

„Von der Notwendigkeit eines sicheren Ortes ...“

Pädagogische Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen

Ein Vortrag von Regina Sänger, Diplom-Psychologin

Psychologische Praxis für Beratung und Traumapädagogik, Bremen

Kinder und Jugendliche, die unter Traumatisierungen leiden, sind in ihrem Grundvertrauen in sich und in die Welt erschutert. Ob sie einen Unfall erlebt, ein Elternteil verloren haben, ob sie misshandelt, sexuell missbraucht oder in der Schule gemobbt werden, sie können das Erlebnis nicht einfach wegstecken. Was bleibt, ist die seelische Wunde - die Erfahrung, einem schwerwiegenden Ereignis hilflos ausgeliefert gewesen zu sein. Aber sie können ihre Selbstheilungskräfte aktivieren und sich erholen. Menschen, denen sie vertrauen und die um ihre Situation wissen, können ihnen dabei helfen.

Studien (z.B. Essau et al. 1999) haben herausgefunden, dass von Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren 23% über traumatische Erfahrungen berichten. Bei den Traumatisierungen handelte es sich zur Hälfte um Gewalterfahrungen, schwere Unfälle (26%), Zeugenschaft von Gewalttaten (24%), sexualisierte Gewalt im Kindesalter (6%) sowie Vergewaltigungen (3%). 1,6 % dieser Jugendlichen litten unter eindeutig diagnostizierbaren Folgesymptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD).

Eine aktuelle deutsche Studie hat sich mit der Häufigkeit von Traumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen, die im Rahmen der stationären Kinder- und Jugendhilfe betreut werden, auseinandergesetzt (M. Schmid, D. Wiesinger, C. Jaritz 2008). Demnach berichteten 75% der befragten Kinder und Jugendlichen über traumatische Ereignisse. Diese Zahlen decken sich mit denen britischer und amerikanischer Studien, die jeweils zwischen 60 (Meltzer et al. 2003) und 80% (Burns et al. 2004) liegen. Mit eingerechnet sind hierbei natürlich noch nicht die Traumatisierungen, die vorgeburtlich oder in der Suglingsphase stattgefunden haben und an die keine konkreten Erinnerungen mehr bestehen bzw. die nicht amtlich bekannt sind.

Wie entsteht ein Trauma?

Der Begriff Trauma kommt aus dem Griechischen und bedeutet soviel wie Wunde, Verletzung. Er wird auch in der Medizin verwendet, hauptsächlich im hirnorganischen Bereich: Hirntrauma, Schleudertrauma. Ein Psychotrauma ist eine seelische Wunde, die durch ein oder mehrere lebensbedrohliche Ereignisse entstanden ist. Dabei wurden extreme Gefühle von Angst, Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein ausgelöst und die Bewältigungsmechanismen eines Menschen schlicht überfordert. Ein solches Erlebnis oder auch schon die Beobachtung erschutert das Selbst- und Weltverständnis und kann lang anhaltende Belastungsreaktionen hervorrufen.

Konkret wird ein Erlebnis zu einem traumatischen Ereignis, wenn es folgende Eigenschaften aufweist:

- Lebensgefahr – direktes persönliches Erleben einer Situation, die mit dem Tod, seiner Androhung, einer schweren Verletzung oder einer anderen Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder einem Nahestehenden zu tun hat
- Plötzlicher unerwarteter Tod einer nahestehenden Person durch ein Unglück, Gewalt oder eine akut aufgetretene Krankheit
- Zeuge sein – auch das Beobachten derartiger Ereignisse kann ein Trauma erzeugen
- Flucht oder Verteidigung sind nicht möglich oder führen nicht zu einem Nachlassen der Bedrohung, die Verarbeitungsmechanismen sind überfordert
- Die traumatische Situation geht mit intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen einher. Das Vertrauen in das Gute der Welt wird erschutert, die Welt wird als bedrohlich, gewaltvoll und unsicher betrachtet
- Das persönliche Selbstverständnis wird erschutert, die Vorstellung der eigenen Unversehrtheit oder Unsterblichkeit kann nicht mehr aufrechterhalten werden

