

Komplexes Traumafolgeverhalten bei fremd untergebrachten männlichen Jugendlichen im Alter von 13 bis 18 Jahren

Möglichkeiten der Begleitung von traumatisierten Jugendlichen



Thesis

zur Erlangung des Grades

Master of Science (MSc)

am

Interuniversitären Kolleg für Gesundheit und Entwicklung
Graz / Schloss Seggau (college@inter-uni.net, www.inter-uni.net)

vorgelegt von

Wolfram Pernjak

Graz, Juni 2008

Die vorliegende Arbeit ist allen betroffenen Jugendlichen und deren betreuenden SozialpädagogInnen gewidmet.

Danksagung

Zur Fertigstellung der vorliegenden Arbeit unterstützten mich viele Personen, bei denen ich mich an dieser Stelle bedanke.

Im Besonderen bedanke ich mich bei meinen Eltern, die mich auf meinen oftmals verschlungenen Ausbildungswegen in jeder Hinsicht unterstützten und mir immer zur Seite standen.

Dem Geschäftsführer von SOS-Kinderdorf – Region Steiermark, Hr. Wintersperger, danke ich für sein Entgegenkommen mir die notwendigen Freistellungen zu gewähren. Der Dank richtet sich auch an das Team des Burschenwohnens Graz von SOS-Kinderdorf für ihr Verständnis während der gesamten Studienzeit.

Für die wohlwollende Begleitung bedanke ich mich im Besonderen bei Frau Dipl.-Psych. Mesenholl Elke, die mir mit Rat und Tat zur Seite stand.

Wolfram Pernjak
Juni 2008

Hinweis für betroffene LeserInnen

Einige Textstellen der vorliegenden Arbeit stellen potentielle Trigger (mögliche Auslöser für Erinnerungsfashbacks) dar. Sie sind in *kursiv* gedruckt.

Wolfram Pernjak, Graz

wolfram.pernjak@aon.at

Hiermit bestätige ich, die vorliegende Arbeit selbstständig unter Nutzung keiner anderen als der angegebenen Hilfsmittel verfasst zu haben.

Graz, im Juni 2008

Thesis angenommen

INHALT

1. ZUSAMMENFASSUNG	4
2. EINLEITUNG	11
2.1 Trauma	12
2.1.1 Begriffsdefinitionen	12
2.1.2 Neurophysiologie	14
2.1.3 Bindung und Trauma	18
2.2 Pubertät und Adoleszenz	20
2.3 Traumapädagogik	22
2.3.1 Basics	24
2.3.2 Orientierungsphase	26
2.3.3 Stabilisierungsphase	27
2.3.4 Trauma zentrierte Psychotherapie	28
2.3.5 Integration und Neuorientierung	28
3. METHODIK	28
3.1 Design	28
3.2 TeilnehmerInnen	28
3.3 Durchführung	29
3.3.1 Die Checkliste	30
3.3.2 Analyse des Betreuungsverlaufes	30
4. ERGEBNISSE	31
4.1 Gesamtzahl	31
4.2 Erfahrungshintergrund	31
4.3 Psychiatrische Diagnosen	32
4.4 Traumafolgeverhalten	33
4.5 Zeitliches Auftreten von Traumafolgeverhalten	34
4.6 Abwesenheiten der BezugsbetreuerInnen	35
5. DISKUSSION	36
5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	36
5.2 Interpretation der Ergebnisse	38
5.2.1 Erfahrungshintergründe	38
5.2.2 Psychiatrische Diagnosen und Traumafolgeverhalten	39
5.2.3 Zeitliches Auftreten und Abwesenheit der BezugsbetreuerInnen	43
5.3 Reaktionen von SozialpädagogInnen im Team	44
5.4 Schaffung eines Entwicklungsraumes	46
5.5 Ausblick	47
6. LITERATURVERZEICHNIS	50



www.inter-uni.net > Forschung

**Komplexes Traumafolgeverhalten bei fremd untergebrachten männlichen Jugendlichen im Alter von 13 bis 18 Jahren
Möglichkeiten der Begleitung von traumatisierten Jugendlichen
Zusammenfassung der Arbeit (redaktionell bearbeitet)**

Wolfram Pernjak

Interuniversitäres Kolleg (college@inter-uni.net) 2008

Einleitung

Den Ausgangspunkt dieser Arbeit bilden männliche Jugendliche im Alter von 13 bis 18 Jahren, die durch ihr Verhalten den Rahmen einer sozialpädagogischen Wohngemeinschaft „sprengen“: Hyperaktivität, Störungen der Impulskontrolle, Aggressivität gegenüber anderen Jugendlichen oder SozialpädagogInnen, meist kombiniert mit Selbstverletzungen oder Gedanken sich selbst zu töten sind die Gründe, die zum Ausschluss aus einer Wohngemeinschaft führen. Die Folge des Wohngemeinschaftsausschlusses besteht in der Regel darin, dass die Jugendlichen in weiteren stationären Einrichtungen der freien Jugendwohlfahrt vorgestellt werden, wo oben beschriebenes Szenario erneut beginnt und ein Kreislauf entsteht, der schlimmstenfalls mit dem Erreichen der Volljährigkeit beendet ist und die nunmehr jungen Erwachsenen auf sich alleine gestellt lässt.

Aufnahme in stationären Einrichtungen der Jugendwohlfahrt finden Jugendliche, deren weiterer Verbleib im Herkunftssystem aus unterschiedlichen Gründen nicht möglich ist. Gründe dafür können zum Beispiel sexualisierte und/oder körperliche Gewalt, Vernachlässigung durch die Kindeseltern, Alkoholismus der Kindeseltern bzw. eines Kindeselternanteiles und der damit oftmals verbundenen Gewalt oder psychische Erkrankungen der Kindeseltern sein. Studien des Centers of Disease Control (CDC), der Adult Health Maintenance Organization (HMO) und weitere Studien in den USA zeigen eine hohe Signifikanz in der Beziehung von Erfahrungen von mehrfachen, chronischen, meist interpersonellen traumatischen Ereignissen in der Kindheitsentwicklung, die unter dem Begriff „komplexe traumatische Erfahrungen“ zusammengefasst werden (van der Kolk, May 2005).

Die in den stationären Einrichtungen der Jugendwohlfahrt aufgenommenen Jugendlichen werden von SozialpädagogInnen betreut, die in einem Team arbeiten. Die Betreuung von traumatisierten Jugendlichen birgt einerseits spezielle Gefahren, andererseits führt sie zu besonderen Belastungen, indem die Leidensgeschichten auf die SozialpädagogInnen wirken. Bereits Herman 1994 beschreibt,

dass Trauma ansteckend ist (in Weiß 2006, S 148). So können Überforderung, sowie Zweifel an der pädagogischen Kompetenz und Resignation auf Seiten der SozialpädagogInnen entstehen, die eine stabile Betreuung, die entscheidend für die Korrektur der Erfahrungen der traumatisierten Jugendlichen ist, gefährdet (in Anlehnung an Weiß 2006, 141ff)

Unter Berücksichtigung der Ursachen des Verhaltens der Jugendlichen mit dem Ziel Betreuungsabbrüche in stationären Einrichtungen der Jugendwohlfahrt zu vermeiden, ergeben sich folgende Fragestellungen:

1. Gibt es spezifische Verhaltensmuster von traumatisierten Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen der stationären Jugendwohlfahrt als Reaktion auf den Betreuungsprozess?
2. Welche Schritte können SozialpädagogInnen und Institutionen setzen um traumatisierte Jugendliche zu begleiten?

Methodik

Design

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine deskriptive Studie, konkret um eine Sekundäranalyse vorhandener Betreuungsverläufe von Jugendlichen, die beschrieben und analysiert wurden.

TeilnehmerInnen

Die in dieser Untersuchung einbezogenen Personen sind 15 männliche Jugendliche im Alter von 13 bis 18 Jahren mit komplexem Traumafolgeverhalten, die im Rahmen einer Maßnahme nach dem Jugendwohlfahrtsgesetz der jeweiligen Bundesländer in Österreich in einer Jugendeinrichtung von SOS-Kinderdorf untergebracht sind oder waren.

Durchführung

Mittels der Checkliste zur Erfassung von Traumafolgen für Kinder und Jugendliche – Revised (CETF-KJ-R, Lehmann, 2006), erfolgte eine qualitative Auswertung basierend auf dem Hintergrund der persönlichen und beruflichen Erfahrung des Verfassers dieser Arbeit hinsichtlich Zugehörigkeit zur Zielgruppe. Zur Unterstützung wurden Berichte, Diagnosen, ect. aus den Akten und Dokumentationen hinzugezogen. Danach wurden die Betreuungsverläufe, Entwicklungsberichte und sonstige Dokumentationen auf Gemeinsamkeiten hin analysiert.

Datenerhebung und Analyse

Zur Analyse des Betreuungsverlaufes wurden die Dokumentationssysteme der Einrichtung von SOS-Kinderdorf in den Bereichen Aufnahmeverfahren und Betreuungsverlauf für diese Untersuchung herangezogen und an Hand einer „Zeitschiene“ relevante Ereignisse eingetragen. Ein Wochen- und Monatszeitplan über einen Zeitraum von 6 Monaten wurde hierbei berücksichtigt.

Dienstpläne

Parallel zur Zeitschiene mit den dokumentierten Ereignissen wurde der Dienstplan der jeweiligen BezugsbetreuerInnen in Relation gestellt.

Ergebnisse

Gesamtzahl

Insgesamt wurden 15 Kinder und Jugendliche ausgewählt, wovon 4 Jugendliche (27%) nach den Kriterien des CETF-KJ-R nach Lehmann 2007 als nicht zur Zielgruppe gehörend für diese Studie erschienen und nicht weiter berücksichtigt wurden. 11 Jugendliche (73%) finden sich in den unten angeführten Ergebnissen wieder.

Erfahrungshintergrund

Tabelle 1: Erfahrungshintergründe

Erfahrungshintergrund Gesamtzahl der Jugendlichen: 11 Mehrfachnennungen möglich	Bekannt bei Aufnahme	während Betreuung bekannt geworden
Vernachlässigung	6 (55%)	6 (55%)
Körperliche Gewalt	4 (36%)	8 (73%)
Sexualisierte Gewalt	1 (9%)	3 (27%)
Verdacht auf sexualisierte Gewalt	0	1 (9%)
Trennung der Kindeseltern	9 (82%)	9 (82%)

Wie aus Tabelle 1 ersichtlich, wurden die Hälfte der Jugendlichen in ihrem Herkunftssystem vernachlässigt und die Kindeseltern lebten getrennt. Nach der Aufnahme wurden vorwiegend die weniger gut rein faktischen Erfahrungshintergründe bekannt, die Gewalterfahrungen diverser Form beinhalten. Die betroffenen Jugendlichen öffneten sich gegenüber SozialpädagogInnen in einer für sie sicheren Umgebung und vertrauten ihnen ihre Erfahrungen an.

Psychiatrische Diagnosen

Tabelle 2: Psychiatrische Diagnosen

Diagnosen Gesamtzahl der Jugendlichen: 11 Jugendliche mit psychiatrischen Diagnosen: 5 Mehrfachnennungen möglich	bei Aufnahme bekannt	während Betreuung durch ÄrztInnen gestellt
Depression (alle Formen)	1 (9%)	5 (45%)
Störung des Sozialverhaltens	1 (9%)	5 (45%)
PTSD	0	2 (18%)
Impulskontrollstörung	0	2 (18%)
ADHS	0	1 (9%)

Tabelle 2 zeigt, dass im Zuge des Betreuungsprozesses psychiatrische Diagnosen bei den Jugendlichen erheblich zunahmten. Vor der Aufnahme in die Wohngruppe waren bei einem Jugendlichen bereits eine Störung des Sozialverhaltens und die Aufmerksamkeits-Defizits-Hyperaktivitäts-Störung festgestellt, während der Betreuung wurden bei weiteren 4 Jugendlichen psychische Störungen diagnostiziert. Bei allen 5 Jugendlichen mit psychischen Störungen wurden eine Form der Depression, sowie eine Störung des Sozialverhaltens diagnostiziert. Lediglich bei zwei Jugendlichen trat zusätzlich die traumaspezifische Folgeerkrankung der PTSD (Posttraumatische Belastungsstörung) auf, bei allen anderen 4 Jugendlichen eine oder mehrere unspezifische Traumafolgeerkrankungen.

Traumafolgeverhalten

Tabelle 3: Traumafolgeverhalten

Verhalten Gesamtzahl der Jugendlichen: 11 Mehrfachnennungen möglich	bei Aufnahme bekannt	während Betreuung aufgetreten
selbstverletzendes Verhalten	1 (9%)	6 (55%)
Ritzen		5
mit Körperteilen gegen Gegenstände schlagen		3
Alkoholmissbrauch		3
Cannabiskonsum		4
Sonstiger Substanzenmissbrauch		4
Selbsttötungsgedanken		5
Selbsttötungsversuch	1	2
fremdverletzendes Verhalten	0	5 (45%)
Dissoziation	0	4 (36%)
Flashback		3
Dissoziation		1
Probleme am Arbeitsplatz/Schule	7 (64%)	11 (100%)
Schule		
Schwierigkeiten	7	2
Verweigerung		2
Arbeit		
Schwierigkeiten		7
Verweigerung		0
„normaler“ Verlauf		1

Die Ergebnisse aus Tabelle 3 zeigen, ähnlich wie zuvor schon in Tabelle 2, dass das Traumafolgeverhalten im Laufe des Betreuungsprozesses zunimmt. Dabei ist festzuhalten, dass spezifisches Traumafolgeverhalten wie Dissoziation und selbstverletzendes Verhalten (Ritzen und mit Körperteilen gegen Gegenstände schlagen), erstmals in stationären Einrichtungen der Jugendwohlfahrt beobachtet wird.

Unspezifisches Traumafolgeverhalten ist Verhalten, das auch durch andere Ursachen (z.B. Pubertät, psychische Störungen,...) hervorgerufen werden kann und tritt ebenfalls verstärkt während des Betreuungsprozesses auf. Eine klare Grenzziehung zwischen bspw. jugendlichem Probierverhalten im Bereich Substanzenmissbrauch (Alkohol, Cannabis, sonstige Substanzen), Selbsttötungsgedanken und Traumafolgeverhalten ist nicht möglich, lässt sich jedoch vermuten.

Ähnlich verhält es sich mit Problemen an Schulen und Arbeitsplatz: 7 Jugendliche besuchten zum Zeitpunkt der Aufnahme die Schule, drei davon absolvierten das letzte Pflichtschuljahr und sollten während des Beobachtungszeitraumes in den Arbeitsmarkt integriert werden. 4 Jugendliche hatten zum Zeitpunkt der Aufnahme die Pflichtschule bereits absolviert und waren auf der Suche nach einem Ausbildungsplatz. Einerseits führte nun das traumabedingte Verhalten zu Problemen in der Schule und teilweise zum Verlust von Arbeitsplätzen. Andererseits konnten Jugendliche auf Grund von schlechten Schulleistungen schwer in den Arbeitsmarkt integriert werden.

Dem spezifischen wie dem unspezifischen Traumafolgeverhalten (=komplexes Traumafolgeverhalten) gemein ist, dass es im Laufe der Betreuung in Einrichtungen der stationären Jugendwohlfahrt verstärkt auftritt, bzw. als solches erkannt wird. Ursache dafür ist, dass Jugendliche in einem sicheren Entwicklungsraum vorerst ihr Verhalten weiterführen, das ihnen in ihrem vorigen Lebensraum das (Über-)leben sicherte, weiterführen. Dies ist als normales Verhalten, bzw. eine normale Reaktion auf abnormale Erlebnisse (traumatische Erlebnisse) zu sehen.

Zeitliches Auftreten von Traumafolgeverhalten

Tabelle 4: Auftreten von Traumafolgeverhalten ab Aufnahme

	1. Monat	2. Monat	3. Monat	4. Monat	5. Monat
Gesamtzahl der Jugendlichen: 11					
Auftreten ab Aufnahme	2 (18%)	2 (18%)	5 (45%)	1 (9%)	1 (9%)

In Tabelle 4 ist deutlich zu sehen, dass das komplexe Traumafolgeverhalten verstärkt in den ersten drei Monaten mit einem Maximum im dritten Monat auftritt. Ein spezielles Ereignis, das zum Auftreten in diesem Zeitraum führt, konnte nicht gefunden werden.

Abwesenheiten der BezugsbetreuerInnen

Tabelle 5: Abwesenheiten BezugsbetreuerInnen

Gesamtzahl der Jugendlichen: 11	<1 Woche	1 Woche	2 Wochen	3 Wochen	kein Auftreten b. Abwesenheit
Abwesenheit BezugsbetreuerIn	0	0	2 (18%)	2 (18%)	7 (64%)

Tabelle 5 zeigt, dass bei einer Abwesenheit von BezugsbetreuerInnen durch Urlaube oder Krankenstände bei einem Drittel der Jugendlichen ein vermehrtes Auftreten von Traumafolgeverhalten zu beobachten ist, bei zwei Drittel das Verhalten gleich bleibt. Ohne Relevanz ist eine Abwesenheit von BezugsbetreuerInnen unter zwei Wochen.

Diskussion

Interpretation des Ergebnisses

Aus den Ergebnissen geht hervor, dass traumatisierte Jugendliche in Einrichtungen der stationären Jugendwohlfahrt komplexe Verhaltensmuster als Reaktion auf den Betreuungsprozess aufweisen. Der bereits durch die „Adverse Childhood Experiences“ (ACE) Studie 1998 des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) in den USA festgestellte signifikante Zusammenhang zwischen Kindheit mit traumatischen Erlebnissen und z.B. Depressionen, Selbsttötungsgedanken, Dissoziationen, Flashbacks und Schulproblemen (van der Kolk 2005) hat sich in dieser Untersuchung bestätigt.

Jedoch ist zu beachten, dass nicht alle Verhaltensweisen auf traumatische Erlebnisse in der Kindheit zurückgeführt werden können. Bezieht man das Alter der untersuchten Zielgruppe mit ein, so schlagen sich die Pubertät und die Adoleszenz in den Ergebnissen nieder. Auch hier können

Selbsttötungsgedanken und Selbsttötungsversuche auftreten, wie Studien zu Depression und Selbsttötungsraten zeigen (Schuch 2008). Eine Grenzziehung zwischen z.B. Substanzenmissbrauch in Folge von traumatischen Erlebnissen und „jugendlichem Probierverhalten“ ist ebenso schwierig. Ähnlich verhält es sich mit psychiatrischen Diagnosen, da Jugendliche die Kriterien für Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD) nicht erfüllen. Anstelle der PTSD setzte van der Kolk die „Entwicklungsbedingte traumatische Störung“, da diese die auftretenden Verhaltensweisen mit einschließt (van der Kolk 2005). Diese Diagnose wird bei der Erstellung der nächsten internationalen Diagnoseschlüssel (ICD und DSM) mit berücksichtigt werden.

Werden Jugendliche mit traumatischen Erfahrungen in stationäre Einrichtungen der Jugendwohlfahrt aufgenommen, so prüfen sie in den ersten Wochen sehr genau, welche Beziehungsangebote durch SozialpädagogInnen gesetzt werden, ob sie diesen vertrauen können und ob sie an diesem Ort sicher sind. In dieser Zeit sind bereits die einen oder anderen Verhaltensweisen erkennbar. Ziel der Jugendlichen ist es, so wenig wie möglich aufzufallen und sich in die Gruppe einzufügen. Ebel bezeichnet dies als Anpassungsphase, die nach den Ergebnissen dieser Untersuchung bei 82% der Jugendlichen im dritten Monat abgeschlossen ist. Die Jugendlichen haben Vertrauen gefasst und erste Beziehungen werden eingegangen (in Anlehnung an Ebel 2004). Das Beziehungsangebot der SozialpädagogInnen ist eine Bindungsbeziehung für einen längeren Zeitraum. Jugendliche, die aufgrund ihrer chronischen Traumatisierung schlechte Erfahrungen mit ihren bisherigen Bindungspersonen gemacht haben, trauen anfänglich den SozialpädagogInnen nichts Besseres zu (in Anlehnung an Schleiffer 2007). Kommt es jetzt zu Abwesenheiten seitens der neuen Bezugsperson(en), werden einerseits alte Erfahrungen reaktiviert, andererseits ruft die neue Situation (Abwesenheit) das Gefühl der Unsicherheit hervor und die Jugendlichen kehren zu ihren alten Verhaltensweisen zurück. Der kritische Zeitpunkt liegt nach den Ergebnissen dieser Untersuchung bei zwei Wochen.

