie im Kapitel „Basiskompetenzen der PädagogInnen“ erwähnt, ist dafür Fachwissen über Bindungsmuster und Bindungsstörungen sowie die Fähigkeit zur Selbstfürsorge und Selbstreflexion nötig. Die wichtigste Kompetenz stellt jedoch die Bindungsfähigkeit und Bindungsbereitschaft der PädagogInnen dar. Nur wenn die pädagogischen Fachkräfte emotional und psychisch imstande sind, echte Beziehung einzugehen und gewillt, jemandem Aufmerksamkeit, Unterstützung, Nähe und Sicherheit zu geben, kann die Arbeit mit den Traumatisierten erfolgreich sein. Die Reflexion sowohl über das

Bindungsverhalten und persönliche Trigger als auch die Verarbeitung möglicher eigener traumatischer Erfahrungen stellen die Voraussetzung dar, um nicht vorbelastet die Bindungsarbeit zu betreiben. Um Traumatisierten überhaupt helfen zu können, ist es erforderlich, so „symptomfrei“ wie möglich in die Bindungsarbeit zu gehen, um eigene Bindungsanteile und -aspekte nicht auf die bereits Betroffenen zu übertragen (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 92).

4.4 Stabilisierung und Ressourcenaktivierung

In stationären Einrichtungen werden die pädagogischen Fachkräfte oft mit Dissoziationen und Flashbacks von traumatisierten Personen konfrontiert. Die sofortige Unterbrechung dieser Zustände sowie eine anschließende Stabilisierung sind notwendig. Das häufige Auftauchen dieser Zustände kann zu Re-Traumatisierungen führen, da sie den/ die Betroffene psychisch und körperlich stark belasten. Folgende Punkte dienen der Unterbrechung dissoziativer Zustände und Rückblenden:

- 1.) Anwesende aus dem Raum schicken, da diese durch das Beobachten von Flashbacks bzw. Dissoziationen ebenfalls getriggert werden könnten
- 2.) Betroffene Person laut anreden, Kontaktherstellung
- 3.) Zurückführung in die Gegenwart durch laute Geräusche, Gerüche
- 4.) Falls notwendig berühren, aber nur mit Vorankündigung (!)
- 5.) Verankerung im Hier und Jetzt („Du befindest dich..., heute ist der..., du brauchst keine Angst haben, du bist in Sicherheit, ...)
- 6.) Leichte Aufforderungen geben (Augen öffnen, Hand schütteln)
- 7.) Aufklärung über Zustand
- 8.) Ruhige Atmosphäre schaffen, beruhigen, stabilisieren (vgl. Weiß 2013, S. 178-179).

Anschließend dienen Entspannungstechniken oder die Herstellung des inneren sicheren Ortes mit Hilfe von Imaginationsübungen der Stabilisierung. Ziel jeder Stabilisierung ist die Wiedererlangung von Sicherheit der Betroffenen. Da Abspaltungen und traumabezogene Rückblenden psychisch und physisch außerordentlich kräftezehrend sind, ist alles, was dem Körper und Geist tut gut, empfehlenswert. Studien ergaben, dass die Faktoren ausreichend Schlaf, viel Bewegung und gesunde Ernährung stabilisierend wirken. Genügend und vor allem tiefe Schlafphasen dienen der Regeneration. Während eines Traumas verbleiben Handlungsimpulse im Organismus, was zu Anspannung und intensiver Übererregung führt. Körperliche Betätigungen wie Laufen, Wandern, Schwimmen oder Radfahren dienen dem Abbau von Energieüberschüssen und wirken somit stabilisierend. Nach traumatischen Erfahrungen kommt es im Körper zu einem biochemischen Ungleichgewicht. Fischer (2011) zeigt auf, dass eine „gravierende Folge des Traumas die Überhöhung der Säurewerte im Blut ist“. Der Körper braucht nun vermehrt Nährstoffe und Vitamine, um wieder in Balance zu kommen. Auf säurehaltige Lebensmittel sowie zu viel Fleisch, Zucker, Alkohol, Tabak oder Kaffee sollte verzichtet werden (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 161-162).

Weiters kann alles, was eine Person stärkt, eine stabilisierende Wirkung entfalten. In der Fachliteratur taucht in diesem Zusammenhang die Bedeutung von Schutzfaktoren auf. Protektive Faktoren, wie zum Beispiel eine sichere Bindung oder ein positives Selbstkonzept, zeigen im Fall einer akuten traumatischen Erfahrung abmildernde Effekte, haben aber auch bei der Bewältigung von Traumareaktionen und der Traumaverarbeitung eine präventive positive Wirkung. Im Sinne der Ressourcenaktivierung dient jede Ressource, über die eine Person verfügt der Stabilisierung. In der Arbeit mit Traumatisierten bedeutet dies, deren Stärken, Fähigkeiten und Fertigkeiten gemeinsam zu erkunden und anschließend gezielt zu fördern, um in Krisen als Kraftquellen zur Verfügung zu stehen. Die Tagesstruktur der Einrichtung, die pädagogische Hilfeplanung und alle weiteren Angebote müssen so ausgelegt sein, dass Ressourcen aktiviert und gestärkt werden können. Dies setzt einen ressourcenorientierten Zugang der PädagogInnen voraus, in dem die Stärken der

Traumatisierten im Vordergrund stehen. Die Erkenntnis, dass man über Ressourcen verfügt und daraus resultierende positive Erfahrungen fördern ein positives Selbstkonzept und die Selbstwirksamkeit (vgl. ebd., S. 95-96). „Darüber hinaus gilt es auch zu entdecken, welche Stärken oft in einer Schwäche verborgen sind, (...)“ (Reddemann 2007, S. 56) Besonders traumatisierten Menschen fällt es schwer, sich ihrer Stärken bewusst zu werden. Sie empfinden sich und alle ihre Fähigkeiten als wertlos und nicht brauchbar. Deswegen ist es wichtig, den Betroffenen immer wieder vor Augen zu führen, dass für sie vermeintliche wertlose Fähigkeiten in Wirklichkeit wertvolle Ressourcen zur Bewältigung von Belastungen darstellen. Das Aufzeigen und Wertschätzen bisheriger Lebensleistungen und der daraus entstandenen Stärken ermutigt die Betroffenen, weitere Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erkunden und in ihr Ressourcenrepertoire aufzunehmen. Neben der Aktivierung von vorhandenen Ressourcen trägt die Erarbeitung *positiver Anker* als persönliche Kraftquelle zur Stabilisierung bei. Unter positiven Ankern sind all jene Ressourcen gemeint, die eine Person schnell in einen positiven Zustand der Sicherheit und Geborgenheit versetzen können. Positive Anker können quasi als Trigger von angenehmen Gefühlen und Empfindungen verstanden werden. Diese Kraftquellen werden bewusst eingesetzt, um sich gut gelaunt und entspannt zu fühlen. Positive Anker können bestimmte Lieder, Bilder oder Fotos, bestimmte Süßigkeiten, Düfte, Gedichte oder ähnliches sein. Pädagogische Fachkräfte können durch genaue Beobachtung die Betroffenen dabei unterstützen, ihre positiven Anker zu finden. Diese können ähnlich wie Imaginationsübungen zur psychischen und körperlichen Stabilisierung eingesetzt werden (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 101-104).

4.5 Triggeranalyse und Skillstraining

Trigger (Schlüsselreize, Auslöser) sind unterbewusste Sinneseindrücke, die Gedanken, Gefühle oder Affekte der traumatischen Erfahrung hervorrufen, sogenannte Flashbacks. Diese Erinnerungen (oder Erinnerungsfragmente), Emotionen und Verhaltensimpulse tauchen plötzlich und für die Betroffenen meist unerwartet auf (vgl.

Eisenberg 2015). „Sobald ein Selbstanteil durch einen solchen Stimulus getriggert wird, reagiert er automatisch ganz ähnlich wie in der ursprünglichen traumatischen Situation.“ (Boon/ Stelle & Van der Hart 2013, S. 170) Der/die Betroffene fühlt sich in die damalige Situation versetzt und ist nicht mehr in der Lage, zwischen Vergangenheit und Gegenwart zu unterscheiden. Trigger können auch als Stellvertreter des Traumas bezeichnet werden, die direkt oder assoziativ mit der traumatischen Erfahrung in einem Zusammenhang stehen. Trigger können zum Beispiel bestimmte Gerüche, Geräusche, Situationen, Orte, Uhrzeiten, Bewegungen oder Ausdrucksweisen von anderen Personen sein.

Ein Mann, der als Kind geschlagen wurde, konnte nicht verhindern, innerlich zusammenzuschrecken, wenn jemand vor ihm stand und die Hand hob, um sich z.B. am Kopf zu kratzen.

Trigger können jedoch auch „innen“ liegen, wie zum Beispiel bestimmte Gedanken, körperliche Empfindungen, emotionale Zustände wie Angst oder Unsicherheit. Um Traumareaktionen zu vermeiden und von Triggern nicht mehr überrascht zu werden, müssen diese erkundet werden. Die Betroffenen müssen herausfinden, wann, wo und unter welchen Umständen jene Auslöser auftauchen, die Anspannungen, Dissoziationen oder Flashbacks verursachen. Die Kenntnis über persönliche Trigger erhöht die Handlungs- und Bewältigungsstrategien der Traumatisierten. Gewisse Trigger können unter Umständen vermieden werden. Ist dies nicht möglich, kann sich der/die Betroffene auf Reaktionen vorbereiten, indem er Entspannungstechniken anwendet, sich an einen inneren sicheren Ort versetzt oder Skills einsetzt, die ihn/sie dazu befähigt, Distanz zu traumatischem Material zu gewinnen und somit Traumareaktionen zu verhindern (vgl. Eisenberg 2015). Pädagogische Fachkräfte können die Betroffenen durch Beobachtungen bei der Identifizierung der Auslöser unterstützen. Die gründliche Analyse der Trigger ermöglicht den Betroffenen, Spannungen, noch bevor sie entstehen, zu regulieren und sich so selbst zu stabilisieren. Für PädagogInnen stellt die Triggeranalyse eine wichtige Hilfestellung dar, um das Auftauchen von Traumareaktionen im pädagogischen Alltag weitestgehend zu

verhindern und rechtzeitig intervenieren zu können. Trigger können in Form einer Tabelle erfasst werden, in der genau dokumentiert wird, welche Reize (von außen oder innen) welche Reaktionen (Gefühle oder Handlungsimpulse) hervorrufen. Weiters ist es ratsam, der Tabelle die jeweils angemessene Selbstberuhigungsstrategie (Skills) zuzufügen. Diese Tabelle entsteht eher prozesshaft, da den Betroffenen die traumabezogenen Auslöser meist nicht im Vorfeld bewusst sind. Nach der Identifizierung der Trigger muss über Möglichkeiten der Selbststabilisierung nachgedacht werden. Im nächsten Schritt müssen die Betroffenen herausfinden, welche Strategien oder Skills in der jeweiligen Situation angewandt werden müssen, um die unterschiedlichen Auslöser zu neutralisieren und in Folge handlungsfähig und selbstbemächtigt zu bleiben (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 145-146).

Unter Skills kann man all jene Fähigkeiten und Verhaltensweisen verstehen, die in belastenden Situationen im Sinne der Selbstberuhigung und Selbstregulation wirksam sind (vgl. Schütt O.J.). Demnach unterstützen Skills Betroffene bei der Überwindung von Hochspannungszuständen, akuten Krisen, Dissoziationsneigungen, selbstverletzendem Verhalten und ähnlichem. Skills können nicht während einer belastenden Situation ermittelt werden, sondern müssen vorab erkundet und erprobt werden, um im Notfall maximale Wirkung zu zeigen. Die Ermittlung von geeigneten Skills ist ein individueller Prozess, der unter Umständen viel Zeit in Anspruch nimmt und für den Betroffenen eine große Herausforderung darstellt. Für jede Reaktion auf einen Trigger muss der passende Skill gefunden werden, der situativ am wirkungsvollsten ist. Skills docken immer auf Sinnesebenen an und ermöglichen eine schnelle Re-Orientierung und Stabilisierung bei Stresszuständen. Folgende Skills wirken auf unterschiedlichen Sinneskanälen und ermöglichen eine rasche Fokussierung auf die gegenwärtige Situation:

Tastsinn:

- Mit einem Eiswürfel über die Arme streichen
- Einen Igelball kneten
- Ein Gummiband auf die Haut schnepfen

- Heiß oder kalt duschen

Geschmackssinn:

- Etwas Scharfes (Chili, Meerrettich,..), Bitteres (Muskatnuss) oder Saures (Zitrone) auf die Zunge legen oder essen

Geruchssinn:

- Einen beißenden Geruch einatmen (Ammoniak, Essig, ...)

Hörsinn:

- Laute, schrille, unharmonische Musik hören oder selbst machen.

Weiters existieren Ablenkungs-Skills, wie zum Beispiel Zählübungen (von 100 rückwärts in 9 Schritten zählen) oder Atemübungen (bewusstes tiefes Ein- und Ausatmen). Als Ressourcen-Skills bezeichnet man jene positiven Anker (siehe Stabilisierung und Ressourcenaktivierung) und Fähigkeiten, die durch das Aufkommen von positiven Gefühlen und Empfindungen der Stabilisierung dienen. Zu diesen zählen zum Beispiel das Hören von Lieblingsliedern, das Betrachten von Fotos, ein Kuscheltier halten oder ein Bad mit dem Lieblingsbadeöl nehmen. Ebenfalls können alltägliche Tätigkeiten als Skill genutzt werden wie zum Beispiel Kochen, Geschirr spülen oder das Zimmer gründlich putzen und aufräumen (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 150-153).

Ursprünglich entstand das Konzept des Skill-Trainings im Rahmen der dialektischen-behaviouralen- Therapie, die von Marsha Linehan in den 1980er Jahren entwickelt wurde. Skill-Training fand dabei vor allem in einem ambulanten Setting statt, wobei die Reduktion von Stimuli, die Unterbrechung dysfunktionaler Muster und die Wiederherstellung emotional-psychischer Sicherheit im Vordergrund standen (vgl. Schütt O.J.). Linehan's Skilltraining besteht aus fünf Modulen, mit den jeweiligen Zielen:

1. Achtsamkeit: bewusste Wahrnehmung fördern, Annehmen der Realität, Automatismen unterbrechen, Kontrolle zurückgewinnen, Stabilisierung
2. Stresstoleranz: Bewältigung und Vorbeugung von Hochstressphasen, rechtzeitiges Erkennen von Hochspannung, Aufbau von funktionalen Strategien der Spannungsregulation, Notfallkoffer
3. Emotionsregulation: Wissensvermittlung, Wahrnehmung und Ausdruck von Gefühl, Emotionsanalyse, Gefühlsregulation
4. Zwischenmenschliche Fertigkeiten: Verbesserung sozialer Kompetenz, Planbarkeit und Bewertung sozialer Situationen, Orientierung auf das Ziel, Orientierung auf die Beziehung
5. Selbstwert: Sensibilisierung für dysfunktionale Selbstwahrnehmung, Aufbau von alternativen Bewertungen, Förderung von angenehmen Erlebnissen mit der eigenen Person. (Schütt o.J.)

4.6 Notfallplan und Notfallkoffer

Im Rahmen des Skills-Trainings ist die Erstellung eines Notfallplans sowie eines Notfallkoffers empfehlenswert.

In Phasen großer Anspannung oder Krisen sind Traumatisierte nicht in der Lage, sich großartige Gedanken über Möglichkeiten der Stressreduktion zu machen. Sind persönliche Skills erstmals gefunden und wurden vielfach auf deren Wirksamkeit geprüft, sollten diese je nach Höhe der Effektivität hierarchisch auf einer Liste zusammengeschrieben werden. Dieser Plan sollte sehr umfassend sein, sprich die Skills sollten so exakt wie möglich beschrieben (zum Beispiel, welches Parfum genau benutzt werden soll, welcher Musiktitel auf welcher CD welche Nummer hat). Sowohl die Betroffenen als auch die pädagogischen Fachkräfte sollten über diesen Plan verfügen, um in Stresssituationen Unterstützung bieten zu können. Weiters ist die

Erstellung eines eigenen Notfallplans der PädagogInnen ratsam, in dem genau aufgelistet ist, wie man sich in einem Notfall zu verhalten hat. Welche Vorgangsweise ist bei selbstverletzendem Verhalten nötig? Was unternehme ich bei suizidalen Krisen? Wie unterbreche ich Dissoziationen und Flashbacks?

Die Betroffenen haben ebenfalls die Möglichkeit, einen Notfallkoffer zusammenzustellen, in dem sich die wichtigsten Gegenstände und Skills zur Selbststabilisierung, Bedarfsmedikation, Telefonnummern von Kontaktpersonen, Skill-CD, ein Stofftier, ein Gummiband oder Chilis befinden. Weiters kann ein kleines Notfalls-Täschchen angelegt werden, die 2-3 Skills beinhaltet, welches man in der Tasche immer bei sich tragen kann, sollte es außerhalb der Einrichtung zu einem Notfall kommen. Die Skills und folgernd der Notfallplan und -koffer müssen in regelmäßigen Abständen, innerhalb reflektorischer Gespräche, auf deren Wirksamkeit überprüft werden, da sich Skills mit der Zeit „abnutzen“ und womöglich nicht mehr das gleiche Ergebnis erzielen (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 153- 154).

4.7 Biografiearbeit

Biografiearbeit kann, im Gegensatz zur gängigen Vorstellung, nicht nur in einem therapeutischen Rahmen stattfinden. Die Erkundung der Lebensgeschichte nimmt auch in dem traumapädagogischen Kontext einen wichtigen Stellenwert ein. Traumapädagogische Biografiearbeit stellt keine therapeutische Maßnahme dar. Eine explizite Beschäftigung oder die Konfrontation mit traumabezogenen Inhalten steht nicht im Vordergrund. Auch wenn es erwünscht ist, besteht kein Anspruch auf die Lösung von Problemen (vgl. Sauer 2012). Traumata, die Personen erlitten haben, lassen sich nicht aus dem pädagogischen Alltag heraushalten. Es zeigt sich in Traumareaktionen wie Flashbacks, Übertragungen oder Re-Inszenierungen, die eine Reaktion der PädagogInnen erfordern. Die Biografiearbeit stellt eine Möglichkeit zur Reduktion von traumabedingten störenden Verhaltensweisen dar (vgl. Krautkrämer-Oberhoff 2013, S. 135). Biografiearbeit stellt Betroffene vor große Anforderungen, da

sie, aufgrund von typischen Mechanismen eines Traumas, unter Erinnerungslücken oder bruchstückhaften Erinnerungen leiden. Weiters kann es zu Verzerrungen der Vergangenheit kommen, diese wird als grundlegend negativ oder, im Gegenteil, absolut idealisiert dargestellt. Die eigene Biografie wird von Traumatisierten als unvollständig und zerrissen wahrgenommen. Dies verhindert die Entwicklung eines positiven, stabilen Selbstbildes und Selbstwertgefühls (vgl. ebd., S. 127). In Anbetracht dessen verfolgt Biografiearbeit folgende Ziele:

- Rekonstruktion der Lebensgeschichte
- Herstellen von biografischen Zusammenhängen
- Integration von „Widersprüchlichkeiten“ und Zuordnung von Erinnerungsfragmenten (vgl. Sauer 2012).
- Anregung der Erinnerung
- Kognitive Neubewertung von vergangenen Situationen und Erfahrungen
- Verständnis und Akzeptanz der eigenen Geschichte (vgl. Krautkrämer-Oberhoff 2013, S. 127-130).

Die Bewusstwerdung von biografischen Zusammenhängen dient einerseits der Herstellung eines ganzheitlichen Bildes der Lebensgeschichte, andererseits kann auf diese Weise die Wiederholung von negativen Erfahrungen verhindert werden (vgl. Weiß 2013, S. 97).

