



Gute Gründe für den Einsatz von traumapädagogischen Konzepten in verschiedenen psychosozialen Handlungsfeldern

Marc Schmid, Ute Ziegenhain

Modul 1: Grundlagen

Lerneinheit 3: Traumapädagogik in anderen psychosozialen Handlungsfeldern

traumapaedagogik.elearning-kinderschutz.de



Inhalt

1	Einführung und Definition.....	3
2	Warum entwickelte sich die Traumapädagogik in der stationären Jugendhilfe?.....	5
2.1	Die Mehrzahl von fremdplatzierten Heranwachsenden durchlebten traumatische Ereignisse.....	6
2.2	Spezifischer pädagogischer Bedarf - Welche ganz besonderen Herausforderungen gehen mit der Betreuung schwer traumatisierter Kinder einher?.....	6
2.3	Vermeidung von Abbrüchen, „Heimkarrieren“ und Verschiebebahnhöfen.....	6
2.4	Schutz der Kinder, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Grenzverletzungen.....	7
2.5	Förderung der Mitarbeiterzufriedenheit und Reduktion der Personalfuktuation.....	8
2.6	Konzeptionelle Antworten auf die unspezifische Forderung nach immer mehr Ressourcen.....	10
2.7	Stärkung der effektiven Zusammenarbeit zwischen sozialpädagogischen und kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Institutionen.....	11
3	Welche zentralen Aspekte der Traumapädagogik können leicht auf andere psychosoziale Handlungsfelder übertragen werden?.....	12
3.1	Pflegekinderbereich.....	14
3.2	Lehrkräfte in Schulen für sozioemotionale Entwicklung und Regelschulen sowie sozialpädagogische Fachkräfte in Kindergärten/-tagesstätten.....	15
3.3	Sozialpädagogische Fachkräfte in Frauenhäusern.....	20
3.4	Öffentliche Jugendhilfe.....	22
3.5	Somatische Pflege für Kinder und Erwachsene.....	23
3.6	Altenpflege.....	25
3.7	Einsatzkräfte und ihre Angehörigen.....	26
3.8	Suchtbereich.....	26
3.9	(Kinder- und Jugend-)Psychiatrie/Psychotherapie.....	27
3.10	Behindertenbereich.....	29

3.11	Flüchtlingsarbeit, insbesondere unbegleitete minderjährige Flüchtlinge	29
3.12	Strafvollzug und Forensik	32
3.13	Streetwork und Obdachlosenhilfe	33
3.14	Traumapädagogik und die „frühen Hilfen“	34
3.15	Noch viele mehr	34
4	Zusammenfassung und Diskussion	35
5	Literatur	38

1 Einführung und Definition

Bei der Entwicklung und Anwendung von traumapädagogischen Konzepten wird nicht zwangsläufig davon ausgegangen, dass alle Menschen, die mit diesen Konzepten erreicht werden sollen, auch traumatische Erlebnisse und belastende Beziehungserfahrungen durchlebt haben. Die begründete Annahme ist aber, dass eine Vielzahl der Klientinnen und Klienten im psychosozialen Hilffsystem solche Erfahrungen gemacht haben und jede sozialpädagogische Fachkraft, jede Sozialarbeiterin oder jeder Sozialarbeiter tagtäglich mit traumatisierten Menschen interagiert. In der Regel sind es gerade jene traumatisierte Klientinnen und Klienten, welche besonders belastende Beziehungserfahrungen gemacht haben, mit denen der Aufbau einer guten Arbeitsbeziehung besonders schwer fällt, und die deshalb die psychosozialen Hilffsysteme besonders herausfordern (Schmid 2010, 2012). In der Regel leiden Menschen mit wiederholten und schweren traumatischen Erfahrungen gleichzeitig unter mehreren psychischen Erkrankungen und weisen einen besonders hohen individuellen Hilfebedarf auf. Dennoch können sie die verschiedenen Hilfen und das emotionale Engagement der Helferinnen und Helfer nicht gut für sich nutzen und scheinen weniger von psychosozialen Hilfen und Psychotherapien zu profitieren (Teicher & Samson, 2013; Schmid et al., 2010).