Die moderne Psychotraumatologie unterscheidet mittlerweile zwischen verschiedenen Typen von Trauma:

Typ I Traumata (Singletrauma) – Auswirkungen eines einmalig auftretenden Ereignisses, z.B. ein Unfall, ein Überfall, ein Brand oder der Tod einer wichtigen Bezugsperson oder Beobachtung eines schrecklichen Ereignisses

Typ II Traumata (Polytrauma) – Auswirkungen wiederholt oder andauernd auftretender Ereignisse / Erlebnisse, z.B. bei wiederholter Gewaltanwendung in der Familie, bei sexuellen Übergriffen, Vernachlässigung, Krieg, Folter, Flucht aus der Heimat oder andauernder Verfolgung

Polytrauma ▶ sequentiell

▶ kumulativ

Manchmal kann es zu einer Traumatisierung kommen, wenn sich die Wirkung von mehreren belastenden Erlebnissen, die einzeln keine traumatisierende Wirkung hätten, über längere Zeiträume summiert!

Traumareaktion

Ausgangspunkt sind tatsächliche, extrem stressreiche äußere Ereignisse. Damit ein Ereignis aber zum Trauma für einen Menschen werden kann, muss eine Dynamik in Gang kommen, die sein Gehirn „in die Klemme bringt“ und es nötigt, auf ganz besondere Weise mit diesem Ereignis umzugehen:

= äußeres stressreiches Ereignis

Überflutung mit aversiven Reizen (= feindliche, unbewältigbar scheinende Reize)

Nicht dagegen ankämpfen können – no fight

Nicht davor fliehen können – no flight

Konsequenz: Freeze and Fragment

Ein Ereignis, das vom Gehirn als eine äußerste Bedrohung erkannt wird: Das Informationsverarbeitungssystem Gehirn – in der Wahrnehmung der Person das eigene Selbst – wird so überflutet, dass die Person den Eindruck bekommt, als „ginge jetzt nichts mehr“, als sei „jetzt alles aus“.

Reaktionsmuster: No Fight – No Flight (nach Michaela Huber 2005):

Die Fight-oder-Flight-Reaktion (Kämpfen oder Flüchten) bei als gefährlich erkannten Situationen ist ein instinktiver, automatischer Reflex aus der Frühgeschichte des Menschen und hat keine Verbindung zu den Großhirnregionen, mit denen der Mensch vernünftig denken kann. So kann z.B. bei einer Massenpanik die Flight-Reaktion nicht die Rettung sein, sondern eine „unvernünftige“ zusätzliche extreme Gefährdung. In einer solchen Situation besteht Rettung eher darin, zu warten, bis auch der Teil des vorderen Großhirns sich einschaltet, der z.B. die Planung eines „geordneten Rückzugs“ möglich macht. Wenn es einer Person allerdings gelingt, in einer gefährlichen Situation zu kämpfen, sich erfolgreich zu wehren oder zu flüchten wird dieses Ereignis möglicherweise als stark belastend empfinden, aber wahrscheinlich nicht als Trauma speichern. Kann jedoch weder der Flucht- noch der Kampflex erfolgreich in die Tat umgesetzt werden, setzt eine innere Erstarrung ein:

Reaktionsmuster: Freeze und Fragment:

Mit dem Beginn der Freeze-Reaktion ist klar: Jetzt findet für den Menschen das Ereignis als Trauma statt.

Freeze – wörtlich übersetzt mit Einfrieren – meint auch eine Lähmungsreaktion und eine Entfremdung vom aktuellen Geschehen. So werden die äußeren Fight- und Flightimpulse innerlich angewandt: der aggressive Reiz wird bekämpft und dem Organismus erlaubt, sich innerlich davon zu distanzieren. Endorphine (schmerzbetäubende körpereigene Opiate) betäuben Schmerz und Panik und neutralisieren auch akute Todesangst.

Noradrenalin blockiert die Integration der Wahrnehmung und erzeugt den sog. Tunnelblick. „Normale“ Reaktionen wie Schreien, um Hilfe rufen oder weinend Zusammenbrechen, finden oft erst dann statt, wenn der Mensch wieder in Sicherheit ist und das gesamte Gehirn wieder aus dem Alarmzustand heruntergeschaltet ist. Aber dies geht solange nicht, wie die Person innerlich erstarrt ist.