Eine erfolgreiche Biografiearbeit setzt bestimmte Faktoren voraus. Betroffene können sich nur öffnen und über Vergangenes erzählen, wenn sie sich in einer sicheren und ruhigen Umgebung befinden, in der Prinzipien der Offenheit und Wertfreiheit herrschen. Traumatisierte können sich nur auf diese Arbeit einlassen, wenn eine sichere Bindung zu dem/der PädagogIn existiert. Es müssen ein Vertrauensverhältnis sowie ein hoher Grad an Verlässlichkeit und Beständigkeit zwischen dem Betroffenen und der pädagogischen Fachkraft bestehen. Der/die PädagogIn gibt innerhalb der Biografiearbeit Impulse, um das Erinnern und Erzählen des/der Betroffenen zu fördern. Was erzählt wird und wie schnell, liegt jedoch ganz in der Hand der lebensgeschichtlich belasteten Person. Die Kommunikation muss dem Entwicklungsstand des/der

Betroffenen angepasst sein. Um Biografiearbeit betreiben zu können, müssen pädagogische Fachkräfte über eine hohe Belastbarkeit und psychische Stabilität verfügen. Reflektorische Fähigkeiten sind unumgänglich, da sonst die Gefahr der Vermischung von eigenen Erfahrungen und jenen des/der Traumatisierten besteht. Die persönliche Biografie muss genau reflektiert werden, um schädigende Übertragungen zu vermeiden (vgl. Sauer 2012). Die Beschäftigung mit der Vergangenheit kann bei Traumatisierten aufgrund ihrer hochgradig belastenden Erlebnisse negative Gefühle und Affekte triggern und tiefgreifende Ängste und hohe Erregungszustände auslösen. Der Einsatz von Maßnahmen (Skills, innerer sichere Ort,...) zur Distanzierung von bedrohlichen Erinnerungen dient der Emotionsregulation und Wiederherstellung der psychischen Stabilität (vgl. Krautkrämer-Oberhoff 2013, S. 129-134).

Eine neue Betrachtung und Bewertung von Erfahrungen hat eine immens beruhigende und heilende Wirkung. Das Verstehen von Zusammenhängen und die Akzeptanz von negativen Erlebnissen stärkt das Selbstwertgefühl. Ein realistisches Selbstbild sowie die Identitätsentwicklung und -findung werden gefördert. Gefühle der Schuld, Andersartigkeit oder Verantwortlichkeit werden korrigiert. Biografiearbeit erleichtert den Betroffenen das Wahrnehmen neuer Chancen und ermöglicht ihnen eine selbstbestimmte Zukunft (vgl. Krautkrämer-Oberhoff 2013, S. 127-130).

4.8 Psychoedukation

Wie bereits in vorangegangenen Kapiteln erwähnt, nimmt Verstehen bei Verhaltensveränderungen einen großen Stellenwert ein. Psychoedukation zielt darauf ab, durch die Vermittlung von fundiertem Wissen das Selbst-Verständnis der Betroffenen zu erhöhen und in Folge ein positives Selbstkonzept zu ermöglichen. Traumatisierte Menschen leiden aufgrund ihrer Erfahrungen unter Scham, Schuld und Hilflosigkeit. Sie fühlen sich für das Geschehen verantwortlich und haben das Gefühl, nichts in ihrem Leben verändern und kontrollieren zu können. Dies führt zu einer negativen Einschätzung des Selbst. Psychoedukation im traumpädagogischen Kontext

bezeichnet die gezielte Weitergabe von Informationen über traumaspezifisches Fachwissen hinsichtlich physiologischer, neurobiologischer und psychischer Vorgänge, um zur Entlastung des/der Betroffenen beizutragen. Das Verstehen der Erkrankung und nötiger Behandlungsmethoden fördert die Krankheitsbewältigung. Das Wissen über dysfunktionale Symptomatiken wirkt störenden Erlebnis- und Handlungsmustern entgegen. Psychoedukation als Hilfsmittel zum eigenen Verständnis und Erkennen von Zusammenhängen gibt Betroffenen die Möglichkeit, traumatische Erfahrungen und Traumareaktionen zu akzeptieren und neu zu bewerten. Im Sinn des Konzepts des guten Grundes stellen Belastungsreaktionen eine normale Antwort auf traumatische Erfahrungen dar. Sie können als Versuch des Organismus zur Bewältigung des Erlebnisses, also als Überlebensstrategie, gewertet werden. Diese Sichtweise entlastet die Betroffenen von Stigmatisierungsängsten und führt zu einer Normalisierung von Folgestörungen. Die alters- und entwicklungsgemäße Aufklärung dieses Sachverhaltes korrigiert destruktive Selbstkonzepte („Ich bin verrückt“, „Ich bin anders“, „Ich bin schlecht“) und fördert die Wiederherstellung positiver Selbst-Zuschreibungen. Das Sinnverstehen und die veränderte Bewertung von traumabedingten Vorgängen schafft Distanz zur belastenden Vergangenheit und erhöht die Handlungsfähigkeit der Betroffenen (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 118-121)

5 Rahmenbedingungen und Methoden zur Entlastung des Helfersystems

Im letzten Kapitel des theoretischen Teiles werden zu Beginn die speziellen Anforderungen und belastenden Momente, die sich im Umgang mit lebensgeschichtlich belasteten Personen für die pädagogischen Fachkräfte ergeben, erläutert. Anschließend werden strukturelle Rahmenbedingungen und Unterstützungsangebote dargestellt, die als Hilfestellung zur Minimierung von Belastungen und Belastungsreaktionen der PädagogInnen dienen.

PädagogInnen sind bei der Arbeit mit traumatisierten Personen besonderen Belastungen, Gefahren und Risiken ausgesetzt. Resultierende Gefühle aus traumatischen Erfahrungen (Angst, Wut, Trauer, Verzweiflung) beeinflussen die Atmosphäre der Einrichtung. Diese Emotionen, die tiefgehend in der Seele der Betroffenen verankert sind, zeigen sich in unberechenbaren Verhaltensweisen oder in hohem Maße sexualisiertem, aggressivem oder provokativem Verhalten. Pädagogische Fachkräfte werden an ihre körperlichen und psychischen Grenzen getrieben, da sie mit emotionaler Abwehr, verbalen Abwertungen, Bedrohungen oder sogar tätlichen Angriffen konfrontiert werden. Sie finden sich in Re-Inszenierungen und Übertragungen der Traumatisierten wieder, wobei sie einmal die TäterInrolle einnehmen und ein anderes Mal die des Opfers. Gegenübertragungen können teils heftige Reaktionen auslösen, die ohne reflektorische Fähigkeiten nicht verstanden, zugeordnet und kontrolliert werden können (vgl. Lang 2013, S. 220-228). Empathie, die eine Grundvoraussetzung der Bindungsarbeit darstellt, birgt die Gefahr der Übernahme von negativen Gefühlen der Betroffenen. Die PädagogInnen erleben dann ebenfalls, wenn auch in abgeschwächter Weise, die Emotionen der Traumatisierten. Die bestehende destruktive Kraft der Traumata stört und verhindert die Bindungsarbeit. Betroffene wehren Bindungsangebote ab, was pädagogische Fachkräfte an ihren Kompetenzen zweifeln lässt. Rückfälle der Betroffenen führen zu großer Enttäuschung, Versagensängsten und Ohnmachtsempfinden („Das werde ich nie schaffen“). Die tägliche Arbeit mit Traumatisierten kann einen großen Einfluss auf

das Privatleben der PädagogInnen haben. „Für die PädagogInnen trifft zu, dass das Privatleben weniger privat ist und die Freizeit weniger frei als in anderen Berufen.“ Die traumapädagogische Arbeit kann auf die Beziehung zum Lebenspartner, den eigenen Kindern oder Freunden einwirken. *„Ich hatte Phasen, in denen ich nichts anderes lesen konnte als Bücher über Missbrauch. Da fing es dann an, nicht mehr gesund zu sein.“*

Ständige bewusste und unbewusste psychische Belastungen schränken die Handlungsfähigkeit und somit die Selbstwirksamkeitsüberzeugung der pädagogischen Fachkräfte signifikant ein, was zu Arbeitsunzufriedenheit und, im schlimmsten Fall, zu Arbeitsunfähigkeit führen kann (vgl. Weiß 2013, S. 202-215). Menschen, die in Helfersystemen tätig sind, haben ein besonders hohes Risiko, an Depressionen oder Burn-Out zu erkranken. Für jene die tagtäglich mit (chronisch) traumatisierten Menschen arbeiten, besteht zusätzlich die Gefahr einer sekundären Traumatisierung.

„Unter sekundärer Traumatisierung versteht man die „Ansteckung“ mit typischen posttraumatischen Symptomen im Verlauf der Arbeit mit traumatisierten Menschen. Es handelt sich dabei um eine übertragene Traumatisierung, die zustande kommt, obwohl der Therapeut nicht selbst mit dem traumatischen Ereignis konfrontiert ist. Andere Begriffe dafür sind in der Literatur:

vicarious traumatization (stellvertretende Traumatisierung)

compassion fatigue (Mitempfindes-Müdigkeit).“ (Peichl o.J.)

Nach Daniels (2007) darf eine sekundäre Traumatisierung unter keinen Umständen als Zeichen von Unprofessionalität oder Inkompetenz der PädagogInnen verstanden werden, sondern als „Resultat traumatogener Informationsverarbeitung auf der Basis ausgeprägter Empathiefähigkeit.“ (Friedrich & Scherwath 2012, S. 181)

Eine aktuelle Studie der Uni Hamburg hat sich mit dem Thema „Prävalenz von Sekundärer Traumatisierung in der Kinder- und Jugendhilfe“ auseinandergesetzt. In dieser Studie wurden insgesamt 108 sozialpädagogische Fachkräfte, die in ambulanten und stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen tätig sind, zu den stärksten Belastungen innerhalb ihrer Arbeit und dem Auftreten verschiedener Reaktionen

befragt. Die Auswertung der Daten ergab, dass 16% der Befragten in ihrer beruflichen Laufbahn unter Symptomen einer sekundären Traumatisierung litten oder aktuell leiden. Inkludiert sind dabei aber noch nicht jene Fälle, die unter hoher (subjektiver) Belastung leiden, wo aber noch keine sekundäre Traumatisierung diagnostiziert werden kann (vgl. ebd., S. 183-185).

Diese erschreckend hohen Werte zeigen, dass ein eindeutiger Handlungsbedarf besteht. Zur Entlastung und Unterstützung der PädagogInnen sind die Entwicklung umfassender Handlungskonzepte und deren Umsetzung in der pädagogischen Praxis notwendig. Denn nur stabile, sichere und handlungsfähige pädagogische Fachkräfte sind in der Lage, die wertvolle und bedeutende Arbeit für und mit lebensgeschichtlich belasteten Personen zu leisten.

5.1 Unterstützungsangebote auf der Ebene der Einrichtung und Leitung

Es liegt in der Verantwortung der Einrichtung, strukturelle Rahmenbedingungen zu schaffen, die der Unterstützung und Entlastung der pädagogischen Fachkräfte dienen. Auf die Bedürfnisse der PädagogInnen muss eingegangen werden, um zu deren Stabilisierung und Wohlbefinden am Arbeitsplatz beizutragen. Dies stellt eine Grundvoraussetzung für qualitativ wertvolles pädagogisches Handeln dar. Die folgenden Unterstützungs- und Fördermaßnahmen sind analog zu traumapädagogischen Konzepten, die im Umgang mit Traumatisierten zum Einsatz kommen. Pädagogische Fachkräfte müssen sich in ihrer Arbeit sicher fühlen. Einrichtungen müssen daher für die körperliche und psychische Unversehrtheit ihrer MitarbeiterInnen Sorge tragen. Weiters ist die Bereitstellung von eigenen Büros oder Dienstzimmern als Rückzugsort oder als Ort zum Energietanken wichtig. Die Gestaltung dieses Raumes sollte in den Händen der PädagogInnen liegen, indem sie durch angenehme Düfte, beruhigende Farben oder positive Bilder einen eigenen sicheren Ort innerhalb der Einrichtung schaffen (vgl. Lang 2013, S. 224). Einen besonderen

Stellenwert nehmen Fort- und Weiterbildungen ein. Eine fortlaufende Qualifizierung der PädagogInnen im Rahmen von Fachtagungen, Fort-, Weiter- und Ausbildungen dient einerseits der Erweiterung der Fachkompetenz und erhöht andererseits deren Erleben von Professionalität (vgl. Weiß 2013, S. 243). Die Bereitstellung kontinuierlicher Supervisionen, die sich nicht nur an Krisen orientieren, fördert die Qualitätssicherung pädagogischen Handelns und wirkt Überforderungen und Belastungen der MitarbeiterInnen entgegen. Neben teaminternen Supervisionen sollten auch (externe) Einzelsupervisionen stattfinden. Der/die SupervisorIn sollte über umfassende traumaspezifische Kenntnisse, sowie Wissen über Belastungsreaktionen und Belastungsstörungen des Helfersystems (Burn-Out, Sekundäre Traumatisierung) verfügen, um den PädagogInnen wirklich helfen zu können (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 196). Die Leitung nimmt eine bedeutende Rolle bei der Förderung der PädagogInnen ein. Folgende Haltungen beziehungsweise Prinzipien sind zur Unterstützung und Entlastung der MitarbeiterInnen nötig:

- **Transparenz:** Alle Entscheidungen, Konzepte und Planungen der Leitungsebene müssen den PädagogInnen verständlich mitgeteilt werden, sodass diese für sie einschätzbar und nachvollziehbar sind.
- **Partizipation:** Die Teilhabe an und die Mitgestaltung von Prozessen, Richtlinien und Handlungsleitfäden fördern die Selbstwirksamkeit der PädagogInnen.
- **Individualisierung:** Die besonderen Belastungen der traumatisierten Personen benötigen individuelle Unterstützungs- und Hilfsangebote. Die PädagogInnen sollten dabei gefördert werden, eigene kreative und hilfreiche Wege zu gehen, um den speziellen Bedürfnissen der Betroffenen nachkommen zu können. Das Wissen, neue Ansätze auszuprobieren zu dürfen, erweitert deren Handlungs- und Gestaltungsspielräume.
- **Individualität:** Die individuellen Eigenschaften, Eigenheiten und Einstellungen der pädagogischen Fachkräfte müssen als wertvolle Ressource betrachtet werden, die in die Arbeit mit den Betroffenen integriert werden sollte.

Die Leitung muss gegenüber ihren MitarbeiterInnen offen, empathisch, ehrlich und zuverlässig sein. Unter dem Fürsorgeaspekt ist es die Aufgabe der Leitung, den PädagogInnen Sicherheit und in Krisen Halt zu geben.

Das Veranstellen von Teamtage fördert die Teamkultur und folglich ein positives und angenehmes Arbeitsklima. Im Rahmen verschiedener Spiele oder Übungen kann der Schutzfaktor „Team“ gestärkt werden. Besonders erlebnispädagogische Einheiten haben hierbei eine breitgefächerte Wirkung. Neben der Festigung der Teamstärke und -zugehörigkeit dienen solche Einheiten der Stabilisierung sowie der Förderung der Wahrnehmung, der Emotionsregulation, der Resilienz und Selbstwirksamkeit der PädagogInnen. Es ist die Pflicht der Einrichtung beziehungsweise Leitung, ihre MitarbeiterInnen ganzheitlich zu unterstützen und zu fördern, damit diese gern zur Arbeit kommen und ihre Tätigkeiten zufrieden und professionell verrichten können. Denn die eigene verinnerlichte Stabilität, Sicherheit und Selbstwirksamkeit kann im Umgang mit traumatisierten Personen auch offen gelebt und vorgezeigt werden (vgl. Lang 2013, S. 222-223).

5.2 Unterstützungsangebote auf der Teamebene

Das unmittelbare Arbeitsteam und die Atmosphäre, die innerhalb der Mitglieder herrscht, haben einen immensen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit der Einzelnen (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 193). Gute Teamarbeit kann als Kraftquelle zur Stabilisierung in Zeiten hoher Anspannung bewertet werden (vgl. Weiß 2013, S. 237). Unter den MitarbeiterInnen sollte eine Unterstützungskultur gelebt werden, in der ehrliche und aufrichtige Kommunikation und Kooperation stattfindet. Schwierigkeiten in der pädagogischen Arbeit, Belastungen oder womöglich auch Probleme privater Natur sollen offen angesprochen werden können. Empathie, gegenseitige Wertschätzung, aktives Zuhören und Geben von Rückmeldungen oder Ratschlägen fördern das Sicherheits- und Wohlbefinden der PädagogInnen. Die pädagogischen Fachkräfte sollten sich gegenseitig bei der Selbstfürsorge oder Selbstreflexion

unterstützen. Eine weitere Aufgabe des Teams ist, sich gegenseitig an Grenzen zu erinnern, um Überforderung vorzubeugen. Das Schaffen von Ritualen innerhalb des Teams (zum Beispiel Kaffee trinken vor Dienstbeginn) schafft ein Zusammengehörigkeitsgefühl. Eine transparente und wertschätzende Teamkultur, die als Rückzugsort fungiert, stellt einen bedeutenden Schutzfaktor für Unsicherheiten und Belastungen dar (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 193-194).

5.3 Methoden zur Entlastung auf der persönlichen Ebene

Es ist die Pflicht jedes/jeder einzelnen Pädagogen, auf das eigene psychische und körperliche Wohlbefinden zu achten und dieses aktiv zu fördern. Einerseits um seiner/ihrer selbst willen und andererseits, um die besonderen Herausforderungen im pädagogischen Alltag mit traumatisierten Menschen bewältigen zu können.

Die beiden Methoden Selbstfürsorge und Selbstreflexion stellen zwei Grundlagen zur persönlichen Stabilisierung und Minimierung beziehungsweise Verhinderung von Belastungen dar. Da sich die bereits erwähnten pädagogischen Grundkompetenzen mit diesen Methoden decken, verweise ich nun auf das Kapitel „Basiskompetenzen der PädagogInnen“.

Um spezifische berufliche Belastungen bewältigen zu können, müssen im Rahmen der Psychohygiene folgende Ressourcen gefördert beziehungsweise gestärkt werden:

- „Die Fähigkeit der Affektregulation und Selbstberuhigung zum Schutz vor überflutenden Emotionen,
- Die Fähigkeit zur Selbstannahme, also eines liebevollen Umgangs mit sich selbst und,
- Das Erleben von Kontrolle und Steuerungsmöglichkeiten (Selbstwirksamkeit)“.

Um sich von negativen Gedanken und Gefühlen zu distanzieren, können ähnliche Stabilisierungstechniken verwendet werden, die bei traumatisierten Personen zum Einsatz kommen. Die Anwendung von verschiedenen Imaginationsübungen, wie zum

Beispiel die des „inneren Gartens“ (siehe Anhang 1), ermöglicht eine Re-Fokussierung auf das Hier und Jetzt. Eine Möglichkeit, um sich vor überflutenden Gefühlen zu schützen, stellt die *5-4-3-2-1- Übung* dar. Die Aufmerksamkeit muss auf 5 Dinge innerhalb der Umgebung/des Raumes gerichtet werden, die man sehen kann und die einen nicht beunruhigen. Nun wird die Aufmerksamkeit auf 5 Dinge gerichtet, die man hören kann und die einen nicht beunruhigen, nun auf 5 Dinge, die man spüren kann und die einen nicht beunruhigen. Anschließend richtet man den Fokus auf 4 Dinge, die man sehen kann und die einen nicht beunruhigen (das kann, müssen aber nicht die gleichen Dinge sein). Danach wird die Aufmerksamkeit auf 4 Dinge gerichtet, die man hören kann und die einen nicht beunruhigen und schlussendlich auf 4 Dinge, die man spüren kann und die einen nicht beunruhigen. Dies wird nun mit 3 Dingen, 2 Dingen und einem einzelnen Ding weitergeführt (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 185-188).