Im Anschluss an die Anpassungsphase beginnt nach Ebel die Übertragungsphase, bei der das komplexe Traumafolgeverhalten konkret und verstärkt auftritt. Verunsichert und verängstigt durch neue Erfahrungen an einem sicheren Ort zu sein, beginnen sie, ihre alten (traumatischen) Erfahrungen, ihre (negativen) Erwartungen und Ängste auf die neuen Bezugspersonen zu übertragen, um dadurch diese dazu zu bringen, so wie ihre bisherigen Bezugspersonen zu reagieren, d.h. ihre alten Erfahrungen bestätigt zu bekommen. Diese Übertragungen der Jugendlichen lösen bei den SozialpädagogInnen emotionale Reaktionen (Gegenübertragung) aus. Es passiert, dass SozialpädagogInnen Impulse verspüren, ähnlich wie die früheren Bezugspersonen zu reagieren. Hinzu kommt, dass SozialpädagogInnen im Rahmen der Gegenübertragung auch Gefühlen ausgesetzt sind, die denen des Jugendlichen entsprechen. Diese Gefühle der Gegenübertragung fühlen sich wie die eigenen an und es können unreflektiert Abwehrmechanismen seitens der SozialpädagogInnen entstehen (vgl. Ebel 2004).

Parallel dazu können im Team der SozialpädagogInnen nach einem anfänglichen „Honeymoon“ (Streek-Fischer 2006), der mit der Anpassungsphase gleichzusetzen ist, Spaltungen entstehen. Im Honeymoon können SozialpädagogInnen der Versuchung von Größen- und Rettungsphantasien erliegen, sowie die Vorstellung haben, kompetentere und bessere Menschen zu sein, als jene, die dem Jugendlichen zuvor begegnet sind. Die Vorgeschichte des Jugendlichen wird dabei ausgeblendet. Schon in der Anpassungsphase, beginnt der „deadly dance“ (Streek-Fischer 2006), indem Jugendliche

durch ihr Verhalten Grenzen zu überschreiten beginnen. Einige SozialpädagogInnen beginnen einen Bezug zur Vorgeschichte herzustellen, andere verharren im Honeymoon und stellen fest, dass der Jugendliche dieses Verhalten nicht zeigt und glauben, den Jugendlichen besser zu verstehen als andere. In einem nächsten Schritt, in der Übertragungsphase, kommt es zur Entstehung von Feindbildern mit beginnender Einkreisung: Das grenzüberschreitende Verhalten führt zu verstärktem Einsatz von pädagogischen Maßnahmen, aus Sicht des Jugendlichen werden die SozialpädagogInnen zu VerfolgerInnen, GefängniswärterInnen, ect. gleichzeitig. Durch Freund/Feind-Polarisierungen kommt es zu Spaltungen innerhalb des Teams, einzelne SozialpädagogInnen fühlen sich bedroht, andere neigen dazu, die Kompetenzen ihrer KollegInnen anzuzweifeln. Erste Stimmen werden laut, den Jugendlichen zu entlassen. Die Spaltungen werden immer stärker, der Jugendliche wird zunehmend fallen gelassen und aufgegeben. Einige SozialpädagogInnen fungieren nur mehr als „Aufpasser“, und ziehen sich emotional zurück. Die Ausgrenzung kann sich auch auf jene/n SozialpädagogIn beziehen, die/der am stärksten die Entlassung des Jugendlichen fordert. Schlussendlich wird der Jugendliche zur Rettung des Teams oder der Gruppe der Jugendlichen aus der Einrichtung entlassen (vgl. Streek-Fischer 2006, S 194ff)

Folgerungen

Die Modelle von Ebel (2004) und Streek-Fischer (2006) beschreiben in dynamischen Phasen, in welcher Abfolge traumabedingtes Verhalten bei Jugendlichen auftreten kann, bzw. wie SozialpädagogInnen und deren Teams darauf reagieren können. Bezieht man die Ergebnisse dieser Untersuchung hinsichtlich des zeitlichen Auftretens des Verhaltens mit dem kritischen Punkt bei drei Monaten ein, so ergibt sich eine Zeitspanne von drei Monaten, in denen erste und wesentliche Schritte gesetzt werden können, die betroffenen Jugendlichen durch die schwierige Phase der Übertragung zu begleiten. Dies setzt voraus, dass die betreuenden SozialpädagogInnen nicht im „Honeymoon“ verweilen, sondern erste, vereinzelt auftretende Anzeichen Trauma bedingten Verhaltens wahrnehmen und zuordnen. Ein adäquates Handeln ist verknüpft mit der Kenntnis über posttraumatische Belastungsreaktionen, bzw. traumabedingtes Verhalten, das erneute Traumatisierungen (Retraumatisierung) verhindert.

Einrichtungen der stationären Jugendwohlfahrt sind gefordert, Jugendlichen mit traumatischen Erfahrungen „heilende Strukturen“ zur Verfügung zu stellen. Dies kann nur dadurch erreicht werden, in dem durch einen interdisziplinären Wissenstransfer das Wissen anderer Disziplinen wie der Medizin, Psychologie (hier vor allem der Traumaforschung) und der Psychotherapie anerkannt und auf das pädagogische Feld umgelegt wird, um Handlungsmuster in Betreuungsprozessen zu verstehen und adäquat darauf zu reagieren. Die Aufgabe von SozialpädagogInnen ist hierbei, die ihnen anvertrauten Jugendlichen dahingehend zu begleiten, dass sie ihrer Lebensgeschichte einen Sinn geben können „und im Hier und Heute in Beziehung leben lernen“ (Weiß 2006, S 183). Dabei können SozialpädagogInnen durch entsprechende Methodik eine Korrektur des Verhaltens ermöglichen. SozialpädagogInnen gehören in ihrer schwierigen Arbeit durch LeiterInnen und Teams und durch externe Fachkräfte unterstützt und der Kreislauf von Aufnahme und Entlassung aus stationären Einrichtungen der Jugendwohlfahrt kann verhindert werden.

2. EINLEITUNG

Den Ausgangspunkt dieser Arbeit bilden männliche Jugendliche im Alter von 13 bis 18 Jahren, die durch ihr Verhalten den Rahmen einer sozialpädagogischen Wohngemeinschaft „sprengen“: Hyperaktivität, Störungen der Impulskontrolle, Aggressivität gegenüber anderen Jugendlichen oder SozialpädagogInnen, meist kombiniert mit Selbstverletzungen oder Gedanken sich selbst zu töten sind die Gründe, die zum Ausschluss aus einer Wohngemeinschaft führen. Die Folge des Wohngemeinschaftsausschlusses besteht in der Regel darin, dass die Jugendlichen in weiteren stationären Einrichtungen der freien Jugendwohlfahrt vorgestellt werden, wo oben beschriebenes Szenario erneut beginnt und ein Kreislauf entsteht, der schlimmstenfalls mit dem Erreichen der Volljährigkeit beendet ist und die nunmehr jungen Erwachsenen auf sich alleine gestellt lässt.

Aufnahme in stationären Einrichtungen der Jugendwohlfahrt finden Jugendliche, deren weiterer Verbleib im Herkunftssystem aus unterschiedlichen Gründen nicht möglich ist. Gründe dafür können zum Beispiel sexualisierte und/oder körperliche Gewalt, Vernachlässigung durch die Kindeseltern, Alkoholismus der Kindeseltern bzw. eines Kindeselternanteiles und der damit oftmals verbundenen Gewalt oder psychische Erkrankungen der Kindeseltern sein. Studien des Centers of Disease Control (CDC), der Adult Health Maintenance Organization (HMO) und weitere Studien in den USA zeigen eine hohe Signifikanz in der Beziehung von Erfahrungen von mehrfachen, chronischen, meist interpersonellen traumatischen Ereignissen in der Kindheitsentwicklung, die unter dem Begriff „komplexe traumatische Erfahrungen“ zusammengefasst werden (van der Kolk, May 2005).

Die in den stationären Einrichtungen der Jugendwohlfahrt aufgenommenen Jugendlichen werden von SozialpädagogInnen betreut, die in einem Team arbeiten. Die Betreuung von traumatisierten Jugendlichen birgt einerseits spezielle Gefahren, andererseits führt sie zu besonderen Belastungen, indem die Leidensgeschichten auf die SozialpädagogInnen wirken. Bereits Herman 1994 beschreibt, dass Trauma ansteckend ist (in Weiß 2006, S 148). So können Überforderung, sowie Zweifel an der pädagogischen Kompetenz und Resignation auf Seiten der SozialpädagogInnen entstehen, die eine stabile Betreuung, die entscheidend für die Korrektur der Erfahrungen der traumatisierten Jugendlichen, ist gefährdet (in Anlehnung an Weiß 2006, 141ff)

Unter Berücksichtigung der Ursachen des Verhaltens der Jugendlichen mit dem Ziel Betreuungsabbrüche in stationären Einrichtungen der Jugendwohlfahrt zu vermeiden, ergeben sich folgende Fragestellungen:

1. Gibt es spezifische Verhaltensmuster von traumatisierten Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen der stationären Jugendwohlfahrt als Reaktion auf den Betreuungsprozess?
2. Welche Schritte können SozialpädagogInnen und Institutionen setzen um traumatisierte Jugendliche zu begleiten?

Bevor diese Fragestellungen untersucht und beantwortet werden können gilt es Begriffe wie Trauma und Traumapädagogik zu klären und einen Bezugsrahmen zur Adoleszenz in der kindlichen Entwicklung herzustellen.

2.1 Trauma

2.1.1 Begriffsdefinitionen

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den möglichen Folgen, die durch traumatische Erlebnisse bei den betroffenen Jugendlichen in der Kindheit hervorgerufen wurden. Dabei wurden den Jugendlichen in der Kindheit „Verletzungen“ bzw. „Wunden“ zugefügt, was das griechische Wort „Trauma“ in seiner Übersetzung bedeutet. (vgl. Weiß 2006). Die Erforschung und Lehre dieser zugefügten Verletzungen ist Gegenstand des Fachgebietes der Psychotraumatologie.

Das Erleben eines traumatischen Ereignisses beschreiben Fischer und Riedesser 1998 (in Purtscher 2007, S 69) als „vitaler Diskrepanzerlebnis zwischen den bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit den Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses bewirkt“. Anders ausgedrückt: Es geht hier um Ereignisse, die außerhalb der Vorstellungskraft der Betroffenen und deren Bewältigungsstrategien liegen und eine Bedrohung für Leben und körperliche Unversehrtheit darstellen. Die betroffenen Kinder erleben hierbei Gefühle des Ausgeliefert Seins (Kontrollverlust), sowie der Hilflosigkeit und der extremen Angst (in Anlehnung an Weiß 2006, Purtscher 2007 und Lehmann 2007). Lehmann (2007) bringt dies in der „Traumaformel“ zum Ausdruck (siehe Abb. 1).

<p>Objektiv feststellbares Ereignis außerhalb der normalen menschlichen Erfahrungsnorm + Subjektives Erleben von Hilflosigkeit, Ohnmacht, intensiver Furcht und Entsetzen</p> <hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <p>= Psychische Traumatisierung</p>

Abbildung 1: „Traumaformel“ nach Lehmann 2007

Beide Faktoren, nämlich Ereignis und Erleben müssen vorhanden sein, um von einer psychischen Traumatisierung zu sprechen. Traumatisierungen selbst können unmittelbar erlebt werden, in dem das Ereignis am eigenen Leib erfahren oder wenn man Zeuge von traumatischen Ereignissen wird, aber auch mittelbar wenn man z.B. in helfenden Berufen arbeitet (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Traumakategorien nach Lehmann 2007

Primäre Traumatisierung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Erleiden eines Ereignisses am eigenen Leib 2. Unmittelbare Zeugenschaft (z.B. Kinder als Augen-/ Ohrenzeugen häuslicher Gewalt) 3. Mündliche Mitteilung des plötzlichen Todes einer nahe stehenden Person
Sekundäre Traumatisierung	Beschäftigung oder Konfrontation mit psychischen Traumata anderer Menschen kann bei einem selbst traumatische Reaktionen hervorrufen (z.B. in Helferberufen)
Tertiäre Traumatisierung	Belastende Erfahrungen, zu denen eine größere räumliche oder persönliche Distanz besteht (z.B. Einsatzkräfte die nach Abschluss von Bergungsarbeiten am Unfallort eintreffen)

Wie aus Tabelle 1 abgeleitet, rufen vor allem primäre Traumatisierungen nachhaltigste Traumafolgen, die die Betroffenen am meisten beeinträchtigen, hervor. Folgen von sekundären und tertiären Traumatisierungen beeinträchtigen die Betroffenen im Allgemeinen weniger. Meist ohne Krankheitswert sind Folgen, die bei der tertiären Traumatisierung auftreten: Sie können spontan remittieren (in Anlehnung an Lehmann 2007).

Einen weiteren wichtigen Faktor hinsichtlich möglicher Traumafolgen stellen neben dem mittelbaren und unmittelbaren Erleben auch die Anzahl der Ereignisse in der Biografie eines Menschen dar, wodurch sich traumatische Ereignisse nach Terr (1991) in zwei Typen unterteilen lassen (in Purtscher 2007, S 70):

Tabelle 2, Traumtypen nach Terr 1991 (in Purtscher 2007, S 70)

Traumatische Einzelereignisse Typ 1	Chronische, wiederholte Ereignisse Typ 2
Naturkatastrophen schwere Unfälle schwerwiegende Verlusterlebnisse einmalige Gewalttaten technische Katastrophen	Vernachlässigung chronische familiäre oder außerfamiliäre Gewalt Kindesmisshandlung sexueller Missbrauch Krieg, Flucht oder Folter wiederholte medizinische Eingriffe (nach Unfällen, Fehlbildungen, onkologische Erkrankungen)

Gerade chronische, sich wiederholende traumatische Ereignisse führen wiederum zu schwereren Traumafolgen in der Biografie eines Kindes als traumatische Einzelereignisse. Weitere Abhängigkeiten zur Schwere der Traumafolgen bestehen auch in dem zeitlichen Beginn (als Säugling, Kleinkind, Kind, Jugendliche/r, Erwachsener) und der Dauer (über Wochen, Monate, Jahre). Auch die Beziehung zu den TäterInnen, ob diese nahe Verwandte sind oder von außerhalb der Familie kommen (z.B. bei körperlicher oder sexualisierter Gewalt), beeinflussen den Schweregrad möglicher Traumafolgen.

Hinzu kommen Risikofaktoren (siehe Tabelle 3), die zu Traumatisierungen beitragen können, per se aber nicht unbedingt traumatische Erfahrungen sein müssen. Gegenüber den Risikofaktoren gibt es auch Schutzfaktoren, die mögliche Folgen von Traumatisierungen beeinflussen, bzw. deren Heilung erleichtern.

Nach Egle, Hoffmann und Joraschky 2000 (in Weiß 2007) sind dies:

Tabelle 3: Risikofaktoren in Weiß 2007 und Schutzfaktoren in Lehmann 2007 nach Egle, Hoffmann und Joraschky

Risikofaktoren	Schutzfaktoren
Emotionale Misshandlung Körperliche Misshandlung Sexuelle Misshandlung Elterlicher Drogenmissbrauch Ärmliche Verhältnisse Trennung/Scheidung Psychische/u. oder körperliche Erkrankung der Eltern Chronische familiäre Disharmonie Elterlicher Verlust der Arbeit Umzüge, Schulwechsel Wiederverheiratung eines Elternteiles Ernste Erkrankung in der Kindheit Väterliche Abwesenheit Mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr Kriminalität und Dissozialität eines Elternteiles Schwere körperliche Erkrankungen eines Elternteiles Körperliche Gewalt in der Familie	Gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson Großfamilie, kompensatorische Elternbeziehungen, Entlastung der Mutter Sicheres Bindungsverhalten Aktives, kontaktfreudiges Temperament Soziale Förderung (z.B. durch Jugendgruppen, Schule, Kirche) Tragfähige soziale Beziehungen über eine Lebensspanne

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass die psychische Traumatisierung als Prozess zu verstehen ist, mit einem Ereignis mit traumatischer Qualität, das eine Bedrohung des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit darstellt und in den Betroffenen Gefühle des Ausgeliefert seins, der Angst und Hilflosigkeit hervorruft. Der Schweregrad der Traumatisierung ist abhängig von unterschiedlichen Faktoren, wie Art, Dauer, Intensität und Naheverhältnis zu den TäterInnen, sowie dem Vorhanden sein von Risiko- und Schutzfaktoren.

2.1.2 Neurophysiologie

Die betroffenen Kinder und Jugendlichen haben eines gemeinsam: Sie sind bei chronischer Traumatisierung Extremsituationen ausgesetzt. Wie bereits oben erwähnt geht es um ihr Leben und ihre Unversehrtheit. Genau für solche Situationen hat unser Stammhirn vorgesorgt und antwortet auf diese Extremsituationen mit Reflexen. Im Grunde genommen handelt es sich um Reflexe, die uns seit Urzeiten das Überleben bei Gefahr sichern: Fortlaufen, Kämpfen oder Tot stellen. Hier spielt das „limbische System“ zur Reizverarbeitung eine entscheidende Rolle:

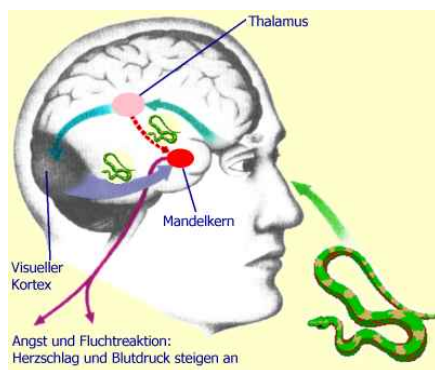
Hippocampus-System (Cool System)

Sämtliche einlangende Reize werden an den Thalamus weitergeleitet, von dort geht es weiter an die Amygdala (Mandelkern) und weiter zum Hippocampus (Seepferdchen). Der Hippocampus leitet die Reize wieder zurück zum Thalamus, der mit beiden Hirnhälften verbunden ist. Von hier aus besteht eine Verbindung mit den Sprachzentren, Sehzentrum und Vorderhirn, das Sinneseindrücke speichern, verarbeiten und interpretieren kann. Vergleichbar ist der Hippocampus mit einer Bibliothek, die sehr gut über den Thalamus mit beiden Sprachzentren, dem Sehzentrum und den beiden

Großhirnhemisphären „kommuniziert“. Unsere Wahrnehmungen werden über dieses System gespeichert und können wieder erinnert und in eine zeitliche Reihenfolge gebracht werden (explizites Gedächtnis). Das Hippocampus-System arbeitet nur in Momenten ohne Bedrohung und wird teilweise bis ganz in traumatischen Situationen blockiert (in Anlehnung an Huber 2005).