Traumapädagogische Konzepte beschränken sich nicht auf die Vermittlung von Techniken und Haltungen, sondern diese wollen explizit auch die notwendigen Rahmenbedingungen, unter denen psychosoziale Helferinnen und Helfer mit traumatisierten Menschen interagieren, so gestalten, dass sie den Bedürfnissen von komplex traumatisierten Klientinnen und Klienten und den professionellen Helferinnen und Helfern, die mit ihnen interagieren, gerechter werden. Traumatisierte Menschen benötigen aufgrund ihrer belasteten Beziehungserfahrung ein besonderes Maß an Kontrolle, Verbindlichkeit, Sicherheit und Wertschätzung in den Interaktionen mit ihren psychosozialen Helferinnen und Helfern. Die Haltungen und Herangehensweisen im Rahmen von traumapädagogischen Konzepten sind so konzipiert, dass nicht nur schwer traumatisierte Menschen davon profitieren, sondern sich alle Menschen wohler fühlen, wenn man ihnen mit einer solchen Haltung begegnet und mit ihnen derart sensibel interagiert. Für traumatisierte Menschen mit ihren belastenden Beziehungsvorerfahrungen sind diese, auf korrigierende Beziehungserfahrungen abzielenden Interaktionen, aber von entscheidender Bedeutung. Diese Aspekte sind nicht wirklich neu und bahnbrechend, sondern sind schon zu Beginn des letzten Jahrhunderts in die Heimerziehung eingeflossen. Interessanterweise sind aber viele dieser Haltungen und Konzepte in der Realität der heutigen Heimerziehung nicht mehr so präsent und werden nicht mehr mit der nötigen Konsequenz gelebt und in die Praxis umgesetzt (s. Text Lerneinheit 1.2 „Grundlagen und Haltung der Traumapädagogik“).

Die Ideen der beziehungsorientierten Pädagogik, des Containments, d.h. des Aufnehmens und „Verwandeln“ unerträglicher seelischer Inhalte in erträgliche durch die Bezugspersonen (Bion, 2006), und der unbewussten Wiederholung von gemachten Beziehungserfahrungen sind nicht neu und wurden in der Milieuthherapie und der psychoanalytischen Pädagogik (Aichhorn, 2005; Redl, 1971; Bettelheim, 2007) beschrieben. Aichhorn (2005) verwendet den schönen Begriff des Liebesdefizites und dessen Kompensation auf seine Heimzöglinge an und erklärte die positive Übertragung der Heimzöglinge zu ihren Erziehern zum zentralen Wirkprinzip, und dies in einer Zeit, in welcher in der Regelschule noch die Prügelstrafe an der Tagesordnung war. Auch die Bedeutung der Partizipation und der Haltung zu Kindern wurde bereits von den Klassikern der Heimerziehung (Korczak, 2014) und der ganzheitlichen, heilpädagogischen Förderung (Zullinger 1977) umfassend behandelt. Die Haltungen und Ideen sind somit nicht neu, können heute aber durch psychotraumatologische Forschung nochmal besser begründet werden. Die zentrale Innovation von traumapädagogischen Konzepten ist vermutlich, dass bei der Ausgestaltung der Konzepte und der Rahmenbedingungen nicht nur die Bedürfnisse der Klientin/des Klienten beachtet werden, sondern die Frage „Was brauchen die psychosozialen Fachkräfte, um die Beziehungen zu den Klientinnen und Klienten effektiv und förderlich gestalten zu können?“ in den Mittelpunkt gestellt wird (Schmid & Lang, 2013). Traumapädagogische Konzepte zielen also primär auf die Stärkung der Selbstwirksamkeit der Fachkräfte in der Interaktion mit traumatisierten Menschen ab. Diese sind in allen Bereichen, in welchen Fachkräfte sich emotional für hilfsbedürftige Menschen engagieren, hoch relevant. Im englischsprachigen Raum entwickelte sich „trauma sensitive care“ eher im medizinisch-psychiatrischen Bereich. Dies hat sich vielleicht auch notgedrungen durch die Konzentration von traumatisierten Patienten in Militärkrankenhäusern ergeben, wohingegen sich traumapädagogische Konzepte im deutschsprachigen Raum vor allem aus verschiedenen Überlegungen heraus in der stationären Jugendhilfe entwickelten.

2 Warum entwickelte sich die Traumapädagogik in der stationären Jugendhilfe?

Reflektiert man gute Gründe, warum sich traumapädagogische Konzepte in der Heimerziehung entwickelt haben und derart schnell eine solche Beliebtheit und Verbreitung erfahren, lassen sich relativ schnell zentrale Punkte identifizieren, die an dieser Stelle nochmals wiedergegeben und kurz erläutert werden sollen (vgl. Schmid, 2010, 2014):

- ▶ Die Mehrzahl von fremdplatzierten Heranwachsenden durchlebten traumatische Ereignisse.
- ▶ Spezifischer pädagogischer Bedarf der traumatisierten Kinder fordert die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf besondere Art und Weise heraus.
- ▶ Vermeidung der häufigen Abbrüche im Jugendhilfesystem.
- ▶ Schutz der Kinder, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Grenzverletzungen.
- ▶ Förderung der Mitarbeiterzufriedenheit und Reduktion der Personalfluktuation.
- ▶ Traumapädagogische Konzepte als eine Alternative zur unspezifischen Forderung nach immer mehr Ressourcen.
- ▶ Stärkung der effektiven Zusammenarbeit zwischen sozialpädagogischen und kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Institutionen.