Das eigene Selbst annehmen zu können ist für ein wertschätzendes Miteinander im traumapädagogischen Kontext überaus bedeutend. Nur wenn man sich selbst akzeptieren kann, ist man auch in der Lage, die Gedanken, Gefühle und Handlungen anderer zu akzeptieren. Die Erstellung eines *Lobtagebuchs* dient als Hilfestellung, um sich der eigenen Fähigkeiten/Fertigkeiten und positiven Eigenschaften in Momenten, in denen man sich wertlos und unfähig fühlt, wieder bewusst zu werden. Am Ende jedes Tages sollte im Lobtagebuch dokumentiert werden, wofür man sich heute loben kann, dies betrifft Dinge sowohl innerhalb des Berufs- als auch des Privatlebens. Weiters sollten alle jene Momente/ Dinge notiert werden, die man an diesem Tag besonders angenehm gefunden oder genossen hat. Zur Stärkung der Selbstannahme sollte das Lobtagebuch regelmäßig hervor geholt und gelesen werden, um sich die eigene Leistungen, Fähigkeiten und Stärken zu vergegenwärtigen. Die Auflistung der Dinge, die man genossen hat, können als positive Anker bewusst in den Alltag integriert werden, um die eigene Zufriedenheit und Ausgeglichenheit zu erhöhen.

Das psychische Wohlergehen ist von dem Empfinden, dass die eigenen Handlungen und Entscheidungen etwas bewirken, sprich dass man das eigene Leben und die eigene Umwelt beeinflussen kann, abhängig. In der Arbeit mit traumatisierten Personen kann

die Selbstwirksamkeit aufgrund von Rückfällen der Betroffenen, stark beeinträchtigt werden. Um die Selbstwirksamkeit zu stärken, ist absolut alles, was die eigenen Fähigkeiten und Ressourcen stärkt und infolgedessen positive Erfahrungen ermöglicht, dienlich (siehe Kapitel 4.4. Stabilisierung und Ressourcenaktivierung) (vgl. ebd., S. 190-192). Um sich die Wirkung des eigenen Verhaltens bewusst zu machen, dient die folgende Übung.

1.) Wählen Sie eine (erfolgreiche) Situation aus der Vergangenheit aus, die Sie so beeinflusst haben, wie Sie wollten.

2.) Um welche Situation handelt es sich? Was war erfolgreich? Erinnern Sie sich an so viele Details wie möglich.

Was haben Sie dazu beigetragen, um die Situation erfolgreich zu beeinflussen? Erinnern Sie sich an so viele Details wie möglich (vgl. Röschmann 2008).

II Empirischer Teil

6 Forschungsdesign

Im ersten Kapitel des empirischen Teiles werden sowohl die Forschungsfragen, als auch das Ziel der vorliegenden Arbeit vorgestellt, welche die Basis des gesamten Forschungsvorhabens darstellen.

6.1 Darstellung der Forschungsfragen

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit den folgenden zwei Forschungsfragen:

- 1.) Welche traumapädagogischen Methoden stehen pädagogischen Fachkräften zur Behandlung von traumatisierten Personen, am Beispiel der traumapädagogischen Facheinrichtung ReethiRa, zur Verfügung?

- 2.) Welche Rahmenbedingungen und Methoden wirken Überlastungen des Helfersystems im Rahmen der Arbeit mit traumatisierten Personen, entgegen?

6.2 Ziel der Forschungsarbeit

Ziel dieser Arbeit ist eine Bestandsaufnahme traumapädagogischer Methoden zur Behandlung lebensgeschichtlich belasteter Menschen sowie die Darbietung von Umsetzungsmöglichkeiten in der pädagogischen Praxis. Die Darstellung von pädagogischen Grundhaltungen und Leitprinzipien dient als Anleitung für den Umgang mit Traumatisierten. Es werden Methoden und konstruktive Rahmenbedingungen aufgezeigt, die der Entlastung der PädagogInnen dienen sollen.

7 Beschreibung der Erhebungsmethode

In diesem Kapitel erfolgt die Vorstellung der Erhebungsmethode, dem problemzentrierte ExpertInnen-Interview, welches zur Datengewinnung verwendet wurde. Weiters wird der Vorgang der Leifaden-Erstellung dargelegt und die entstanden Kategorien aufgezeigt.

Um die Forschungsfragen zu beantworten, wurde eine qualitative Forschungsmethode - das problemzentrierte ExpertInnen-Interview, ausgewählt. Ehe ich näher auf die verwendete Methode eingehe, werde ich begründen, warum ich mich für eine qualitative Methodik entschied.

Das Interesse der qualitativen Sozialforschung liegt auf der Erfassung sozialer Realitäten. Der Forschungsgegenstand umfasst „alltags- bzw. lebensweltliche Phänomene, Probleme und Prozesse sowie deren Ausdruck in den Sichtweisen, Aushandlungs- und Präsentationsformen der involvierten Akteure.“ (Mey & Mruck 2010, S. 37) „Qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten von „innen heraus“ aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben.“ (Flick/ Von Kardorff & Steinke 2008, S. 14) Die Erhebung der Daten findet im Feld, also in Alltagssituationen der ForschungspartnerInnen, mittels qualitativer Befragung, Beobachtung oder non-reaktiven Verfahren (Aktenanalyse, Archive, Dokumente, Tagebücher usw.), statt (vgl. Bortz & Döring 2006, S. 308). Im Gegensatz zur quantitativen Forschung spielt der/die Forschende im qualitativen Forschungsprozess eine wichtige Rolle. Die Interaktionen zwischen dem/der Forschende/n und dem/der ForschungspartnerIn sowie die subjektive Wahrnehmung des/der ForscherIn sind bedeutende Bestandteile der Erkenntnisgewinnung (vgl. Flick/ Von Kardorff & Steinke 2008, S. 25). Qualitative Methoden ermöglichen, im Vergleich zu quantitativen, eine niedrigere Anzahl an TeilnehmerInnen, doch die ForscherInnen erlangen ein wesentlich „konkreteres und plastischeres Bild“ der individuellen Lebenslagen und Lebenswelten der ForschungspartnerInnen (vgl. ebd., S. 17).

7.1 Das problemzentrierte ExpertInnen- Interview

Das problemzentrierte Interview (PZI) wurde 1982 von Andreas Witzel entwickelt. Methodologisch wird es dem Symbolischen Interaktionismus und der theoriegenerierenden „Grounded Theory“ von Glaser und Strauss (1967) zugewiesen. Das PZI wird zur Erfassung von subjektiven Wahrnehmungen und Einstellungen zu bestimmten Sachlagen oder eben Problemen eingesetzt. Die Kombination von deduktivem und induktivem Vorgehen bei den Erhebungs- und Auswertungsverfahren kann als Grundprinzip dieser Methode verstanden werden. Das PZI kann aufgrund der offenen und erzähl-generierenden Fragen den halbstandardisierten Interviews zugeordnet werden. Ergänzende Instrumente des problemzentrierten Interviews sind der Kurzfragebogen, Tonbandaufzeichnungen, der Interview-Leitfaden und das Postskriptum. Mithilfe des Kurzfragebogens können sozialdemographische Daten der Befragten vorab erfasst werden, um ein Frage-Antwort-Schema innerhalb des Interviews zu vermeiden. Tonbandaufzeichnungen zielen auf eine genaue Erfassung der Antworten ab, welche zu einem späteren Zeitpunkt transkribiert werden. Der/die Forschende hat dadurch die Möglichkeit, sich vermehrt auf die non-verbale Kommunikation des/der Befragten zu konzentrieren. Ein Interview-Leitfaden dient dem/der ForscherIn als Orientierungsrahmen und, im Laufe des Gesprächs, als Gedächtnisstütze. Die Fragen des Leitfadens werden von dem Vorwissen des/der Forschenden abgeleitet (Vorstrukturierung). Die Anfertigung eines Postskripts nach dem Interview dient der Dokumentation von non-verbale und situativen Aspekten des Interviewprozesses sowie persönlichen Anmerkungen und vorläufigen Interpretationen (vgl. Witzel 2000).

Nach Witzel gibt es drei Prinzipien, die dem problemzentrierten Interview zugrunde liegen:

- Problemzentrierung: Im Vorfeld orientiert sich der/die Forschende an einer „gesellschaftlich relevanten Problemstellung“. Im Rahmen der Vorinterpretation wird dessen Grundstruktur analysiert. Das Vorwissen des/der Forschenden dient nun der Generierung von Fragestellungen (vgl. ebd.).

- Gegenstandsorientierung: „Die Gegenstandsorientierung betont die Flexibilität der Methode gegenüber den unterschiedlichen Anforderungen des untersuchten Gegenstands.“ Unterschiedliche Methoden können zur Erfassung des Forschungsgegenstandes herangezogen werden. Je nachdem, welcher Zugang für die Problemstellung am günstigsten erscheint, kann eine Gruppendiskussion, ein narratives Interview oder ein standardisierter Fragebogen zur Datengewinnung eingesetzt werden. Weiters können Gesprächstechniken flexibel angewandt werden, um sich den sprachlichen Kompetenzen des/der Befragten optimal anzupassen. Der/die Forschende kann dabei unter zum Beispiel einer narrativen, erzählgenerierenden Fragetechnik oder strukturiertem Nachfragen im Sinne des Dialogverfahrens wählen (vgl. Reinders 2012, S. 102).

- Prozessorientierung: Dieser Zugang bezieht sich auf den gesamten Forschungsablauf und die Vorinterpretation des/der Forschenden. Da sich der Forschungsprozess des PZI durch Offenheit und Flexibilität auszeichnet, steht es dem/der Forschenden frei, Fragen des Leitfadens zu entfernen oder neue Fragen hinzuzufügen. Die ist ganz von den Informationen des/der Befragten abhängig. Innerhalb des Interviews werden neue Aspekte des Themas zutage gefördert oder bereits getätigte Aussagen korrigiert, was Veränderungen hinsichtlich der Fragstellung nötig machen kann (vgl. Witzel 2000).

Das ExpertInnen-Interview ist eine gängige Methode der qualitativen Sozialforschung und stellt eine Variante der Leitfaden-Interviews dar. Unter ExpertInnen werden jene Personen verstanden, die in einem Themenbereich über einen Wissensvorsprung verfügen. Dieser Wissensstand ist von Alltagswissen deutlich abzugrenzen. Eine Person ist dann ein/e ExpertIn, wenn er/sie Spezialkenntnisse besitzt, die er/sie zwar nicht als Einzige/r hat, welche aber nicht jedem zugänglich sind. Es liegt in der Verantwortung des/der Forschenden, sich intensiv mit der Definition beziehungsweise dem Begriff „ExpertIn“ vor der Wahl der Interview-PartnerInnen auseinanderzusetzen, um nicht zu einen inflationären Gebrauch des ExpertInnenbegriffs beizutragen (vgl. Pickel/ Pickel/ Lauth & Jahn u.a. 2009, S. 466-467).

7.2 Erstellung des Interview-Leitfadens

Der Interview-Leitfaden ist ein Erhebungsinstrument der qualitativen Forschung. Er dient dem/der Forschenden als Gerüst bei der folgenden Datenerhebung und der Analyse der gewonnenen Daten. Der/die InterviewerIn hat die Freiheit, selbst zu entscheiden, wann welche Frage gestellt wird. Weiters können neue Fragen, die sich während des Interviews ergeben, in den Leitfaden miteinbezogen werden. Ein Interview-Leitfaden dient dem/der Forschenden zur Orientierung und verhindert das Vergessen oder Übersehen von Fragestellungen. Ein weiterer Vorteil des Leitfadens ist die höhere Vergleichbarkeit bei mehreren Interviews, da immer dieselben Fragen gestellt und somit ähnliche Informationen erhoben werden können (vgl. Gläser & Laudel 2009, S. 142-143).

Für die vorliegende Arbeit wurde ebenfalls ein Interview-Leitfaden entwickelt (siehe Anhang 2). Die Fragestellungen des Leitfadens wurden nach gründlicher Literaturrecherche von der Theorie abgeleitet. Am Anfang des Leitfadens stehen Einstiegsfragen zur Ermittlung wichtiger Hintergrundinformationen. Diese umfassen:

- 1.) Die Qualifikationen der Interview-Partnerinnen,
- 2.) Die Darstellung der Einrichtung hinsichtlich Zielgruppe, Behandlungs- und Betreuungsziele sowie Traumata und dysfunktionale Verhaltensweisen beziehungsweise Störungen der KlientInnen und
- 3.) die Kooperation mit der psychotherapeutischen Disziplin.

Die Fragestellungen des Leitfadens zielen darauf ab, jene Methoden und Rahmenbedingungen zu erfassen, die einerseits der Behandlung traumatisierter Menschen dienen und andererseits zur Vermeidung von Überforderungen und Belastungen des Helfersystems eingesetzt werden können. Dabei entstanden zwei Überkategorien sowie drei Subkategorien.

Überkategorie 1	Traumabehandlung
Subkategorie 1	- Traumapädagogische Methoden
Subkategorie 2	- Haltung und Kompetenzen

Subkategorie 3	- Traumapädagogische Konzepte und Prinzipien
Überkategorie 2	Methoden zur Entlastung des Helfersystems

Tabelle 5: Kategorienübersicht

8 Forschungsablauf

In diesem Kapitel wird die Kontaktaufnahme mit den InterviewpartnerInnen skizziert. Infolgedessen werden die InterviewteilnehmerInnen und die Erhebungsinstitution vorgestellt.

8.1 Darstellung der Kontaktaufnahme mit den InterviewteilnehmerInnen

Die Kontaktaufnahme mit der Facheinrichtung ReethiRa gestaltete sich sehr unkompliziert. Per E-Mail trug ich der Geschäftsführerin der Einrichtung mein Anliegen vor und bekam die sofortige Rückmeldung, die Unterstützung der PädagogInnen zu erhalten. Anschließend nahm ich mit drei Betreuerinnen persönlich Kontakt auf und vereinbarte Termine, an denen die Interviews stattfinden sollten. Dann ließ ich den Betreuerinnen den ausgearbeiteten Leitfaden zukommen, um sich auf das Interview ein wenig vorbereiten zu können. Bevor die Interviews angingen, fasste ich noch einmal kurz das Thema meiner Masterarbeit zusammen und gab Informationen bezüglich des Interviewablaufes. Die Interviews wurden mit Hilfe eines Tonbandgerätes aufgenommen. Die Datenerhebungen wurden schließlich am 6. April, 7. April und 12. April 2015 durchgeführt.

8.2 Darstellung der InterviewteilnehmerInnen und der Erhebungsinstitution

Aus Gründen des Datenschutzes werden die Namen der Interviewteilnehmerinnen, sowie die Namen anderer Personen, die während der Datenerhebung genannt wurden, anonymisiert.

Es erklärten sich drei Bezugsbetreuerinnen des Wohnhaus ReethiRa bereit, an meinem Forschungsvorhaben teilzunehmen. Im Folgenden werde ich kurz die Qualifikationen der Pädagoginnen umreißen:

P1: Abschluss Kolleg für Sozialpädagogik (zweijährig, Graz), Diplomierte Traumapädagogin (Ausbildung durch das österreichische Traumapädagogikzentrum im Rahmen der Tätigkeit im ReethiRa)

P2: Abschluss Studium Soziale Arbeit an der FH Joanneum (Graz) , Diplomierte Traumapädagogin (Ausbildung durch das österreichische Traumapädagogikzentrum im Rahmen der Tätigkeit im ReethiRa)

P3: Bachelor Volksschullehramt an der Pädagogischen Hochschule (Graz), Abschluss Gender Studies an der Karl Franzens Universität (Graz), Diplomierte Traumapädagogin (Ausbildung durch das österreichische Traumapädagogikzentrum im Rahmen der Tätigkeit im ReethiRa).

Darstellung des Wohnhaus ReethiRa

Das Wohnhaus ReethiRa ist Österreichs erste traumapädagogische Facheinrichtung für Mädchen und junge Frauen mit Traumafolgeerkrankungen. Die Zielgruppe umfasst junge Frauen im Alter von 16 bis 30 Jahren. Es handelt sich um ein vollzeitbetreutes Wohnen für Menschen, die nach negativen und traumatischen Erfahrungen Hilfe und Unterstützung suchen. ReethiRa bietet ihren Bewohnerinnen einen äußeren sicheren Rahmen, in dem sie lernen, ihre störenden Verhaltensweisen zu erkennen und durch alternative Handlungsmuster mittels eines Konzepts aus Pädagogik und Traumatherapie zu ersetzen. Die neu erlernten Handlungsweisen werden mit der/dem jeweiligen BezugsbetreuerIn in der „Realität“ erprobt, um so ein selbstbestimmtes Leben zu fördern. Der Aufenthalt beziehungsweise die Dauer der Rehabilitation beträgt in etwa 18 Monate. Folgende Problembereiche werden im ReethiRa behandelt:

- „PTBS/komplexe PTBS
- AD(H)S
- Dissoziative Störung
- Essstörungen
- Selbstverletzendes Verhalten, suizidale Krisen
- Selbstschädigendes Verhalten
- Suchtmittelabhängigkeit/ Polytoxikomanie
- Störung des Selbstwertgefühls
- Anpassungsprobleme
- Strafrechtliche Delikte, Haftaufenthalt
- Unkontrollierbare Aggressionsausbrüche
- Keine abgeschlossene Schul- und/oder Berufsausbildung.“ (Verein Ubuntu 2011)

Zu den Behandlungs- und Betreuungszielen des ReethiRa zählen:

- „Rückkehr in ein normales Leben
- Selbstständige Wohnversorgung
- Existenzsicherung
- Integration in den Arbeitsmarkt
- Schuldenregulierung
- Deliktbearbeitung, positive Absolvierung von Bewährungsauflagen
- Suchtmittelfreiheit und/oder stabile Substitutionseinstellung
- Störende Verhaltensweisen erkennen
- Alternative Handlungsmuster entwickeln
- Erarbeitung einer realistischeren Lebenseinstellung
- Wahrnehmen von und Umgehen mit eigenen Emotionen
- Ich-Findung und Definition des eigenen Rollenbildes
- Stärkung des Selbstbewusstseins durch eigene Erfolge
- Fertigkeiten zur Bewältigung von Lebenskrisen entwickeln
- Verantwortung für ein selbstbestimmtes Leben übernehmen
- Verrichtung von alltäglichen Fertigkeiten
- Aktive Lebens- und Freizeitgestaltung.“ (Verein Ubuntu 2011)

9 Datenanalyse

In diesem Kapitel erfolgt die Darstellung der Transkription sowie des dabei verwendeten Regelsystems. Anschließend wird die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring beleuchtet, die im Rahmen des Forschungsvorhabens als Auswertungsmethode zum Einsatz kam.

9.1 Transkription der Daten

Die erhobenen Daten müssen vor der Auswertung transkribiert, also verschriftlicht werden. Es existieren keine allgemein gültigen Transkriptionsregeln. Ob ein einfaches oder detailliertes Transkript besser geeignet ist, hängt vom dem Untersuchungsziel ab. Liegt der Fokus rein auf dem Inhalt des Gesagten, kann auf die Aufzeichnung von para- und nonverbalen Ausdrücken, Veränderung der Tonhöhen oder der Sprechgeschwindigkeit der InterviewpartnerIn verzichtet werden. Vor Beginn der Transkription ist es deswegen erforderlich, den Transkriptionsgrad festzulegen und sich bei allen weiteren Verschriftlichungen daran zu halten. Weiters müssen alle Transkripte einem einheitlichen Regelwerk unterliegen (vgl. Dresing & Pehl 2013, S. 17-21).

Bei der Transkription der Interviews in der vorliegenden Arbeit wurde auf ein detailliertes Regelsystem verzichtet, da der thematische Inhalt des Gesagten im Vordergrund lag, das bedeutet, nonverbale Äußerungen wurden nicht in das Transkript aufgenommen. Vor Beginn der Transkriptionen wurden folgende Regeln aufgestellt:

- Das Interview wurde in das Hochdeutsche übersetzt, außer wenn eine eindeutige Übersetzung nicht möglich war oder es eine Veränderung des Inhalts zur Folge hätte.
- Wortverschleifungen („Das hamma gmacht“) wurden dem Schriftdeutsch angepasst („Das haben wir“).
- Wortabbrüche, Wortdoppelungen oder „ähm“ wurden nicht transkribiert.

- Längere Pausen oder Unterbrechungen wurden klar gekennzeichnet.
- Unverständliche Passagen wurden durch diese Markierung (?) gekennzeichnet.
- Die Namen der InterviewpartnerInnen sowie alle Namen, die innerhalb des Interviews genannt wurden, wurden anonymisiert.

