



[www.inter-uni.net](http://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](mailto: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

<b>Erfahrungshintergrund</b> Gesamtzahl der Jugendlichen: 11 Mehrfachnennungen möglich	<b>Bekannt bei Aufnahme</b>	<b>während Betreuung bekannt geworden</b>
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

<b>Diagnosen</b> Gesamtzahl der Jugendlichen: 11 Jugendliche mit psychiatrischen Diagnosen: 5 Mehrfachnennungen möglich	<b>bei Aufnahme bekannt</b>	<b>während Betreuung durch ÄrztInnen gestellt</b>
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 zunahmen. 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

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

	<b>1. Monat</b>	<b>2. Monat</b>	<b>3. Monat</b>	<b>4. Monat</b>	<b>5. Monat</b>
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

	<b>&lt;1 Woche</b>	<b>1 Woche</b>	<b>2 Wochen</b>	<b>3 Wochen</b>	<b>kein Auftreten b. Abwesenheit</b>
Gesamtzahl der Jugendlichen: 11					
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.