Amygdala-System (Hot System)

Anders stellt sich die Reizverarbeitung mit dem Amygdala-System dar, in dessen Mittelpunkt der Mandelkern, die Amygdala, steht. Die Amygdala hat eine direkte, schnelle Verbindung mit dem Thalamus und stellt die Alarmzentrale dar, die die Stresskaskade mit ihren Hormonen in Gang setzen kann. Sie überwacht sämtliche einkommende Signale. Wird eine gewisse Reizschwelle überschritten, so gibt sie Alarm. Alarm bedeutet, dass über den Hypothalamus das CRF (Corticotropin-Releasing-Factor) und Vasopressin ausgeschüttet wird. CRF gelangt über eine spezielle Verbindung (Tractus hypothalamohypophysialis) zur Hirnanhangdrüse (Hypophyse), die wiederum ACTH (Adrenocorticotropin) freisetzt, welches über die Blutbahn zu Nebenniere gelangt. Von der Nebennierenrinde werden in Folge Adrenalin, Noradrenalin und Cortisol freigesetzt (in Anlehnung an Huber 2005 und Schmidt 2007).



Legende:

Visueller Kortex

Sehzentrum

Abbildung 2: Amygdala-System

Adrenalin und Noradrenalin aktivieren das autonome, erregende Nervensystem (Sympathicus), das unseren Körper in Alarmstimmung versetzt: Die Pupillen werden weit geöffnet, der Herzschlag erhöht sich, die Atemfrequenz wird gesteigert. Die Muskelspannung steigt an und die Darmtätigkeit wird heruntergefahren. Der Körper ist darauf vorbereitet, jederzeit zu fliehen. Um es an einem Beispiel zu veranschaulichen: Jede/r LeserIn dieser Arbeit wird vielleicht Folgendes kennen: Er/Sie ist vielleicht schon einmal in einem Seminar gesessen und hat gespannt einen Vortrag verfolgt. Plötzlich war hinter einem ein lauter Knall zu hören. Man zuckt zusammen und blickt instinktiv in die Richtung woher das Geräusch gekommen ist. Dies wäre eine Amygdala-Reaktion.

Das Amygdala-System läuft parallel zum Hippocampus-System, holt sich die brisanten und mit höchster Erregung verbundenen körperlichen Erlebnisse heraus und speichert sie als Erinnerungen im eigenen System ab. Gleichzeitig blockiert das Amygdala-System das Sprachzentrum (Broca-Zentrum), sowie teilweise den Hippocampus. Die Erinnerungen im Amygdala-System werden nicht integriert

und ins biografische Hippocampus-System übergeführt, wodurch das Amygdala System das implizite Gedächtnis darstellt (vgl. Huber 2005).

Vasopressin, das ebenfalls ausgeschüttet wird, reguliert den Körperwasserhaushalt durch Verminderung der Harnausscheidung. Cortisol wirkt als Rückkoppelung auf die Hypophyse, den Hypothalamus und Hippocampus und die Amygdala bremsend, d.h. die Alarmreaktion wird gedämpft. Bei chronischem Stress ist diese „Stressbremse“ geschwächt. So ist bei chronischem Stress der Cortisol-Pegel erniedrigt und bei akutem Stress erhöht. Die Katecholamine Adrenalin und Noradrenalin bleiben jedoch in beiden Fällen erhöht. (in Anlehnung an Huber 2005 und Schmidt 2007).

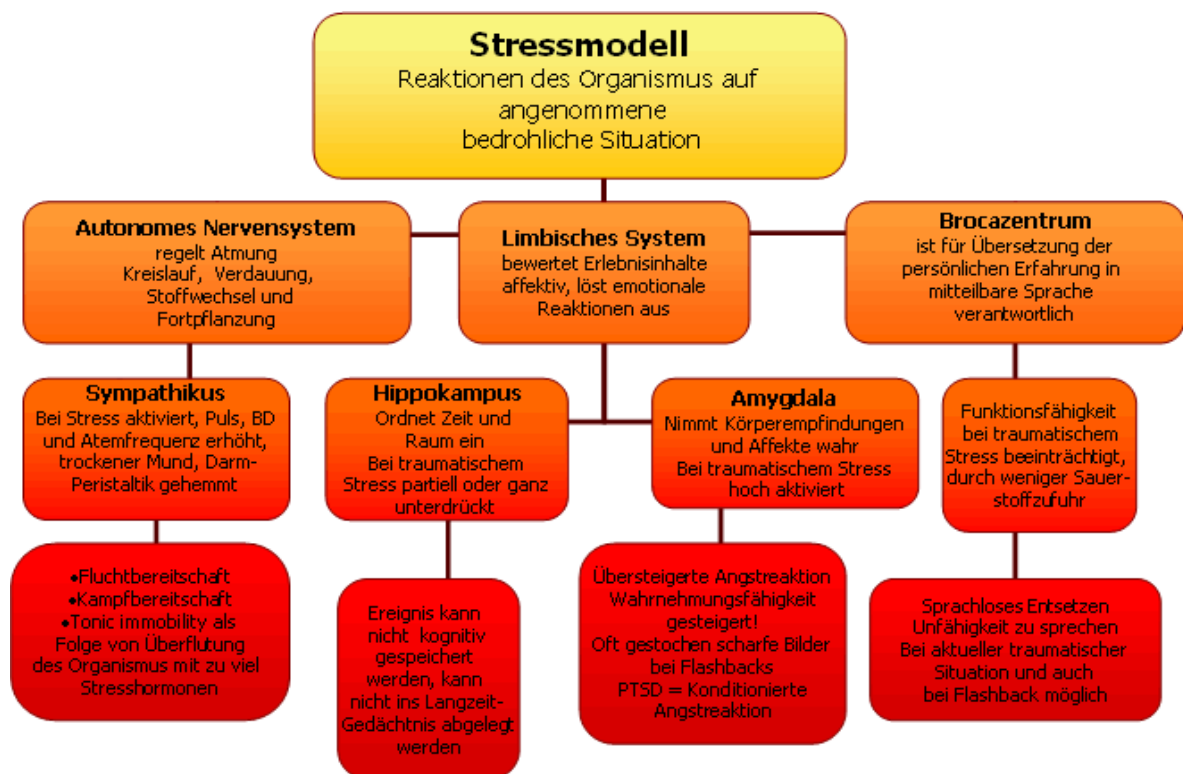


Abbildung 3: Stressmodell des Instituts für somatische Traumaarbeit

Fight or Flight (Kämpfen oder Fortlaufen)

Kämpfen und Fortlaufen sind die ersten Möglichkeiten an Handlungsalternativen, die uns unser Gehirn bei bedrohlichen Situationen bietet. Die Aktivierung des Sympathikus, des aktivierenden Teils unseres autonomen Nervensystems, stellt dabei in Bruchteilen ausreichend Kraftreserve von Sekunden zur Verfügung.

Beim Fortlaufen handelt es sich um eine instinktive Reaktion, einen Reflex, bei dem das Vorderhirn (präfrontaler Kortex) umgangen wird, d.h. der „normale“ Denkprozess wird ausgeschaltet, um der Gefahr nicht zu lange ausgesetzt zu sein.

Anders beim Kämpfen: Hier sind Teile des Vorderhirns aktiviert, es kann die Situation besser eingeschätzt werden und das Sprachzentrum ist eventuell wieder aktiv, sodass auch um Hilfe gerufen werden kann. Beiden Reaktionen ist gemeinsam, dass die Betroffenen mit (etwas Glück) dem potentiellen traumatischen Ereignis entgehen können. (vgl. Huber 2005).

Freeze and Fragment (Tot stellen und fragmentieren)

Diese Reaktion tritt ein, wenn die Möglichkeiten flight and fight nicht mehr bestehen, das Trauma also stattfindet. Wie bereits oben beschrieben springt das Amygdala-System voll an und „feuert“. Die Stresshormone sind stark erhöht, das Noradrenalin sorgt für einen Tunnelblick und blockiert in hohen Dosen die integrative Wahrnehmung und das Sprachzentrum ist durch geringere Sauerstoffzufuhr blockiert. Die Sprachlosigkeit lässt keine Hilferufe mehr zu. Endorphine (körpereigene Opiate), die massiv ausgeschüttet werden, lindern die Schmerzen und helfen, sich „wegzubeamen“, wie Jugendliche diesen Zustand beschreiben. In diesem Zustand ist es den Betroffenen nicht möglich, einen Laut von sich zu geben oder wegzulaufen, sich zu wehren. Sie sind wie eingefroren (freeze). Es kommt zur „peritraumatischen Dissoziation zwischen beobachtendem Ich und erlebendem Ich“ (Fromm 1965 in van der Kolk 2000). Die Betroffenen haben das Gefühl aus dem Körper herauszutreten und das was geschieht von außen zu beobachten (Depersonalisation).

Parallel zum Amygdala-System arbeitet das Hippocampus-System, das in dieser Situation nur Einzelbilder, bzw. kurze Sequenzen aufnimmt, bis es durch den Hormoncocktail ganz abgeschaltet wird. Die emotionalen und körperlichen Reaktionen werden gänzlich von der Amygdala aufgenommen und gespeichert. Das traumatische Erlebnis wird dadurch fragmentiert im Hippocampus und der Amygdala abgespeichert. Die Erinnerungen aus beiden Systemen sind Traumamaterial (in Anlehnung an Huber 2005). Besonders beeinträchtigend ist am Traumamaterial, dass es nicht episodisch wieder erinnert werden kann, sondern durch einen äußeren Reiz (Trigger) schlagartig aktiviert wird. Das Amygdala-System springt an und sämtliche emotionalen Gefühle und körperlichen Reaktionen, die dort gespeichert sind, brechen über die Betroffenen herein und sie erleben das bereits in der Vergangenheit geschehene Trauma wieder (Flashback).

Ein Beispiel dazu: *Ein 15jähriger Jugendlicher erzählt von der körperlichen Gewalt in der Kindheit, verübt durch seinen Vater. wie er von ihm durch einen Gürtel und mit anderen Gegenständen geschlagen und manchmal gewürgt wurde. Ein weiterer Jugendlicher, der ebenfalls im Raum anwesend war, hört dies und erzählt von seinen erlebten Gewalterfahrungen. Er hebt sein T-Shirt hoch und es sind verheilte Wunden von Schlägen zu sehen (Trigger). Plötzlich beginnt der 15jährige Jugendliche um Luft zu ringen, es scheint, als würde ihm jemand die Kehle zudrücken und die Lippen beginnen sich blau zu verfärben (Flashback). Durch adäquates Einschreiten konnte der Jugendliche wieder ins „Hier und Jetzt“ zurückgeholt werden.*

2.1.3 Bindung und Trauma

Bindung

Aufgrund der Arbeiten von John Bowlby (Begründer der Bindungstheorie) und seiner Schülerin Mary Ainsworth wurde aufgezeigt, dass es eine spezielle, emotionale Verbindung zwischen dem „Bindungsobjekt“, also früher Pflegeperson (meist die Mutter), und dem Kind gibt. Diese Beziehung wird als „Bindung“ bezeichnet, die Qualität dieser Beziehung ist die „Bindungsbeziehung“.

Kinder verfügen über ein angeborenes Bindungssystem und aktivieren in Erwachsenen ebenfalls angeborene Beschützerinstinkte und korrespondierendes Verhalten. In den ersten Monaten ihres Lebens kommunizieren sie mit den frühen Pflegepersonen durch Lächeln, Schreien und Gurren und gestalten somit die Interaktion mit ihnen aktiv mit: Sie werden auf den Arm genommen, bekommen Nahrung verabreicht und werden gepflegt. Hinzu kommen Interaktionen, die von den Erwachsenen bzw. Pflegepersonen ausgehen: Das Kind wird in den Arm genommen, geschaukelt und gestreichelt, es wird ihm ein Lied vorgesungen, usw. Das Kind wird auf dieses Verhalten reagieren und es mit einem Lächeln belohnen. Dabei geht es um ein „feedbackreguliertes Kontrollsystem“ (vgl. Streek-Fischer 2006), welches im Gehirn des Babys neurochemische Reaktionen auslöst. Diese sind für das spätere Bindungs- und Beziehungsverhalten, sowie für die Hirnentwicklung wichtig. Nach Huber (2005) passiert das Entscheidende in den ersten 12 Lebensmonaten, der Rest meist in den nächsten zwei Jahren! (in Anlehnung an Streek-Fischer 2006 und Huber 2005)

Entscheidend ist, dass sich eine Bindungsbeziehung entwickelt, die dem Kind Sicherheit vermittelt, dass es zum Bindungsobjekt zurückkehren kann, wenn es Angst hat und das für es da ist und es auffängt. Diese Bindungsbeziehung sorgt dafür, dass sich ein Kind, wenn es sich sicher fühlt, eine erhöhte Motivation hat, die Welt zu erkunden, bei, aus der Sicht des Kindes, drohender Gefahr, wird es zur Bindungsperson zurückkehren und dadurch ein verstärktes Bindungsverhalten zeigen.

Mary Ainsworth hat auf den Arbeiten Bowlbys aufgebaut und entwickelte den Ansatz Bowlbys weiter, in dem sie drei Kategorien der Bindungsqualitäten erkannte, denen noch eine vierte hinzugefügt wurde (siehe Tabelle 4). Dabei wurden 12-18 Monate alte Kinder beobachtet, wie sie reagieren, wenn ihre Bezugsperson an einen ihnen nicht bekannten Ort den Raum verlässt und anschließend wiederkehrt. Dieser Test wurde als „Fremde Situation“ bekannt und lässt Aussagen auf das spätere Bindungsverhalten des Kindes, Jugendlichen oder Erwachsenen zu, bzw. lassen sich Auswirkungen von Störungen auf die Entwicklung der Bindung durch traumatische Erlebnisse erahnen.

Tabelle 4: Kategorien der Bindungsqualitäten nach Ainsworth (vgl. Streeck-Fischer 2006 u. Huber 2005)

Bindungsstil	Häufigkeit Kindheit	Verhalten „Fremden Situation“	Verhalten als Erwachsener
sicher gebunden	55-65%	ist neugierig und spielt in Anwesenheit der Bezugsperson, bei Trennung von dieser zeigt es Stressreaktionen und ist aufgeregt, begrüßt die Mutter bei der Wiederkehr herzlich und strebt nach Berührung und Trost	fühlt sich verstanden, hat Selbstvertrauen, ist in der Lage, auch schwierige Situationen zu meistern, Gefühle können zum Ausdruck gebracht werden
unsicher vermeidend	20-25%	ist an der Bezugsperson wenig interessiert, spielt im Raum und folgt der Bezugsperson mit den Augen, wenn sie den Raum verlässt, Kind zeigt keinen Stress und ignoriert die Bezugsperson wenn diese in den Raum zurückkehrt	lehnen nahe Beziehung mit anderen eher ab, können diese auch entwerten
unsicher ambivalent	10-15%	zeigt kein Interesse an Spielsachen, klammert sich an die Bezugsperson und ist sehr verzweifelt bei der Trennung, wehrt sich gegen die Bezugsperson beim Wiedersehen	klammern sich einerseits innerlich an neue Bezugspersonen und sind andererseits wütend und ärgerlich auf sie, sie sind noch mit den alten Bezugspersonen verstrickt,
desorganisiert/desorientiert	15-20%	Nähern sich der Bezugsperson und meiden sie sofort wieder, sind verwirrt und benommen, scheuen, fallen zu Boden, können in allen Bewegungen erstarrt sein	Verhalten sich einerseits feindselig - bestrafend und tröstend-fürsorglich in stets kontrollierender Absicht!

Einfluss von Traumata auf die Bindungsfähigkeit

Sind Kinder in ihrer Entwicklung traumatischen Erlebnissen wie z.B. permanenter Vernachlässigung, und/oder körperlicher oder sexualisierter Gewalt ausgesetzt, so hat dies einen bedeutenden Einfluss auf sie. Vor allem dann, wenn die TäterInnen nahe Bezugspersonen sind. Es fehlt ihnen der oben beschriebene „sichere Hafen“, an den sie zurückkehren können, sie haben vielmehr Angst vor Menschen. Traumatisierte Kinder und Jugendliche zeigen erhebliche Beeinträchtigungen in ihrem Bindungsverhalten und weisen hauptsächlich Bindungen vom Typ desorganisiert/desorientiert, unsicher vermeidend und unsicher ambivalent auf. Sie kennen keine Geborgenheit und kein Urvertrauen, da die Bindungsperson beides für sie ist: Ort des Wohlbefindens und Ort des „Schreckens“. So reagieren sie einerseits mit Annäherung, andererseits mit „Flight/Fight-Reaktionen“ (vgl. Weiß 2006, Streeck-Fischer 2006, Huber 2005).

Bindungsverhalten von Jugendlichen in stationären Einrichtungen der Jugendwohlfahrt

Jugendliche, die in Einrichtungen der stationären Jugendwohlfahrt aufgenommen werden, waren in ihrem Herkunftssystem mehreren potentiellen traumatischen Erlebnissen, bzw. traumatischen Erlebnissen ausgeliefert und zeigen folgendes Bindungsverhalten:

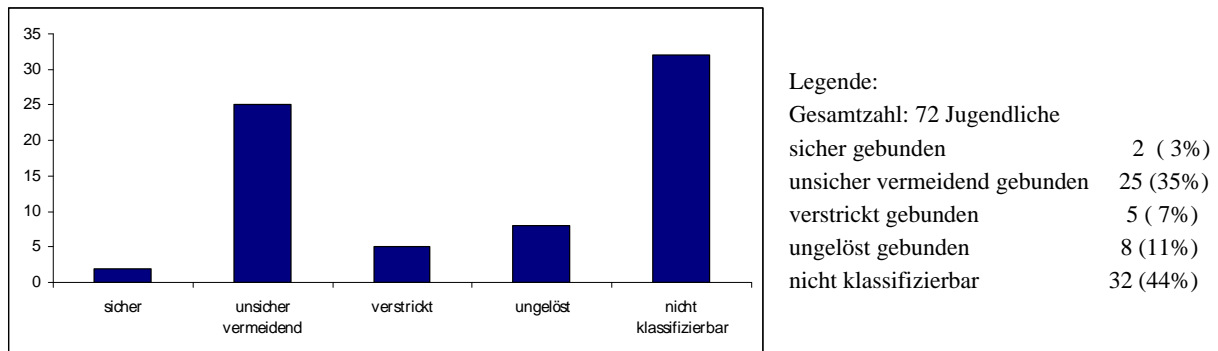


Abbildung 4, Bindungsrepräsentanz bei Jugendlichen in Heimerziehung (nach Schleiffer 2007, S 108ff)

Auffallend ist hier die hohe Zahl am „nicht klassifizierbare Bindungstyp“ und „unsicher vermeidenden Bindungstyp“. Ab dem 5. Lebensjahr sind Kinder in der Lage, Beziehungen durch Anpassung und auch aggressives Verhalten zu kontrollieren (vgl. Weiß 2006, Streek-Fischer 2006). Daher kann der nicht klassifizierbare Bindungstyp dem desorganisiert/desorientierten gleichgestellt werden. Ebenso ist in der Fachsprache „der ungelöste Bindungstyp“ dem „desorganisierten/desorientierten Bindungstypen“ zuzuordnen (Weiß 2006). Somit ergibt sich in oben angeführter Studie ein Anteil dieses Bindungstyps von 40 Jugendlichen (55 %). Der Anteil an Jugendlichen mit „unsicher-gebunden“ und „desorganisiert/desorientierten Bindungstypen“ erhöht sich auf 80% gegenüber Jugendlichen einer Vergleichsstudie mit 225 „nicht klinischer Jugendlicher“. Hier liegt der Prozentsatz zuvor genannter Bindungstypen bei 53% (Schleiffer 2007, S 111).