Im Anhang der Arbeit wurde ein Transkript exemplarisch abgebildet (siehe Anhang 3).

9.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Für die Auswertung der gewonnenen Daten wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring verwendet.

Die qualitative Inhaltsanalyse ist eine Auswertungsmethode zur systematischen, theorie- und regelgeleiteten Analyse „fixierter Kommunikation“, wie zum Beispiel Interview-Transkripte, Dokumente oder Videobänder. Die qualitative Inhaltsanalyse stellt eine Kombination aus der quantitativen Inhaltsanalyse und qualitativen offenen Auswertungsverfahren dar. Neben der inhaltlichen Analyse eines Textes können ebenso latente Zusammenhänge, Sinnstrukturen und kontextuale Bedingungen konstruiert und interpretiert werden (vgl. Mayring 2000)

Mayring entwickelte ein konkretes Ablaufmodell, mit dessen Hilfe das zugrunde liegende Textmaterial in Schritten analysiert werden kann:

- Festlegung des Materials. Hierbei geht es darum, herauszufinden, welche Textstellen des Materials der Beantwortung der Fragestellung dienen.
- Analyse der Entstehungssituation: Die Situation, in der das Interview stattfand, wird hinsichtlich der Rahmenbedingungen, dem sozio-kulturellen Hintergrund und den emotionalen und kognitiven Befindlichkeiten aller anwesenden Personen dargestellt.
- Formale Charakteristika des Materials: Diese Beschreibung bezieht sich auf das Regelsystem der Transkription, sprich welche Elemente in den verschriftlichten Text aufgenommen wurden (Tonhöhe, Sprechgeschwindigkeit, Betonungen).

- Richtung der Analyse: Auf dieser Stufe muss bestimmt werden, auf welchen Teil/ Aspekt sich die Analyse bezieht.
- Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung: Die theoriegeleitete Fragestellung wird nun in Unterfragestellungen differenziert.
- Bestimmung der Analysetechnik(en) und Festlegung des konkreten Ablaufmodells: Auf dieser Stufe wird die Form der Analyse bestimmt. Mayring unterscheidet zwischen drei Grundformen, der Zusammenfassung, der Strukturierung und der Explikation (vgl. Mayring 1993, S. 43-53).

Bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse wird das Textmaterial so reduziert, dass die grundlegenden Inhalte erhalten bleiben, aber ein überschaubareres Bild entsteht. Die strukturierende Inhaltsanalyse dient dem Herausfiltern bestimmter Kriterien. Nun können Kategoriensysteme abgeleitet werden, die die grundlegenden Inhalte des Textes beinhalten. Bei der explizierenden Inhaltsanalyse werden zusätzliche Texte herangezogen, um zu einem besseren Verständnis des Grundmaterials zu gelangen (vgl. ebd., S. 54-55).

Für die Auswertung meiner Daten entschied ich mich für die strukturierende Analysetechnik. Der Grund dafür ist, dass man durch diese Form eine gewisse Strukturierung des Materials, mithilfe eines Kategoriensystems herausarbeiten kann. Die Kategorien stellen anschließend die zentralen Inhalte aller Texte dar.

„Der zentrale Aspekt ist die Festlegung der Strukturierungsdimensionen für die Kategorien. Diese müssen projektbezogen aus der Fragestellung abgeleitet und theoretisch begründet werden.“ (Mayring 1993, S. 83) Um das Material Kategorien zuordnen zu können, ist eine exakte Definition der Kategorien nötig sowie das Darbieten von Ankerbeispielen (Textstellen), die die Beschreibung der Kategorien verdeutlichen.

Mayring differenziert die strukturierende Analysetechnik noch einmal in vier mögliche Strukturierungsvarianten, der formalen, inhaltlichen, typisierenden und skalierenden Strukturierung (vgl. ebd., S. 77-79).

Für meine Datenauswertung wurde die inhaltliche Strukturierung herangezogen, da bestimmte Aspekte oder Themenblöcke aus den Texten herausgefiltert und in Kategorien zusammengefasst werden können. Diese Kategorien verweisen direkt auf die theoriegeleiteten Forschungsfragen, welche nun beantwortet werden können. Ziel der inhaltlichen Strukturierung ist die Zusammenfassung und Zuordnung von Themen, Inhalten oder Aspekten in Überkategorien und möglichen Subkategorien. Nachdem die Texte mithilfe des Kategoriensystems bearbeitet wurden, wird das nun paraphrasierte Material zuerst pro Unterkategorien und schließlich pro Hauptkategorie zusammengefasst (vgl. Mayring 1993, S. 83).

Die Kategorien wurden anhand eines Codebaums unter Zuhilfenahme des Softwareprogramms für qualitative Datenanalyse MAXQDA erfasst.

10 Darstellung der Ergebnisse

Im letzten Kapitel der vorliegenden Arbeit werden sämtliche Ergebnisse, die im Rahmen der Datenerhebung gewonnen und anschließend ausgewertet wurden, vorgestellt. Die dargestellten Ergebnisse dienen der Beantwortung der Forschungsfragen.

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt nach den aufgezeigten Kategorien (siehe Kapitel 7.2.). Die Kategorien wurden ausgewertet und mit der bestehenden Theorie dieser Arbeit in Verbindung gebracht. Grundlage der Daten sind drei leitfadengestützte Expertinnen-Interviews der Pädagoginnen der Facheinrichtung ReethiRa. Die Aussagen der Befragten wurden zusammengefasst und einzelne Textpassagen zur Veranschaulichung herangezogen. Einige Aussagen wurden von allen Befragten einheitlich getroffen. Als Beleg wird hierfür nur eine Passage angegeben. Diese Textstellen sind folgendermaßen gekennzeichnet: zum Beispiel B1, S.1, Z. 1. B1-3 sind die Abkürzungen für die Interviewpartnerinnen, S. bezeichnet die Seitenzahl und Z. die Zeilennummer, unter der man die Statements in den einzelnen Transkripten finden kann.

Ziel der Ergebnisdarstellung ist die Beantwortung der bereits vorgestellten Forschungsfragen. An dieser Stelle werden diese nun noch einmal angeführt, sowie die Intention, die den Fragen zugrunde liegt.

- 1.) Welche traumapädagogischen Methoden stehen pädagogischen Fachkräften zur Behandlung von traumatisierten Personen, am Beispiel der traumapädagogischen Facheinrichtung ReethiRa, zur Verfügung?

- 2.) Welche Rahmenbedingungen und Methoden wirken Überlastungen des Helfersystems im Rahmen der Arbeit mit traumatisierten Personen entgegen?

Die Motivation dieser Arbeit ist eine Bestandsaufnahme traumapädagogischer Methoden zur Behandlung lebensgeschichtlich belasteter Menschen sowie die Darbietung von Umsetzungsmöglichkeiten in der pädagogischen Praxis. Die Darstellung

von pädagogischen Grundhaltungen und Leitprinzipien dient als Anleitung für den Umgang mit Traumatisierten. Es werden Methoden und konstruktive Rahmenbedingungen aufgezeigt, die der Entlastung der PädagogInnen dienen sollen.

10.1 Haltung und Kompetenzen

Die Grundhaltung der PädagogInnen bestimmt die Art und Weise, wie innerhalb der traumapädagogischen Arbeit mit den Betroffenen umgegangen wird. Traumatisierte haben aufgrund der belastenden Erfahrungen kein positives Selbstkonzept und empfinden sich und ihr Handeln als wertlos. Nur ein positiver, wertschätzender und partizipativer Zugang der pädagogischen Fachkräfte trägt zur Behandlung und Förderung der traumatisierten Menschen bei und korrigiert negative Selbstwahrnehmungen. Bestimmte Persönlichkeitseigenschaften und Selbstkompetenzen der PädagogInnen sind einerseits in der Arbeit mit Traumatisierten förderlich und begünstigen deren Heilungsprozess und stellen andererseits wichtige Schutzfaktoren für Belastungen der pädagogischen Fachkräfte dar. Auf der anderen Seite existieren Persönlichkeitseigenschaften, die im traumapädagogischen Kontext eher als ungünstig bezeichnet werden können. Basiskompetenzen wie spezifisches Fachwissen, die Fähigkeit zur Selbstreflexion und der fürsorgende Umgang mit sich selbst sind Voraussetzung pädagogisch professionellen Handelns.

Grundhaltung

Die Haltung, dass hinter jedem destruktiven Verhalten ein Grund und eine eigentlich gute Absicht stecken, nimmt einen wichtigen Stellenwert in der Arbeit mit Traumatisierten ein. Erst die Identifizierung und die Annahme des Hintergrundes ermöglichen die Durchsetzung adäquater Hilfeleistungen (vgl. B2, S. 3, Z. 108). Weiters ist es wichtig, die Betroffenen nicht als Opfer zu sehen, da ihnen dieser Zugang unbewusst übermittelt wird und einer Veränderung negativer Selbstzuschreibungen

und Erwartungshaltungen entgegenwirkt (vgl. B3, S. 4, Z. 140). Eine wertschätzende Geisteshaltung, welche sich durch viel Empathie auszeichnet, ist im traumpädagogischen Kontext von großer Bedeutung. Die Betroffenen sowie deren bisherige Lebensleistungen müssen wertgeschätzt und deren Bedürfnisse und Wünsche ernst genommen werden. Traumatisierte leiden unter negativen Erwartungshaltungen und sind dementsprechend wenig zukunftsorientiert. Eine positive Grundhaltung beziehungsweise ein optimistischer Zugang ist deshalb erforderlich, da dieser von den traumatisierten Menschen gespiegelt wird (vgl. B1, S. 5, Z. 171).

Persönlichkeitseigenschaften/Selbstkompetenz

Da die Behandlung und Betreuung von Traumatisierten von Rückfällen oder störenden Abwehrreaktionen geprägt sein kann, ist es wichtig, geduldig zu sein. Aufgeschlossenheit gegenüber neuen Menschen, Situationen oder Tätigkeiten sowie Unternehmungslust und Selbstmotivation sind wichtige Eigenschaften, da die pädagogische Arbeit im Wohnhaus ReethiRa bezüglich des Aktivitätenprogrammes sehr vielseitig sein kann (vgl. B3, S. 4, Z. 149). Ein gewisses Maß an Hausverstand und logischem Denken ist bei der Durchführung von Alltagstätigkeiten ebenfalls bedeutend. Spontanität und Flexibilität sind weitere wichtige Eigenschaften der PädagogInnen. Schnelles Reagieren und Umdenken ermöglicht den PädagogInnen, die Kontrolle über die Situation zu bewahren und den gewohnten Tagesablauf schnellstmöglich wieder aufzunehmen.

„Also auf jeden Fall Spontanität, Flexibilität, aufgrund dessen weil es immer wieder zu Situationen kommen kann die jetzt nicht innerhalb der Struktur liegen, wo man vielseitig und offen reagieren muss.“ (B3, S. 4, Z. 147)

Die pädagogischen Fachkräfte des ReethiRa werden ständig mit den traumatischen Erfahrungen und destruktiven Verhaltensweisen ihrer Klientinnen konfrontiert. Eine hohe psychische Belastbarkeit und Stabilität verhindert psychische und emotionale

Überforderung und ermöglicht den Betroffenen die Korrektur störender Denk- und Handlungsmuster. Die Fähigkeit zur Selbstreflexion ist unumgänglich, um mit lebensgeschichtlich belasteten Personen arbeiten zu können. Das Reflektieren der eigenen Biografie sowie das Erkennen von persönlichen Stärken und Schwächen sind wesentlich, um den Einbezug eigener Problemlagen in die Arbeit mit den Betroffenen zu verhindern.

„Ich glaub das ist schon ganz wichtig, dass jeder für sich weiß, was sind so Punkte im eigenen Leben, die irgendwo dann in die Arbeit mit hinein gezogen werden. Und dann hast du das Chaos, weil du weißt dann nicht mehr, was ist das Problem von der Klientin und was ist eigentlich mein eigenes.“ (B1, S. 5, Z. 195)

Im Gegensatz zu Eigenschaften und Kompetenzen, die der Behandlung Traumatisierter dienlich sind, gibt es Persönlichkeitsattribute, die einem selbst und professioneller pädagogischer Arbeit eher im Weg stehen. Einige dieser Eigenarten sind Ungeduld, Antriebslosigkeit, Unsicherheit oder Verslossenheit (vgl. B3, S. 5, Z. 157, 163).

„Ja, ich denke, das mit der Ungeduld ist sicher ein großes Thema. Wo man sagt, es geht nichts weiter, es geht nichts weiter, ja, und eigentlich muss man aber sagen, na klar, wir sind ganz anders und haben eine ganz andere Leistungsfähigkeit, was man von ihnen nicht immer verlangen kann. Das ist glaub ich schon ein Punkt, dass man nicht immer so ungeduldig sein soll. Unsicherheit ist sicher auch ein großer Punkt, weil sie spiegeln uns ja selbst. Das merken sie ja sofort, glaube ich. Und da ist halt, wenn man mit einer Sicherheit gleich in einen Raum geht oder in eine Aktivität oder was auch immer, merkt man ja, sie springen auch gleich mit auf das Boot.“ (B1, S. 5, Z. 201).

Das Fehlen reflektorischer Fähigkeiten kann die Arbeit mit traumatisierten Menschen stark negativ beeinflussen (vgl. B2, S.4, Z. 144). Wenn eigene biografischen Erfahrungen, Bindungsmuster oder Handlungsmotivationen nicht hinterfragt werden, kann dies die Handlungsfähigkeit der pädagogischen Fachkräfte beeinflussen und das Auftreten von Belastungsreaktionen zur Folge haben (vgl. Weiß 2013, S. 227-229). Gutgläubigkeit wird in der traumapädagogischen Arbeit ebenfalls als hinderlich empfunden, da die jungen Frauen mittels Manipulationen versuchen, ihre

Einstellungen, Ziele oder Vorhaben durchzusetzen (vgl. B1, S. 6, Z. 210). Psychische Instabilität und mögliche traumatische Erfahrungen in der Vergangenheit der PädagogInnen stellen Faktoren dar, die eine professionelle Betreuung und Unterstützung der Traumatisierten nur sehr schwer möglich machen.

„Ich glaube, wenn ein zu großer psychischer Ballast mitgebracht wird in die Arbeit, glaub ich, dass das auf Dauer in der Abgrenzung nicht funktionieren kann. Wenn man mit der eigenen Biografie immer wieder in die Arbeit kippt, dann, glaube ich, ist das nicht förderlich.“ (B2, S. 4, Z. 141)

Eine weitere ungünstige Eigenschaft stellt Dominanz dar, welche sich durch Autoritätsmissbrauch äußern kann.

„Ich glaube, es ist immer schwierig, wenn man ein Problem mit Macht hat. Also, ich glaub, es ist nie förderlich, wenn man das Gefühl hat, irgendwie Macht ausüben zu müssen oder das Gefühl, sich über Macht schützen zu müssen.“ (B2, S. 4. Z. 137)

Grundkompetenzen

Um in einem traumapädagogischen Tätigkeitsfeld arbeiten zu können, müssen die pädagogischen Fachkräfte über bestimmte Grundkompetenzen verfügen. Neben der fachlichen Kompetenz, sprich den nötigen Fachkenntnissen bezüglich Psychotraumatologie, Traumastörungen/Traumareaktionen, kindlicher Entwicklung, Bindungsmuster und traumapädagogischer Methoden (vgl. Weiß 2013, S. 224-225) stellen die Fähigkeiten zur Selbstfürsorge und Selbstreflexion wesentliche pädagogische Kompetenzen dar. Selbstfürsorge beziehungsweise Psychohygiene und Selbstreflexion fungieren dabei vor allem als Schutzfaktoren gegen psychische Be- und Überlastungen.

Selbstfürsorge, die als „liebvollen, wertschätzenden, achtsamen und mitfühlenden Umgang mit mir selbst und Ernstnehmen der eigenen Bedürfnisse“ (Reddemann 2003,

S. 82) verstanden werden kann, wird von den Pädagoginnen des ReethiRa folgendermaßen angewendet.

„Selbstfürsorge für mich ist zum einen die Abgrenzung. Also, dass wenn ich das Haus verlasse, dass es eigentlich vorbei ist.“ (B2, S. 5, Z. 156)

Die Trennung von Beruf und Alltag stellt für alle Befragten ein zentrales Element dar, um sich von der anspruchsvollen und belastenden Arbeit mit traumatisierten Personen distanzieren und entspannen zu können. Die Wahrnehmung und Befriedigung eigener Bedürfnisse ist wichtig, um zufrieden und ausgeglichen zu sein, in der Arbeit funktionieren zu können und den Betroffenen die Unterstützung zukommen zu lassen, die diese benötigen (vgl. B1, S. 6, Z. 240). Abwechslungsreiche Freizeitgestaltung, regelmäßige Bewegung und Aktivitäten an der frischen Luft werden im Sinne der Selbstfürsorge als besonders wichtig empfunden.

„Für mich schaut Selbstfürsorge hauptsächlich so aus: Ich betreibe viel Sport und mache das eigentlich regelmäßig. Ich schaue auch immer, dass ich in meinem Urlaub reise, also nicht da in Graz bin, sondern wie gesagt, ich bin häufig im Jahr auf Urlaub, so häufig es halt geht. Treffe mich mit Freunden, gehe ins Kino, ganz normale Sachen.“ (B3, S. 5, Z. 183).

Psychohygiene findet ebenfalls innerhalb des Kollegiums im Rahmen von Gesprächen statt, in denen Schwierigkeiten im Umgang mit den Traumatisierten, Belastungen oder Alltagsprobleme offen mitgeteilt werden (vgl. B1, S. 6, Z. 243).

Selbstreflexion bezeichnet die Fähigkeit, das eigene Verhalten, eigene Einstellungen und Motivationen zu hinterfragen (vgl. Hinte 2001). Verzernte subjektive Wahrnehmungen und emotionale Prozesse aufgrund Übertragungen und Gegenübertragungen können durch deren Bewusstwerdung verringert werden (vgl. Weiß 2013, S. 227-229). Die pädagogischen Fachkräfte reflektieren ihre Entscheidungen und Handlungsweisen regelmäßig, um sich einerseits die eigenen Fähigkeiten und Grenzen bewusst zu machen um Belastungen zu minimieren und

andererseits, um Einschränkungen der Handlungsfähigkeit zu vermeiden (vgl. B2, S.5, Z. 173, B1, S.7, Z. 252).

„Der Umgang mit den Klientinnen, hab ich das richtig gemacht, was hätte ich anders machen können? War das jetzt die richtige Methode, die ich eingesetzt habe? Also einfach schauen, mein Verhalten und mein Agieren einfach zu reflektieren. Schauen ob es gepasst hat so oder nicht.“ (B3, S. 5, Z. 189)

Selbstreflexion findet ebenfalls im Rahmen von Gesprächen mit KollegInnen statt, in denen Einstellungen, Gedanken oder Handlungsweisen gemeinsam reflektiert werden und die Möglichkeit besteht, andere Sichtweisen kennenzulernen. Das eigene Handeln wird ebenfalls nach Betreuungsgesprächen oder im Zuge der Verlaufsdocumentation reflektiert (vgl. B2, S. 5, Z. 166).

10.2 Traumapädagogische Konzepte und Prinzipien

Traumapädagogischen Methoden und Maßnahmen liegen stets pädagogische Konzeptionen und Leitprinzipien zugrunde. Das Konzept des guten Grundes, dessen Annahme ist, dass jegliches Verhalten der Bedürfnisbefriedigung dient und auf einer positiven Absicht basiert, bestimmt die Sichtweise und Handlungen der PädagogInnen und stellt somit die Grundlage aller pädagogischen Interventionen dar. Weiters erfolgt pädagogisch professionelle Arbeit stets anhand der Prinzipien Wertschätzung, Partizipation, Transparenz, Selbstbemächtigung oder Bindungsbereitschaft (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S.63-68).

Die Hauptkonzepte des Wohnhauses ReethiRa umfassen das Konzept des äußeren sicheren Ortes und das Konzept der funktionellen Nachbeelterung (Reparenting) (vgl. B2, S. 5, Z. 185).