Fragment – dann setzt ein Fragmentieren / Zersplittern der Erfahrung ein: Die einzelnen Splitter werden so „weggedrückt“, dass das Ereignis nicht mehr zusammenhängend wahrgenommen und erinnert werden kann.

All dies dient dazu, überwältigende Erfahrungen überstehen zu können. Diese Schutzreaktionen werden auch als Abwehrmechanismen bezeichnet (Dissoziation, Verdrängung etc.). Diese abgespaltenen Funktionen sind wertvolle Fähigkeiten, die der Lebensbewältigung dienen. Problematisch werden diese Mechanismen erst, wenn sie weiter in Kraft bleiben, lange nachdem die eigentliche Gefahr vorüber ist. Sie führen zu automatischen Reaktionen, die den aktuellen Situationen nicht angemessen sind, die man aber nicht kontrollieren kann. Dies tritt dann auf, wenn es keine Möglichkeit gibt, die traumatische Erfahrung im Nachhinein zu verarbeiten.

Wirkungen eines traumatischen Erlebnisses auf Kinder

Ein traumatisches Erlebnis erschüttert

- das Vertrauen in die Welt und in das Leben: Das Gefühl, geborgen zu sein, und der Glaube an eine „gerechte“ Welt gehen verloren,
- die Werte, an die man bisher geglaubt hat, z.B. die Vorstellungen von „gut“ und „böse“,
- die Regeln, nach denen das Leben funktioniert hat – nichts hat noch Sinn (warum soll man noch Zähne putzen oder in die Schule gehen?)
- das Vertrauen in andere Menschen, z.B. bei körperlicher Gewalt, sexuellen Übergriffen, Vernachlässigung oder Krieg. Bei Gewalt in der Familie oder nahen Beziehungen kann insgesamt die Bindungs- und Beziehungsfähigkeit des Kindes stark beeinträchtigt werden.

Ein traumatisches Erlebnis unterbricht

- das bisherige Leben, weil es eine plötzliche Begegnung mit Lebensgefahr oder Tod ist, die alle Gefühle und Gedanken durcheinanderbringt und bislang entwickelte Bewältigungsmechanismen überfordert,
- Vergangenheit und Zukunft: die Verbindung zwischen gestern und heute ist unterbrochen, die Zukunft verliert ihre Vorhersagbarkeit (es ist nicht mehr klar, dass man den nächsten Geburtstag wieder feiern wird, dass der Sommer kommt und Weihnachten),
- Es stellt sich ein gedankliches und gefühlsmäßiges Festhalten an das Ereignis ein, dass auch Spuren im Körper hinterlässt, z.B. in der Hormonproduktion, bei der Informationsverarbeitung des Gehirns, dem körperlichen Erregungsniveau,
- Die Schwierigkeit oder gar Unmöglichkeit, über das Geschehene zu sprechen, kann bei Kindern ein tiefes Gefühl der Isolation und des Nicht-verstanden-Werdens auslösen. Dadurch kann sich ihr Verhältnis zu Eltern, Geschwistern, Freunden oder allgemein anderen Menschen ändern.

Erst wenn sich die traumatischen Reaktionen zurückgebildet haben, erscheint die Zukunft weniger beängstigend.

Traumafolgen

Trauma ist eine unterbrochene Handlung (Flight o. Fight), die leer läuft und uns hilflos zurücklässt. Dem Gehirn bleibt nichts übrig als der Auflösung des Selbst zu entkommen durch Freeze, also eine Lähmungsreaktion, Distanzierung vom Geschehen, dissoziative Trance sowie Fragment: die Erfahrung wird zersplittert, nicht zusammenhängend wahrgenommen und erinnert. Ein lange andauerndes und /oder sich wiederholendes Trauma erschüttert bzw. vernichtet die gesunden psychischen Annahmen über das Selbst und die Welt, es zerstört die vitalsten Lebensbedürfnisse des Menschen.