2.2 Pubertät und Adoleszenz

Mit der Adoleszenz beginnt für die Kinder ein neuer Abschnitt in ihrem Leben, ein Abschnitt, in den die Pubertät fällt und als Zeit der Krise und Chance gesehen wird. Sie wird durch drei Faktoren bestimmt:

Hormone

Der Beginn der Pubertät wird mit einem Hormonschub aus der Hypophyse (Hirnanhangdrüse) eingeleitet (bei Jungen im Alter zwischen 9 und 15 Jahren). Die Ausschüttung der Hormone hängt von den eigenen Energiereserven, äußeren Lebensumständen (z.B. ausreichendes Nahrungsangebot) und vermutlich noch weiteren nicht bekannten Faktoren ab. Über das Gen GPR54 wird der Hypothalamus veranlasst, das Gonadotropin-Releasing-Hormon (GnrH) abzugeben, das in die Hypophyse gelangt

und dort die Bildung von luteinisierendem Hormon (LH), sowie follikelstimulierendem Hormon (FSH) veranlasst. Beide Hormone gelangen über das Blut in den Hoden, in dem LH für die Testosteronproduktion und FSH für die Spermienproduktion verantwortlich ist. Beide Hormone bewirken, wie das Wachstumshormon (growth hormon, GH), dass sich der Körper des Jungen zum Mann entwickelt. Das GH wird kurz nach dem Einschlafen freigesetzt, das ebenfalls phasenverschoben ist. Verursacht wird dies durch die um ca. 2 Stunden verspätete Abgabe des Hormons Melatonin, das in der Zirbeldrüse produziert wird und müde macht. Wie diese Aufzählung zeigt, schlagen die Hormone quasi Purzelbäume und bewirken weitgehende Veränderungen (in Anlehnung an Schmidt und Lang 2007 und Willenbrock 2005).

Gehirnstruktur

Weitgehenden Veränderungen ist auch das Gehirn unterworfen, denn es macht in der Pubertät einen regelrechten Wachstumsschub durch. Zellen wachsen und neue Schaltungen entstehen, sodass Informationen und Emotionen neu verarbeitet werden. Die verschiedenen Zentren im Gehirn, wie der motorische und sensorische Kortex (Bewegung und Wahrnehmung), haben den „Umbau“ früher abgeschlossen als die Areale der Sprachzentren (Broca und Wernicke). Am längsten nimmt der Umbau des präfrontalen Kortex (Frontallappen, Stirnlappen, siehe oben) in Anspruch: In diesem sind Funktionsareale für die Impulskontrolle, das Abwägen von Konsequenzen, sowie Planung und Prioritätensetzung lokalisiert. Yurgelun-Todd in Willenbrock (2005) konnte in Vergleichsgruppen von Jugendlichen und Erwachsenen feststellen, dass „der Frontallappen bei Jugendlichen nicht mehr richtig funktioniert“. Es schaltet sich vielmehr die Amygdala (siehe oben) ein, die für Instinktreaktionen und Bauchentscheidungen verantwortlich ist. Die Folge davon ist, dass Jugendliche impulsiver handeln und Erwachsene darauf reagieren sollten. Das bedeutet, dass, „wenn jemand einen 15jährigen zum zügigen Erledigen seiner Hausaufgaben bewegen will, sollte weniger die abstrakten, in ferner Zukunft liegenden Nachteile („So kriegst du später nie einen Job!“), als die greifbaren Vorteile („Für eine Zwei in der Mathearbeit spendiere ich eine neue Festplatte!“) betonen“ (Willenbrock 2005, S 144).

Psyche

Die in der Pubertät stattfindenden Veränderungen im Gehirn und der Hormonschub im Körper fallen in die psychoanalytische Adoleszenzzeit, die auf die Latenzzeit folgt und weit über der Pubertät hinausreichen kann. Die Adoleszenz beschreibt die psychische Entwicklung in der Jugendliche 5 verschiedene Entwicklungsaufgaben (siehe Tabelle 5) zu lösen haben, um danach als junge Erwachsene ins Leben zu starten.

Tabelle 5: Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz nach Corey 1946 (in Streek-Fischer, 2006 S. 12)

1	Körperliche Veränderungen vom ursprünglichen Kind zum erwachsenen Körper bewältigen
2	Ablösung von den Eltern
3	Neue Beziehungen zu Gleichaltrigen aufbauen und sexuelle Bedürfnisse in Beziehungen integrieren
4	Selbstvertrauen und ein neues Wertesystem entwickeln
5	Soziale und berufliche Identität gewinnen

Größenwachstum, der Beginn der Geschlechtsreife, wachsende Schambehaarung und Wachstum des Penis verunsichern die Jugendlichen. Streek-Fischer (2006) beschreibt, dass es zu einer normalen Depersonalisation im Zusammenhang mit der Veränderung des Körpers kommt, der nicht mehr als der eigene empfunden wird. Es werden Vergleiche mit anderen Jugendlichen in der Peer-Group (Gruppe der Gleichaltrigen) angestellt und gemachte Erfahrungen werden austauscht. Die Jugendlichen wissen nicht mehr, wer sie sind und begeben sich auf Identitätssuche. Sicherheit gibt den Jugendlichen Kleidung entsprechend des Stils, der gerade „in“ ist und der mehrfach tägliche Blick in den Spiegel trägt zur Wiedererkennung bei. Die Kleidung und das Auftreten spiegeln die inneren Unsicherheiten wieder: Einmal bubenhaft, das andere Mal wie ein Erwachsener, sind Zeichen der Entwicklung des eigenen Typs und der Identität.

Gegenüber den Eltern, bzw. Bezugspersonen beginnt ein „Kampf“ um Eigenständigkeit und Autonomie. Die Jugendlichen prüfen die Lebenskonzepte der Eltern und Bezugspersonen, ob sie zur Nachahmung und Identifizierung geeignet sind. Kommt es zu Abweichungen von den Vorstellungen der Jugendlichen, kann es zu Auseinandersetzungen kommen und es findet ein Rollenwechsel statt: Eltern werden von Vorbildern zu Gegenspielern (vgl. Willenbrock 2005). Jugendliche fordern den „Gegenspieler“ durch Grenzüberschreitungen heraus und erwarten ehrliche Reaktionen, die sie brauchen, um ihre eigene Position finden zu können. Es ist ein ständiger Wechsel zwischen Abhängigkeit und Selbstständigkeit, den die Jugendlichen durchmachen der von den Eltern trotz allem Fürsorge (z.B. Schule, Körperhygiene, Kleidung) einfordert, bis diese von den Jugendlichen in einem schrittweisen Prozess selbst übernommen werden kann (in Anlehnung an Streek-Fischer 2006 und Willenbrock 2005).

Die Zugehörigkeit zu Peer-Groups hilft den Jugendlichen im Experimentieren verschiedener Rollen, der Ablösung von den Eltern und der Entwicklung der eigenen Identität. So können die Gruppenzugehörigkeiten (von Skatern zu Punks und Gothics) wechseln und gleichzeitig Lebenseinstellungen im gesellschaftlichen Kontext erprobt werden (vgl. Streek-Fischer 2006).

Die vielschichtigen Veränderung und Aufgaben, die Jugendliche in Pubertät und Adoleszenz zu durchlaufen und bewältigen haben, lassen sich am Besten mit folgendem Bild darstellen (Jugendliche mögen mir verzeihen): Teenager ähneln „einem vollbesetzten Airbus, der mit vibrierenden Triebwerken über die Startbahn jagt, während im Cockpit noch an Kontrollinstrumenten und Navigationssystemen geschraubt wird“ (Willenbrock 2005, S 144). Entwickelt man dieses Bild weiter, so steht auch die Verantwortung der Erwachsenen fest: Sie sind die rund um die Startbahn postierten Rettungsmannschaften und Lotse im Tower gleichzeitig, der in den Airbus vertraut und ihm die Starterlaubnis gibt.

2.3 Traumapädagogik

Noch vor einigen Jahren beschäftigten sich mit dem Thema Kindheit und Trauma ausschließlich MedizinerInnen (hier vor allem die PsychiaterInnen), PsychotherapeutInnen und PsychologInnen. Dementsprechend waren auch Literatur, Kongresse und Weiterbildungsveranstaltungen ausgelegt. Noch schlechter stand es um den Abschnitt der Pubertät als Teil der kindlichen Entwicklung. Hier fanden sich nur rudimentär Beiträge, meist endete die Beschreibung der kindlichen Entwicklung im

Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen mit dem Eintritt in die Pubertät und die Forschung setzte sich erst nachdem diese durchlaufen war wieder fort. Von Seiten der Pädagogik gab es kaum Beiträge, eher eine Delegation der Verantwortung an die oben genannten Berufsgruppen. Mittlerweile beginnt die Pädagogik wieder, die abgetretene Verantwortung im Rahmen der Traumapädagogik zu übernehmen und sich derer bewusst zu werden (in Anlehnung an Kühn 2006).

Ziel der Traumapädagogik ist es, Jugendliche so weit zu stabilisieren, dass sie ihr Trauma nach und nach selbst verarbeiten können (vgl. Lehmann 2007), wobei sich die Traumapädagogik als pädagogische Methode an den Erkenntnissen der Psychotraumatologie und Traumatherapie orientiert und sich bemüht, diese in das pädagogische Feld zu transferieren und, soweit möglich, zu integrieren (Kühn und Vogt 2007). Somit können mit Hilfe der Traumapädagogik einerseits Jugendliche auf eine traumabearbeitende Psychotherapie vorbereitet werden, andererseits kann sich Hilfe alleine auf die Stabilisierung beschränken, wenn durch spezifische Bedingungen (z.B. bestehender TäterInnenkontakt) nicht möglich ist (vgl. Lehmann 2007).

Wie bereits aus dem Ziel ersichtlich, ist die Traumapädagogik eine interdisziplinäre Pädagogik, die sich mit anderen Fachgebieten eng vernetzt, die gemachten Erfahrungen austauscht und sich am Modell der Traumabehandlung orientiert. Das Modell der traumazentrierten Pädagogik (siehe Abbildung 5), grenzt sich eindeutig von der Durcharbeitung des Traumas durch Exposition ab, die ausschließlich traumazentriert arbeitenden und ausgebildeten PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen vorbehalten ist. Die einzelnen Übergänge der Phasen sind dynamisch und fließend.

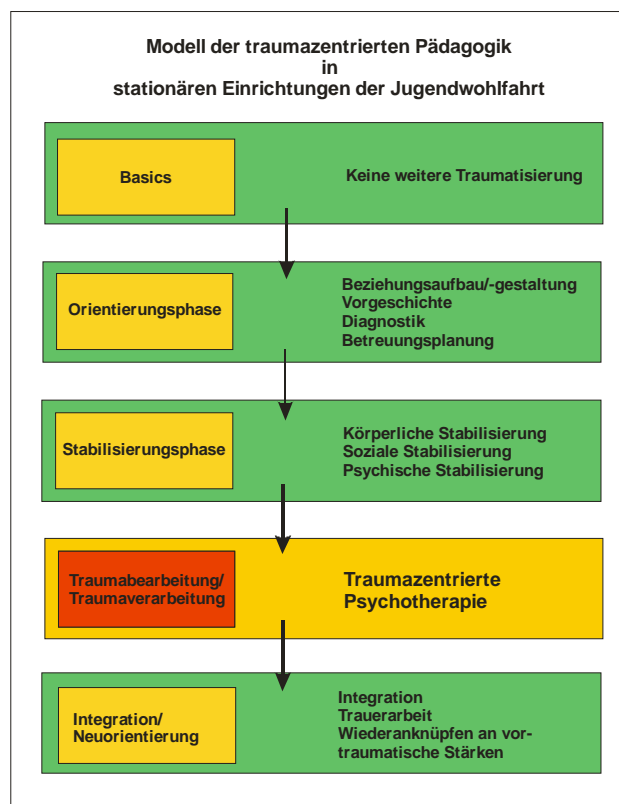


Abbildung 5: Trauma zentrierte Pädagogik in Anlehnung an Huber 2004, S 14 und Lehmann 2007

2.3.1 Basics

„Keine weiteren Traumatisierungen mehr“ (Huber 2004, S 14) ist der grundlegendste Schritt, der auch in der Traumapädagogik gelten muss. Gemeint ist damit, dass Jugendliche nicht erneut Traumata wie z.B. Vernachlässigungen, körperlicher oder sexualisierter Gewalt ausgesetzt sind. „Keine weiteren Traumatisierungen mehr“ bedeutet mehr, nämlich die Schaffung eines Entwicklungsraumes, in dem den betroffenen Jugendlichen mit einer entsprechenden Grundhaltung begegnet wird. Jugendliche können durch gelebte Partizipation Kontrolle für sich selbst übernehmen, im Rahmen der Psychoedukation Informationen über sich selbst bekommen und Trigger so weit wie möglich vermieden werden.

Grundhaltung

Die Kenntnis der wichtigsten Abläufe im menschlichen Körper in Folge von traumatischem Stress, den möglichen Verhaltensweisen von traumatisierten Jugendlichen mit deren Ursachen und die Kenntnis von möglichen Verstrickungen auf Seite der PädagogInnen hilft, die nonverbalen Botschaften der Jugendlichen zu entschlüsseln und zu verstehen. So gelingt es den notwendigen Entwicklungsraum zu bieten, in dem sämtliche pädagogische Handlungen darauf abgestimmt sind, „größtmöglichen Kontrast zur traumatischen Situation herzustellen“ (Lehmann 2007). Das sog. „TraumaKIT“ – Kontrolle, Information und Transparenz hilft dabei (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Basisstrategie I (Lehmann 2007)

Trauma	Gegensatz
Informationsflut, Chaos	Information
Unvorhersagbarkeit (Was passiert als nächstes, wie endet das Ganze?)	Vorhersagbarkeit (Transparenz)
Kontrollverlust, Hilflosigkeit, Ohnmacht	Kontrollmöglichkeiten

Kontrolle – Information – Transparenz sind klare Botschaften gegenüber betroffenen Jugendlichen, die gelebt werden. Sie schaffen Sicherheit, indem sie die Möglichkeit der Retraumatisierung minimieren.

Partizipation

Partizipation im Kontext der Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen bedeutet, dass sie mehr und mehr Kontrolle für sich selbst übernehmen. Dies geschieht durch Information und transparente Strukturen. Kühn (2006) beschreibt 5 Stufen der Partizipation, beginnend von der Manipulation, hin zur Selbstbestimmung (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7, Stufen der Partizipation (Kühn 2006, S 15ff)

Stufe 0	Nicht-Information Manipulation	<ul style="list-style-type: none"> - erhöhter Gefährdungsfaktor, alte Erfahrungen in neuem Umfeld machen zu müssen - Prozesse und Maßnahmen sind nicht transparent, Jugendliche erleben sich den Entscheidungen der SozialpädagogInnen ausgeliefert („Wir werden das im Team besprechen“) - Manipulatives Verhalten gegenüber Jugendlichen, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen („Du willst doch sicher auch, oder?“)
Stufe 1	Information	<ul style="list-style-type: none"> - Mindestanforderung: Jugendliche wird über alle Dinge, die ihn betreffen informiert (Teamentscheidungen, Schriftverkehr) - der Jugendliche hat dadurch die Möglichkeit Prozesse einschätzen zu lernen
Stufe 2	Mitsprache	<ul style="list-style-type: none"> - der Jugendliche wird selbstverständlich nach seiner Meinung und Sichtweise gefragt, die Weichen stellen die SozialpädagogInnen - wichtig ist, das Angebot der Mitsprache zu machen, unter keinen Umständen darf der Jugendliche dazu gedrängt werden
Stufe 3	Mitbestimmung	<ul style="list-style-type: none"> - der Jugendliche ist gleichberechtigt am Entscheidungsverfahren beteiligt. - umfangreiche Kontroll- u. Wahlmöglichkeiten des Jugendlichen
Stufe 4	Selbstbestimmung	<ul style="list-style-type: none"> - der Jugendliche erlebt Eigenverantwortung - Wichtig: Selbstbestimmung auch in Teilfragen

Die Übergänge der in Tabelle 7 veranschaulichten Stufen der Partizipation sind nicht als Durchlauf von 0 bis 4 zu verstehen. Ideal wäre natürlich in allen Entscheidung die Stufe der Selbstbestimmung erreicht zu haben. Ist dies aus Gründen der kognitiven Fähigkeiten oder des Entwicklungsstandes nicht möglich, so wird sie in so vielen Teilfragen wie möglich realisiert. So zum Beispiel bei Heimfahrtregelungen oder Besuchskontakten: Der betroffene Jugendliche entscheidet selbst, hat dabei die Möglichkeit, auch Kontakte abubrechen und erhält dabei Schutz durch SozialpädagogInnen. Er entscheidet, ob er Telefonate annehmen möchte oder nicht, ob Kontakte wahrgenommen werden oder nicht. Partizipation bedeutet für die betroffenen Jugendlichen neue Erfahrungen zu machen, denn bisher hatten sie kein Recht auf eigene Meinungen und die Grenzen wurden vielfach von Erwachsenen überschritten. Daher sollte kein Jugendlicher zur Meinungsäußerung gezwungen werden (erneute Grenzüberschreitung), sondern es muss ihm Zeit gegeben werden. SozialpädagogInnen „denken die Position und Sichtweise des Kindes mit“ (Kühn 2006, S 16) und bringen sie in die entsprechenden Formen ein. So wird der Jugendliche Schritt für Schritt das Angebot der Mitsprache und Mitbestimmung annehmen (in Anlehnung an Kühn 2006).

Psychoedukation

Psychoedukation bedeutet hier Information. Information über die Normalität des Verhaltens, als Folge der traumaspezifischen Reaktionen. Warum es auftritt, wie es dem Jugendlichen in der Vergangenheit geholfen hat und welche Hilfsmöglichkeiten es gibt. Streek-Fischer (2006) verwendet hierfür den Begriff der „kognitiven Mentalisierung“. Information, die dem Jugendlichen hilft, sein Verhalten zu verstehen und die Muster transparent zu machen und sich Schritt für Schritt davon zu distanzieren. Der Jugendliche kann selbst überprüfen, ob dieses Verhalten im „Hier und Jetzt“ noch notwendig ist (vgl. Lehmann 2007, Streek-Fischer 2006, Weiß 2006).

Triggeridentifikation

In der Begleitung von traumatisierten Jugendlichen gilt es über alle Phasen des traumpädagogischen Modells „Trigger“ (Auslöser für Flashbacks) so gut wie möglich zu erkennen und zu vermeiden. Im Rahmen der Triggersuche gibt es mehrere Möglichkeiten des Vorgehens:

- a) Direkte Ansprache: Schon im Zuge des Aufnahmeverfahrens in eine Einrichtung der stationären Jugendwohlfahrt kann z.B. gefragt werden, an welchen Stellen man den Jugendlichen berühren, unter bestimmten Umständen und unter keinen Umständen berühren darf. Das Ergebnis kann der Jugendliche in einer Umrisszeichnung seines Körpers eintragen (vgl. Weiß 2006, S 125).
- b) Die Suche nach Triggern kann über das Ansprechen von erkannten Flashbacks erfolgen. Fragen wie „Was war gerade los, das Dich an etwas Schlimmes erinnert hat?“ oder „Was kannst Du an der/dem MitarbeiterIn schlecht ertragen, bzw. welche Eigenschaft von ihr/ihm?“ (vgl. Lehmann 2007, Weiß 2006, S 125)

Ein Ergebnis kann z.B. ein Halstuch einer MitarbeiterIn sein, das an die Gewalt ausübende Mutter erinnert. Es wird, wie alle anderen Ergebnisse, in einer Liste vermerkt, die allen MitarbeiterInnen, die mit dem Jugendlichen zu tun haben, zugänglich ist.