Die Basis allen Handelns ist die Herstellung eines sicheren Ortes, der sich durch Transparenz, Offenheit, Flexibilität (bezüglich der Unterstützungsmaßnahmen und

Hilfsangeboten), Klarheit und einen strukturierten Tagesablauf auszeichnet (vgl. B1, S. 7, Z. 257).

„Also wir arbeiten nach dem Prinzip der Nachbeelterung. Also sprich, nachdem viele Klientinnen, die bei uns leben, nie ein intaktes Familiensystem kennengelernt haben, versuchen wir eben, soweit es geht als Bezugsbetreuerin quasi die Rolle einer Bezugsperson einzunehmen, um eben den Frauen ein gewisses Maß an Nachreifen zu ermöglichen.“ (B3, S. 6, Z. 195).

Das Konzept des guten Grundes

Nach Ansicht der befragten Pädagoginnen sind die destruktiven Handlungsmuster der Traumatisierten, wie zum Beispiel Wutausbrüche, Essstörungen oder zwanghafte Verhaltensweisen, als Lebens- und Bewältigungsstrategie zu bewerten (vgl. B1, S. 8, Z. 296). Diese Verhaltensweisen waren an einem bestimmten Punkt des Lebens der Betroffenen wichtig, um psychisch oder körperlich überleben zu können (vgl. B1, S. 8, Z. 299). Es existieren Gründe für dysfunktionales Verhalten und im Sinne der Behandlung ist es notwendig, den Betroffenen diesen Sachverhalt darzulegen. Traumatisierte Personen müssen im Rahmen von Psychoedukation erfahren, warum sie so reagieren wie sie reagieren, welche Gründe sich hinter ihrem Verhalten verbergen, um Veränderungen zu ermöglichen (vgl. B2, S. 5, Z. 191).

„Weil ihnen ja auch durch die Hospitalisierung und durch die Familiensysteme, aus denen sie kommen, das Gefühl gegeben wird, dass es ihr Fehler ist, dass sie so sind und sie haben das zu ändern, aber es ihnen eigentlich nie erklärt wird, warum das so ist.“ (B2, S. 5, Z. 191)

„Eine ist bei uns, die regelmäßig aus irgendeiner Einrichtung hinaus geschmissen wird. Und sie will ja eigentlich von uns nur hören, wenn sie wieder lauter wird, dass sie gehen kann. Gell. Da wird ihr aber klar gesagt: „Du verwechselst gerade die Situation, bei uns bist du erwünscht. „ Ja? Und dann merkt man wie sie umschalten. Also das sind so kleine Sachen, mit denen man ihnen einfach klar und transparent anspricht, warum

reagieren sie so- dass dieses Verhalten aber jetzt nicht mehr brauchbar ist.“ (B1, S. 8, Z. 311)

Wertschätzung und Partizipation

Die Basis von Wertschätzung stellt die Achtung des Lebens und der Lebenswelt dar und die Würdigung der bisherigen Lebensleistungen des/der Anderen (vgl. Baierl 2008, S. 59). Traumatisierte erlebten Situationen, in denen sie sich selbst als hilflos und ohnmächtig wahrnahmen, was zu Erschütterung des Selbst- und Weltbilds führte (vgl. BAG-TP 2011, S. 5).

Im Wohnhaus ReethiRa nimmt Wertschätzung, als Grundvoraussetzung für den Umgang mit traumatisierten Menschen, einen sehr hohen Stellenwert ein (vgl. B2, S. 6, Z. 200).

„Wenn ich die Wertschätzung gegenüber den Klientinnen nicht aufbringe, kann ich da eigentlich nicht arbeiten.“ (B3, S. 6, Z. 220)

Im Rahmen des wertschätzenden Zugangs der Pädagoginnen finden die Betroffenen und ihre bisherigen Leistungen jederzeit Würdigung (vgl. B1, S. 8, Z. 327).

Partizipation kann als die *„bewusste Mitwirkung an Entscheidungen, die das eigene Leben und das der Gemeinschaft betreffen“* definiert werden (Moser 2010, S. 71). Traumatisierte Menschen erfuhren Situationen des Missbrauchs, der Vernachlässigung oder Gewalt, in denen sie sich ausgeliefert und machtlos fühlten, in denen sie einen massiven Kontrollverlust über das Geschehen erlebten (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 108).

Innerhalb des Wohnhauses ReethiRa verfügen die traumatisierten jungen Frauen über viel Mitbestimmungs- und Mitgestaltungsmöglichkeiten (vgl. B3, S. 6, Z. 228). *„Angefangen bei den ganzen Aktivitäten, wo sie Mitspracherecht haben, bei den Visiten, über Medikationseinstellungen, das ist der Punkt, wo sie sich eigentlich äußern können darüber, was möchten sie, was nicht, wo passt was nicht.“ (B1, S. 8, Z. 330)*

Weiters gibt es die sogenannte Miteinander-Leben-Gruppe, in der sich die Betroffenen untereinander und mit den pädagogischen Fachkräften austauschen können. In dieser Gruppe können Meinungen, Ideen und Änderungsvorschläge vorgetragen werden (vgl. B1, S. 8, Z. 332).

Transparenz

Grundlage aller traumapädagogischen Konzeptionen und Methoden ist die Herstellung von Sicherheit für die Betroffenen, die missbräuchliche Machtausübungen und unsichere strukturelle Bedingungen erfahren. Transparenz als Basis eines sicheren Ortes dient der Wiederherstellung des Sicherheitsempfindens. Maximale Transparenz des pädagogischen Settings und aller darin stattfindenden Abläufe und Angebote ist für die Heilung der Betroffenen essentiell (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S.71-72).

Transparenz hat im ReethiRa einen sehr hohen Stellenwert (vgl. B3, S. 6, Z. 231).

„Also bei uns im Haus gibt es keine Geheimhaltung und das ist auch das, was wir den Klientinnen immer transportieren, um auch sie selbst aus ihrer Geheimhaltung heraus zu bekommen, weil sie eben Geheimhaltung oft eben in ihrer Familie als Schutzmechanismus angewendet haben.“ (B3, S. 7, Z. 236)

Im Wohnhaus ReethiRa werden alle Punkte offen und direkt angesprochen wie zum Beispiel störende Verhaltensweisen oder Probleme innerhalb der Gruppe, um Geheimhaltungssysteme zu unterbinden (vgl. B1, S. 9, Z. 339). Nach den Teamsitzungen werden mögliche Veränderungen den Traumatisierten sofort mitgeteilt (vgl. B3, S. 7, Z. 223). Die Wünsche oder Vorhaben der PädagogInnen werden ebenfalls kommuniziert. Die Betroffenen haben Kenntnisse über alle Vorgänge und Prozesse, die sie betreffen, dies umfasst zum Beispiel die Alltagsstruktur (wann was stattfindet), die Dienstpläne der pädagogischen Fachkräfte (wer ist wann da) und Regelwerke (was ist erlaubt, was nicht) (vgl. B1, S. 9, Z. 353).

Selbstbemächtigung

Traumatisierte Menschen konnten sich in ihren Herkunftssystemen aufgrund der dort herrschenden Strukturen elementare Fähigkeiten nicht aneignen, was Abhängigkeit zur Folge hatte. Nicht ausgereifte oder brach liegende Fähig- und Fertigkeiten können jedoch nachträglich gezielt gefördert werden, um die Betroffenen zu selbstbestimmten Akteuren zu machen (vgl. Weiß/ Friedrich/ Picard & Ding 2014, S. 194). „Empowerment verweist auf individuelle Selbstverfügungskräfte, vorhandene Stärken oder Ressourcen, die es dem Einzelnen ermöglichen, eigene Lebensumstände zu kontrollieren, Probleme, Krisen oder Belastungssituationen aus eigener Kraft zu bewältigen sowie ein relativ autonomes Leben zu führen.“ (Schwalb & Theunissen 2009, S. 26)

Nur mithilfe von Selbstermächtigung können die Betroffenen vom passiven Objekt zum handelnden Subjekt werden (vgl. B2, S. 7, Z. 226). Innerhalb der Bezugsbetreuung müssen die jungen Frauen ihre Ziele selbstständig definieren und mithilfe von Anleitungen und Unterstützungsangeboten auch selbst erarbeiten. Auch Skills müssen eigenständig erkundet und innerhalb des Skilltrainings geübt werden. Ebenso müssen die Betroffenen lernen, sich Hilfe und Unterstützung zu holen, wenn es ihnen nicht gut geht (vgl. B1, S. 9, Z. 356).

„Weil sonst, wenn man das nicht mehr fördert, kommt sie dann einfach in diesen Status „Es macht eh jeder rund um mich alles für mich und ich brauche nichts mehr dazu leisten“.“ (B1, S. 9, Z. 373)

10.3 Traumapädagogische Methoden

Primäres Ziel aller traumapädagogischen Methoden ist die Herstellung von Stabilität der Betroffenen. Mithilfe der Methoden soll das Sicherheitsempfinden und die Fähigkeit zu Vertrauen wieder aufgebaut werden. Destruktive Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsmuster sowie gestörte Entwicklungsverläufe und Bindungsstörungen

werden korrigiert. Traumatische Erfahrungen werden akzeptiert und in die eigene Biografie integriert, um ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

Der äußere sichere Ort

Traumatische Erfahrungen sind geprägt von Unvorhersehbarkeit, Ohnmacht und absoluter Schutz- und Hilflosigkeit. Das Sicherheitsempfinden wird aufgrund von Traumata schwer und nachhaltig zerstört. Infolgedessen entstehen tiefgreifende Ängste, die Welt und alle Menschen werden als Bedrohung wahrgenommen. Aufgabe der Einrichtungen und der pädagogischen Fachkräfte ist es, einen Ort zu errichten, in dem es den Traumatisierten möglich ist, wieder Sicherheit und Vertrauen zu empfinden, um so das zerrüttete Welt- und Selbstbild zu korrigieren (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S.70).

Der äußere sichere Ort kann als Grundlage aller traumapädagogischen Interventionen verstanden werden, da ohne die Herstellung einer beschützenden Umgebung keine Stabilisierung der lebensgeschichtlich belasteten Menschen stattfinden kann (vgl. Uttendörfer 2010, S. 5)

Das Wohnhaus ReethiRa stellt einen sicheren Ort dar und bietet seinen Bewohnerinnen Schutz. Die Türen sind versperrt, niemand kommt unvorangekündigt in das Haus und die jungen Frauen müssen keine Angst haben, belästigt zu werden (vgl. B3, S. 9, Z. 315). Sobald eine neue Bewohnerin im Haus einzieht, wird eine Kontaktsperre verhängt, um den TäterInnenkontakt zu stoppen (vgl. B1, S. 11, Z. 459). Der äußere sichere Ort zeichnet sich durch Transparenz, Freundlichkeit und Wärme aus (vgl. B2, S. 9, Z. 324).

„Beim äußeren sicheren Ort gehört für uns das familiäre Zuhause dazu, dass es einfach nicht zu kalt und wie so eine Einrichtung, oder wie so ein Krankenhaus ist.“ (B1, S. 11, Z. 460)

Es gibt klare Strukturen (zum Beispiel Tagesstruktur, Essenszeiten, Aktivitäten) und Regeln. Es gibt keine Willkür oder Ambivalenzen (vgl. B2, S. 9, Z. 326). Die lebensgeschichtlich belasteten Frauen verfügen über eigene Zimmer und Rückzugsorte, die sie selbstständig gestalten können (vgl. B1, S. 11, Z. 463).

Der innere sichere Ort - Imaginationsübungen

„Ein sicherer Ort ist eine Imagination, eine Vorstellung oder eine Erfindung, meistens visueller Art, mit Hilfe unserer Fähigkeiten zur Phantasie über einen Ort, an dem sich die Person, wenn sie sich dahin begibt, ganz sicher fühlt.“ (Uttendörfer 2008, S. 9) Nach Reddemann dient der Aufbau eines inneren sicheren Ortes der Stabilisierung von Traumatisierten. Die Herstellung eines inneren sicheren Ortes als Distanzierungsmethode zu Schreckensbildern der Vergangenheit gibt den Betroffenen Sicherheit und Trost (vgl. Reddemann 2001, S. 112).

Der innere sichere Ort ist die Vorstellung einer sicheren Umgebung, das kann ganz individuell ein Raum, ein Garten oder eine Insel sein, in der sie sich sicher und geborgen fühlen (vgl. B3, S. 9, Z. 325). Der sichere Ort wird während Imaginationsübungen erzeugt. Im Wohnhaus ReethiRa finden Imaginationsübungen jeden Tag um 19.45 Uhr statt, in dessen Rahmen den Bewohnerinnen von einer pädagogischen Fachkraft eine Übung vorgelesen wird (vgl. B2, S. 10, Z. 373). Ziel der Imaginationsübungen ist, diese so zu verinnerlichen, dass die Bewohnerinnen den sicheren Ort schnell aufrufen können, wenn sie ihn benötigen (vgl. B2, S. 10, Z. 342). Imaginationsübungen finden sowohl im Gruppensetting als auch im Rahmen der Bezugsbetreuung zu zweit statt (vgl. B1, S. 11, Z. 469).

„Und in der Bezugsbetreuung mach ich's so, dass ich in jeder TPE grundsätzlich mit einer Imaginationsübung beginn und manchmal auch beende mit einer.“ (B2, S. 10, Z. 374).

Manche Bewohnerinnen haben aufgrund von Konzentrationsproblemen, Schwierigkeiten, sich einen sicheren Ort vorzustellen. In dem Fall gibt es die

Möglichkeit, einen kleinen Tresor zu basteln, in den belastende Dinge gesperrt werden können oder man verwendet einen realen Raum als Tresor (vgl. B1, S. 13, Z. 536).

Die pädagogische Fachkraft als sicherer Hafen - funktionelle Nachbeelterung

Menschen, die in besonders frühen Lebensjahren Traumatisierungen erlitten, speziell innerfamiliäre Gewalt und chronische Vernachlässigung, leiden in Folge meist unter Bindungsstörungen und können kein Vertrauen zu anderen Personen aufbauen (vgl. Brisch 2013, S. 152-159). Infolgedessen wird die Welt als Ort der Bedrohung und alle Menschen als einem feindselig gestimmt wahrgenommen (vgl. Wagner 2013, S. 93). Eine Bezugsperson, die sich im Sinne eines sicheren Hafens zur Verfügung stellt, um den Verlust von Vertrauen und destruktive Bindungserfahrungen zu korrigieren und somit unterbrochene Entwicklungsprozesse reaktiviert, kann als wichtigste pädagogische Intervention im traumapädagogischen Kontext angesehen werden (vgl. Weiß 2013, S. 113).

Die PädagogInnen des ReethiRa arbeiten nach dem Konzept des Reparenting, der funktionellen Nachbeelterung. Darunter kann man eine nachträgliche elterliche Fürsorge verstehen, in der die traumatisierten jungen Frauen an dem Entwicklungsstand abgeholt werden, an dem sie aufgrund der Traumatisierung stecken blieben.

„Also zum Beispiel, es gibt Klientinnen bei uns, da hat man das Gefühl, das ist jetzt ein fünfjähriges Mädchen, das vor einem steht. Ja? Demnach holen wir die Klientinnen da ab. Also Nachbeelterung heißt dann zum Beispiel, es kann vorkommen, wenn ich Nachtdienst habe, dass ich mit meiner Klientin aufs Zimmer rauf gehe, ihr vielleicht was vorlese, ja, oder eine Imaginationsübung mit ihr mache, vielleicht am Abend noch mit ihr noch einen Kakao trinke oder vielleicht eine Fernsehserie anschau gemeinsam.“

(B3, S. 8, Z. 275) Bei einer Klientin, die sich auf einem anderen Entwicklungsstand befindet, werden ebenfalls altersgerechte Dinge unternommen, wie zum Beispiel ins Kino oder gemeinsam am Abend auf ein Getränk zu gehen (vgl. B1, S. 10, Z. 413). Eine Pädagogin dient einer Klientin quasi als Elternersatz und kümmert sich um deren Belange. Die Arbeit als Bezugsbetreuerin umfasst die Anleitung und Unterstützung im

Alltag (Kochen, Putzen, einkaufen gehen) (vgl. B2, S. 8, Z. 291). Die Bezugsbetreuerin kümmert sich weiters um die Finanzen der Klientin und begleitet sie zu bestimmten Terminen, wie zum Beispiel Arztbesuchen (vgl. B1, S. 11, Z. 440). Die Bezugsbetreuerin stellt die wichtigste Vertrauensperson dar, an die sich die Klientin bei Unklarheiten, Problemen oder in Krisen wenden kann (vgl. B3, S. 7, Z. 265).

Gewisse Themen dürfen nur mit der Bezugsbetreuerin besprochen werden (vgl. B1, S. 9, Z. 388). Weitere Aufgaben der Bezugsbetreuerin sind die Vermittlung von Regeln, das Setzen von Grenzen und die Förderung der Selbstbemächtigung. Die Bezugsbetreuerin muss verlässlich sein und der Bezugsklientin Trost spenden und ihr Sicherheit und Geborgenheit geben (vgl. B1, S. 10, Z. 421, S. 11, Z. 435). Um eine vertrauensvolle und sichere Bindung aufzubauen, ist das Schaffen von Ritualen, die gemeinsam erarbeitet werden und regelmäßig stattfinden, und das Erleben positiver Erfahrungen wesentlich, um destruktive Bindungserlebnisse zu korrigieren (vgl. B2, S. 8, Z. 264). Es liegt in der Verantwortung der PädagogInnen, so viele Bindungsangebote wie möglich zur Verfügung zu stellen, ohne jedoch die Klientinnen zu überhäufen. Bindungen dürfen auch in schwierigen Zeiten beziehungsweise Krisen nicht unterbrochen werden, um negative Bindungserfahrungen aus der traumatischen Vergangenheit nicht zu wiederholen. Eine klare Positionierung der Betreuerin auf der Seite der Klientin dient ebenso dem Vertrauensaufbau und erhöht das Sicherheitsempfinden der Klientin (vgl. B1, S. 10, Z. 381).

„Und einfach auch mit der Haltung reingehen „Egal was du machst, ich bin trotzdem auf deiner Seite“ einfach. Das merkt man auch ganz stark. Immer wieder hat man ja auch Elternkontakt, wo es wichtig ist, die Rolle nicht auf die Eltern zu schieben. Also immer wieder auf der Seite bei der Klientin zu stehen. Dass sie da einfach merkt, auf den kann sie sich verlassen.“ (B1, S. 10, Z. 38)

Stabilisierung und Ressourcenaktivierung

Ziel jeder Stabilisierung ist, wie der Name schon verrät, die Wiedererlangung von psychischer und emotionaler Stabilität (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 161-162).

„Stabilisierung ist auch tagtäglicher Bestandteil unserer Arbeit, weil es immer wieder zu Krisen kommt bei den Klientinnen, weil es zu Gefühlsausbrüchen, zu Stimmungsschwankungen kommt und wir sehr viel Stabilisierungsarbeit leisten müssen, in denen wir dann die Klientinnen anfänglich einmal nach dem Auslöser fragen, was jetzt der Auslöser ist für diesen Gefühlsumbruch zum Beispiel.“ (B3, S. 9, Z. 329)

Zu den Stabilisierungsmethoden, die im Wohnhaus ReethiRa angewendet werden, zählen zum Beispiel die richtige Medikationseinstellung, die Anwendung von Skills beziehungsweise das Skilltraining, die Inanspruchnahme von Time-Outs, Check-Up-Gespräche und die Verankerung im Hier und Jetzt (vgl. B1, S. 12, Z. 478).