Traumatisierte Menschen leben in einem konstanten Spannungsfeld, in dem sie versuchen einen Kompromiss zwischen der unterbrochenen Handlung und dem so genannten traumakompensatorischen Schema (was wirkt noch vom Trauma, Ursachenzuschreibung, präventive Gedanken, Selbstheilungsgedanken) zu schließen. Als Ergebnis entwickeln sich Symptome und /oder das Trauma wird unter eigener Kontrolle wiederholt.

Nach der ersten Schockphase folgt eine Phase, in der die Betroffenen nicht wahrhaben wollen und können, was passiert ist. Sie erleben das Geschehen, als wären sie in einem Film, als schauten sie sich selbst dabei zu oder als wäre es nicht ihnen passiert. Manche fühlen sich oder vor allem ihren Körper, wie eine Maschine. Manche werden teilnahmslos, ziehen sich zurück, sind nicht ansprechbar. Andere sind aufgewühlt, stehen unter starker Anspannung, müssen sich bewegen, können nicht ruhig bleiben. Wieder andere fangen an zu schreien oder weinen laut. Je nach Temperament verschärfen sich die Verhaltensweisen: ein ängstliches Kind wird noch ängstlicher, ein weinerliches Kind noch weinerlicher etc.

In der Folge entwickeln sich bei fast allen Menschen einige Symptome, die in der Regel vier Wochen nach dem traumatischen Ereignis (wenn es sich um ein einmaliges Typ I-Trauma handelt!) wieder abklingen. Diese Symptome sind normale Reaktionen auf ein außergewöhnliches Ereignis. Sie sind anstrengend zu durchleben, verursachen psychisches Leid und immer wieder Angst, verrückt zu werden.

Symptome und Verhaltensweisen, die auf eine Traumatisierung hinweisen:

Intrusionen

Intrusionen bedeuten das erneute Durchleben/Wiedererleben von Trauma, sich ins Gedächtnis drängende Erinnerungen und Gedanken an ein traumatisches Erlebnis in Form von in Form von Körperempfindungen, fragmentarischen bildhaften Fetzen, das Erlebte drängt an die Oberfläche des Bewusstseins (Flashbacks, Alpträume, Nachhallerinnerungen, Gedanken, Grübeln, Pseudohalluzinationen).

Bei Kindern: Nachspielen der belastenden Szenen ohne Erleichterung, viele Alpträume mit stark ängstigendem Inhalt, handeln wie im Trauma

Konstriktion (Vermeidung, Untererregung)

bedeutet Vermeidung aller Reize, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten sowie Einengung der Vitalität und des Verhaltens. Sie kann sich als emotionale Betäubung, Stumpfheit (Numbing), Lust- und Freudlosigkeit, innere Lähmung, anhaltende Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, soziale Isolation äußern.

Dissoziation

Dissoziation stellt das Gegenteil von Assoziation (Zusammenfügen) dar – bedeutet Trennen und Abspalten. Es wird zwischen alltäglicher (Gegenteil von Assoziation) und pathologischer Dissoziation unterschieden. In der Psychotraumatologie bedeutet Dissoziation einen Zustand, in dem Gedanken und Gefühle getrennt werden bzw. die Integrität des Erlebens und des Handelns verloren geht. In traumatischen Situationen schützt Dissoziation davor, von Angst, Schmerz und eskalierender Erregung überwältigt zu werden und hilft somit Erfahrungen auszuhalten, die jenseits des Erträglichen sind.

Formen von Dissoziation:

- Alltagsdissoziation: Tagträumen, „Autobahnhypnose“,
- Amnesie (Fehlen wichtiger Erinnerungen zur eigenen Geschichte weit über das Maß der normalen Vergesslichkeit hinaus)
- Veränderung der sinnlichen Wahrnehmungen
- Depersonalisation (Veränderung der Selbstwahrnehmung, die Person fühlt sich fremd im eigenen Körper – sie beobachtet sich von außen, reagiert aber völlig angemessen auf ihre Umwelt)
- Derealisation (Gefühl der Unwirklichkeit, die Umwelt wird als fremd oder verändert wahrgenommen)