In der Heimerziehung zeigt sich das Spannungsfeld zwischen der Tatsache, dass Kinder dort leben, dort aber implizit oder explizit auch „gebessert“ werden sollen, besonders stark. Heime gelten zum Glück nicht mehr als Erziehungsanstalten, trotzdem wird in der Regel selten eine derart kostenintensive Maßnahme verfügt, nur weil das Kind nicht mehr bei seinen Eltern wohnen kann. In der Regel weisen die Heranwachsenden im Alltag viele Probleme mit der sozialen Teilhabe auf. Die Platzierung geschieht aus der Erwartung heraus, dass die Kinder und Jugendlichen im Rahmen einer solchen Platzierung gebessert werden, sich positiv verändern. Es ist aber nicht möglich, diese Kinder ständig zu verändern, da sie dort eben auch leben und Zeiten der Entspannung auch dort möglich sein müssen. Die Traumapädagogik greift diesen Balanceakt, in dem sich die Heimerziehung bewegt, adäquat auf. Fördert und fordert das stationäre Setting die Betreuten zu wenig, wird das Potential der stationären Platzierung nicht ausgeschöpft, schlägt das Pendel zu sehr in Richtung der Veränderung aus, verliert das stationäre Milieu die Geborgenheit und Kinder und Fachkräfte werden überfordert und die Maßnahme scheitert.

2.1 Die Mehrzahl von fremdplatzierten Heranwachsenden durchlebten traumatische Ereignisse

In der Jugendhilfe ist es eher die Regel, als die Ausnahme, dass die dort lebenden Kinder und Jugendlichen traumatische Erfahrungen gemacht haben. Über 75% der Kinder und Jugendlichen haben potentiell traumatisierende Ereignisse durchlebt (Jaritz, Wiesinger & Schmid, 2008; Schmid et al., 2013). Es zeigt sich auch eine hohe Prävalenz von Traumafolgestörungen und komorbiden psychischen Störungen sowie von Verläufen in der Jugendhilfe, die mit dem Konzept der Traumaentwicklungsstörung gut zu erklären sind (Schmid, 2007; Schmid et al., 2010, 2013).

2.2 Spezifischer pädagogischer Bedarf - Welche ganz besonderen Herausforderungen gehen mit der Betreuung schwer traumatisierter Kinder einher?

Die Tatsache, dass viele Kinder traumatisiert sind, rechtfertigt an sich noch keinen anderen pädagogischen Zugang. Dieser resultiert aber aus den ganz spezifischen pädagogischen Bedarfen, die diese Kinder aufweisen. Komplexe Traumafolgestörungen können als (Selbst-)Regulationsstörung verstanden werden, und es ist davon auszugehen, dass gewisse interaktionelle und innerpsychische Fertigkeiten von diesen Kindern in ihren Herkunftssystemen nicht erlernt wurden. Dies führt auf ihrem Lebensweg immer wieder zu Problemen und lässt sie an zentralen Entwicklungsaufgaben scheitern. Es scheint unabdingbar zu sein, den ganz spezifischen pädagogischen Bedarfen von traumatisierten Kindern und Jugendlichen gerechter zu werden (vgl. Lerneinheit 1.1 „Trauma in Kindheit und Jugend“).

2.3 Vermeidung von Abbrüchen, „Heimkarrieren“ und Verschiebepbahnhöfen

Leider überfordern die Vielfalt der Symptome und die Summe der Lebensbereiche, in denen die Klientinnen und Klienten Unterstützung benötigen, die klassischen Betreuungssysteme häufig und es kommt dadurch zu Abbrüchen.