„Es ist eben immer der Realitäts-Up-Check, die Verankerung im Hier und Jetzt wieder bei der Stabilisierung. Also immer ganz klar: Du bist im Wohnhaus ReethiRa, du bist im Hier und Jetzt, du bist nicht in der Vergangenheit. Das Gefühl, dass du vielleicht jetzt in dem Moment hast, ist in der Vergangenheit adäquat gewesen, jetzt ist es nicht adäquat.“ (B2, S. 9, Z. 348)

Die Stabilisierungsmethoden werden in Einzelsettings zusammen mit den Klientinnen erarbeitet und erprobt (vgl. B1, S. 12, Z. 479). Für Hochkrisen existiert ein Notfallplan mit Handlungshinweisen, wie in der jeweiligen Situation vorgegangen werden soll, an den sich die PädagogInnen grundsätzlich halten müssen (vgl. B2, S. 10, Z. 346). Für Krisenfälle können vorab Vereinbarungen getroffen werden. Ist die Bezugsbetreuerin zum Beispiel nicht im Dienst und die Klientin kann nicht stabilisiert und beruhigt werden, kann diese kurz angerufen werden, um durch den Kontakt mit der Betreuerin eine Stabilität zu erreichen (vgl. B1, S. 12, Z. 483).

Alles, was eine Person stärkt, hat eine stabilisierende Wirkung. In der Fachliteratur taucht in diesem Zusammenhang die Bedeutung von Schutzfaktoren auf. Protektive Faktoren, wie zum Beispiel eine sichere Bindung oder ein positives Selbstkonzept, zeigen im Fall einer akuten traumatischen Erfahrung abmildernde Effekte, haben aber auch bei der Bewältigung von Traumareaktionen und der Traumaverarbeitung eine präventive positive Wirkung. Im Sinne der Ressourcenaktivierung dient jede Ressource,

über die eine Person verfügt, der Stabilisierung. (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 95-96).

Der Fokus der Betreuerinnen im ReethiRa liegt auf den Stärken und Fähigkeiten der Klientinnen. Es ist ihre Aufgabe, zu beobachten, was sie gut können, um sie anschließend zu fördern (vgl. B1, S. 12, Z. 493).

„Ich versuch eben immer Ressourcenaktivierung zum einen schon einmal in die Tagesstruktur zu machen, über die Aktivitäten, die wir haben. Also eben Dinge zu machen, wo ich weiß, das liegt der Klientin, das liegt der vielleicht, da kannst die Ressource fördern, da kannst die fördern.“ (B2, S. 10, Z. 356)

Manche Klientinnen verfügen zum Beispiel über organisatorische Fähigkeiten oder gute PC-Kenntnisse, diese werden dann dahingehend gefördert, dass Termine selbst ausgemacht werden müssen oder kleine Arbeiten am Computer verrichtet werden dürfen.

„Wir haben jetzt letztens mit Sprachen angefangen, weil ich gewusst habe, es sind ein paar dabei, die französisch, italienisch können und ich hab gleich geschaut, das könnten wir als Aktivität gleich hineinbringen, da können sie auch ihr Wissen weitergeben.“ (B1, S. 12, Z. 500)

Die Klientinnen haben ebenfalls die Möglichkeit, Aktivitäten außerhalb der Einrichtung nachzugehen, wie zum Beispiel Schwimmen, Tennis oder den Besuch von Volkshochschulkursen (vgl. B1, S. 12, Z. 511).

Triggeranalyse und Skillstraining

Die gründliche Analyse der Trigger (Schlüsselreize, Auslöser) ermöglicht den Betroffenen, Spannungen, noch bevor sie entstehen, zu regulieren und sich so selbst zu stabilisieren. Nach der Identifizierung der Trigger muss über Möglichkeiten der Selbststabilisierung nachgedacht werden. Im nächsten Schritt müssen die Betroffenen herausfinden, welche Strategien oder Skills in der jeweiligen Situation angewandt

werden müssen, um die unterschiedlichen Auslöser zu neutralisieren und in Folge handlungsfähig und selbstbemächtigt zu bleiben (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 145-146). Demnach unterstützen Skills Betroffene bei der Überwindung von Hochspannungszuständen, akuten Krisen, Dissoziationsneigungen, selbstverletzendem Verhalten und ähnlichem (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 150-153).

Zu Beginn des Moduls „Skillstraining“ müssen die Klientinnen lernen, innere Spannungszustände zu erkennen, zu benennen und herauszufinden, in welcher Situation sie auftreten (vgl. B1, S. 14, Z. 597). Die Traumatisierten müssen ein Protokoll führen, in dem der Grad der Anspannung und der Trigger beziehungsweise die Situation, die die Anspannung auslöste, dokumentiert werden (vgl. B2, S. 11, Z. 401).

„Oft erkennt man dann irgendwo immer so eine gleiche Situation, wie zum Beispiel bei manchen sieht man, aha, immer beim Mittagessen ist sie hoch oder am Abend vorm Schlafen gehen. Dann hat man schon einmal einen Anhaltspunkt. Ok, warum ist sie am Abend oder warum ist die Spannung immer zu Mittag. Ja? Weil dann ist da irgendwas, was sich eingebrennt hat, weil zum Beispiel das Mittagessen für sie immer so schrecklich war, weil es da immer Streit in der Familie geben hat beispielsweise.“ (B1, S. 14, Z. 600)

Sind bestimmte Trigger identifiziert, versucht man diese zu minimieren (vgl. B1, S. 15, Z. 615). Anschließend wird die Wahrnehmung der jungen Frauen geschult, in dem Sinne, dass Gefühle erkannt und benannt werden (vgl. B2, S. 11, Z. 402).

„Dass es mehr als zwei Emotionen gibt und dann beschäftigst du dich einfach ganz genau mit positiven und mit negativen Emotionen. Wann treten die auf im Alltag? Was sind die Trigger für diese Emotionen? Welche Situationen triggern das? Wie war die Spannung vorher, wie war der Tag vorher?“ (B2, S. 11, Z. 404)

Infolgedessen finden die Bewohnerinnen zusammen mit ihren Bezugsbetreuerinnen heraus, welche Skills für welche Trigger am geeignetsten wären und diese werden dann fortdauernd erprobt, bis die Klientin in der Lage ist, diese selbstständig anzuwenden (vgl. B2, S. 11, Z. 409). Es existieren drei Spannungsebenen, niedrig, mittel

und hoch, und für jede Ebene sollte es eigene Skills geben, die zur Beruhigung und Stabilisierung beitragen (vgl. B2, S. 12, Z. 422). Skills docken immer auf einer Sinnesebene an. Die Bezugsbetreuerin und die Klientin müssen erkunden, durch welchen Reiz (Geruchssinn, Tastsinn, Geschmackssinn, Hörsinn) am schnellsten Stabilisierung hergestellt werden kann (vgl. B3, S. 10, Z. 373). Beispiele für Skills wären zum Beispiel scharfe Gerüche riechen (Ammoniak), etwas Scharfes essen (Chilischote), der Igelball, kalt duschen, Sport (zum Aggressionsabbau) oder bestimmte Musik hören (vgl. B1, S.14, Z. 578).

„Und es sollt nie etwas sein, was in irgendeiner Form destruktiv sein kann oder was zu sehr an eine destruktive Verhaltensweise erinnert. Zum Beispiel meine süchtige Klientin, die Heroin schnupft, sollte in dem Fall nicht etwas nehmen, was über den Skill wieder über die Nase geht. Weil es einfach zu ähnlich dem Destruktiven ist. Ja, im Endeffekt ist trotzdem das das Einzige, was ihr hilft, um Spannung zu regulieren.“ (B2, S. 12, Z. 430)

Skills können mit der Zeit ihre Wirksamkeit verlieren, wodurch das Skillstraining von neuem vollzogen werden muss (vgl. B1, S. 14, Z. 560). Das Üben der Skills nimmt viel Zeit in Anspruch und kann für die Klientinnen eine große Herausforderung darstellen, da das Ziel besteht die Skills zu verinnerlichen und in Situationen großer Anspannung und Übererregung selbstständig anzuwenden (vgl. B1, S. 15, Z. 647).

Notfallplan und Notfallkoffer

In Phasen großer Anspannung oder Krisen sind Traumatisierte nicht in der Lage, sich Gedanken über Möglichkeiten der Stressreduktion zu machen. Die Erstellung eines Notfallplans oder Notfallkoffers ist daher empfehlenswert. Auf dem Notfallplan, der sehr genau und umfassend sein sollte, sind alle Skills vermerkt, die in Phasen hoher Anspannung der Stabilisierung dienen. Die Betroffenen haben ebenfalls die Möglichkeit, einen Notfallkoffer zusammenzustellen, in dem sich die wichtigsten Skills zur Selbststabilisierung, Bedarfsmedikation oder Telefonnummern von Kontaktpersonen befinden. Weiters ist die Erstellung eines eigenen Notfallplans der

PädagogInnen ratsam, welcher Handlungsanleitungen für Krisensituationen beinhaltet (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 153- 154).

Im Rahmen des Skillstrainings wird ein Notfallplan erstellt (vgl. B2, S. 11, Z. 388). Dieser Plan ist besonders wichtig, wenn eine Klientin das Wohnhaus verlässt und zum Beispiel nach Hause fährt. Vorab werden mögliche Krisen besprochen und Vorgehen entwickelt, um diese bewältigen zu können (vgl. B1, S. 14, Z. 567).

„Also ich mache es meistens immer so, wo ich sage, wenn irgendwas ist: anrufen. Wie kommst du am schnellsten Weg wieder her, vielleicht das kurz abbesprechen. Nimm ein Geld mit, dann kommst du im Notfall, fährst mit dem Taxi her, was auch immer.“ (B1, S. 14, Z. 569)

Der Notfallkoffer der Klientinnen enthält die wichtigsten Skills, mit deren Hilfe sie ihre Emotionen und Spannungen selbst regulieren können (vgl. B3, S. 10, Z. 355). Weiters existiert ein Notfallplan für die Betreuerinnen, auf dem Verhaltensweisen angegeben werden, die in Notfällen, wie zum Beispiel selbstverletzendem Verhalten oder suizidalen Krisen der Klientinnen, angewendet werden sollten (vgl. B3, S. 10, Z. 359).

Biografiearbeit

Die Traumatisierungen der Betroffenen lassen sich nicht aus dem pädagogischen Alltag heraushalten. Diese zeigen sich in Traumareaktionen wie Flashbacks, Übertragungen oder Re-Inszenierungen, die eine Reaktion der PädagogInnen erfordern. Die Biografiearbeit stellt eine Möglichkeit zur Reduktion von traumabedingten störenden Verhaltensweisen dar (vgl. Krautkrämer-Oberhoff 2013, S. 135).

Die Biografiearbeit findet zu Beginn mit dem Fragebogen zur Sozialanamnese statt, in dessen Rahmen die Klientinnen nach ihrer Lebensgeschichte, den Eltern, der bisherigen Krankheitsgeschichte, absolvierten Ausbildungen, finanziellen Mitteln und ähnlichem gefragt werden (vgl. B1. S. 13, Z. 519). Aus den gewonnenen Informationen lassen sich viele Traumafaktoren ableiten (vgl. B1, S. 13, Z. 524). Eine weitere

Möglichkeit zur Erhebung der Lebensgeschichte der Klientinnen ist das AAI (adult-Attachment-Interview), das Erwachsenen-Bindungs-Interview (vgl. B3, S. 10, Z. 346). Anhand dieses Fragebogens kann das Bindungsverhalten der Bewohnerinnen erhoben und Bindungsdefizite und deren Ursachen besser nachvollzogen werden. Dies ermöglicht den PädagogInnen, adäquate Bindungsangebote zu geben, um negative Bindungserfahrungen und -störungen zu korrigieren (vgl. B1, S. 13, Z. 527). Biografiearbeit findet ebenfalls im Rahmen der Bezugsbetreuung in den traumapädagogischen Einheiten statt, wobei der Inhalt und das Tempo von der Klientin bestimmt werden (vgl. B2, S. 10, Z. 367).

Psychoedukation

Traumatisierte Menschen leiden aufgrund ihrer Erfahrungen unter Scham, Schuld und Hilflosigkeit. Psychoedukation im traumapädagogischen Kontext bezeichnet die gezielte Weitergabe von Informationen über traumaspezifisches Fachwissen hinsichtlich physiologischer, neurobiologischer und psychischer Vorgänge, um zur Entlastung der Betroffenen beizutragen. Die alters- und entwicklungsgemäße Aufklärung korrigiert destruktive Selbstkonzepte („Ich bin verrückt“, „Ich bin anders“, „Ich bin schlecht“) und fördert die Wiederherstellung positiver Selbst-Zuschreibungen. Das Sinnverstehen und die veränderte Bewertung von traumabedingten Vorgängen schafft Distanz zur belastenden Vergangenheit und erhöht die Handlungsfähigkeit der Betroffenen (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 118-121).

Psychoedukation findet im Wohnhaus ReethiRa in Form von PEG-Einheiten, sprich psychoedukativen Gruppen-Einheiten, einmal pro Woche statt, in denen die jungen Frauen in erster Linie mehr über ihr Krankheitsbild und deren Symptome erfahren (vgl. B1, S. 15, Z. 651).

„Ich find Psychoedukation einfach wichtig, weil die Klientinnen einfach die Expertinnen sein sollten. Wenn du weißt, was die Gründe für dein Verhalten sind, dann kannst du irgendwie etwas dran ändern.“ (B2, S. 12, Z. 438)

Folgende Themen werden in den psychoedukativen Gruppen behandelt: „Posttraumatische Belastungsstörung“, „Sucht“, AD(H)S“ und „Gesunde Ernährung“ (vgl. B2, S. 12, Z. 440).

10.4 Rahmenbedingungen und Methoden zur Entlastung des Helfersystems

PädagogInnen sind bei der Arbeit mit traumatisierten Personen besonderen Belastungen, Gefahren und Risiken ausgesetzt. Die destruktiven Wahrnehmungs- und Denkmuster der lebensgeschichtlich belasteten Personen sowie deren negative Gefühle (Wut, Hass, Trauer, Hilflosigkeit) prägen die Atmosphäre einer Einrichtung. Diese Emotionen, die tiefgehend in der Seele der Betroffenen verankert sind, zeigen sich in unberechenbaren Verhaltensweisen oder in hohem Maße sexualisiertem, aggressivem oder provokativem Verhalten. Pädagogische Fachkräfte werden an ihre körperlichen und psychischen Grenzen getrieben, da sie mit emotionaler Abwehr, verbalen Abwertungen, Bedrohungen oder sogar tätlichen Angriffen konfrontiert werden. Sie finden sich regelmäßig in Re-Inszenierungen und Übertragungen der Traumatisierten wieder (vgl. Lang 2013, S. 220-228). Ständige psychische Belastungen schränken die Handlungsfähigkeit und somit die Selbstwirksamkeitsüberzeugung der pädagogischen Fachkräfte signifikant ein, was zu Arbeitsunzufriedenheit und, im schlimmsten Fall, zu Arbeitsunfähigkeit führen kann (vgl. Weiß 2013, S. 202-215).

Unterstützungsangebote auf der Einrichtungs- und Leitungsebene

Es liegt in der Verantwortung der Einrichtung, strukturelle Rahmenbedingungen zu schaffen, die der Unterstützung und Entlastung der pädagogischen Fachkräfte dienen. Auf die Bedürfnisse der PädagogInnen muss eingegangen werden, um zu ihrer Stabilisierung und Wohlbefinden am Arbeitsplatz beizutragen. Dies stellt eine Grundvoraussetzung für qualitativ wertvolles pädagogisches Handeln dar (vgl. Lang 2013, S. 224). Die Leitung nimmt eine bedeutende Rolle bei der Förderung der PädagogInnen ein. Sie muss gegenüber ihren MitarbeiterInnen offen, empathisch,

ehrlich und zuverlässig sein. Unter dem Fürsorgeaspekt ist es die Aufgabe der Leitung, den PädagogInnen Sicherheit und in Krisen Halt zu geben (vgl. Lang 2013, S. 222-223).

Die MitarbeiterInnen des ReethiRa haben die Möglichkeit, regelmäßig Supervision in Anspruch zu nehmen (vgl. B1, S. 17, Z. 659).

„Also seitens der Geschäftsführung haben wir die Pflicht und natürlich auch das Recht für Supervisionen, also sprich wenn es zu irgendwelchen belastenden Ereignissen in der Arbeit kommt, dann haben wir die Möglichkeit, extern mit einer Psychotherapeutin darüber zu sprechen.“ (B3, S. 12, Z. 419)

Die pädagogischen Fachkräfte haben ebenso die Möglichkeit, in Fort- und Weiterbildungen ihr fachliches Wissen zu erweitern und Kenntnisse über neue traumapädagogische Konzepte und Methoden zu gewinnen (vgl. B3, S. 12, Z. 450). Die Geschäftsführung des ReethiRa steht den MitarbeiterInnen jederzeit zur Verfügung (vgl. B2, S. 13, Z. 481).

„Auch unsere Geschäftsführung ist immer präsent und wir können sie rund um die Uhr erreichen. Sollte es zu belastenden Situationen kommen, können wir immer mit ihr telefonieren und oder mit ihr sprechen, wenn sie sowieso im Haus ist.“ (B3, S. 12, Z. 422)

Weiters finden alle zwei Wochen Teamsitzungen statt, in denen Schwierigkeiten, Probleme und Belastungen offen angesprochen und reflektiert werden (vgl. B1, S. 17, Z. 699).

Unterstützungsangebote auf der Teamebene

Das unmittelbare Arbeitsteam und die Atmosphäre, die innerhalb der Mitglieder herrscht, haben einen immensen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit der Einzelnen (vgl. Friedrich & Scherwath 2012, S. 193). Gute Teamarbeit kann als Kraftquelle zur Stabilisierung in Zeiten hoher Anspannung bewertet werden (vgl. Weiß 2013, S. 237).

Die PädagogInnen des ReethiRa führen regelmäßig Gespräche, in denen Alltagsproblematiken oder Schwierigkeiten bei dem Umgang mit traumatisierten jungen Frauen, offen angesprochen werden (vgl. B3, S. 12, Z. 436). Im Sinne der Psychohygiene werden Gefühlszustände, die man selber empfindet oder bei den KollegInnen feststellt, kommuniziert und reflektiert. Der Austausch von unterschiedlichen Sichtweisen stellt für die PädagogInnen einen wichtigen Faktor zur Entlastung dar (vgl. B1, S. 16, Z. 696). Das Team ist für alle MitarbeiterInnen eine wichtige Ressource, welche unterstützend, stabilisierend und stark entlastend wirkt.

„Untereinander machen wir das sowieso immer, weil wir einfach das Gespräch führen miteinander. Und du kannst nirgendwo so ehrlich sprechen wie im Team. Du kannst dich im Team im Prinzip auch auskotzen, darüber.“ (B2, S. 13, Z. 479)

„Ja, das merkt man schon, wenn man an irgendeinem Tag sehr gereizt ist, weil die Gruppe nicht grad lustig drauf ist, dann ist sie da, wo du dich richtig auslassen kannst, in einem geschützten Rahmen wieder einmal. Wo du dann ganz anders hinausgehst. Wo du kurz die Emotionen losgeworden bist und draußen dann wieder neutral verhalten kannst.“ (B1, S. 17, Z. 710)

Methoden zur Entlastung auf der persönlichen Ebene

Es ist die Pflicht jedes/jeder einzelnen PädagogIn, auf das eigene psychische und körperliche Wohlbefinden zu achten und es aktiv zu fördern. Einerseits um seiner/ihrer selbst willen und andererseits, um die besonderen Herausforderungen im pädagogischen Alltag mit traumatisierten Menschen bewältigen zu können. Die beiden Methoden Selbstfürsorge/Psychohygiene und Selbstreflexion stellen zwei Grundlagen zur persönlichen Stabilisierung und Minimierung beziehungsweise Verhinderung von Belastungen dar (siehe Kapitel 10.1. Haltung und Kompetenzen).

Konstruktive Arbeitsbedingungen

Nach den pädagogischen Fachkräften des ReethiRa sind folgende Bedingungen für ein konstruktives Arbeitsumfeld und –Klima wesentlich:

- Supervisionen und Fortbildungen (B1, S. 17, Z. 718)
- Flexible Dienstpläne (B3, S. 12, Z. 442)
- Genügend Ruhephasen zwischen den einzelnen Diensten (B1, S. 17, Z. 716)
- Gestaltung und Sauberkeit des Arbeitsplatzes (B3, S. 12, Z. 447)
- Gute Zusammenarbeit im Team (B3, S. 12, Z. 445)
- Konstruktive Kommunikation (B2, S. 14, Z. 497)
- Kritikfähigkeit der KollegInnen (B2, S. 14, Z. 498)
- Wertschätzung, Partizipation, Verlässlichkeit, Transparenz (B1, S. 17, Z. 718, B2, S. 14, Z. 497)

11 Resümee und Empfehlungen

Das Ziel dieser Arbeit lag einerseits darin traumapädagogische Methoden, die der Behandlung lebensgeschichtlich belasteter Menschen dienen sowie jene Konzepte und Prinzipien, die diesen zugrunde liegen, vorzustellen und andererseits jene Methoden die zur Entlastung des Helfersystems beitragen, aufzuzeigen.