- Konversionsstörungen und Somatisierung (Verschiebungen von traumatischen Erfahrungen in körperliche Symptome, oft als "psychosomatische Störungen" bezeichnet)
- Dissoziative (multiple) Persönlichkeitsstörung: bei einer Person sind mehr als eine getrennte, völlig unterschiedliche Identität oder Persönlichkeitszustände vorhanden, die im Wechsel ihr Verhalten bestimmen)

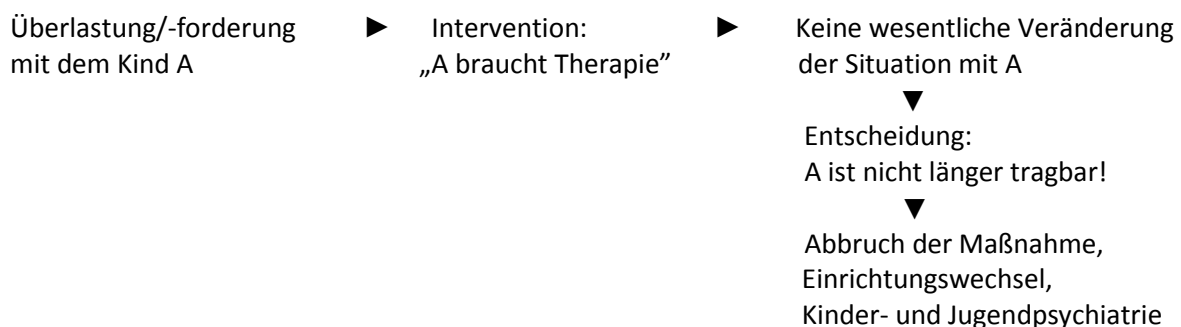
Ziele und Möglichkeiten von Traumapädagogik

Im Rahmen der Auseinandersetzung mit den speziellen Bedürfnissen von traumatisierten Mädchen und Jungen ist vor einigen Jahren Traumapädagogik entstanden. Sie wird auch Pädagogik des Sicheren Ortes genannt.

Traumatische Erlebnisse werden vom menschlichen Hirn nicht als Lernerfahrung bewertet werden. Sie führen ein fragmentiertes Dasein als Bilder, Gefühle, Gedanken und Körperreaktionen im Hirn des Betroffenen Menschen. Diese Teilaspekte des Traumas können durch Trigger (Schlüsselreize) zu affektiven Erinnerungen hoch gepuscht werden. Die/der Betroffene gerät wiederholt in eine ähnliche Lage wie in der traumatischen Situation, die sich nicht steuern lässt. Solche Kinder und Jugendliche sind hoch auffällig und werden oft als "nicht tragbar" eingeschätzt. Als Behandlungsmöglichkeit wird bei ihnen Psychotherapie angesehen, während die Möglichkeiten der Pädagogik meistens unterschätzt werden.

Mädchen und Jungen, die (meistens) kumulierte körperliche Gewalt, häusliche Gewalt, sexuelle Übergriffe sowie Vernachlässigung erlebt haben, werden in ihrer Entwicklung massiv beeinträchtigt. Insbesondere werden zentrale Persönlichkeitsbestandteile beeinflusst: das Selbstkonzept, das Körperschema und die Beziehungsfähigkeit. Oft werden traumabezogene Erwartungen ausgebildet: Kinder und Jugendliche neigen zu einer Weltschematisierung in der Wahrnehmung von Geborgenheit, Risiko, Verlust, Verletzung, Schutz und helfendes Eingreifen ("die Welt ist schlecht", "ich verstehe die Welt nicht", "alle wollen mir was böses", "ich habe keine Zukunft" usw.). Dadurch wird ihr Erfahrungshorizont eingeschränkt, sie bewegen sich hauptsächlich innerhalb der Einrichtung oder unter Menschen, mit denen sie erneut traumatisiert werden.