2.3.2 Orientierungsphase

Die Orientierungsphase dient dem beiderseitigen Kennen lernen von SozialpädagogInnen und Jugendlichen und dem Aufbau einer tragfähigen Beziehung. Sie umfasst nachfolgende Aspekte:

Beziehungsaufbau/Beziehungsgestaltung

Jugendliche die in ihrer Biografie Traumatisierungen aufweisen haben ein Misstrauen gegenüber Erwachsenen, sowie in die Sicherheit und Verlässlichkeit zwischenmenschlicher Beziehungen. Ziel der Bestrebungen von SozialpädagogInnen ist es, Vertrauen zu schaffen, Zuversicht bei den Jugendlichen zu wecken und eine Beziehung zu ihnen herzustellen. Der Aufbau einer tragfähigen Beziehung kann lange andauern und ist häufig mit Schwierigkeiten verbunden (vgl. Lehmann 2007, Kühn 2006 und Huber 2004). Der Beziehungsaufbau zu den Jugendlichen schließt auch den Aufbau einer Beziehung zu den bisherigen Bezugspersonen, meist den Eltern (-teilen) und/oder anderen Personen des Herkunftssystems mit ein (vgl. Krüger, Reddemann, 2007).

Vorgeschichte

Eine möglichst genaue Erhebung der Vorgeschichte der betroffenen Jugendlichen kann einerseits Aufschluss über Ressourcen geben, sowie potentielle traumatische Erfahrungen und bereits vorhandene Verhaltensmuster aufzeigen. Andererseits dienen die Informationen der Biografiearbeit

mit den betroffenen Jugendlichen, denn „der Weg in die Zukunft ist untrennbar mit Herkunft verbunden“.

Betreuungsplanung

In der ersten Betreuungsplanung werden der Betreuungsauftrag und die daraus abzuleitenden Ziele geklärt, der erhobene IST-Stand besprochen und an Hand der Ergebnisse der weitere Betreuungsprozess unter Beteiligung aller Betroffenen (Jugendlicher, Herkunftssystem, SozialarbeiterIn, SozialpädagogeIn, ect.) geplant.

2.3.3 Stabilisierungsphase

Die Stabilisierungsphase ist gekennzeichnet durch das Bearbeiten der aktuell auftretenden Probleme im „Hier und Jetzt“. Ziel der Stabilisierungsphase ist es, reale sichere Orte für den betroffenen Jugendlichen zu schaffen, und einen „normalen“ Alltag einkehren zu lassen, in dem schreckliche Erfahrungen aus dem Alltag abgetrennt werden (vgl. Streek-Fischer 2006). Es erfolgt keinerlei Bearbeitung der traumatischen Erlebnisse mit allen ihren negativen Gefühlen, was in der Therapie geschieht. Dabei ist es notwendig auf Ressourcen des Jugendlichen zurückzugreifen (vgl. Huber 2004) und ihm Techniken zur Verfügung zu stellen, mit Hilfe derer er Kontrolle über sich selbst bekommt und auftretende Spannungszustände und negative Gefühle kontrollieren kann. Die Stabilisierung betrifft nach Lehmann (2007) die körperliche, soziale und psychische Ebene:

Körperliche Stabilisierung

Jugendliche mit wiederholten, chronischen traumatischen Erfahrungen in ihrer Biografie haben meistens kein Gefühl und keinen Bezug zu ihrem Körper. Hier setzt die körperliche Stabilisierung an, die die medizinische Versorgung sowie Ermöglichung heilsamer Körpererfahrungen umfasst (vgl. Lehmann 2007).

Soziale Stabilisierung

Soziale Stabilisierung bedeutet äußere Sicherheit. Äußere Sicherheit in der Einrichtung der stationären Jugendwohlfahrt, in der Schule, am Arbeitsplatz oder im Herkunftssystem, denn nur zu oft gibt es hier Probleme und Konflikte bis hin zum Verlust des Schul-/Arbeitsplatzes. Ziel ist es hierbei, dem Jugendlichen durch äußere Sicherheit zur inneren Sicherheit (siehe psychische Stabilisierung) zu verhelfen (in Anlehnung an Streek-Fischer 2006 und Lehmann 2007).

Psychische Stabilisierung

Mit psychischer Stabilisierung ist das Herstellen von innerer Sicherheit gemeint. Das Ziel ist, dem betroffenen Jugendlichen Methoden zu lernen, mit denen er unangenehme Zustände unter Kontrolle bringen oder durch vermittelte, ressourcenorientierte Strategien angenehme Zustände herbeiführen kann (vgl. Lehmann 2007). Nur durch innere Sicherheit ist es dem betroffenen Jugendliche möglich, sich mit der Gegenwart und dem Neuen auseinanderzusetzen (Streek-Fischer 2006).

2.3.4 Trauma zentrierte Psychotherapie

Inhalt der traumazentrierten Psychotherapie ist die Begegnung des Jugendlichen mit den traumatischen Erlebnisinhalten und allen ihren negativen Gefühlen. Sie wird ausschließlich von qualifizierten PsychotherapeutInnen durchgeführt und setzt eine ausreichende Stabilisierung des Jugendlichen voraus. Nur wenn der Jugendliche fähig ist, belastende Gefühle auszuhalten, Techniken beherrscht, sich selbst zu beruhigen, das soziale Umfeld für den Jugendlichen tragend und stabil ist, sowie ein TäterInnenkontakt ausgeschlossen werden kann, kann eine Konfrontation mit dem Trauma erfolgen (vgl. Krüger, Reddemann, 2007).

2.3.5 Integration und Neuorientierung

Die Phase der Integration und Neuorientierung läuft parallel zu den zuvor genannten Phasen (vgl. Huber 2004). Hier können fehlgeleitete und blockierte Entwicklungsschritte nachgeholt werden. In einem Bild beschrieben, kann diese Phase mit einem Löwenzahn verglichen werden, „der sich seinen Weg durch den harten Beton sucht und dann am Licht zart und kraftvoll blüht!“ (Krüger, Reddemann 2007, S. 256). Diese Kraft gilt es in den Jugendlichen zu motivieren und mit ihnen gemeinsam die Zukunft zu planen. Gleichzeitig darf echte Trauer ihren Platz haben. Trauer z.B. darüber, dass das traumatische Ereignis „mir passiert ist“, dass „es geschehen“ ist (in Anlehnung an Huber 2004 und Krüger, Redemann 2007).

3. METHODIK

3.1 Design

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine deskriptive Studie, konkret um eine Sekundäranalyse vorhandener Betreuungsverläufe von Jugendlichen, die beschrieben und analysiert wurden.

3.2 TeilnehmerInnen

Die in dieser Untersuchung einbezogenen Personen sind indirekt 15 männliche Jugendliche im Alter von 13 bis 18 Jahren mit komplexem Traumafolgeverhalten, die im Rahmen einer Maßnahme nach dem Jugendwohlfahrtsgesetz der jeweiligen Bundesländer in Österreich in einer Jugendeinrichtung von SOS-Kinderdorf untergebracht sind oder waren.

SOS-Kinderdorf - Jugendeinrichtung

In der Jugendeinrichtung von SOS-Kinderdorf, die den Rahmen dieser Untersuchung bot, leben 14 Jugendliche in drei Wohngruppen. Jede der Wohngruppen ist wie eine in sich geschlossene Wohnung zu verstehen, in denen sich die Zimmer der Jugendlichen, Sanitäranlagen und jeweils eine Wohnküche sowie ein Dienstzimmer für SozialpädagogInnen befinden.

Jeder Wohngruppe ist eine Zielgruppe zugeordnet:

- a) Schulpflichtige Jugendliche – Unterbringung hauptsächlich in Zweibettzimmern
- b) Jugendliche nach vollendeter Schulpflicht – Unterbringung hauptsächlich in Einbettzimmern, mit dem Ziel der Integration am Arbeitsmarkt
- c) Jugendliche die auf einen Auszug in eine betreute Wohnform vorbereitet werden - Unterbringung in Einbettzimmern

Jeder Jugendliche erhält bei seinem Einzug eine/n SozialpädagogIn zugeteilt, die/der für ihn hauptverantwortlich tätig ist (BezugsbetreuerIn). Zur Entlastung der BezugsbetreuerInnen, bzw. für Vertretungen bei Abwesenheiten ist ein/e Co-BetreuerIn zur Seite gestellt.

Ziele der Unterbringung können sein:

- a) die Rückführung in das Herkunftssystem
- b) Vorbereitung der Jugendlichen auf eine mobil betreute Wohnform (z.B. Betreutes Außenwohnen von SOS-Kinderdorf)
- c) Verselbstständigung

Sämtliche Ziele werden in gemeinsamen Gesprächen mit Jugendlichen, SozialarbeiterInnen und dem Herkunftssystem festgelegt und in halbjährlichen Entwicklungsgesprächen (Hilfeplanung) evaluiert und dokumentiert (siehe unten). Fachaufsicht haben die jeweiligen Bezirksverwaltungsbehörden, von denen die Jugendlichen zugewiesen wurden, sowie die Abteilung Qualitätsentwicklung von SOS-Kinderdorf, die in regelmäßig stattfindenden Standardbesuchen die Einrichtung evaluiert.

Im Gegensatz zu den SOS-Kinderdörfern, die nach einem familienpädagogischen Konzept arbeiten, indem eine SOS-Kinderdorfmutter ihren Lebensmittelpunkt am Arbeitsplatz hat und die Kinder und Jugendlichen in SOS-Kinderdorffamilien aufwachsen, erfolgt die Betreuung in der Jugendeinrichtung nach einem sozialpädagogischen Konzept: Die SozialpädagogInnen arbeiten im multiprofessionellen Team, bestehend aus 8 MitarbeiterInnen und einer/s LeiterIn im Turnusdienst, sowie einer SonderpädagogIn zur Lernbetreuung und haben ihren Lebensmittelpunkt außerhalb des Arbeitsplatzes.

Die Jugendeinrichtung hat keine Schließzeiten, eine Betreuung der ihnen anvertrauten Kinder und Jugendlichen ist an 365 Tagen im Jahr über 24 Stunden pro Tag gewährleistet.

3.3 Durchführung

Mittels der Checkliste zur Erfassung von Traumafolgen für Kinder und Jugendliche – Revised (CETF-KJ-R, Lehmann, 2006), erfolgte eine qualitative Auswertung, basierend auf dem Hintergrund der persönlichen und beruflichen Erfahrung des Verfassers dieser Arbeit hinsichtlich Zugehörigkeit zur Zielgruppe. Zur Unterstützung wurden Berichte, Diagnosen, etc. aus den Akten und Dokumentationen hinzugezogen. Danach wurden die Betreuungsverläufe, Entwicklungsberichte und sonstige Dokumentationen auf Gemeinsamkeiten hin analysiert.

3.3.1 Die Checkliste

Die „Checkliste zur Erfassung von Traumafolgen für Kinder und Jugendliche – Revised (CETF-KJ-R)“ wurde von Lehmann 2006 entwickelt und dient professionellen HelferInnen zur Einschätzung von Traumafolgen von Kindern und Jugendlichen. Die Checkliste besteht insgesamt aus acht Fragenkomplexen, welche umfassen:

1. Art des erlebten Ereignisses,
2. objektiven Merkmale des Ereignisses,
3. persönliche Einschätzung der Schwere des Ereignisses
4. Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern,
5. dissoziative Symptome,
6. traumaassoziierte Symptome,
7. Schutz- und Risikofaktoren,
8. sowie die Einschätzung der Gesamtbelastung des Kindes (vgl. Lehmann, 2006).

3.3.2 Analyse des Betreuungsverlaufes

Zur Analyse des Betreuungsverlaufes wurden folgende Dokumentationssysteme der Einrichtung von SOS-Kinderdorf für diese Untersuchung herangezogen und an Hand einer „Zeitschiene“ relevante Ereignisse eingetragen. Ein Wochen und Monatszeitplan über einen Zeitraum von 6 Monaten wurde hierbei berücksichtigt.

Analyse der Vorgeschichte:

Berichte der SozialarbeiterInnen der Jugendwohlfahrtsbehörden, Befunde von Kliniken, ÄrztInnen ect. (soweit vorhanden), Ansuchen um Aufnahme von SOS-Kinderdorf, Dokumentation des Aufnahmeverfahrens (Protokolle des Informations- und Aufnahmegesprächs).

Analyse des Betreuungsverlaufes:

Dienstbuch: Täglicher Eintrag besonderer Vorkommnisse (z.B. Selbstverletzung von Jugendlichen, ect.)

Zwei-Wochen-Bericht: 14tägige Dokumentation der Teilbereiche

- Körperlichkeit und Gesundheit
- Psych. Entwicklung/Emotionalität
- Soziales Verhalten
- Kontakte
- Beruf/Schule/Kognitive Entwicklung
- Lebenspraktischen Tätigkeiten
- Freizeitverhalten/Sonstiges/Vereinbarungen/Ziele, eines Jugendlichen.

Entwicklungsberichte: 1/2jährlich verfasste Berichte mit den gleichen Teilbereichen wie oben angeführt.

Kurzberichte: an die Jugendwohlfahrtsbehörde mittels E-Mail oder anhand von Telefonprotokollen

Dienstpläne

Parallel zur Zeitschiene mit den dokumentierten Ereignissen wurde der Dienstplan der jeweiligen BezugsbetreuerInnen in Relation gestellt. Dies diente zur Beantwortung der Fragestellung ob Ereignisse bei Jugendlichen gehäuft auftreten, wenn BezugsbetreuerInnen z.B. durch Urlaub, Krankenstand,... länger abwesend sind.

4. ERGEBNISSE

4.1 Gesamtzahl

Insgesamt wurden 15 Kinder und Jugendliche ausgewählt, wovon 4 Jugendliche (27%) nach den Kriterien des CETF-KJ-R nach Lehmann 2007 als nicht zur Zielgruppe gehörend für diese Studie erschienen und nicht weiter berücksichtigt wurden.

11 Jugendliche (73%) finden sich in den unten angeführten Ergebnissen wieder.

4.2 Erfahrungshintergrund

Als Grundlage zur Erfassung dieser Daten dienten das Formular „Ansuchen um Aufnahme“, das von den SozialarbeiterInnen vor Aufnahme eines Jugendlichen ausgefüllt werden muss, sowie die Protokolle der Aufnahmegespräche.

Tabelle 8: Erfahrungshintergründe

Erfahrungshintergrund Gesamtzahl der Jugendlichen: 11 Mehrfachnennungen möglich	Bekannt bei Aufnahme	während Betreuung bekannt geworden
Vernachlässigung	6 (55%)	6 (55%)
Körperliche Gewalt	4 (36%)	8 (73%)
Sexualisierte Gewalt	1 (9%)	3 (27%)
Verdacht auf sexualisierte Gewalt	0	1 (9%)
Trennung der Kindeseltern	9 (82%)	9 (82%)

Wie aus Tabelle 8 ersichtlich, wurden die Hälfte der Jugendlichen in ihrem Herkunftssystem vernachlässigt und die Kindeseltern lebten getrennt. Nach der Aufnahme wurden vorwiegend die weniger gut rein faktischen Erfahrungshintergründe bekannt, die Gewalterfahrungen diverser Form beinhalten. Die betroffenen Jugendlichen öffneten sich gegenüber SozialpädagogInnen in einer für sie sicheren Umgebung und vertrauten ihnen ihre Erfahrungen an.

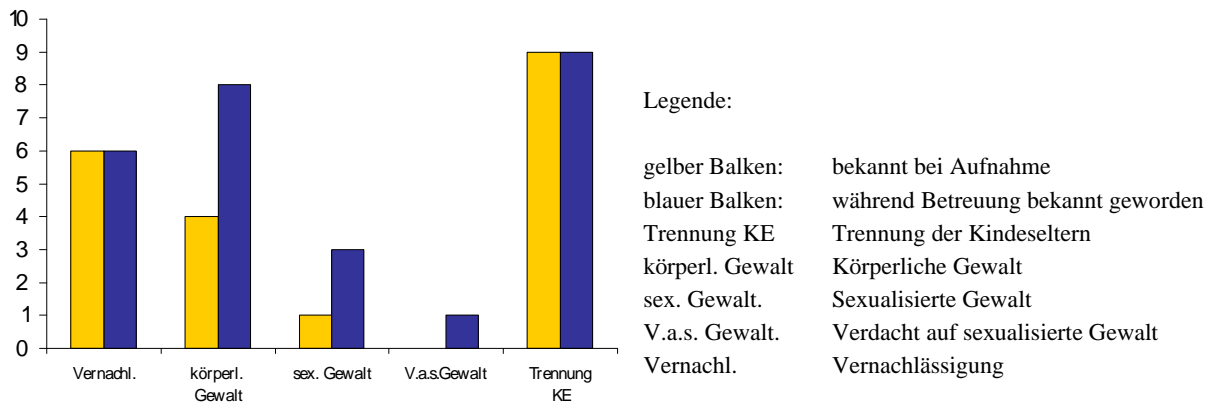


Abbildung 6: Erfahrungshintergründe

4.3 Psychiatrische Diagnosen

Hierbei wurden Diagnosen aus Arztbriefen der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie, sowie frei niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater herangezogen.

Tabelle 9: Psychiatrische Diagnosen

Diagnosen Gesamtzahl der Jugendlichen: 11 Jugendliche mit psychiatrischen Diagnosen: 5 Mehrfachnennungen möglich	bei Aufnahme bekannt	während Betreuung durch ÄrztInnen gestellt
Depression (alle Formen)	1 (9%)	5 (45%)
Störung des Sozialverhaltens	1 (9%)	5 (45%)
PTSD	0	2 (18%)
Impulskontrollstörung	0	2 (18%)
ADHS	0	1 (9%)

Tabelle 9 zeigt, dass im Zuge des Betreuungsprozesses psychiatrische Diagnosen bei den Jugendlichen erheblich zunahm. Vor der Aufnahme in die Wohngruppe waren bei einem Jugendlichen bereits eine Störung des Sozialverhaltens und die Aufmerksamkeits-Defizits-Hyperaktivitäts-Störung festgestellt, während der Betreuung wurden bei weiteren 4 Jugendlichen psychische Störungen diagnostiziert. Bei allen 5 Jugendlichen mit psychischen Störungen wurden eine Form der Depression, sowie eine Störung des Sozialverhaltens diagnostiziert. Vor allem die Störung des Sozialverhaltens kann ein geschlechtsspezifischer Ausdruck einer Depression bei Jungen sein. Lediglich bei zwei Jugendlichen trat zusätzlich die traumaspezifische Folgeerkrankung der PTSD (Posttraumatische Belastungsstörung) auf, bei allen anderen 4 Jugendlichen eine oder mehrere unspezifische Traumafolgeerkrankungen (wie in Abbildung 7 nochmals grafisch dargestellt).

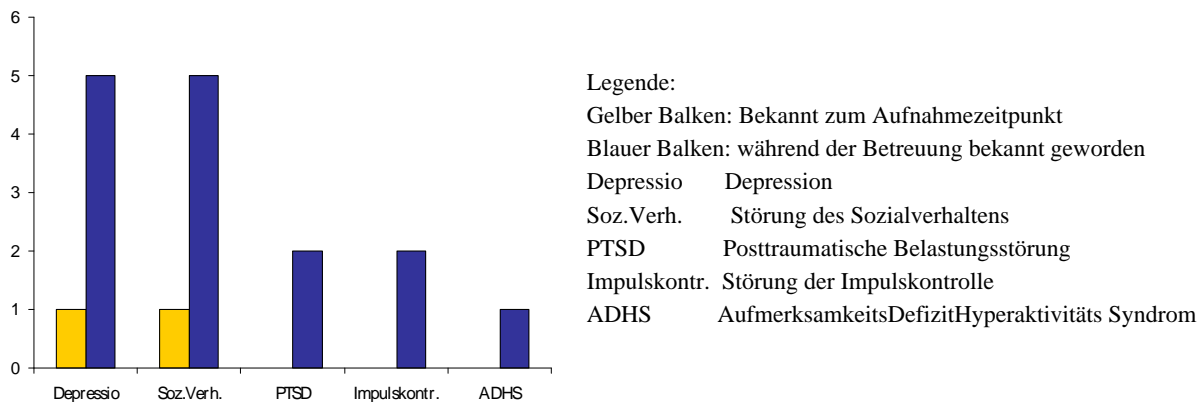


Abbildung 7: Psychiatrische Diagnosen

4.4 Traumafolgeverhalten

Unter dem Traumafolgeverhalten sind sämtliche unten angeführten Symptome zusammengefasst. Die Auswertung erfolgte an Hand von Arztbriefen, Ergebnissen aus psychologischen Testungen, den Wochendokumentationen und Entwicklungsberichten.