Der Intention der vorliegenden Arbeit lagen folgende Forschungsfragen zugrunde:

- 1.) Welche traumapädagogischen Methoden stehen pädagogischen Fachkräften zur Behandlung von traumatisierten Personen, am Beispiel der traumapädagogischen Facheinrichtung ReethiRa, zur Verfügung?
- 2.) Welche Rahmenbedingungen und Methoden wirken Überlastungen des Helfersystems, im Rahmen der Arbeit mit traumatisierten Personen, entgegen?

Um die Forschungsfragen zu beantworten, werden die gewonnenen Ergebnisse an dieser Stelle noch einmal zusammengefasst.

Die Grundhaltung, die PädagogInnen einnehmen, kann als Basis aller in Folge eingesetzten Methoden und Maßnahmen bewertet werden, da sie das pädagogische Handeln und somit die Wirksamkeit aller Interventionen beeinflusst. Die Annahme des guten Grundes stellt im traumapädagogischen Kontext einen besonderen Stellenwert dar. Die Überzeugung, dass hinter jedem Verhalten, auch destruktiven Handlungsmustern, positive Absichten im Sinne der Bedürfnisbefriedigung stecken, ermöglicht einen wertschätzenden Zugang der PädagogInnen. Weiters ist eine Grundeinstellung, die Transparenz, Partizipation und Selbstbemächtigung der Traumatisierten fördert, für den Behandlungserfolg der Betroffenen erforderlich. Eine hohe psychische Belastbarkeit und Stabilität ist im Umgang mit Traumatisierten eine Grundvoraussetzung um professionell handeln zu können. Eigenschaften wie Geduld,

Kommunikations- und Kooperationsbereitschaft, Verlässlichkeit und Aufgeschlossenheit gegenüber neuen Menschen, Situationen oder Tätigkeiten sowie logisches Denken, Spontanität und Flexibilität sind in pädagogischen Handlungsfeldern immer günstig. Spezifisches Fachwissen bezüglich Psychotraumatologie, Traumareaktionen, Traumafolgestörungen, Entwicklungsrisiken und Bindungsmuster dienen der Qualitätssicherung von pädagogischem Handeln. Die Fähigkeit, die eigenen Handlungsmuster, Wahrnehmungen und Entscheidungen reflektieren zu können und die Fähigkeit auf sich selbst und seine Bedürfnisse zu achten, sind wichtige Grundkompetenzen der pädagogischen Fachkräfte.

Traumapädagogische Methoden dienen der ganzheitlichen Behandlung von traumatisierten Menschen. Mithilfe dieser Methoden können Defizite und Störungen der kognitiven, psychischen, körperlichen, emotionalen und sozialen Ebene ausgeglichen und behandelt werden. Der äußere sichere Ort, als Grundlage aller weiteren traumapädagogischen Methoden, dient der Wiederherstellung des Sicherheitsempfindens der Betroffenen. Ein äußerer sicherer Ort zeichnet sich durch absolute Gewaltfreiheit, klare Strukturen, ein hohes Maß an Transparenz, der Ritualisierung von Abläufen und einer stressfreien Atmosphäre aus. Der Umgang miteinander ist geprägt von Wertschätzung, Vertrauen, Freundlichkeit und offener Kommunikation. Der innere sichere Ort, der im Rahmen der Imaginationsübungen aufgebaut wird, dient der Herstellung innerer Sicherheit. Die Vorstellung eines sicheren Ortes ermöglicht den Betroffenen eine Momentzentrierung und eine psychisch-emotionale Stabilität. Die pädagogische Fachkraft ist das zentrale Element aller traumapädagogischen Methoden. Im Rahmen des Reparenting stellt der/die PädagogIn einen Elternersatz dar und ermöglicht den Betroffenen eine nachträgliche Fürsorge, durch die die Betroffenen lernen wieder Vertrauen aufzubauen und in Folge die Fähigkeit entwickeln, positive und stabile Bindungen einzugehen. Mithilfe des/der BezugsbetreuerIn können negative Bindungserfahrungen korrigiert werden. Die BezugsbetreuerIn übernimmt dabei alle elterlichen Aufgaben, wie zum Beispiel die Anleitung und Unterstützung im Alltag oder das Setzen von Grenzen. Der/die BezugsbetreuerIn muss verlässlich, präsent, offen und wertschätzend sein und

dem/der Traumatisierten Sicherheit, Zuwendung und Geborgenheit vermitteln. Stabilisierungstechniken, wie zum Beispiel Imaginationsübungen, die Anwendung von Skills, Check-Up-Gespräche oder die Verankerung im Hier und Jetzt, werden zur Wiederherstellung psychischer Stabilität bei Spannungszuständen oder in Krisen eingesetzt. Die Aktivierung und Förderung von Ressourcen der Betroffenen hat eine präventive Wirkung, da alle Fähigkeiten und Stärken einer Person als Schutzfaktor fungieren können. Triggeranalysen verfolgen das Ziel Auslöser von destruktivem Verhalten zu identifizieren, um Spannungszustände, Flashbacks oder Dissoziationen, noch bevor sie entstehen, zu regulieren. Diese Methode dient der Selbststabilisierung und fördert die Emotionsregulation. Innerhalb des Skilltrainings werden Fähigkeiten erkundet und erprobt, die Traumatisierte ermächtigt, traumabezogene Trigger zu neutralisieren. Die Skills wirken stabilisierend und steigern die Handlungsfähigkeit der lebensgeschichtlich belasteten Menschen. Skills berühren stets eine Sinnesebene, sprich den Tast-, Geruchs-, Geschmacks- oder Gehörssinn. Scharfe Gerüche wie Ammoniak, scharfes Essen wie Chili, kalt duschen oder Sport sind einige Beispiele wie Skills ausschauen können.

Der Notfallplan und der Notfallkoffer werden innerhalb des Skilltrainings erstellt und dienen in Krisen der Stressreduktion. Auf dem verschriftlichten Notfallplan sind all jene Skills vermerkt, die bei Spannungszuständen stabilisierend wirken. Weiters existiert für die Betroffenen ein Notfallplan, auf dem Vorgehensweisen in Krisen dokumentiert sind, sprich wie der/die Traumatisierte in der speziellen Situation reagieren oder handeln soll (zum Beispiel den/die BetreuerIn kontaktieren). Auch die PädagogInnen verfügen über einen Notfallplan, der eine Handlungsanleitung in Krisen darstellt. Dieser Notfallplan beinhaltet zum Beispiel adäquates Verhalten bei selbstverletzendem oder suizidalem Verhalten der Betroffenen. Biografiearbeit findet einerseits mittels Fragebögen (Sozialanamnese, Erwachsenen-Bindungs-Interview) und andererseits im Rahmen der Bezugsbetreuung statt. Die Biografiearbeit bewirkt eine Akzeptanz der eigenen Lebensgeschichte, hilft Sinnzusammenhänge zu verstehen und traumatische Erfahrungen in die eigene Biografie zu integrieren. Biografiearbeit fördert die Selbstakzeptanz und wirkt unterstützend bei der Erstellung eines positiven

Selbstkonzeptes. Psychoedukation, als die Vermittlung von spezifischem Fachwissen über die Krankheitsbilder der Betroffenen, wie zum Beispiel über Posttraumatische Belastungsstörung oder Sucht, fördert die Wiederherstellung positiver Selbst-Zuschreibungen.

Pädagogische Fachkräfte werden im Umgang mit lebensgeschichtlich belasteten Menschen mit besonderen Herausforderungen konfrontiert. Die destruktiven Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsmuster können eine sehr belastende Wirkung haben. Um Überforderungen, Belastungen und Belastungsreaktionen der PädagogInnen zu vermeiden, müssen bestimmte strukturelle Rahmenbedingungen sowie Unterstützungsangebote seitens der Leitung und des Kollegiums bereitgestellt werden. Weiters gibt es Methoden, welche die pädagogischen Fachkräfte selbst anwenden können, um Belastungen zu minimieren.

Regelmäßige Supervisionen und die Möglichkeit Weiter- und Fortbildungen zu absolvieren, dienen der Qualitätssicherung und erweitern den Handlungsspielraum der PädagogInnen. Die Teilhabe an Prozessen und Entscheidungen sowie die Mitgestaltung an den Räumlichkeiten steigern die Arbeitszufriedenheit und das Wohlbefinden der pädagogischen Fachkräfte. Eine Leitung, die ihren MitarbeiterInnen empathisch, offen und wertschätzend entgegentritt hat für die PädagogInnen eine beruhigende und damit stabilisierende Wirkung. In offenen Dialogen können Probleme bei der Arbeit angesprochen und reflektiert werden, um eine Lösung zu finden. Das MitarbeiterInnen-Team hat einen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit der Einzelnen. Wertschätzende Kommunikation und Kooperation nehmen den höchsten Stellenwert ein. Die Ressource „Team“ wirkt sehr entlastend und hat eine präventive Wirkung. Gegenseitige Unterstützung und der transparente Austausch von Gefühlszuständen, sprich gelebte Psychohygiene im Team wirkt Belastungen entgegen und erhält die Handlungsfähigkeit der PädagogInnen. Selbstreflexion verhindert die Übernahme negativer Gefühle der traumatisierten Personen. Re-Inszenierungen und Übertragungen können durch reflektorische Fähigkeiten erkannt und unterbrochen werden. Für das eigene psychische und physische Wohlbefinden ist der fürsorgliche

Umgang mit den eigenen Gefühlen und Empfindungen unumgänglich. Die Trennung von Beruf und Alltag ist empfehlenswert, um sich von dem belastenden Arbeitsalltag zu distanzieren. Abwechslungsreiche Freizeitgestaltung, regelmäßige Bewegung und Aktivitäten an der frischen Luft wirken entspannend und haben eine hohe stabilisierende Wirkung.

Je mehr ich mich mit dem Fachbereich Traumapädagogik auseinandersetzte, desto bewusster wurde mir, was traumapädagogisches Handeln leisten kann. Es wäre dringend notwendig, den Wert von traumapädagogischen Konzeptionen und Methoden sowie deren Wirksamkeit öffentlich, zum Beispiel durch Studien, zu präsentieren. Der traumapädagogische Ansatz kommt in stationären Einrichtungen nur rudimentär zur Anwendung. Studien beweisen jedoch, dass die meisten Personen, die sich in einer stationären Unterbringung befinden, Reaktionen und Störungen in Folge eines Traumatums aufweisen. Die Integration traumapädagogischer Konzepte und Methoden in Einrichtungen und deren Hilfsplanung ist somit nur logisch, um auf die Bedürfnisse und Problemlagen der Betroffenen adäquat eingehen zu können. Traumapädagogische Prinzipien und einzelne Methoden lassen sich ebenfalls in andere Institutionen mit Erziehungsauftrag, wie zum Beispiel der Schule, übertragen. Die Rolle der PädagogInnen in der Arbeit mit lebensgeschichtlich belasteten Menschen einnehmen, ist ohne Zweifel zentral. Um professionell handeln zu können, sind Aus- und Fortbildungen, die das komplexe Phänomen „Trauma“, dessen Folgestörungen und alles was damit in Zusammenhang steht, notwendig. In pädagogischen Ausbildungsstätten sollte daher traumapädagogisches Fachwissen in das Curriculum aufgenommen werden, um die PädagogInnen auf dieses spezielle Tätigkeitsfeld vorzubereiten. PädagogInnen müssen die Möglichkeit besitzen, sich Grundwissen, was das wichtigste Handwerkszeug darstellt, anzueignen, um in der pädagogischen Praxis handlungsfähig zu sein. Weiters sollten Themen, wie innerfamiliäre und sexuelle Gewalt, im öffentlichen Diskurs verstärkt aufgegriffen werden, um eine Enttabuisierung von Traumatisierungen zu erreichen. Dies würde in hohem Maße zur Entlastung der Betroffenen beitragen. Die Sensibilisierung bezüglich Traumatisierungen und Traumapädagogik richtet den Blick auf die pädagogischen

Fachkräfte, was das Ansehen des Berufsbildes der PädagogInnen steigern und sich auch in der Bezahlung widerspiegeln würde.

12 Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association (2013): 309.81 PTBS. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing. In: <http://ptbs-ptsd.de/dsm-5.html> [23.02.2015].

BAG-TP (2011): Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Ein Positionspapier der BAG Traumapädagogik. In: <http://www.bag-traumapaedagogik.de/index.php/standards.html> [20.03.2015].

Baierl, Martin (2008): Herausforderung Alltag. Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. Kg.

Baierl, Martin & Frey, Kurt (2014): Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. Kg.

Bausum, Jacob/ Besser, Lutz Ulrich/ Kühn, Martin & Weiß, Wilma (Hrsg.) (2013): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Besser, Lutz (2007): Kinder in Gewaltbeziehungen. Gewalt und Trauma: Entstehung/ Folgen/ Hilfestellung. Dokumentation Fachtagung. Hagen.

Bettelheim, Bruno (1991): So können sie nicht leben. Die Rehabilitierung emotional gestörter Kinder. 4. Aufl. München: Taschenbuch Verlag.

Bleck, Thomas & Bossle, Markus (1999): Kampf- oder Flucht- Reaktion. In: <http://www.spektrum.de/lexikon/biologie/kampf-oder-flucht-reaktion/35305> [25.02.2015].

Boon, Suzette/ Stelle, Kathy & Van der Hart, Onno (2013): Traumabedingte Dissoziation bewältigen. Ein Skills-Training für Klienten und ihre Therapeuten. Paderborn: Junfermann Verlag.

Bortz, Jürgen & Döring, Nicola (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. Aufl. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Brisch, Karl Heinz (2009): Bindungsstörungen. 9. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Brisch, Karl Heinz (2013): „Schütze mich, damit ich mich finde“ Bindungspädagogik und Neuerfahrung nach Traumata. In: Bausum, Jacob/ Besser, Lutz Ulrich/ Kühn, Martin & Weiß, Wilma (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. S. 150-166.

Bürger, Ulrich (2000): Stellenwert der Heimerziehung im Kontext der erzieherischen Hilfen- Entwicklungslinien und Standorte stationärer Erziehungshilfen nach § 34 KJHG. In: Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen (Hrsg.) (2000): Heimerziehung im Blick. Perspektiven des Arbeitsfeldes Stationäre Erziehungshilfen. Frankfurt am Main. S. 1-18.

Clauß, Günter (1995): Fachlexikon ABC Psychologie. 5. Aufl. Frankfurt am Main: Harri Deutsch Verlag.

Dammann, Gerhard/ Hofmann, Arne/ Huber, Michaela & Overkamp, Bettina (o.J.): Dissoziative Identitätsstörung (DIS) - eine Persönlichkeitsstörung? Teil 2. In: <http://www.dissoc.de/issd37b.html> [23.02.2015].

Ding, Ulrike (2013): Trauma und Schule. Was lässt Peter wieder lernen? Über unsichere Bedingungen und sichere Orte in der Schule. In: Bausum, Jacob/ Besser, Lutz Ulrich/ Kühn, Martin & Weiß, Wilma (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. S. 56-67.

Dresing, Thorsten & Pehl, Thorsten (2013): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 5. Aufl. In: <http://www.audiotranskription.de/praxisbuch> [16.04.2015].

Duden Online (2013): Resilienz. In: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Resilienz> [24.02.2015].

Duden Online (2013): Trauma. In: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Trauma> [23.02.2015].

Duden Online (2013): Vulnerabilität. In: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Trauma> [24.02.2015].

Eisenberg, Harald (2015): Information und Hilfe nach Gewalttaten, Unfällen, Vernachlässigung, Naturkatastrophen und anderen traumatischen Ereignissen. Kleine Tipps und Hilfestellungen für Betroffene. In: <http://www.traumatherapie-ruhr.de/tipps.htm> [10.04.2015].

Elze, Michael (2014): PTBS: Komorbidität. In: <http://ptbs-ptsd.de/komorbiditaet.html> [23.02.2015].

Ende-Henningsen, Bettina & Henningsen, Henning (1999): Neurobiologische Grundlagen der Plastizität des Nervensystems. In: Frommelt, Peter & Grötzbach, Holger (Hrsg.): Neurorehabilitation. Berlin und Heidelberg: Springer Verlag 2010, S. 67-80.

European Society for Traumatic Stress Studies (2012): DSM IV PTSD definition. 309.81 Posttraumatic Stress Disorder. In: <https://www.estss.org/learn-about-trauma/dsm-iv-definition/> [23.02.2015].

Fischer, Gottfried & Riedesser, Peter (2009): Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4.Aufl. München und Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Flick, Uwe/ Von Kardorff, Ernst & Steinke, Ines (Hrsg.) (2008): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 6.Aufl. Hamburg: Rowohlt Verlag.

Friedrich, Sybille & Scherwath, Corinna (2012): Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung. München: Reinhardt Verlag.

Fleischhauer, Gudrun (2010): Ich weine und ich lache Tränen. Berlin und Bonn: Westkreuz-Verlag.

Gahleitner, Silke Birgitta (2013): Traumapädagogische Konzepte in der Kinder- und Jugendhilfe: Weshalb? – Wie? – Wozu?. In: Lang, Birgit/ Schirmer, Claudia/ Lang, Thomas/ Andreae de Hair, Ingeborg/ Wahle, Thomas/ Bausum, Jacob/ Weiß, Wilma & Schmid, Marc (Hrsg.): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. S. 45-55.

Gahleitner, Silke Birgitta/ Hensel, Thomas/ Baierl, Martin/ Kühn, Martin & Schmid, Marc (Hrsg.) (2014): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. Kg.

Gläser, Jochen & Laudel, Grit (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 3. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Gordon, Thomas (1989): Familienkonferenz. München: Wilhelm Heyne Verlag.

Deegener, Günther (Hrsg.) (2007): Kindesmisshandlung und –vernachlässigung. Interdisziplinäre Fachzeitschrift. Themenheft: Resilienz, Ressourcen, Schutzfaktoren – Kinder, Eltern und Familien stärken. Jg. 10, Nr. 1. Pabst Verlag.

Halper, Michaela & Orville, Petra (2013): „Du darfst niemandem davon erzählen!“ Traumapädagogik und Traumatherapie. In: Bausum, Jacob/ Besser, Lutz Ulrich/ Kühn, Martin & Weiß, Wilma (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. S. 105-113.

Herman, Judith (1994): Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München: Junfermann Verlag.

Herman, Judith (2010): Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. 3. Aufl. Paderborn: Junfermann Verlag.

Hinte, Wolfgang (2001): Wie verhalte ich mich „richtig“? Fachlichkeit in der sozialen Arbeit. In: Sozial Extra. Zeitschrift für soziale Arbeit, Jg. 25, Nr. 10, S. 13-18.

Holderegger, Hans (2014): Die Bedeutung der Übertragung und Gegenübertragung im Alltag und in der Psychotherapie. In: Psychotherapie-Wissenschaft. Jg. 4, Nr. 1, S.35-42. Verfügbar unter: <http://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/psywis/article/view/1040/1084> [27.02.2015].

Huber, Michaela (2009): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung Teil 1. 4. Aufl. Paderborn: Junfermann Verlag.

ICD-10 (2015): F 43.- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. 10. Revision. In: <http://www.icd-code.de/icd/code/F43.1.html> [23.02.2015].

ICD-10-Code (2015): F 43.0.- Akute Belastungsreaktion. 10. Revision. In: <http://www.icd-code.de/icd/code/F43.0.html> [23.02.2015].