Wenn es gelingt, die pädagogische Arbeit nach den unten beschriebenen Grundsätzen zu gestalten, können viele s. g. "**Eskalationen der Hilfe**" gemieden werden, die nach folgendem Schema ablaufen:



Diesen Teufelskreis durchbricht die Traumapädagogik mit dem Wissen, dass insbesondere traumatisierte Kinder und Jugendliche durch Reinszenierungen, Übertragungsphänomene und kleinst-schrittige Entwicklungsprozesse bei den PädagogInnen Gefühle von Ohnmacht und Wirkungslosigkeit auslösen. PädagogInnen unterbrechen den Teufelskreis, indem sie verinnerlichen und gestalten :

- Das Wissen über Wirkungsweise und Dynamik von Traumata
- Das Wissen über Traumafolgen und ihre verschiedenen Ausprägungen
- Einen sicheren(Arbeits-)Ort, gestaltet nach traumapädagogischen Prinzipien
- Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit Alpträumen, Flashbacks, Dissoziationen
- Wissen und Handlungsmöglichkeiten bei traumaspezifischen Reinszenierungen und Übertragungen
- Entlastungsmöglichkeiten und Schutz vor Sekundärer Traumatisierung

Traumapädagogische Methoden

Traumatisierte Kinder und Jugendliche brauchen einen sicheren "äußeren" Ort für einen sicheren "inneren" Ort. Das Erleben von Schutz vor erneuter Traumatisierung, Sicherheit und Kontrollierbarkeit stellt eine wesentliche Grundlage dar, innere Stabilität wieder zu gewinnen.

Sicherheit bedeutet: keine weiteren Verunsicherungen, belastende Ereignisse, Wechsel oder Veränderungen. Das Erleben von Sicherheit wird wesentlich durch Verlässlichkeit bestimmt, d.h. Einhalten von Vereinbarungen, Versprechungen und angekündigten Konsequenzen.

Kontrollierbarkeit bedeutet: Traumatische Erlebnisse sind meistens unkontrollierbare, plötzlich eintretende Ereignisse, bei denen Kinder erleben, dass sie kaum oder gar keinen Einfluss haben, die Kontrolle verlieren und sich hilflos ausgeliefert fühlen. Umso wichtiger ist es danach, dass sie wieder eine gewisse Vorhersehbarkeit und das Gefühl der Kontrolle erfahren können (Routine im Tagesablauf z.B. wirkt beruhigend und stabilisierend). Bitte beachten: Traumatisierte mögen keine Überraschungen, weder negative noch positive! Ausflüge und Unternehmungen frühzeitig vorher ankündigen, damit die Betroffenen sich auf die Situation einstellen können. So können traumatisierte Kinder und Jugendliche von Neuem die Erfahrung machen, dass das Leben und die Welt wieder berechenbarer und kontrollierbarer werden.

Grundregeln der Traumapädagogik

Gewaltfreie Zonen schaffen:

- keine körperliche Gewalt gegenüber Anderen
- keine verbale Entwertung, Entwürdigung, Drohung, Erpressung
- keine sexuelle Gewalt, kein Anfassen ohne Erlaubnis
- klare und nachvollziehbare Konsequenzen bei gewaltvollen Vorkommnissen

Gestaltung des äußeren Ortes:

- Ordnung und Sauberkeit
- Intaktheit von Mobiliar und Material
- keine Zerstörungsatmosphäre, aber auch nicht "zu schön" gestalten

Strukturen und Einrichtungsrahmen:

- Klare und verlässliche Zuständigkeiten der MitarbeiterInnen
- Geringe Fluktuation der MitarbeiterInnen
- Verlässliche und regelmäßige Tagesstruktur, z.B. feste Essenszeiten
- Regelmäßige Freizeitangebote
- Rituale im Tages-, Wochen-, Jahresverlauf
- Plakative und kontrollierbare Regeln
- Deutliche und klare Konsequenzen
- Transparenz und Partizipation bei wichtigen Entscheidungen und Veränderungen

Psychohygiene der traumatisierten Kinder und Jugendlichen:

- Blockieren/Unterbrechen von gegenwärtigen destruktiven Geschehnissen
- Beobachten, Begleiten, ggf. Unterbrechen des posttraumatischen Spiels
- Selbstfürsorge lernen, sich um die eigene Befindlichkeit zu kümmern: z.B. Wissen was gut tut, was nicht gut tut. Gibt es einen Menschen in der Umgebung, der nicht gut tut? Wodurch?
- Aktive, bewusste Gestaltung der (Frei-) Zeit
- Ausreichend aber nicht zu viel Schlaf
- Gute Ernährung, Genussstoffe aus Genuss nicht aus Frust
- Körperliche Aktivitäten
- Positive sensorische Reize: Duft, Temperatur, Luft, Akustik, Bewegung, Kognitives, Erlebnisse