Tabelle 10: Traumafolgeverhalten

Verhalten Gesamtzahl der Jugendlichen: 11 Mehrfachnennungen möglich	bei Aufnahme bekannt	während Betreuung aufgetreten
selbstverletzendes Verhalten Ritzen mit Körperteilen gegen Gegenstände schlagen Alkoholmissbrauch Cannabiskonsum Sonstiger Substanzenmissbrauch Selbsttötungsgedanken Selbsttötungsversuch	1 (9%) 1	6 (55%) 5 3 3 4 4 5 2
fremdverletzendes Verhalten	0	5 (45%)
Dissoziation Flashback Dissoziation	0	4 (36%) 3 1
Probleme am Arbeitsplatz/Schule Schule Schwierigkeiten Verweigerung Arbeit Schwierigkeiten Verweigerung „normaler“ Verlauf	7 (64%) 7	11 (100%) 2 2 7 0 1

Die Ergebnisse aus Tabelle 10 zeigen, ähnlich wie zuvor schon in Tabelle 9, dass das Traumafolgeverhalten im Laufe des Betreuungsprozesses zunimmt. Dabei ist festzuhalten, dass

spezifisches Traumafolgeverhalten wie Dissoziation und selbstverletzendes Verhalten (Ritzen und mit Körperteilen gegen Gegenstände schlagen), erstmals in stationären Einrichtungen der Jugendwohlfahrt beobachtet wird.

Unspezifisches Traumafolgeverhalten, ist ein Verhalten, dass auch durch andere Ursachen (z.B. Pubertät, psychische Störungen, ect.) hervorgerufen werden kann tritt ebenfalls verstärkt während des Betreuungsprozesses auf. Eine klare Grenzziehung zwischen bspw. jugendlichem Probierverhalten im Bereich Substanzenmissbrauch (Alkohol, Cannabis, sonstige Substanzen), Selbsttötungsgedanken und Traumafolgeverhalten ist nicht möglich, lässt sich jedoch vermuten.

Ähnlich verhält es sich mit Problemen an Schulen und Arbeitsplatz: 7 Jugendliche besuchten zum Zeitpunkt der Aufnahme die Schule, drei davon absolvierten das letzte Pflichtschuljahr und sollten während des Beobachtungszeitraumes in den Arbeitsmarkt integriert werden. 4 Jugendliche hatten zum Zeitpunkt der Aufnahme die Pflichtschule bereits absolviert und waren auf der Suche nach einem Ausbildungsplatz. Einerseits führte nun das traumabedingte Verhalten zu Problemen in der Schule und zum teilweisen Verlust von Arbeitsplätzen. Andererseits konnten Jugendliche aufgrund von schlechten Schulleistungen schwer in den Arbeitsmarkt integriert werden.

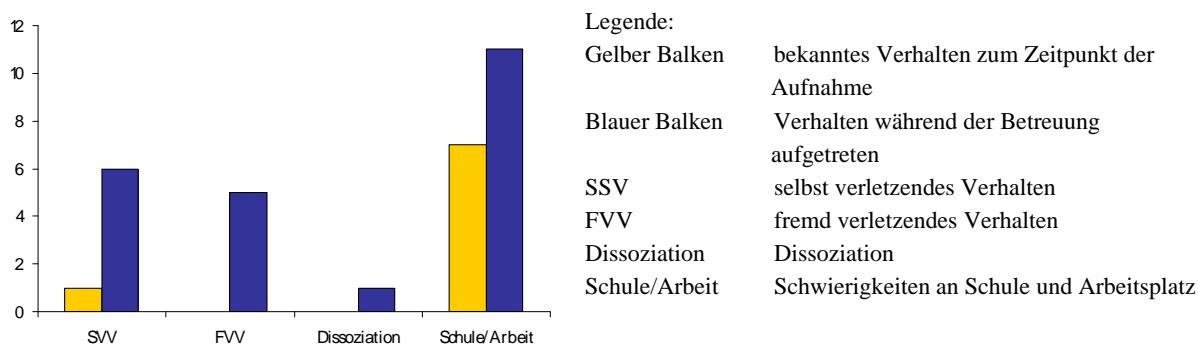


Abbildung 8: Übersicht komplexes Traumafolgeverhalten

Dem spezifischen wie dem unspezifischen Traumafolgeverhalten (komplexes Traumafolgeverhalten, siehe Abbildung 8) gemein ist, dass es im Laufe der Betreuung in Einrichtungen der stationären Jugendwohlfahrt verstärkt auftritt, bzw. als solches erkannt wird. Ursache dafür ist, dass Jugendliche in einem sicheren Entwicklungsraum vorerst ihr Verhalten weiterführen, ein Verhalten, dass ihnen in ihrem vorigen Lebensraum das (Über-)leben sicherte. Das Verhalten ist als normales Verhalten, bzw. als normale Reaktion auf abnormale Erlebnisse (traumatische Erlebnisse) zu sehen.

4.5 Zeitliches Auftreten von Traumafolgeverhalten

Um das zeitliche Auftreten des dissoziativen Verhaltens abzubilden, erfolgte eine Analyse der Wochendokumentation über jeden Jugendlichen, sowie die tägliche Dokumentation besonderer Vorkommnisse im Dienstbuch.

Tabelle 11: Auftreten von Traumafolgeverhalten ab Aufnahme

	1. Monat	2. Monat	3. Monat	4. Monat	5. Monat
Gesamtzahl der Jugendlichen: 11					
Auftreten ab Aufnahme	2 (18%)	2 (18%)	5 (45%)	1 (9%)	1 (9%)

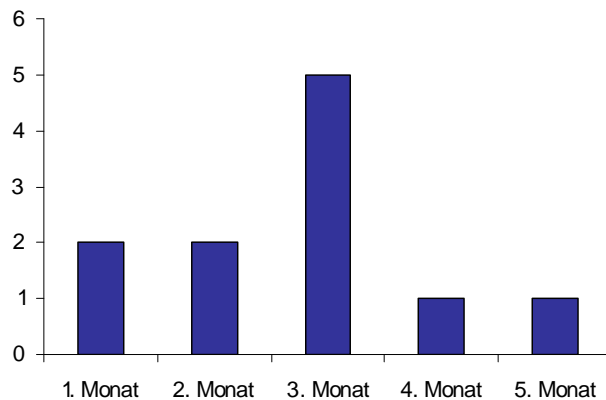


Abbildung 9: Auftreten Traumafolgeverhalten ab Aufnahme

In Abbildung 9 ist deutlich zu sehen, dass das komplexe Traumafolgeverhalten verstärkt in den ersten drei Monaten mit einem Maximum im dritten Monat auftritt. Ein spezielles Ereignis, das zum Auftreten in diesem Zeitraum führt, konnte nicht gefunden werden. Das Ergebnis bestätigt, dass die Anpassungsphase bei 9 von 11 Jugendlichen innerhalb von 3 Monaten abgeschlossen war indem sie ihren neuen Lebensraum auf Sicherheit überprüft haben und oben beschriebenes Verhalten zeigten.

4.6 Abwesenheiten der BezugsbetreuerInnen

Zur Beantwortung der Fragestellung, ob ein Traumafolgeverhalten vermehrt bei Abwesenheiten von BezugsbetreuerInnen auftritt, wurde die Dokumentation mit den jeweiligen Dienstzeitaufstellungen abgeglichen.

Tabelle 12: Abwesenheiten BezugsbetreuerInnen

	<1 Woche	1 Woche	2 Wochen	3 Wochen	kein Auftreten b. Abwesenheit
Gesamtzahl der Jugendlichen: 11					
Abwesenheit BezugsbetreuerIn	0	0	2 (18%)	2 (18%)	7 (64%)

Tabelle 12 zeigt, dass bei einer Abwesenheit von BezugsbetreuerInnen durch Urlaube oder Krankenstände bei einem Drittel der Jugendlichen ein vermehrtes Auftreten von Traumafolgeverhalten zu beobachten ist, bei zwei Drittel das Verhalten gleich bleibt. Ohne Relevanz ist eine Abwesenheit von BezugsbetreuerInnen unter zwei Wochen.

5. DISKUSSION

5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Wie die Ergebnisse zeigen, führen chronische Traumatisierungen wie Vernachlässigung, körperliche und/oder sexualisierte Gewalt und Trennung der Kindeseltern zum „komplexen Traumafolgeverhalten“ und daraus resultierenden psychiatrischen Diagnosen.

Beim komplexen Traumafolgeverhalten dominieren Probleme in der Schule bzw. am Arbeitsplatz (100%), in Kombination mit selbst- (55%) und/oder fremdverletzendem Verhalten (45%), sowie dissoziative Zustände (36%). Depressionen (45%), Störungen des Sozialverhaltens (45%), Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD [18%]), Impulskontrollstörungen (18%) und Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS [9%]). Diese treten bei den psychiatrischen Diagnosen in den Vordergrund.

Die Forschungsfrage, ob es Verhaltensmuster von traumatisierten Kindern und Jugendlichen in stationären Einrichtungen der Jugendwohlfahrt gibt, kann dahin gehend mit einem „JA“ beantwortet werden, als dass ein Traumafolgeverhalten innerhalb der ersten drei Monate ab Fremdunterbringung (81%), verstärkt im dritten Monat (45%), auftritt. Zusätzlich werden neuerliche Erfahrungshintergründe bekannt. Eine weitere wichtige Komponente in Bezug auf das Auftreten oben genannter Verhaltensweisen ist die Abwesenheit von BezugsbetreuerInnen: Bei 36% der Kinder und Jugendlichen begannen diese mit der Abwesenheit der BezugsbetreuerInnen durch Krankheit oder Urlaub ab einer Dauer von zwei Wochen.

In Anlehnung an Ebel 2004 tritt eine typische Entwicklung im Laufe der Fremdunterbringung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen auf, die in drei Phasen abläuft:

Phase 1: Anpassungsphase

Kinder und Jugendliche, die in stationären Einrichtungen der Jugendwohlfahrt aufgenommen wurden, finden eine für sie neue Umgebung vor. Diese gilt es genau auf mögliche Gefahren zu prüfen und vor allem die Menschen (andere Jugendliche und SozialpädagogInnen) kennen zu lernen, die dort leben bzw. arbeiten. Gerade SozialpädagogInnen werden dahingehend geprüft, ob und welche Beziehungsangebote sie setzen, ob sie vertrauenswürdig sind und sie Geheimnisse bewahren können.

In dieser Phase lassen sich bereits erste Verhaltensmuster erkennen, die Kinder und Jugendlichen sind jedoch angepasst und wollen auf keinen Fall auffallen. Die Dauer der Phase ist unterschiedlich, sie kann Tage, Wochen oder Monate andauern. Aufgrund der Ergebnisse dieser Untersuchung liegt der kritische Punkt bei 3 Monaten.

Phase 2: Übertragungsphase

Die Übertragungsphase ist die schwierigste Phase für alle Beteiligten, denn hier treten die komplexen Traumafolgeverhalten konkret und verstärkt auf. Aus unserer Sicht leben die Jugendlichen zwar an

einem „sicheren Ort“, das heißt an einem Ort, an dem sie nicht vernachlässigt werden, keiner körperlichen und/oder sexualisierten Gewalt durch Erwachsene oder Bezugspersonen ausgesetzt sind. Aus der Sicht der traumatisierten Jugendlichen stellt dies für sie eine vollkommen neue Erfahrung dar, die wiederum Unsicherheit und Ängste hervorruft. Sie beginnen nun ihre alten, (traumatischen) Erfahrungen, ihre (negativen) Erwartungen und Ängste auf die neuen Bezugspersonen zu übertragen (vgl. Ebel 2004), um dadurch diese dazu zu bringen, so wie ihre bisherigen Bezugspersonen (zumeist Eltern) zu reagieren, d.h. ihre alten Erfahrungen bestätigt zu bekommen.

Diese Übertragung der Jugendlichen löst bei den SozialpädagogInnen emotionale Reaktionen, bekannt als Gegenübertragung, aus. So kann z.B. Wut hochkommen, wenn man als SozialpädagogIn immer wieder von einem Jugendlichen gereizt und provoziert wird. Es passiert, dass es der Jugendliche schafft, dass man als SozialpädagogIn Impulse verspürt, ähnlich wie die früheren Bezugspersonen zu reagieren und, um bei diesem Beispiel zu bleiben, den Impuls der Gewaltanwendung wahrnimmt.

Hinzu kommt, dass SozialpädagogInnen im Rahmen der Gegenübertragung auch Gefühlen ausgesetzt sein können, die denen des Jugendlichen entsprechen. Um das gleiche Beispiel weiterzuführen, könnten massive Gefühle der Angst gegenüber dem Jugendlichen auftreten. Diese Angst würde der des Jugendlichen entsprechen, der eigentlich Angst vor neuerlicher körperlicher Gewalt verspürt. Das Fatale an den verspürten Gefühlen der Gegenübertragung ist, dass sie sich wie die eigenen anfühlen und unreflektiert Abwehrmechanismen seitens der SozialpädagogInnen entstehen können, die sich gegen den Jugendlichen richten und Ablehnung entstehen lassen. Ohne Reflexion kann dadurch eine Verstrickung in den eigenen Mustern entstehen und die Gefahr der Retraumatisierung des Jugendlichen steigt.

Durch Verstehen der Jugendlichen und ihres Verhaltens, durch gezieltes pädagogisches Handeln und adäquate Reaktionen auf diese Reinszinierungen können Jugendliche durch die Phase der Übertragung begleitet werden. Hier können SozialpädagogInnen und Institutionen Schritte setzen, um traumatisierte Jugendliche zu begleiten, indem sie durch die Kenntnis der Vorgänge die Jugendlichen, deren Verhalten und all ihre Reaktionen verstehen. Dies setzt eine hohe Reflexionsbereitschaft der SozialpädagogInnen voraus. Es Bedarf an LeiterInnen, die den SozialpädagogInnen und Jugendlichen den notwendigen strukturellen Rahmen zur Verfügung stellen. Ein Beziehungsaufbau zwischen SozialpädagogInnen und Jugendlichen wird gelingen, womit die nächste Phase beginnt.

3. Phase: Regressionsphase

In der Regressionsphase kommt es scheinbar zu Entwicklungsrückschritten von Seiten der Jugendlichen, einem Verhalten, das nicht dem ihres Alters entspricht. Hier durchläuft der Jugendliche eine gelungene Variante seiner früheren Kindheit (vgl. Ebel 2004).

5.2 Interpretation der Ergebnisse

5.2.1 Erfahrungshintergründe

Vergleicht man die Ergebnisse dieser Untersuchung mit den Daten der sozialpädagogischen Jugendeinrichtungen von SOS-Kinderdorf aus dem Jahre 2005, so lässt sich feststellen, dass die erhobenen Daten beim Item „Trennung der Kindeseltern“ dem österreichweiten Schnitt entsprechen: Im Jahr 2005 wurden lediglich 14,7% der Kinder und Jugendlichen aus einem bestehenden Eheverhältnis der Kindeseltern aufgenommen. 85,3 % kamen aus Scheidungsfamilien (ca. 66%), Kindeseltern lebten getrennt oder Eltern(teile) waren verstorben (vgl. Hinteregger et al., 2005).

Eine potentielle Traumatisierung aus dem Item „Trennung der Kindeseltern“ abzuleiten wäre jedoch gewagt, da dieser Erfahrungshintergrund bei Kindern und Jugendlichen dieser Untersuchung nicht alleiniger Aufnahmegrund war. Es waren Kombinationen mit Vernachlässigung und/oder anderen Items (siehe Tabelle 13, Fallbeispiel ID 10).

Tabelle 13, Fallbeispiel, ID 10, Erfahrungshintergrund, Vorgeschichte, Aufnahme

Erfahrungshintergrund	<i>Körperliche Gewalt Trennung von Kindesmutter (KM) Vernachlässigung</i>
Vorgeschichte <i>kleinkindliche Entwicklung</i>	<i>Als Säugling von Kindesmutter oft alleine gelassen Schläge, Untersuchung im Krankenhaus auf Misshandlung Beim Baden panisch reagiert und geschrien 4-5 x epilepsieähnliche Anfälle</i>
Vorgeschichte <i>Kindliche Entwicklung</i>	<i>Schläge mit dem Gürtel, der Hand ins Gesicht und mit Kochlöffel auf Finger Vernachlässigung: In Zimmer eingesperrt, Notdurft musste in Kübel verrichtet werden</i>
Vorgeschichte <i>1.-4. Klasse Volksschule</i>	<i>Schläge mit dem Gürtel, mit Kochlöffel Vernachlässigung: weiter eingesperrt, streunt herum (bis 21.30 Uhr), keine adäquate Kleidung Schule: kann nicht ruhig sitzen, schreit, wenn er Hausaufgaben machen muss Gesundheit: epilepsieähnlicher Anfall – Krankenhaus: Verdacht auf Epilepsie nicht bestätigt</i>
Vorgeschichte <i>Hauptschule</i>	<i>Schläge mit dem Gürtel und Kochlöffel Vernachlässigung: wie oben, streunt weiter herum, keine Feiern, bzw. Geschenke zu Geburtstag, keine adäquate Kleidung, Brillen werden nicht gekauft Schule: „Kasperl in der Schule“, zieht Aufmerksamkeit auf sich, da er sich in den Pausen so hinwirft, dass es zu Verletzungen kommt (mehrmals)</i>
Status bei Aufnahme in die sozialpädagogische Einrichtung (Alter: 13 Jahre)	<i>Kommt mit wenig persönlichen Gegenständen, Schuhe viel zu groß, kaum Kleidung Angst vor körperlichen Berührungen Ohne Licht ist ein Einschlafen nicht möglich Hat Angst, dass in der Nacht jemand durch das Fenster einsteigt Lebenspraktischer Bereich: reduziert (kann z.B. Schuhe nicht zubinden)</i>

Der Anstieg der Erfahrungshintergründe in den Items „körperliche Gewalt“, „sexuelle Misshandlung“ und „Verdacht auf sexuelle Misshandlung“ kann damit erklärt werden, dass die Kinder und Jugendlichen im Rahmen der Betreuung zu den SozialpädagogInnen Vertrauen fassen und ihnen Erlebtes anvertrauen, sowie eine für sie sichere Umgebung vorfinden, in der Schutz gewährleistet ist.

5.2.2 Psychiatrische Diagnosen und Traumafolgeverhalten

Die hier vorliegende Untersuchung bestätigt die in der Literatur genannten Traumafolgeerkrankungen wie depressive Erkrankungen, Störungen des Sozialverhaltens oder Posttraumatischer Belastungsstörung (PTSD), wobei erstere auch als Begleiterkrankungen zur PTSD auftreten können.

Die Vermutung, dass die PTSD an erster Stelle der diagnostizierten Erkrankungen steht, hat sich nicht bestätigt. Eine Erklärung liegt vermutlich darin, dass die Kinder und Jugendlichen die diagnostischen Kriterien nicht erfüllen. Van der Kolk setzte an diese Stelle die „Entwicklungsbedingte traumatische Störung“, da diese die auftretenden Verhaltensweisen miteinschließt (vgl. van der Kolk 2005).