Köhler, Thomas (2007): Freuds Psychoanalyse. Eine Einführung. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

Krautkrämer-Oberhoff, Maria (2013): Traumapädagogik in der Heimerziehung. Biografiearbeit mit dem Lebensbuch „Meine Geschichte“. In: Bausum, Jacob/ Besser, Lutz Ulrich/ Kühn, Martin & Weiß, Wilma (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. S. 126-137.

Kühn, Martin (2013): „Macht Eure Welt endlich wieder mit zu meiner!“ Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In: Bausum, Jacob/ Besser, Lutz Ulrich/ Kühn, Martin & Weiß, Wilma (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. S. 24-37.

Lambert, Martin (2014): Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, DSM-IV-TR). S. 25-26. In: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:R3a8GO_2U_sJ:www.uke.de/kliniken/psychiatrie/downloads/klinik-psychiatrie-

psychotherapie/Diagnostik_und_Klassifikation.Vor.F1.pdf+&cd=2&hl=de&ct=clnk&gl=at [23.02.2015].

Lamprecht, Friedhelm (2001): Praxis der Traumatherapie. Was kann EMDR leisten? 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Lang, Birgit (2013): Stabilisierung und (Selbst-) Fürsorge für pädagogische Fachkräfte als institutioneller Auftrag. In: Bausum, Jacob/ Besser, Lutz Ulrich/ Kühn, Martin & Weiß, Wilma (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. S. 220-228.

Lengyel, Ronald (2013): Geschichte und Forschung zu dem Fachgebiet Resilienz. In: <http://www.resilienz.at/resilienz/geschichte-zur-resilienz/> [23.02.2015].

Lennertz, Ilka (2011): Trauma und Bindung bei Flüchtlingskindern. Erfahrungsverarbeitung bosnischer Flüchtlingskinder in Deutschland. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. Kg.

Mayring, Philipp (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. In Forum Qualitative Sozialforschung, Jg. 1, Nr. 2, Art. 20, online unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2383> [16.04.2015].

Mayring, Philipp (1993): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 4. Aufl. Weinheim: Deutscher Studienverlag.

Mey, Günter & Mruck, Katja (Hrsg.) (2010): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Moser, Sonja (2010): Beteiligt sein. Partizipation aus der Sicht von Jugendlichen. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Myschker, Norbert (2009): Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Erscheinungsformen – Ursachen - Hilfreiche Maßnahmen. 6. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

Niebank, Kay/ Petermann, Franz & Scheithauer, Herbert (2002): Frühkindliche Risiko- und Schutzbedingungen: Der familiäre Kontext aus entwicklungspsychopathologischer Sicht. In: Montada, Leo & Oerter, Rolf (Hrsg.) (2002): Entwicklungspsychologie. 5. Aufl. Weinheim, Basel und Berlin: Beltz Verlag.

Peichl, Jochen (o.J.): „Der Schmerz des Lebens übersteigt die Freude“ Trauma und Suizidalität. In: www.krisendienst-mittelfranken.de/dgs/peichl.pdf [13.04.2015].

Pickel, Susanne/ Pickel, Gert/ Lauth, Hans-Joachim & Jahn, Detlef (Hrsg.) (2009): Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaften. Neue Entwicklungen und Anwendungen. Lehrbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Pynoss, Robert/ Steinberg, Alan/ Goenjan, Armen (2000): Traumatische Belastung in Kindheit und Jugendalter. In: McFarlane, Alexander/ Van der Kolk, Bessel & Weisaeth, Lars (Hrsg.): Traumatic Stress: Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis, Forschung zu posttraumatischem Stress und Traumatherapie. Paderborn: Juventa Verlag. S. 265 – 288.

Reddemann, Luise (2003): Einige Überlegungen zu Psychohygiene und Burnout-Prophylaxe von TraumatherapeutInnen. Erfahrungen und Hypothesen. In: Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin, 2003, Jg. 1, Nr. 1, S. 79-85.

Reddemann, Luise (2001): Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Klett-Cotta.

Reddemann, Luise (2007): Überlebenskunst. 2.Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Redl, Fritz (1971): Erziehung schwieriger Kinder. Beiträge zu einer psychotherapeutisch orientierten Pädagogik. München: Piper Verlag.

Reinders, Heinz (2012): Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen. Ein Leitfaden. 2. Aufl. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

Rheinische Gesellschaft für Innere Mission und Hilfswerk GmbH (o.J.): Ein sicherer Ort. In:

<http://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFJA A&url=http%3A%2F%2Fwww.rg-diakonie.de%2Ffileadmin%2Fdefault%2Fdownloads%2FBroschuere%2520Ein%2520Sicherer%2520Ort.pdf&ei=A1ItVYKnHsPXygPRkIGgCw&usg=AFQjCNEXg1CTJlhKLrXE3AOTlmYiwPTzgw> [12.04.2015].

Resch, Franz/ Brunner, Romuald M./ Haffner, Johann/ Koch, Eginhard/ Oelkers-Ax, Rieke/ Parzer/ Peter/ Schuch, Bibiana & Strehlow, Ulrich (1999): Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch. 2. Aufl. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Riedl, Alfred (2004): Didaktik der beruflichen Bildung. Wiesbaden: Franz Steiner Verlag.

Rösch, Stefanie (2015): Akute Belastungsstörung. In: <http://www.t-i-z.de/trauma-info/folgen-%C3%BCberblick/akute-belastungst%C3%B6rung/> [26.02.2015].

Röschmann, Doris (2008): Selbstwirksamkeit: Vom Glauben an die eigenen Möglichkeiten. In: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:0N0bbAey2h8J:https://www.uni-hamburg.de/onTEAM/grafik/1026809068/Praesentation%2520Selbstwirksamkeit.ppt+&cd=1&hl=de&ct=clnk&gl=at> [16.04.2015].

Sauer, Heidrun (2012): Biografiearbeit mit dem Erinnerungsbuch auch für traumatisierte Kinder. „Perspektiven fremduntergebrachter Kinder unter dem Aspekt der traumapädagogischen Arbeit“. In: www.fzpsa.de/2012-Tagung-Bernburg%20Fr.%20Sauer.pdf [11.04.2015].

Schreiber, Horst (o.J.): Gewaltsystem Heim. In: <http://www.heimerziehung.at/gewaltsystem-heim/erziehungsziele> [29.02.2015].

Schütt, Astrid (o.J.): Skills-Training (DBT). In: ppcms.univie.ac.at/uploads/media/Skillstraining.pdf [10.04.2015].

Schwalb, Helmut & Theunissen, Georg (Hrsg.) (2009): Inklusion, Partizipation und Empowerment in der Behindertenarbeit. Best-Practice-Beispiele: Wohnen- Leben- Arbeit- Freizeit. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Schwarzer, Ralf (1994): Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. In: Diagnostica, Jg. 40, Nr. 2, S.105-123.

Schwer, Christina & Solzbacher, Claudia (Hrsg.) (2014): Professionelle pädagogische Haltung: Historische, theoretische und empirische Zugänge zu einem viel strapazierten Begriff. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.

Seibold, Reiner (2011): Ego-State-Therapie in der Psychotraumatologie. In: <http://www.journal-fuer-psychologie.de/index.php/jfp/article/view/93> [05.03.2015].

Sit, Michaela (2008): Leitfaden „Resilienz“ – Was Kinder stark macht. Wien: E. Dorner Verlag. In: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:CpdwSqMFJaMJ:gesundheitsfoerderung.bildung-rp.de/fileadmin/user_upload/gesundheitsfoerderung.bildung-rp.de/Psychische_Gesundheit/Leitfaden_Resilienz.pdf+&cd=1&hl=de&ct=clnk&gl=at [23.02.2015].

Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft mbH (1999): Kampf- oder Flucht-Reaktion. In: <http://www.spektrum.de/lexikon/biologie/kampf-oder-flucht-reaktion/35305> [25.02.2015].

Spiewak, Martin (2008): Falsche Panik. In: Die Zeit vom 1.10.2008, S. 41 (auch online unter www.zeit.de/2008/41/B-Familie; [24.02.2015]).

Tschirner, Ulrike (2005): Das „Erbe“ der Reformpädagogik für eine zeitgemäße kirchliche Arbeit mit Kindern. Diplomarbeit. Norderstedt: GRIN Verlag.

Uttendörfer, Jochen (2008): Traumazentrierte Pädagogik. Von der Entwicklung der Kultur eines Sicheren Ortes. In: <http://www.ipädp.de/?p=43> [15.03.2015].

Uttendörfer, Jochen (2010): Traumazentrierte Pädagogik – Eine Pädagogik des Sichereren Ortes. Vortragsmanuskript. In: www.ev-jugendhilfemenden.de/.../2010_Vortrag_Jochen_Uttendoerfer [15.03.2015].

Van der Kolk, Bessel/ McFarlane, Alexander/ Weisaeth, Lars (Hrsg.) (2000): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Streß sowie Traumatherapie. Paderborn: Junfermann Verlag.

Verein Ubuntu (2011): Für wen das Angebot gedacht ist: Die Zielgruppen. In: <http://www.ubuntu.or.at/zielgruppen.html> [09.04.2015].

Verein Ubuntu (2011): Was erreicht werden soll: Die Ziele. In: <http://www.ubuntu.or.at/ziele.html> [09.04.2015].

Volk, Cornelia (2010): Entwurf eines entwicklungsorientierten psychodynamischen Therapieansatzes für früh traumatisierte Kinder. Dissertation. Berlin: Humboldt-Universität zu Berlin.

Wagner, Wolf (2013): Psychoanalytische Sozialpädagogik als Traumapädagogik. Familienanaloge Ersatzelternschaft für psychosozial hochbelastete Kinder. In: Bausum, Jacob/ Besser, Lutz Ulrich/ Kühn, Martin & Weiß, Wilma (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. S. 91-104.

Weiß, Wilma (2013): Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. 7.Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Weiß, Wilma (2013): Selbstbemächtigung- ein Kernstück der Traumapädagogik. In: Bausum, Jacob/ Besser, Lutz Ulrich/ Kühn, Martin & Weiß, Wilma (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. S. 167- 181.

Weiß, Wilma/ Friedrich, Esther Kamala/ Picard, Eva & Ding, Ulrike (2014): „Als wär ich ein Geist, der auf mich runter schaut“. Dissoziation und Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Welter-Enderlin, Rosmarie & Hildenbrand, Bruno (Hrsg.) (2006): Resilienz- Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg: Carl Auer Verlag.

Wirtschaftskammer Österreich- Institut für Bildungsforschung der Wirtschaft (o.J.): Pädagoge/Pädagogin. Anforderungen. In: www.bic.at/berufsinformation_pdf.php?brfid=953 [03.04.2015].

Witzel, Andreas (2000): Das problemzentrierte Interview. In: Forum Qualitative Sozialforschung, Jg. 1, Nr. 1, Art. 22, online unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228> [13.04.2015].

Wolf, Klaus (1999): Machtprozesse in der Heimerziehung. Eine qualitative Studie über ein klassisches Setting in der Heimerziehung. Münster: Votum Verlag GmbH.

Wustmann, Cornelia (2005): Resilienz. Teil B. Personale Ressourcen. In: Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2007): Auf den Anfang kommt es an: Perspektiven für eine Neuorientierung frühkindlicher Bildung. Bildungsforschungs Band 16, Bonn und Berlin.

Zahlner, Ulrike (o.J.): Fachartikel Trauma. In: <http://www.uzahlner.at/trauma.html> [23.02.2015].

13 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Wustmann, Cornelia (2005): Resilienz. Teil B. Personale Ressourcen. In: Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.)(2007): Auf den Anfang kommt es an: Perspektiven für eine Neuorientierung frühkindlicher Bildung. Bildungsforschungs Band 16, Bonn und Berlin, S. 119- 189.

Tabelle 2: Wustmann, Cornelia (2005): Resilienz. Teil B. Personale Ressourcen. In: Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.)(2007): Auf den Anfang kommt es an: Perspektiven für eine Neuorientierung frühkindlicher Bildung. Bildungsforschungs Band 16, Bonn und Berlin, S. 119- 189.

Tabelle 3: Wustmann, Cornelia (2005): Resilienz. Teil B. Personale Ressourcen. In: Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.)(2007): Auf den Anfang kommt es an: Perspektiven für eine Neuorientierung frühkindlicher Bildung. Bildungsforschungs Band 16, Bonn und Berlin, S. 119- 189.

Tabelle 4: Friedrich, Sybille & Scherwath, Corinna (2012): Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung. München: Reinhardt Verlag.

Tabelle 5: Kategoriensystem

Anhang 1: Imaginationsübung „Der innere Garten“

„Stellen Sie sich bitte ein Stück unberührtes Land mit frischer Erde vor. Es kann klein sein wie ein Blumenbeet oder ein Balkonkasten oder groß wie ein Feld, ein Park o.Ä. Sie sind die Gärtnerin/ der Gärtner dieses Erdstücks. Gestalten Sie es jetzt, wie Sie mögen. Vielleicht wird es Bäume, Büsche oder Blumen geben ... Vielleicht sind die Gewächse, die sie in die Erde pflanzen, schon ausgewachsen ... Vielleicht werden Sie einige aber auch erst aussäen ... Vielleicht werden Sie Wasser in Ihrem Garten haben ... Vielleicht gibt es einen Platz zum Ausruhen ... Vielleicht ist Ihr Garten offen nach außen, vielleicht hat er aber auch Zäune oder eine Mauer ... Alles kann so gestaltet werden, wie Sie es möchten. Wenn Sie später etwas verändern wollen, legen Sie sich in einer Ecke Ihres Gartens einen Komposthaufen an. Dort können Sie alles hinbringen, was Sie nicht mehr haben wollen, so dass es sich in nützliche Erde verwandeln kann. Wenn Sie nun für heute zufrieden mit Ihrem Werk sind, schauen Sie sich um in Ihrem Garten. Vielleicht, in dem Sie ihn noch einmal durchschreiten oder sich an einem ruhigen Plätzchen niederlassen und sich an ihm erfreuen. Nehmen Sie sich vor, Ihren Garten so oft wie möglich aufzusuchen und zu gestalten, wie es Ihren Vorstellungen und Wünschen entspricht.“ (Friedrich & Scherwath 2012, S. 204-205; in Anlehnung an Reddemann 2010)

Anhang 2: Interview-Leitfaden

Teil 1: Ausbildung und Tätigkeiten

1. Bitte stellen Sie kurz Ihren beruflichen Werdegang hinsichtlich Ausbildung und Qualifikationen dar.
2. Beschreiben Sie Ihr Tätigkeitsfeld im Wohnhaus ReethiRa. Welche Aufgaben umfasst Ihre Arbeit als BezugsbetreuerIn?

Teil 2: Darstellung der Einrichtung

1. Stellen Sie das Wohnhaus ReethiRa kurz vor.
 - Um welche Einrichtung handelt es sich?
 - Was ist die Zielgruppe?
 - Was sind die Behandlungs- und Betreuungsziele?
 - Gibt es Besonderheiten, die das ReethiRa von anderen vergleichbaren Einrichtungen unterscheidet?
2. Welchen destruktiven Bedingungen oder traumatischen Situationen waren die Klientinnen des ReethiRa in ihrem Leben ausgesetzt?
3. Zeigen die Klientinnen als Folge störende Verhaltensweisen oder Defizite im sozialen, emotionalen, psychischen oder körperlichen Kontext?
 - Wenn ja, welche?

Teil 3: Interdisziplinäre Zusammenarbeit

1. Findet neben der pädagogischen Traumaarbeit auch psychotherapeutische Traumabearbeitung statt?
 - Wenn ja, welchen Stellenwert messen Sie der Psychotherapie bezüglich der Behandlung und Betreuung der Klientinnen im ReethiRa bei?
2. Gibt es eine Trennung zwischen dem pädagogischen Alltag und therapeutischen Maßnahmen?

3. Wie nehmen Sie die Zusammenarbeit zwischen Pädagogik und Therapie innerhalb des ReethiRa wahr?

Teil 4: Haltung und Kompetenzen

1. Ist eine bestimmte Geisteshaltung oder Einstellung der PädagogInnen nötig, um mit traumatisierten Menschen konstruktiv arbeiten zu können?
 - Wenn ja, wie sieht diese aus und wie zeigt sie sich im pädagogischen Alltag?
2. Gibt es bestimmte Persönlichkeitseigenschaften der pädagogischen Fachkräfte, die im Umgang mit traumatisierten Personen besonders günstig oder förderlich sind?
 - Wenn ja, welche?
3. Gibt es bestimmte Persönlichkeitseigenschaften der pädagogischen Fachkräfte, die im Umgang mit traumatisierten Personen eher als nachteilig bewertet werden können?
 - Wenn ja, welche?
4. Welche Grundkompetenzen sind in diesem Arbeitsfeld notwendig?
5. Was verstehen Sie unter Selbstfürsorge?
 - Wenden Sie diese Methode an? Wenn ja, wie?
6. Was verstehen Sie unter Selbstreflexion?
 - Reflektieren Sie Ihr Handeln und Ihre Gedanken/ Einstellungen? Wenn ja, wie?

Teil 5: Traumapädagogische Konzepte

1. Welche pädagogischen Konzepte oder Prinzipien stellen die Basis des traumapädagogischen Handelns im Wohnhaus ReethiRa dar?
2. Welche Bedeutung hat das „Konzept des guten Grundes“ für Sie?
 - Wie macht sich dieses Konzept im alltäglichen Umgang mit Traumatisierten bemerkbar?

3. Welchen Stellenwert hat Wertschätzung und Partizipation bei der Arbeit mit traumatisierten Personen?
 - Wie wird Wertschätzung und Möglichkeit zur Partizipation im Alltag umgesetzt?
4. Welchen Stellenwert hat Transparenz bei der Arbeit mit traumatisierten Personen?
 - Wie gestaltet sich deren Umsetzung im Alltag?
5. Welchen Stellenwert hat Selbstbemächtigung bei der Arbeit mit traumatisierten Personen?
 - Wie gestaltet sich deren Umsetzung im Alltag?
6. Welchen Stellenwert hat die Bindungsfähigkeit und Bindungsbereitschaft der PädagogInnen bei der Arbeit mit traumatisierten Personen?
 - Wie zeigt sich Bindungsfähigkeit und –bereitschaft der PädagogInnen im Alltag?
7. Was verstehen Sie unter Reparenting?
8. Wie wird das Konzept des Reparenting in der pädagogischen Praxis umgesetzt?
9. Gibt es Schwierigkeiten oder besondere Herausforderungen bei der Beziehungsgestaltung zu den Klientinnen?

Teil 6: Traumapädagogische Methoden

1. Welche dieser traumapädagogischen Methoden kommen im Wohnhaus ReethiRa zum Einsatz? Was verstehen Sie darunter? Wie und wann wird die Methode in der Praxis umgesetzt?
 - Äußerer sicherer Ort
 - Innerer sicherer Ort
 - Stabilisierung
 - Ressourcenaktivierung
 - Biografiearbeit
 - Imaginationsübungen
 - Notfallkoffer bzw. Notfallplan

- Skilltraining
 - Psychoedukation
2. Treten besondere Herausforderungen oder auch Schwierigkeiten bei der Umsetzung der genannten Methoden auf?
- Wenn ja, welche?

Teil 7: Methoden zur Entlastung des Helfersystems

1. Wie hoch schätzen Sie allgemein die Gefahr für das Auftreten von Belastungsreaktionen bei PädagogInnen in einem stationären traumapädagogischen Kontext ein?
2. Würden Sie Ihre Arbeit mit traumatisierten Menschen im Rahmen des Wohnhauses ReethiRa als psychisch und emotional belastend bezeichnen?
 - Wenn ja, warum?
3. Stehen den MitarbeiterInnen im Wohnhaus ReethiRa seitens der Geschäftsführung oder des Kollegiums Unterstützungsangebote zur Vermeidung von Belastungsreaktionen zur Verfügung?
 - Wenn ja, welche?
4. Was verstehen Sie unter Psychohygiene?
 - Wird Psychohygiene von Ihnen oder innerhalb des Kollegiums des ReethiRa angewandt?
5. Was verstehen Sie unter konstruktiven Arbeitsbedingungen?
 - Wie nehmen Sie die Arbeitsbedingungen und das Arbeitsklima im Wohnhaus wahr?

Ich danke Ihnen vielmals für Ihre Teilnahme an dem Interview!!!