Anamnese und Falldokumentation

Falldokumentation in der Traumapädagogik kommt eine besonders wichtige Rolle zu: sie dient nicht nur als Grundlage der Rechenschaft über die eigene Arbeit und Professionalität sondern hat einen direkten Bezug zu der alltäglichen pädagogischen Arbeit. Bei traumatisierten KlientInnen ist es notwendig, möglichst umfangreiche Informationen zu sammeln und jederzeit abrufbar zu speichern. Dazu gehören:

- bereits vorhandene Informationen in Form von Hilfeplänen, Diagnosen, Berichten etc.
- mündliche Übergaben mit den HelferInnen aus der Vergangenheit
- Anamnese und Exploration
- Verlauf der aktuellen Maßnahme / Aufenthaltes
- Dokumentieren von besonderen Vorkommnissen in der aktuellen Einrichtung/ Hilfemaßnahme und deren Aufarbeitung

Ziele der traumapädagogischen Dokumentation:

- Verständnis für aktuelle Verhaltensauffälligkeiten, Symptome und psychische Störungen auf der Wissensgrundlage über die traumatisierenden Ereignisse und ihre Folgen
- Vermeidung von Destabilisierung der KlientInnen durch wiederholtes Erzählen über die erlebten Traumata
- Schutz vor Retraumatisierung durch erneutes Inszenieren von traumaorganisierten Beziehungen zu BetreuerInnen und MitbewohnerInnen
- Unterstützung bei der Identifizierung und Minimierung von Triggern und selbstschädigendem Verhalten
- Schutz vor Überforderung für KlientInnen **und** PädagogInnen

Identifizieren und Minimieren von Triggern

Trigger - ein Auslösereiz für Intrusionen (Flashbacks) bei Traumafolgestörungen. Traumatisierte Menschen werden plötzlich "überfallen" von Erinnerungen, die durch einzelne Bilder, Gefühle, Berührungen, Gerüche Geräusche, hervorgerufen werden, oft ohne dass der oder die Betroffene dies auf das Trauma zurückzuführen vermag. Da Flashbacks eine retraumatisierende Wirkung haben, ist es wichtig, ihre Auslöser zu identifizieren und zu minimieren:

- Prophylaktisch ist es hilfreich möglichst viel von dem Kind / Jugendlichen und der Vorgeschichte zu wissen. Das bedeutet, dass eine umfangreiche Anamnese sowie Übergaben mit bisherigen HelferInnen notwendig sind. Laufende Beobachtungen sollen in Form von standardisierter Dokumentation festgehalten werden. Hilfreich sind dabei folgende Fragen: "Gibt es im Tages- oder Wochenablauf bestimmte Zeiten oder Situationen, die besonders schwierig für das Kind / Jugendliche sind?" "Gibt es bestimmte Muster oder Regelmäßigkeiten?" Daraus können sich Lösungen ergeben in Form von Veränderungen im Gruppenalltag oder Regeln.
- In akuten Situationen selbst äußerlich ruhig bleiben, nicht ängstlich oder panisch reagieren. Zunächst muss dafür gesorgt werden, dass das Kind / Jugendliche sich oder Andere nicht gefährden kann, d.h. eventuell den Raum wechseln. Das Kind / Jugendliche darf nicht alleine in der Situation gelassen werden. Wenn sie/er explizit fordert, alleine sein zu wollen, kann man den Raum verlassen, vorher sagen, wo man sich aufhalten wird (vor der Tür, im Flur usw.). Sinnvoll ist es verbal zu beruhigen: "Es passiert dir jetzt nichts mehr! Ich passe auf dich auf! Ich bleibe bei dir, bis es dir wieder besser geht!". Auch wenn das Kind / Jugendliche nicht in der Lage ist zu sprechen, wichtig ist, im Kontakt zu bleiben!
Körperkontakt ist nur dann zulässig, wenn frühere Absprachen existieren.
- Aufarbeitung: viele Kinder und Jugendliche wissen hinterher nicht, was mit ihnen passiert ist. Die Betreuungsperson kann helfen, Erklärungen zu finden - das "Ausrasten" hat eine Bedeutung, einen Sinn, der von der traumatisierten Person verstanden werden muss. Mit dem Kind / Jugendliche sollte in einer ruhigen, unbelasteten Situation überlegt werden, was in einer erneuten triggernden Situation hilfreich ist und welche Schritte die BetreuerInnen unternehmen sollen. Als Ergebnis sollen verbindliche und verlässliche Absprachen erarbeitet werden.