Über die Hälfte der Jugendlichen in Heimplatzierung hat mindestens eine vorherige Fremdplatzierung durchlaufen (Jaritz et al., 2008; Polnay, Glaser & Dewhurst, 1997; Schmid et al., 2013). Einige besonders belastete Heranwachsende überfordern innerhalb kürzester Zeit mehrere Jugendhilfemaßnahmen und finden sich auf einem Ver-

schiebebahnhof zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe wieder (Gintzel & Schone, 1990). Komplex traumatisierte Kinder haben ein höheres Risiko, mehrere Platzierungen zu durchlaufen. Je mehr Wechsel zu verzeichnen sind, desto auffälliger ist das Bindungsverhalten (Pérez, Di Gallo, Schmeck & Schmid, 2011; Gahleitner & Schleiffer, 2010). Je mehr Traumatisierung, desto wahrscheinlicher sind auch viele Abbrüche (Pérez et al., 2011). Die gesellschaftlichen Folgen dieser Akkumulation von Abbrüchen sind immens. Die Zahl der Abbrüche in der Lebensgeschichte von fremdplatzierten Kindern erhöht das Risiko für mehr und schwerere Straftaten (Ryan & Testa, 2005), einer chronischen Teilhabebeeinträchtigung (Aarons, James, Monn, Raghavan, Wells & Leslie, 2010) und geht mit höheren medizinischen Folgekosten einher (Rubin, Alessandrini, Feudtner, Mandell, Localio & Hadley, 2004)

Zudem darf nicht vernachlässigt werden, wie sich Abbrüche auch auf die pädagogischen Fachkräfte, die ihrerseits ebenfalls eine emotionale Beziehung zu den Kindern aufbauen, auswirkt. Bei vielen Abbrüchen von Kindern in ihrer Institution ist zu befürchten, dass sie ihr emotionales Engagement zurückfahren. Besonders belastend für Jugendliche sind sicher Abbrüche, bei denen den Jugendlichen Ultimaten gestellt werden für Verhaltensprobleme, die sie realistischer Weise gar nicht kontrollieren können, sondern die eher aus Problemen der mangelnden Selbststeuerung resultieren (Schmid & Lang, 2013). Im Falle, dass ein Abbruch oder eine Umplatzierung in eine sozialpädagogische Einrichtung mit einer besseren oder vermeintlich besseren Passung zu den pädagogischen Bedarfen des Kindes nicht zu vermeiden ist, sollten die Einrichtung und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Verantwortung für den Wechsel mittragen. Sie sollten dem Jugendlichen und der aufnehmenden Einrichtung erklären, welche Schwierigkeiten sich in der pädagogischen Interaktion mit dem Jugendlichen ergaben, um die Chancen des Jugendlichen und der nachfolgenden Einrichtung zu erhöhen, nicht wieder in dieselben maladaptiven Interaktionsmuster zu verfallen.

2.4 Schutz der Kinder, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Grenzverletzungen

Eine nicht zu vernachlässigende Anzahl Kinder und Jugendlicher werden innerhalb des Jugendhilfesystems nochmals Opfer von emotionaler, körperlicher oder sexueller Gewalt (Leeners, Bässler & Schmid, 2013). Die Zahl der sozialpädagogischen Fachkräfte, die ihrerseits von Grenzverletzungen im Dienst berichtet, ist erschreckend hoch (Steinlin, Fischer, Dölitzsch, Fegert & Schmid, 2015). Bedrohungen und verbale Beleidigungen gehören leider fast zum Alltag der Fachkräfte dazu.

Die Wahrscheinlichkeit von Grenzverletzungen unter den Jugendlichen wird schon durch die Rahmenbedingungen, die den „sicheren Ort“ ausmachen, deutlich reduziert. Allein die Forderung nach Unterbringung in Einzelzimmern (Lang et al., 2011, 2013) macht es unwahrscheinlicher, dass sich Kinder untereinander quälen und sexuell missbrauchen, ohne dass das pädagogische Team Warnzeichen entdecken kann. Auch die Enttabuisierung von traumatischen Erlebnissen, Sensibilisierung der Jugendlichen für ihre Grenzen und der wertschätzende Umgang schützen und erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass Ereignisse aufgedeckt werden. Die unbewusste Reinszenierung von traumatischen Erlebnissen und Misshandlungserfahrungen führen oft zu extremen Verunsicherungen und konfrontieren die Fachkräfte häufig mit heftigen Gefühlen und unangenehmen Handlungsimpulsen. Eine höhere Traumasensibilität kann dazu beitragen, solche Beziehungsfallen zu antizipieren und das Risiko für erneute traumatische Erfahrungen und Grenzverletzungen im Jugendhilfesystem bei den Jugendlichen deutlich zu senken.

Eine Orientierung an einer Pädagogik des sicheren Ortes lässt natürlich auch in der Personalauswahl noch einmal ganz andere Maßstäbe anlegen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen schon in Vorstellungsgesprächen erklären, wie sie ihre Grenzen und die Grenzen ihrer Klientinnen und Klienten achten.