Tabelle 14:Entwicklungsbedingte traumatische Störung: Psychiatrische Diagnosen, Verhalten (nach van der Kolk 2005)

Psychiatrische Diagnosen
Angststörungen
Depression
PTSD
ADHS
Substanzenmissbrauch
Störung der Impulskontrolle

Verhaltensweisen
Aggressives Verhalten gegen sich selbst und andere
Verlust von Körperregulation: Schlaf, Essen und Selbstfürsorge
Alpträume (spezielle Erlebnisse)
Schulprobleme
Schwierigkeiten, aufmerksam zu sein

Bereits die „Adverse Childhood Experiences“ (ACE) Studie 1998 des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) in den USA stellte einen signifikanten Zusammenhang zwischen Kindheit mit traumatischen Erlebnissen und z.B. Depression, Selbsttötungsgedanken und Drogenmissbrauch fest. Chronisch traumatisierte Kinder leiden an Dissoziationen, Flashbacks, Schulproblemen, Schwierigkeiten, aufmerksam zu sein und sind desorientiert in Raum und Zeit. Sie sind „out of touch“ mit ihren Gefühlen und es gibt keine Sprache, die inneren Zustände zu beschreiben (van der Kolk 2005).

Die Mitteilung der inneren Gefühle erfolgt in oben beschriebenen Verhaltensweisen, wie selbstverletzendem Verhalten, Alkohol- und Drogenmissbrauch, die nach Putnam als tertiäre dissoziative Symptome bezeichnet werden (Streek-Fischer 2006). Anders ausgedrückt: Traumatisierte Jungen explodieren im Gegensatz zu traumatisierten Mädchen, welche implodieren (Huber 2004, S 60).

Explodieren bedeuten hierbei den Druck nach außen abzugeben: Aggressives Verhalten bis hin zu fremdverletzendem Verhalten, Beschädigungen und Zerstörung von Sachgegenständen, usw. Nach Internationaler Klassifikation psychischer Störungen (ICD 10) äußern hier die Diagnosen „Störung des Sozialverhaltens“ und „Störung der Impulskontrolle“ diese nonverbalen Botschaften und es kommt zum oben beschriebenen „Acting out“, bei denen Grenzen der Institutionen oder sozialen Realität zerstört werden (in Anlehnung an Streek-Fischer 2006, S 131).

Selbst verletzendes Verhalten

„Out of touch“ von den Gefühlen (van der Kolk 2005), betäubt sein und fernab jeder natürlichen Selbstregulation lässt die Sprache ausfallen. Nicht einschlafen können, Bilder, die sich aufdrängen und Alpträume mindern die Lebensqualität und lassen keine Kontrolle über den eigenen Körper und den Alltag zu.

Hier schreiten die Jungen selbst zur Tat, um wieder Kontrolle über ihre Gefühle zu bekommen:

Durch dissoziative Zustände kommt es zu selbstverletzendem Verhalten, als „wirksamstes Mittel gegen die Dissoziation selbst“ (Sachsse in Peterman/Winkel 2005, S 106) mit dem Bemühen, dissoziative Zustände zu beenden (in Anlehnung an Brodsky in ebd.). Die häufigste Art der Selbstverletzung ist das Zufügen von Wunden durch „Ritzen“ von über 50% der Burschen mit traumabedingte Verhalten, die in dieser Untersuchung erfasst wurden. Nach ihren Angaben „spüren sie sich danach wieder“ bzw. können ihre innere Spannung abbauen.

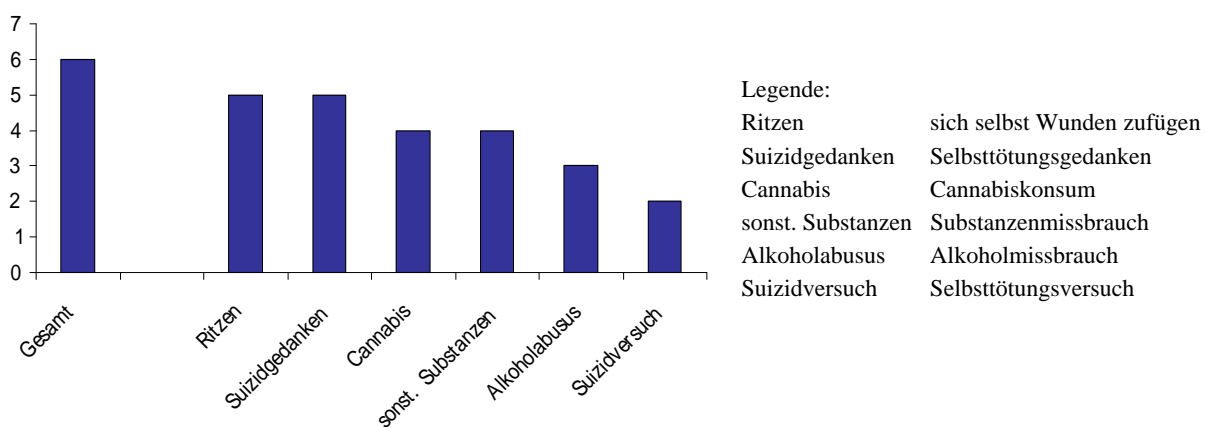


Abbildung 10, selbst verletzendes Verhalten

Schwieriger wird die Zuordnung der Ergebnisse im Bereich des Missbrauchs von illegalen Drogen (hier Cannabiskonsum), Substanzen und Alkohol. Wie bereits oben angeführt, können dies Folgen von chronischen Traumatisierungen in der Kindheit sein, aufgrund des Alters der erfassten Kinder und Jugendlichen wäre eine Interpretation hinsichtlich des jugendlichen „Probier-/Experimentierverhaltens“ möglich.

Eine genaue Differenzierung bei der Erhebung der Daten war nicht möglich, denn einerseits handelte es sich um einzelne Diagnosen in Arztbriefen von niedergelassenen Ärzten und Kliniken ohne Bezug auf eine (Traumafolge-) Erkrankung, andererseits um Beobachtungen, die von den SozialpädagogInnen im Betreuungsverlauf dokumentiert wurden. Obwohl sich kein eindeutiger Beweis aus der Untersuchung nicht ergibt, lässt die Literatur durch Studien an Erwachsenen bei gewissen Erfahrungshintergründen eine erhöhte Korrelation mit Symptomen erkennen (siehe Tabelle 15).

Speziell bei Substanzenmissbrauch wird angenommen, dass die Substanzen gemäß ihrer psychotropen Wirkung zur Selbstmedikation verwendet werden: Eines der ältesten Mittel, Alkohol, wirkt vor allem kurzfristig gegen Schlafstörungen, Alpträume und Intrusionen (vgl. van der Kolk 2000), während z.B. Benzodiazepine das Gefühls(er)leben dämpfen. Erwähnenswert sind Selbstmedikationen hinsichtlich Kokain, das antidepressiv wirkt und Heroin, das stark Gefühle und Aggressionen dämpft.

Tabelle 15: Erfahrungshintergrund und mögliche Symptome nach van der Kolk 2000, S 175ff

Erfahrungshintergrund	mögliche Symptome
Sexualisierte Gewalt	Selbsttötungsversuche Selbstdestruktives Verhalten Selbstverstümmelung
Schwere Vernachlässigung	Selbsttötungsversuche Selbstdestruktives Verhalten Selbstverstümmelung
Schwerste Trennungs- und Vernachlässigungserlebnisse	Wie oben, jedoch steigt der Grad an Selbstzerstörung mit der Schwere der Erlebnisse
lang anhaltende Trennung von primären Bezugspersonen	Kaum in der Lage, interpersonale Ressourcen zu nutzen, um selbstzerstörerischem Verhalten Einhalt zu gebieten
Missbrauch und Vernachlässigung	Substanzenmissbrauch (einschließlich Alkohol)

Wie Tabelle 15 zeigt, können Traumatisierungen bis hin zu Selbsttötungsversuchen führen. Bei den in der vorliegenden Untersuchung aufgetretenen Zahl der Jugendlichen mit Selbsttötungsversuchen

wurde in einem Fall die Diagnose PTSD mitgestellt, beim zweiten Fall lässt sich ein Zusammenhang mit einer Traumafolgerkrankung vermuten.

Ähnlich dem jugendlichen Probierverhalten bei „Substanzenmissbrauch“ können in der Pubertät kurzfristig Gedanken auftreten, nicht mehr auf dieser Welt sein zu wollen. Studien zufolge treten in der Pubertät vermehrt Depressionen auf: Im Alter von 11 Jahren leiden 1,8% der Jugendlichen an Depressionen, im Alter von 15 Jahren 4,2% und im Alter von 18 Jahren 18% der Jugendlichen, mit einer jedoch geringen Selbsttötungsrate. Geschlechtsspezifisch treten bei Jungen Komorbiditäten wie Störungen des Sozialverhaltens oder ADHS verstärkt auf, wodurch oftmals eine vorliegende Depression maskiert und eine Erkennung erschwert wird (Schuch 2008).

Demgegenüber klar abzugrenzen sind eventuell mit einem Durchführungsplan besetzte Selbsttötungsabsichten von Kindern und Jugendlichen, die klaren diagnostischen Kriterien, bis hin zu Selbsttötungsversuchen folgen. Studien zum Selbsttötungsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Österreich zeigen eine Selbsttötungsrate in Wien von 6,2 pro 100 000 Kindern und Jugendlichen. Risikofaktoren (siehe Tabelle 16) können unterteilt werden in (Dervic 2008):

Tabelle 16: Risikofaktoren - Selbsttötungen (Dervic 2008)

Risikofaktoren		
Psychiatrisch	Psychosozial	Umfeld bezogen
Depressionen Substanzenmissbrauch Sexualisierte Gewalt Körperliche Gewalt Aggressivität/Impulsivität Suizidversuche in der Vergangenheit	Schule Familie der Jugendwohlfahrtsbehörde be- kannt (25%)	Exposition zur Selbsttötung (Imi- tationseffekt) Einstellung zum Suizid

Wie aus Tabelle 16 abzuleiten ist, treffen im Zusammenhang mit den Ergebnissen der Untersuchung dieser Arbeit mehrere Risikofaktoren auf die Jugendlichen zu. So lassen auftretende Stimmungsschwankungen von himmelhoch jauchzend bis zu Tode betrübt die Frage zu: Ist der Jugendliche manisch depressiv, handelt es sich also bereits um eine krisenhafte Entwicklung in Richtung einer Traumafolgerkrankung oder um eine normale Entwicklung innerhalb der Adoleszenz? Jede Diagnosestellung in diesem Alter stellt eine Gratwanderung dar und erfordert genaue Beobachtung der Jugendlichen durch SozialpädagogInnen und Vernetzung von diesen mit den behandelnden ÄrztInnen.

Dissoziation

Die Dissoziation nimmt eine besondere Stellung im Erinnern und Ausagieren der erlebten Traumata ein, kommt sie doch bei fast einem Drittel der untersuchten Jungen vor. Eigentlich zum Schutz, bzw. zur Abwehr während des traumatischen Ereignisses eingesetzt, können später auftretende Reize (Trigger) dazu führen, dass die während des traumatischen Ereignisses implizit gelernten Reize das Traumagedächtnis aktivieren. Das Gedächtnis schaltet gewissermaßen auf „Alarm“ bzw. „Vorsicht“,

da es nicht einschätzen kann, bzw. nicht sicher ist, ob die Situation gefährlich ist oder nicht (in Anlehnung an Fiedler 2002 und Ebel 2004).

Diese erneute „Alarmreaktion“ führt dazu, dass das Selbst wieder in ein beobachtetes Selbst und erfahrenes Selbst gespalten wird, um ein „Weiterfunktionieren“ während des Ereignisses zu ermöglichen (vgl. van der Kolk in van der Kolk et al. 2000). Sämtliche erlebten Erinnerungen und Gefühle, die im traumatischen Gedächtnis gespeichert sind, werden schlagartig aktiviert und die Betroffenen erleben das Trauma wieder (Flashback). Ein Stopp dieser Reaktion kann hier durch die Betroffenen, z.B. durch selbstverletzendes Verhalten erfolgen (siehe selbstverletzendes Verhalten).

Beiden Formen ist gemeinsam, dass sich die Betroffenen nicht im „Hier und Jetzt“ befinden, sondern im traumatischen Ereignis, das Jahre zurückliegen kann.

Probleme in der Schule/am Arbeitsplatz

Die Summe aller oben genannten traumatabedingten Verhaltensweisen rufen Probleme in der Schule, sowie am Arbeitsplatz hervor. Die durch chronische Traumatisierungen in der Kindheit beeinträchtigte Selbstwahrnehmung führt zu einem Mangel an Aufmerksamkeit, sowie einer nicht adäquaten Affekt- und Impulskontrolle, wodurch die Jugendlichen im Kontext Schule, Arbeitsplatz und anderen sozialen Kontexten aufzufallen beginnen. Gleichzeitig fällt es den Jugendlichen schwer, die Auswirkungen ihres eigenen Tun und Handelns bei anderen abzuschätzen. So entsteht für sie ein Gefühl der Unsicherheit bei geänderten, neuen Verhaltensweise durch die gewonnenen neuen Erfahrungen. Sie kehren zu den alten, vertrauten wieder zurück (vgl. Purtscher in Thun-Hohenstein, 2007).

Zu berücksichtigen ist bei den Ergebnissen dieser Untersuchung, dass die Jugendlichen teilweise mit schlechten Schul(abschluss)noten, bzw. ohne positiven Schulabschluss aufgenommen wurden, was eine Integration am Arbeitsmarkt erschwert, bzw. nach erfolgter Integration stellt z.B. der Besuch der Berufsschule die nächste Hürde dar. Glücklicherweise kann hier bereits auf alternative Ausbildungsmodelle, mit z.B. verlängerter Lehrzeit und zusätzlicher Betreuung in der Pflichtschulzeit (z.B. integrative Lehrausbildung) zurückgegriffen werden.

Oben erwähnte Integration am Arbeitsmarkt durch eine (integrative) Lehrausbildung stellt einen Idealfall dar. Annähernd 50% der Jugendlichen dieser Untersuchung mussten in Arbeitstrainingsprojekten langsam an einen 8-Stunden Arbeitstag herangeführt und in ihrem Gefühlsleben dahingehend stabilisiert werden, dass sie immer mehr Kontrolle über sich selbst erlangten. Dieser Prozess dauerte bis zu einem Jahr.

5.2.3 Zeitliches Auftreten und Abwesenheit der BezugsbetreuerInnen

Zeitliches Auftreten

Die Ergebnisse dieser Untersuchung bestätigen das subjektive Empfinden des Verfassers und seiner KollegInnen in Einrichtungen der stationären Jugendwohlfahrt, dass SozialpädagogInnen mit

komplexem Traumafolgeverhalten der Jungen verstärkt im dritten Monat ab deren Aufnahme konfrontiert werden.

In den ersten Tagen, Wochen und Monaten herrscht sozusagen „Ruhe“. Die Jugendlichen prüfen für sich sehr genau, wo sie hingekommen sind, welche Beziehungsangebote durch SozialpädagogInnen gesetzt werden, und vor allem ob sie diesen vertrauen können und sie an diesem Ort sicher sind. In dieser Zeit sind bereits die einen oder anderen Verhaltensweisen erkennbar, wie z.B. erste Dissoziationen bei vermeintlicher Gefahr, jedoch Ziel der Jugendlichen ist es, so wenig wie möglich aufzufallen und sich in die Gruppe einzufügen. Ebel bezeichnet dies als Anpassungsphase, die dann abgeschlossen ist, wenn Kinder und Jugendlichen beginnen sich sicher zu fühlen, Vertrauen gefasst wird und erste Beziehungen eingegangen werden (vgl. Ebel, 2004).

Abwesenheiten der BezugsbetreuerInnen

Überraschend für den Verfasser hingegen ist das Ergebnis über das Auftreten von den oben beschriebenen Verhaltensweisen im Zusammenhang mit den Abwesenheiten durch z.B. Urlaube und Krankenstände von BezugsbetreuerInnen ab der zweiten Woche. Hier kommt es doch bei 1/3 der Jungen zu Reaktionen.

Hier muss festgestellt werden, dass SozialpädagogInnen in Einrichtungen der stationären Jugendwohlfahrt, und hier insbesondere die BezugsbetreuerInnen für das körperliche und seelische Wohl für den ihnen anvertrauten Jugendlichen verantwortlich sind und sie ihn einerseits versorgen, andererseits sich um ihn Sorgen machen. Sie bieten dadurch Bindungsbeziehungen an und werden zu Bindungspersonen für einen längeren Zeitraum. Gerade chronisch traumatisierte Kinder und Jugendliche haben schlechte Erfahrungen mit ihren bisherigen Bindungspersonen gemacht und trauen anfänglich den SozialpädagogInnen nichts Besseres zu (in Anlehnung an Schleiffer, 2007). Wie oben beschrieben prüfen sie sehr genau, wem sie vertrauen können und bei wem sie sich sicher fühlen. Kommt es jetzt zu Abwesenheiten seitens der neuen Bezugsperson(en), werden einerseits alte Erfahrungen reaktiviert, andererseits ruft die neue Situation (Abwesenheit der Bezugsperson) das Gefühl der Unsicherheit hervor und die Kinder und Jugendlichen kehren zu ihren alten und vertrauten Verhaltensweisen zurück.

5.3 Reaktionen von SozialpädagogInnen im Team

Zur Beantwortung der Fragestellung, welche Schritte SozialpädagogInnen und Institutionen setzen können, um traumatisierte Jugendliche zu begleiten gilt es vorab Reaktionen der SozialpädagogInnen im Team auf das Trauma bedingte Verhalten der Jugendlichen zu analysieren. Streek-Fischer (2006, S 196ff) beschreibt in ihrem Modell, vom „Honeymoon“ zum „deadly dance“ die Entwicklung von traumatischen Verstrickungen therapeutischer MitarbeiterInnen einer Klinik, das sich nach Meinung des Verfassers dieser Arbeit 1:1 auf SozialpädagogInnen einer stationären Einrichtung der Jugendwohlfahrt übertragen lässt:

Honeymoon

Der „Honeymoon“ beginnt mit der Aufnahme des Jugendlichen in der Einrichtung. Wir befinden uns in der Anpassungsphase (Ebel 2004), alles scheint in Ordnung und SozialpädagogInnen können der Versuchung von Größen- und Rettungsphantasien unterliegen, sowie die Vorstellung haben, kompetentere und bessere Menschen zu sein als jene, die dem Jugendlichen zuvor begegnet sind. Die Vorgeschichte des Jugendlichen wird ausgeblendet, Verhalten das zuvor bei den Kindeseltern, in der Schule, vorangegangenen Einrichtungen oder einer Klinik gezeigt wurde, wird ausgeblendet und Jugendliche und SozialpädagogIn erleben einen gemeinsamen Höhenflug.

Doch der „deadly dance“ lässt nicht lange auf sich warten und gliedert sich wie folgt:

Grenzenüberschreitendes Verhalten

Bereits in der Anpassungsphase zeigt der Jugendliche ein grenzenüberschreitendes Verhalten, da es dem Jugendlichen nicht möglich ist, zwischen sich selbst und Objekt (anderen/m) zu unterscheiden. Er dringt somit in Bereiche anderer ein. Es kann harmlos beginnen: So werden z.B. die Ausgehzeiten oder Lernstunden missachtet, in den Gipskartonwänden entstehen Löcher, der Computer, der der Gruppe zur Verfügung steht, funktioniert nicht mehr. Der Jugendliche beginnt z.B. SozialpädagogInnen zu beschimpfen und andere Jugendliche in der Gruppe zu provozieren. Einige SozialpädagogInnen im Team stellen einen Bezug zur Vorgeschichte her und revidieren eventuell ihre Einstellung zu den vorigen Bezugspersonen. Andere SozialpädagogInnen verharren noch im Honeymoon und stellen fest, dass der Jugendliche dieses Verhalten bei ihnen nicht zeigt und glauben, den Jugendlichen besser zu verstehen als andere. Es werden Ausnahmeregelungen für den Jugendlichen gewährt und es kommt zu ersten Unstimmigkeiten im Team.