Partizipation

Im sozialpädagogischen Arbeitsfeld wird unter dem Begriff der Partizipation schwerpunktmäßig die Einbindung von Kindern und Jugendlichen bei allen das Zusammenleben und die individuelle Perspektivplanung betreffenden Ereignissen und Entscheidungsprozessen verstanden.

Traumatisierung bedeutet Ausgeliefertsein, Ohnmacht und Willkür. Traumatisierte Kinder und Jugendliche haben oft über lange Zeit die Erfahrung gemacht, dass ihre Bedürfnisse, ihre Befindlichkeiten, ihre Wünsche nicht beachtet wurden oder noch benutzt wurden, um sie zu quälen. Sie wurden benutzt wie Objekte und waren hilflos ausgeliefert. Ihre Überlebensstrategien richteten sich gegen ihre eigene Person: Sie haben sich taub, stumm, gefühllos und unsichtbar machen müssen. Sie sind in einer Welt aufgewachsen, die sie nicht einschätzen, nicht beeinflussen und nicht verstehen konnten. Als Folge verfügen sie über geringes Selbstwertgefühl, wenig bis keine Erfahrung, selbst etwas bewirken zu können und es fällt ihnen zudem aufgrund ihrer verfestigten Hilflosigkeit schwer, für sich selbst einzutreten.

Aus diesem Grund gilt Partizipation als wichtiges Korrektiv der Ohnmachtserfahrungen. Partizipation bedeutet "Beteiligung, Teilhabe, Mitwirkung, Mitbestimmung". Um das durch traumatische Erfahrungen verlorengegangene Gefühl von Kontrolle über das eigene Leben wiederzuerlangen, benötigen Kinder und Jugendliche Wahl sowie Kontrollmöglichkeiten bei ihren Handlungen sowie in Begegnungen mit den BetreuerInnen und den Herkunftsfamilien.

Insbesondere für die Kinder- und Jugendhilfe haben die Erkenntnisse der Psychotraumatologie weitreichende Folgen. Viele der betreuten Kinder und Jugendlichen sind durch jahrelange Vernachlässigung, Misshandlung und/oder sexualisierte Gewalt traumatisiert und leiden z.T. unter bereits chronischen Folgen der Traumatisierung. Eine nachhaltige Stabilisierung dieser Kinder und Jugendlichen kann oft Jahre dauern. An eine Rückführung ins Elternhaus ist oft gar nicht zu denken. Dies kollidiert zwangsläufig mit den gewohnten Zeitvorstellungen und Zielen der halbjährlichen Hilfeplanung.

Eine traumazentrierte Pädagogik kann in diesem Dilemma den Blick öffnen für die Möglichkeiten und Notwendigkeiten sinnvoller und kontinuierlicher Hilfe für betroffene Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene.

Literatur

Brisch, Karl-Heinz/Hellbrügge, Theodor (Hrsg.): „Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern“, 2003

Kühn, Martin und Vogt, Volker: Zugriff: www.traumapaedagogik.de

Lackner, Regina: „Wie Pippa wieder lachen lernte. Fachliche Hilfe für traumatisierte Kinder“, 2004

Schmid, Marc: „Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe“, 2007

Seidler, G.H., Freyberger, H.J., Maerker, A. (Hrsg.): Trauma und Gewalt. Forschung und Praxisfelder: Themenheft Traumapädagogik I, Heft 4 November 2008

Weiß, Wilma: „Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen“, 2006