Unabhängig davon gibt die Orientierung am Konzept des „sicheren Ortes“ auch klare Vorgaben, dass dieser „sichere Ort“ nach Grenzverletzungen für alle Beteiligten wiederhergestellt werden muss (Schmid & Fegert, 2015). Dabei sollte man sich einerseits auf die traumapädagogische Grundhaltung besinnen und andererseits relativ klare Abläufe in den Einrichtungen implementieren, die allen Beteiligten mehr Handlungssicherheit vermitteln (Schmid & Fegert, 2015; Leeners et al., 2013).

2.5 Förderung der Mitarbeiterzufriedenheit und Reduktion der Personalfuktuation.

Der Fachkräftemangel hat die Jugendhilfe bereits voll erfasst. Mit dem steigenden Bedarf an sozialpädagogischen Fachkräften durch den Ausbau der Tagesbetreuung etc. ist auch nicht abzusehen, dass sich daran in absehbarer Zeit etwas ändern wird, sondern dass sich die Situation eher noch verschärft. Die stationäre Jugendhilfe hat zudem das Problem, dass sie sich in gewisser Hinsicht als Durchgangsberuf etabliert hat (Schoch, 1989), viele Berufseinsteiger in diesem Feld ihre Erfahrung sammeln, dann aber in ambulante sozialpädagogische Angebote wechseln. Fast problematischer als echte Kündigungen sind innere Kündigungen, in welchen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter so abstumpfen, dass sie sich emotional nicht mehr von Kindern berühren lassen, sich persönlich weniger einbringen und immer weniger Freude an

ihrer Arbeit und der Begegnung mit den Kindern und Jugendlichen haben. In extremen Fällen kann die Distanzierung auch zu einer distanzierten, strafenden Pädagogik führen.

Diese Wechsel sind sicher nicht ausschließlich auf die direkte Arbeitsbelastung durch die Konfrontation mit sehr traumatisierten Heranwachsenden, ihren Verhaltensweisen und Gegenübertragungsgefühlen zurückzuführen, dennoch ist nicht zu leugnen, welcher immensen Belastung die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausgesetzt sind.

Symptome von Burnout und sekundärer Traumatisierung sind bei helfenden Berufen weit verbreitet. Zum Beispiel zeigte sich in der epidemiologischen Studie bei Schweizer Fachkräften aus der Heimerziehung eine sehr hohe Symptombelastung (Steinlin et al., 2015; vgl. auch Lerneinheit 3.1 „Selbstfürsorge und Sekundärtrauma“).

Die stationäre Arbeit ist von so immenser gesellschaftlicher Bedeutung, dass diese auch die verdiente Anerkennung erfahren sollte. Ein Problem der stationären Hilfen ist, dass die Fachlichkeit und die vielen kleine Dinge, die die Heimerziehung ausmachen, oft nur sehr schwer nach außen zu tragen sind. Es gibt bisher wenige Konzepte, die das komplizierte milieutherapeutische Zusammenleben in Kombination mit einer gezielten Förderung gut beschreiben. In Vorstellungsrunden sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus stationären Wohngruppen oft viel schneller fertig, als die ambulant arbeitenden Kollegen, die ihre Arbeit oft blumig mit Konzepten wie „lösungsorientiert“ und „multi-systemisch“ beschreiben. Den Fachkräften auf Wohngruppen fällt es oft schwer, ihre Arbeit der Alltagsgestaltung mit Jugendlichen selbstbewusst in Fachsprache zu verpacken, da die Qualität ihrer Arbeit nicht in dem *was sie tun*, sondern im *wie sie es bei welchen Ausgangsbedingungen tun* liegt. Dabei ist es wichtig zu verstehen, dass vieles, was nach Alltagsgestaltung aussieht, eine ganz große Bedeutung für die weitere Entwicklung der Kinder hat, wenn man es mit der richtigen Haltung und Absicht macht. Es ist auch wichtig, dies richtig zu „verkaufen“. Es macht einen großen Unterschied für die Wahrnehmung als Profession, ob ich XY ins Bett bringe, eine Geschichte vorlese und mit ihr/ihm spreche, wie ihr/sein Tag war, oder ob ich ein wichtiges Abendritual gestalte und mit dem Kind gemeinsam den Tag ressourcenorientiert reflektiere, um die Resilienzfaktoren des Kindes zu steigern. Es wird aber auch so sein, dass eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter, die/der diese Aufgabe mit der Bewusstheit, ein ressourcenorientiertes Abendritual zu gestalten, mit einer größeren Sorgfalt und einer anderen, oder überhaupt einer, konkreten Absicht durchführt, dadurch mutmaßlich mit seiner Intervention auch eine andere Präsenz hat und folglich eine größere Wirkung erzielt. Hier kann die Traumapädagogik wichtige Hinweise dafür liefern und mit ihren Erkenntnissen dafür sensibilisieren, wie wichtig Kleinigkeiten im pädagogischen Alltag sein können und wie diese ausgestaltet sein müssen, um die Entwicklung von traumatisierten Kindern mit Alltagsinterventionen konkret zu fördern. Zusammengefasst muss sich die Mitarbeiterzufriedenheit verbessern, um gute