Entstehen von Feindbildern

Die Übertragungsphase (Ebel 2004) hat begonnen, das grenzenüberschreitende Verhalten des Jugendlichen wird stärker und alle pädagogischen Maßnahmen führen zu keinem Erfolg. Aus der Sicht des Jugendlichen werden die SozialpädagogInnen als Verfolger, Gefängniswärter, Polizisten und Richter gleichzeitig gesehen und eine Einkreisung beginnt, indem der Jugendliche die Verantwortung für sich und sein Verhalten zunehmend abgibt. Das Fatale daran ist, dass auch die ursprünglichen grenzenziehenden Ich-Fähigkeiten des Jugendlichen mit abgegeben werden und somit eine Regression auf ein „primär prozesshaftes Niveau“ (Streek-Fischer 2006, S 197) entsteht. Durch die Freund/Feind-Polarisierung kommt es zu Spaltungen innerhalb der Gruppe der Jugendlichen, aber auch im Team. Einzelne SozialpädagogInnen fühlen sich bedroht, andere neigen dazu, die Kompetenzen ihrer KollegInnen anzuzweifeln (Irgendwie hat der Jugendliche recht, denn war diese BetreuerIn nicht schon immer unfähig, Grenzen zu setzen?). Es besteht die Gefahr, dass einzelne, bedrohte MitarbeiterInnen, an denen die Feindprojektionen festgemacht werden, nicht mehr gehört werden, weil ihre Position umstritten erscheint. Das kann dazu führen, dass das Team oder die Leitung vor die Wahl gestellt wird: „Entweder gehe ich oder der Jugendliche“

Ausgrenzung

Spaltungen in Freund/Feind Bilder sowie Projektionen werden immer stärker und gehen quer durch die Gruppe der Jugendlichen und des Teams. Sie können auch zwischen Jugendlichen auf der einen Seite und dem Team auf der anderen Seite verlaufen. Der Jugendliche wird zunehmend fallen gelassen und aufgegeben, einige SozialpädagogInnen fungieren nur mehr als „Aufpasser“ und ziehen sich emotional zurück. Die Ausgrenzung kann sich auch auf jene/n SozialpädagogIn beziehen, die/der am stärksten eine Entlassung des Jugendlichen fordert.

Endgültige Ausstoßung

Zur Rettung des Teams oder der Gruppe wird der Jugendliche aus der Einrichtung von einem Tag auf den anderen entlassen (in Anlehnung an Streek-Fischer 2006, S 194ff).

Die Modelle von Ebel (2004) und Streek-Fischer (2006) beschreiben in dynamischen Phasen, in welcher Abfolge traumabedingtes Verhalten bei Jugendlichen auftreten kann, bzw. wie SozialpädagogInnen und deren Teams darauf reagieren können. Bezieht man die Ergebnisse dieser Untersuchung hinsichtlich des zeitlichen Auftretens des Verhaltens mit dem kritischen Punkt bei drei Monaten ein, so ergibt sich eine Zeitspanne von drei Monaten, in denen erste und wesentliche Schritte gesetzt werden können, die betroffenen Jugendlichen durch die schwierige Phase der Übertragung zu begleiten. Dies setzt voraus, dass die betreuenden SozialpädagogInnen nicht im „Honeymoon“ verweilen, sondern erste, vereinzelt auftretende Anzeichen traumabedingten Verhaltens wahrnehmen und zuordnen. Ein adäquates Handeln verknüpft mit der Kenntnis über posttraumatische Belastungsreaktionen, bzw. traumabedingtes Verhalten, das Retraumatisierungen verhindert, womit man bei den Basics des traumapädagogischen Modells angelangt ist: Keine weitere Traumatisierungen mehr!

5.4 Schaffung eines Entwicklungsraumes

Ziel dieses Entwicklungsraumes ist es, dass sich die traumatisierten Jugendlichen durch die SozialpädagogInnen „gehalten“ fühlen und sie nicht zu Notmaßnahmen greifen müssen, wie sie im komplexen Traumafolgeverhalten dargestellt sind. Voraussetzung dafür ist, dass der Betreuungsrahmen verlässlich ist und SozialpädagogInnen mit der notwendigen Grundhaltung und der Kenntnis von Traumatheorien den Jugendlichen gegenüber treten. Eine Verstrickung von SozialpädagogInnen in die Reinszinierungen wird in der Beziehungsgestaltung durch eine mittlere Nähe und Distanz erreicht, denn ein zu viel an Nähe aktiviert die traumatische Beziehungserfahrung und führt zur Reinszinierung. Eine Distanzierung aktiviert bei den Jugendlichen „Rückblenden und Überwältigungen durch intrusive Erinnerungen“ (Streek-Fischer 2006, S 200), oder die Jugendlichen fühlen sich im Stich gelassen (in Anlehnung an Streek-Fischer 2006, S 199ff). Huber spricht hier von der „empathischen Abstinenz“ (Huber 2004, S 33). Gemeint ist damit, dass SozialpädagogInnen mit den Jugendlichen mitfühlen und für sie da sind, eben jene Bindungsbeziehung anbieten, in der sie sich um sie sorgen und versorgen (Empathie). Jedoch halten sie den nötigen Abstand (Distanz) und erkennen dadurch die Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen, fallen nicht in die Rettungs- und oder Größenphantasien und lassen sich nicht in die Täter/Opfer-Spaltungen und Entwicklungen

von Feindbildern verwickeln. Durch empathische Abstinenz sind SozialpädagogInnen in der Lage, wohlwollend und grenzenziehend zu sein und als realistische Personen den Jugendlichen Orientierung zu geben (in Anlehnung an Huber 2004 und Streek-Fischer 2006).

Die gemeinsame „Arbeit an etwas Drittem“ (Streek-Fischer 2006, S 201) verhindert, dass die gerade neu entstandene Bindungsbeziehung beleuchtet und bearbeitet wird. So beginnt die Begleitung mit traumatisierten Jugendlichen mit Ressourcenarbeit (vgl. Huber 2004): Was kann der betroffene Jugendliche gut? Gibt es Hobbies, die unterstützt werden können? Diese Arbeit stärkt andererseits wieder die Bindungsbeziehung zwischen SozialpädagogIn und Jugendlichen. Anzeichen von Traumafolgeverhalten werden stabilisierende Techniken (z.B. imaginative Techniken nach Reddemann oder einfach ein Sandsack zum Ausagieren der Wut) entgegengesetzt, mit dem Ziel, dass der Jugendliche Kontrolle über sich und seinen Körper bekommt. Die SozialpädagogInnen bieten dabei die notwendige Orientierung und Hilfestellung an.

5.5 Ausblick

Damit SozialpädagogInnen den betroffenen Jugendlichen die notwendigen Hilfestellungen und Orientierungen geben können und sie selbst eine adäquate Unterstützung bekommen, wenn sie selbst an den Grenzen ihrer Belastbarkeit angekommen sind, gilt es Rahmenbedingungen in Institutionen zu schaffen. Grundlage dafür ist das Wissen und die Anerkennung der Ergebnisse aus Forschungen der Psychotraumatologie, Medizin, Psychologie und anderer Wissenschaften und bezieht die Ebene der MitarbeiterInnen und deren LeiterInnen mit ein.

5.5.1 Rahmenbedingungen in Institutionen schaffen

MitarbeiterInnen

Betrachtet man die Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen der Jugendlichen mit traumatischen Erfahrungen, die sie auf Seiten der SozialpädagogInnen auslösen, so wird verständlich, dass die MitarbeiterInnen in Einrichtungen der Jugendwohlfahrt besonderen Belastungen ausgesetzt sind, die bis ins Privatleben (Erziehung der eigenen Kinder, Beziehung zur/m PartnerIn) reichen. So können sich eigene Normen und Werte verschieben, die durch die Lebensgeschichten und die posttraumatische Bilderwelt der Jugendlichen hervorgerufen werden. Mangelnde Kenntnisse über Traumatheorien verstärken diese Belastungen (vgl. Weiß 2006, S 141ff).

Die Begleitung von traumatisierten Jugendlichen erfordert neben der Bereitschaft zur Weiter-/und oder Ausbildung ein hohes Ausmaß an Reflexionsbereitschaft im Handeln und im Rahmen von Einzel- und Teamsupervisionen. Einerseits um z.B. eigenes Handeln zu reflektieren, andererseits im Rahmen der eigenen Psychohygiene, um für sich selbst sorgen.

Nach Weiß (2006) müssen SozialpädagogInnen folgende Grundkompetenzen aufweisen können. Sie sind in Tabelle 17 dargestellt und wurden mit Aspekten nach Lehmann (2007) erweitert:

Tabelle 17: Grundkompetenzen (Weiß 2006, S 162ff und Lehmann 2007)

Sachkompetenz	Grundwissen und Aneignung von spezifischen Sachwissen: - Basiswissen Traumatheorie - Grundwissen Entwicklungsrisiken und -chancen - Basiswissen über Ausmaß, Dynamik, Folgen und TäterInnenstrategien bei sexualisierter Gewalt - Grundkenntnisse der Übertragungs-/Gegenübertragungsphänomene - Methodentraining (Biografiearbeit, Genogrammarbeit,...) - Grundwissen über Beziehung und Bindung - Grundwissen über die Pflege der eigenen Psychohygiene
Selbstreflexion	Eigene Verhaltensmuster erkennen und ihre Beeinträchtigung zu durchschauen - eigene Kindheitsgeschichte, Bindungsmuster, Geschlechterrolle, Sexualität - reflektierte, persönliche Haltung zu den Fragen sexueller Gewalt - Motive des eigenen Handelns und arbeitbegleitende Überprüfung von diesen - Reflexion d. Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle
Selbstfürsorge	- Erhöhte Selbstaufmerksamkeit - Regenerieren durch körperliche Aktivitäten - Urlaub und häufiger Umgebungswechsel - Übungen zur Selbstfürsorge auf emotionaler, körperlicher und kognitiver Ebene

LeiterInnen

Nicht nur MitarbeiterInnen von Einrichtungen der stationären Jugendwohlfahrt sind gefordert, sondern auch deren LeiterInnen:

Sie begegnen den MitarbeiterInnen mit Wertschätzung für Ihre Arbeit, sorgen für Transparenz und Partizipation innerhalb der Einrichtung. Sie sind verantwortlich für die Rahmenbedingungen, sorgen im Rahmen von Weiterbildungen für das notwendige Fachwissen und erhöhen damit die Handlungskompetenz der MitarbeiterInnen. Ein entsprechendes Angebot an Einzel- und Teamsupervisionen unterstützt die MitarbeiterInnen in ihrer eigenen und gemeinsamen Reflexion und wirkt den Mechanismen des „deadly dance“ entgegen (in Anlehnung an Weiß 2006). Dienstpläne müssen so gestaltet sein, dass ausreichend Erholungsmöglichkeiten für MitarbeiterInnen gegeben sind und ein notwendiger Freiraum für Einzelbetreuungen gegeben ist. Regelmäßige MitarbeiterInnengespräche dienen der Orientierung von MitarbeiterInnen und fördern ihre Potentiale. Am Besten lässt sich die Funktion von LeiterInnen mit drei Schlagworten beschreiben: Sie führen, fördern und leiten die MitarbeiterInnen und sorgen für entsprechende (finanzielle) Rahmenbedingungen zur Betreuung von Jugendlichen.

5.5.2 Schlussfolgerungen

Einrichtungen der stationären Jugendwohlfahrt sind gefordert Jugendlichen mit traumatischen Erfahrungen „heilende Strukturen“ zur Verfügung zu stellen. Dies kann nur dadurch erreicht werden, indem durch interdisziplinäre Zusammenarbeit Wissen anderer Disziplinen, wie der Medizin, Psychologie (hier vor allem der Traumaforschung) und der Psychotherapie anerkannt und auf das pädagogische Feld umgelegt wird, um Handlungsmuster in Betreuungsprozessen zu verstehen und

adäquat darauf zu reagieren. Die Aufgabe von SozialpädagogInnen ist hierbei, die ihnen anvertrauten Jugendlichen dahingehend zu begleiten, dass sie ihrer Lebensgeschichte einen Sinn geben können „und im Hier und Heute in Beziehung leben lernen“ (Weiß 2006, S 183). Dabei können SozialpädagogInnen durch entsprechende Methodik eine Korrektur des Verhaltens ermöglichen. SozialpädagogInnen gehören in ihrer schwierigen Arbeit durch LeiterInnen und Teams durch externe Fachkräfte unterstützt und der Kreislauf von Aufnahme in und Entlassung aus stationären Einrichtungen der Jugendwohlfahrt kann verhindert werden.

LITERATURVERZEICHNIS

Bange D.: Sexueller Missbrauch an Jungen, Die Mauer des Schweigens, Hogrefe, Göttingen et al. 2007

Deistler I., Vogler A.: Einführung in die Dissoziative Identitätsstörung. Multiple Persönlichkeit, Therapeutische Begleitung von schwer traumatisierten Menschen, Junfermann, Paderborn 2002

Dervic K.: Suizidales Verhalten bei Kindern und Jugendlichen in Österreich, persönliche Mitschrift zum Beitrag am IX Kinder- und Jugendpsychiatrischen Symposium Pöllau, Pöllau 2008

Dilling H., Mombour W., Schmidt M. (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 3. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern et al. 1999

Driessen M., Beblo T., Reddemann L., Rau H., Lange W., Silvia A., Berea R., Wulff H., Ratzka S.: Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? Zum Stand der Forschung, Aufsatztitel in: Der Nervenarzt, 2002 Heft 9, S. 820-829

Ebel A.: Traumatisierte Kinder erziehungsunfähiger Eltern, Ursachen und Folgen von Traumatisierung im Kindesalter und der Umgang damit in der Pflegefamilie, <http://www.agsp.net/html/a43.html> (Stand 2004, Abruf 24.04.2008)

Ettrich C., Ettrich K.: Verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche, Springer, Heidelberg 2006

Gerstendörfer M.: Der verlorene Kampf um die Wörter, Opferfeindliche Sprache bei sexualisierter Gewalt, Ein Plädoyer für eine angemessenere Sprachführung, Junfermann, 2007

Hinteregger R., Posch C., Zoller-Mathies S. (Hrsg.): 3.0 Perspektiven Daten, Einrichtungen, Projekte. SOS-Kinderdorf/Fachbereich Pädagogik/Sozialpädagogisches Institut, Innsbruck 2005

Huber M.: Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung Teil 1, 2. Auflage, Junfermann, Paderborn 2005

Huber M.: Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung, Teil 2, 2. Auflage, Junfermann, Paderborn 2004

Huber M.: Multiple Persönlichkeiten. Überlebende extremer Gewalt, Ein Handbuch, 4. Auflage, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main 1995

Kalter B: „Besonders schwierig“, „psychisch krank“ oder „seelische behindert“ – Um welche Kinder und Jugendlichen geht es?, in: Fegert J., Schrapper C.: Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie, Interdisziplinäre Kooperation, Weinheim und München, 2004

Krüger A., Reddemann L.: Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie für Kinder und Jugendliche, PITT-KID – Das Manual, Klett-Cotta, Stuttgart 2007

Krüger A.: Erste Hilfe für traumatisierte Kinder, Mit einem Vorwort von Luise Reddemann, Patmos, Düsseldorf 2007

Kühn M.: Bausteine einer „Pädagogik des Sicheren Ortes“ – Aspekte eines pädagogischen Umgangs mit (traumatisierten) Kindern in der Jugendhilfe aus der Praxis des SOS-Kinderdorfes Worpsswede, Skriptum zum Vortrag, http://www.hs-merseburg.de/~benecken/publikationen/martin_kuehn.pdf (Stand 2006, Abruf 04.05.2008)

Kühn M., Vogt V.: Definition „Traumapädagogik“, http://www.traumapaedagogik.de/index2.php?option=com_content&task=view&id=28&Itemid=26 (Stand 2007, Abruf 04.05.2008)

Landolt M., Hensel T.: Grundlagen der Traumatherapie, in: Landolt M., Hensel T.: Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen, Hogrefe, Göttingen et al., 2008

Lehmann S.: Angewandte Psychotraumatologie in Beratung und Pädagogik. Skriptum zum Theorieseminar „Grundlagen der Psychotraumatologie. Fachinstitut für Angewandte Psychotraumatologie, Münster 2007

Lehmann S.: Angewandte Psychotraumatologie in Beratung und Pädagogik, Skriptum zum Praxisseminar I: Stabilisierung Teil 1, Fachinstitut für Angewandte Psychotraumatologie, Münster 2007

Lehmann S.: Angewandte Psychotraumatologie in Beratung und Pädagogik, Skriptum zum Praxisseminar II: Stabilisierung Teil 2, Fachinstitut für Angewandte Psychotraumatologie, Münster 2007

Mummendey H.: Psychologie der Selbstschädigung, Hogrefe, Göttingen et al. 2000

Petermann F., Winkel S.: Klinische Kinderpsychologie, Band 9: Selbstverletzendes Verhalten, Hogrefe, Göttingen, et.al. 2005

Purtscher K.: Entwicklung und Trauma, Die („Berater“-)Zukunft der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in: Thun-Hohenstein L.(Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Österreich vom „Gestern“ zum „Morgen“. Eine Standortbestimmung, Krammer, Wien 2007

Reddemann L., Dehner-Rau, C.: Trauma: Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen, Ein Übungsbuch für die Seele, Trias, Bielefeld 2007

Resch et al.: Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters, Ein Lehrbuch, 2. überarbeitete Auflage, Beltz, Weinheim 1999

Schalleck M.: Rotkäppchens Schweigen, Die Tricks der Kindesmissbraucher und ihrer Helfer, Autorenverlag Artep, Freiburg i. Br. 2006

Schleiffer R.: Der heimliche Wunsch nach Nähe, Bindungstheorie und Heimerziehung, 3. Auflage, Juventa, Weinheim et al. 2007

Schmidt R., Lang F. (Hrsg.): Physiologie des Menschen mit Pathophysiologie, 30., neu bearbeitete und aktualisierte Auflage, Springer, Heidelberg 2007

Schuch B.: Prügelnde Mädchen, träumende Knaben. Geschlechtsspezifische Aspekte psychischer Störungen in der Adoleszenz, persönliche Mitschrift zum Beitrag am IX Kinder- und Jugendpsychiatrischen Symposium Pöllau, Pöllau 2008

Sonneck G.: Krisenintervention und Suizidverhütung, Facultas, Wien 2000

Spitzer M.: Lernen, Gehirnforschung und die Schule des Lebens, Spektrum akademischer Verlag, Heidelberg u. Berlin, 2002

Steinhausen H.: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 4., neu bearbeitete Auflage, Urban&Fischer, München 2000

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

Van der Kolk B.: Developmental Trauma Disorder. A new, rational diagnosis for children with complex trauma histories, in: Psychiatric Annals – A journal of continuing psychiatric Education, vol May 2005, pp 401-408

Van der Kolk B.: Die Vielschichtigkeit der Anpassungsprozesse nach erfolgter Traumatisierung: Selbstregulation Reizdiskriminierung und Entwicklung der Persönlichkeit, in: van der Kolk B., McFarlane A. Weisaeth L. (Hrsg): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze: Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Streß sowie Traumatherapie, Junfermann, Paderborn 2000

Weiß W.: Philipp sucht sein Ich, Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen, in: Peters F, Steinbacher E., Trede W. (Hrsg.): Basistexte Erziehungshilfen, 3. aktualisierte Auflage, Juventa, Weinheim et al., 2006

Willenbrock H.: Warum sie so seltsam sind, in GEO 09/2005, S 134-157

Bildernachweis:

Abbildung 2: Amygdala-System: <http://www.ph-ludwigsburg.de/html/2b-frnz-s-01/overmann/baf5/gmandelk.jpg> (Abruf 05.05.2008)

Abbildung 3: Stressmodell des Instituts für somatische Traumaarbeit: <http://www.traumaarbeit.ch/stressmodell.htm> (Abruf 05.05.2008)