Fachkräfte in der stationären Jugendhilfe zu halten und den Nachwuchs für diese Arbeit begeistern zu können. Die pädagogische Arbeit in der stationären Jugendhilfe muss aufgewertet werden.

2.6 Konzeptionelle Antworten auf die unspezifische Forderung nach immer mehr Ressourcen

Die Rahmenbedingungen, unter denen „traditionelle“ Heimerziehung stattfindet, sind für schwer traumatisierte Kinder nicht immer förderlich. Um komplex traumatisierten Kindern die notwendige Sicherheit zu geben, wäre es wichtig, dass alle Abläufe vorhersehbar und berechenbar sind. Es gibt jedoch viele systemimmanente Dinge, die das Gefühl der Kinder, hier alles ab- und vorhersehen zu können, massiv unterlaufen. Zum Beispiel ist es in manchen Einrichtungen durchaus möglich, dass an Wochenenden völlig oder relativ fremde Jugendliche zusammengelegt werden, dass wegen Krankheitsausfällen hektisch ein Nachtdienst organisiert werden muss und ein/e den Kindern kaum bekannte/r Mitarbeiterin oder Mitarbeiter aus einer anderen Gruppe einspringt. Teilweise werden hoch belastete Kinder plötzlich auf ihrer Wohngruppe für einige Tage in Obhut genommen, und die anderen Kinder und Jugendlichen sollen nun plötzlich von einer Minute auf die andere mit diesen zusammenleben. Diese beispielhaften Ausführungen sollen zeigen, wie schnell sich im pädagogischen Alltag auch durch ökonomische und organisatorische Zwänge leicht Dinge einspielen können, die traumatisierte Kinder zutiefst verunsichern können. Letztlich kann man mit Blick auf die personelle Ausstattung einer Regelwohngruppe etwas provokant oder ernüchternd feststellen, dass sich eine individuelle Förderung der Kinder und Jugendlichen sowie verlässliche Zeiten für die Bezugspersonenarbeit oft nur bei Vollbesetzung und ohne außergewöhnliche Ereignisse realisieren lassen. Bei distanzierter und objektiver Betrachtung ist dieses aber bei einer normalen Teamgröße selbst ohne außergewöhnliche Krankheiten und Personalfuktuation nur bei Berücksichtigung der tariflich zugestandenen Urlaube und durchschnittlichen krankheits- und fortbildungsbedingten Fehlzeiten kaum an 2/3 der Tage eines Jahres möglich. Nun werden fast reflexartig immer mehr personelle Ressourcen für die stationäre Jugendhilfe gefordert. Über traumapädagogische Konzepte kann begründet werden, wie die Ressourcen auch zielführend zur Stabilisierung der Kinder, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingesetzt werden können. Es kann mit relativ schlagkräftigen Argumenten aufgezeigt werden, warum und wann diese Ressourcen genau benötigt werden (gezielte Förderung von Resilienzfaktoren, Versorgung der Teams, Individualisierung).

2.7 Stärkung der effektiven Zusammenarbeit zwischen sozialpädagogischen und kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Institutionen

Viele schwer traumatisierte Kinder benötigen neben der sozialpädagogischen Betreuung auch kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Unterstützung, weshalb frühzeitig klare Kooperationsstrukturen zwischen beiden Professionen aufgebaut werden sollten. Erste Studien haben belegt, dass sich durch eine intensive kinder- und jugendpsychiatrische Liaison in der Jugendhilfe stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungstage reduzieren lassen, was die Beziehungskontinuität ebenfalls fördert (Besier, Fegert & Goldbeck, 2009; Schmid, 2013). Das traumapädagogische Fallverständnis generiert eine gemeinsame Sprache für die Symptome der Kinder, erleichtert eine gemeinsame Falldefinition. Dadurch ist es auch relativ leicht möglich, sowohl für die Psychotherapie als auch für die Pädagogik spezifische Ziele aus diesem gemeinsamen Fallverständnis abzuleiten und gezielt in einer engen Zusammenarbeit zu verfolgen (Schmid, Schröder & Jenkel, 2012; Schmid, 2012, 2013).

3 Welche zentralen Aspekte der Traumapädagogik können leicht auf andere psychosoziale Handlungsfelder übertragen werden?

Traumapädagogische Konzepte wurden in der stationären Jugendhilfe entwickelt. Neben den oben genannten Begründungen sind noch andere anzuführen. Traumapädagogische Konzepte sind in fast allen psychosozialen Bezügen von Relevanz. Ein besseres psychotraumatologisches Wissen und Fallverständnis ist immer von Vorteil, wenn professionelle Helferinnen und Helfer mit traumatisierten Menschen und deren herausfordernden Beziehungsangeboten und Symptomatiken konfrontiert werden.

Es liegt sehr nahe, dass traumapädagogische Konzepte zuerst in jene Bereiche übertragen wurden, die inhaltlich eine große Nähe zur stationären Jugendhilfe aufwiesen, ein ähnliches oder gar das identische Klientel betreuen und mit der stationären Jugendhilfe eng kooperieren. Insbesondere in der Schule und Sonderschule, in welcher man Kinder aus traumapädagogischen Wohngruppen betreut, entwickelte sich das Bedürfnis, die Methoden und Haltungen der Traumapädagogik nicht nur in gemeinsamen Fallbesprechungen zu reflektieren, sondern diese auch konsequent in den Schulen umzusetzen. Von Pflegeeltern, die ebenfalls häufig schwer traumatisierte Kinder aufnehmen und nicht selten auch Kinder aus traumapädagogischen Wohngruppen nachbetreuen, wurden traumapädagogische Konzepte sehr wissbegierig aufgenommen. Auch für die milieutherapeutische Begleitung auf kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen ließen sich interessante Erkenntnisse aus traumapädagogischen Überlegungen ziehen (Schmid, Purtscher & Stellermann-Strehlow, 2014).

Relativ einfach auf anderes Klientel übertragen lässt sich die konkrete Anwendung des psychotraumatologischen Fachwissens in Fallreflexionen, welche in sämtlichen psychosozialen Handlungsfeldern eine bedeutsame Rolle spielen. Auch die Fragen des „sicheren Ortes“ für die Interaktion zwischen Helfenden und Klientinnen und Klienten und der strukturellen Verortung von Versorgungsstrukturen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sowie die Förderung von Resilienz und Psychohygiene bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind in allen psychosozialen Handlungsfeldern von großer Relevanz. Durch die Aufwertung der Alltagsarbeit mit den Klientinnen und Klienten stoßen traumapädagogische Konzepte überall dort auf Interesse, wo Klientinnen und Klienten mit spezifischen interaktionellen und pädagogischen Bedarfen in stationären Settings betreut werden. Der Dreiklang des „sicheren Ortes“ (1) Was brauchen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, um den Klientinnen und Klienten gerecht werden zu können? 2) Welche Strukturen sind förderlich? und 3) Welche Interventionen sind für die Klientinnen und Klienten sinnvoll?) bewährt sich für das Verständnis von vielen stationären Settings auch bei anderen Indikationen. Auch für das interdisziplinäre

Zusammenspiel und die gemeinsame Falldefinition zwischen unterschiedlichen Professionen und psychotherapeutischen und pädagogischen Schulen geben traumapädagogische Konzepte wichtige Impulse, da diese einerseits eine gemeinsame Sprache fördern und fordern und andererseits die sozialpädagogische Profession, die somatische und kinder- und jugendpsychiatrische Pflege und die Milieuthérapie in der Kooperation mit ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlerinnen und Behndlern aufwerten.

Nach und nach entwickelte sich deshalb auch in anderen psychosozialen Handlungsfeldern, in denen die Fachkräfte mit hoher Wahrscheinlichkeit mit traumatisierten Menschen konfrontiert werden, ein Interesse daran, das Wissen der Psychotraumatologie für die Anwendung in ihrem beruflichen Alltag besser zu nutzen und ihre Selbstwirksamkeit in den Interaktionen mit ihren traumatisierten Klientinnen und Klienten zu stärken. Es werden dabei neben Fachwissen auch gezielt Haltungsthemen, Techniken zum Fallverstehen, zur traumapädagogischen Förderung, sowie Konzepte der Psychoedukation angewandt. Natürlich ist es kaum möglich, genau zu definieren, welche Aspekte eines Tätigkeitsfeldes traumapädagogisch sind, und welche sich in der Praxis über die Jahre hinweg, teilweise aus anderen Intentionen heraus, entwickelt und bewährt haben. Aspekte von traumapädagogischen Konzepten finden sich in jedem Handlungsfeld und werden dort schon jahrelang erfolgreich umgesetzt. Oft ist es für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Bestätigung, ihre bewährte Praxis aus einer psychotraumatologischen Perspektive heraus zu betrachten und das eigene Vorgehen dadurch nochmals besser theoretisch begründen und belegen zu können.

Eine gewisse Bedeutung haben traumapädagogische Konzepte bereits in diesen psychosozialen Handlungsfeldern erlangt. Im Folgenden werden die Handlungsfelder und deren Spezifika der traumapädagogischen Förderung und Haltung beschrieben. Dabei wird insbesondere auch auf Aspekte eingegangen, in denen sich diese Handlungsfelder deutlich von der Jugendhilfe unterscheiden:

- ▶ Pflegekinderbereich
- ▶ Lehrkräfte in Schulen für sozioemotionale Entwicklung und Regelschulen sowie sozialpädagogische Fachkräfte in Kindergärten/-tagesstätten
- ▶ Sozialpädagogische Fachkräfte in Frauenhäusern
- ▶ Öffentliche Jugendhilfe
- ▶ Somatische Pflege für Kinder und Erwachsene
- ▶ Altenpflege
- ▶ Einsatzkräfte und ihre Angehörigen
- ▶ Suchtbereich

- ▶ (Kinder- und Jugend)Psychiatrie/Psychotherapie
- ▶ Behindertenbereich
- ▶ Flüchtlingsarbeit, insbesondere unbegleitete minderjährige Flüchtlinge
- ▶ Strafvollzug und Forensik
- ▶ Streetwork und Obdachlosenhilfe
- ▶ Traumapädagogik und die „frühen Hilfen“

Noch viele mehr...

3.1 Pflegekinderbereich

Pflegekinder sind in ähnlichem Ausmaß und Häufigkeit traumatisiert (Pérez et al., 2011; Arnold, 2010; Oswald & Goldbeck, 2009) wie Heimkinder, auch wenn diese in der Regel jünger platziert werden (Friedrich & Schmid, 2014).

Besondere Herausforderungen im Pflegekinderbereich (vgl. Schmid et al., 2014) sind, dass die Pflegeeltern die Balance halten müssen, einerseits eine ganz normale Familie zu sein und andererseits ein psychisch hochbelastetes und nicht selten komplex traumatisiertes Kind möglichst professionell zu betreuen. Auch die Fachwelt diskutiert kontrovers, ob und wie dieses Dilemma gelöst werden könnte (Gassmann, 2009; Wolf & Meysen, 2011; Wolf, 2006, 2015). Einerseits soll die Stärke, das Engagement und die Familienbezogenheit möglichst erhalten werden, andererseits muss auf die extrem hohe psychische Belastung der Pflegekinder reagiert werden. Auch müssen Pflegefamilien ausreichend tragfähig sein, um den Kindern und den emotional sehr engagierten Pflegeeltern weitere Beziehungsabbrüche ersparen zu können. Vermutlich ist es neben der spezifischen Förderung von professionellen Pflegefamilien ein wichtiger Weg, Unterstützungssysteme für Pflegeeltern zu entwickeln, in welchen Pflegeeltern fachliche Unterstützung und Supervision erhalten (Keller, 2013; Löble, Goller-Martin, Roth, Konrad, Bernhard, Naumann & Felbel, 1999).

Die Orientierung an bindungstheoretischen Annahmen und viele Konzepte der Traumapädagogik sind in gewisser Weise natürlich eine gute Begründung für das Pflegekinderwesen und alle pädagogischen Konzepte, bei denen das Kind darin unterstützt wird, vertrauensvolle Bindungen zu wenigen vertrauten, verlässlichen und verfügbaren Bezugspersonen aufzubauen. Die Beziehungskontinuität zu einzelnen Personen kann in einem familienähnlichen Betreuungssetting natürlich leichter hergestellt werden als in einer Wohngruppe mit Schichtdienst. Allerdings kann ein Netz aus hoffnungsvollen Bindungen und der größere Abstand für viele Kinder mit sehr schwierigen

Bindungserfahrungen auch ein Schutz vor erneuten Enttäuschungen sein (Hart, 2006; Friedrich & Schmid, 2014). Außerdem lässt der Schichtdienst den Bezugspersonen mehr Raum für die Regeneration und ermöglicht dadurch, dass auch Kinder und Jugendliche, die nicht in Kontakt gehen oder ein sehr destruktives Beziehungsverhalten zeigen, ausgehalten werden können. Gerade für Pflegeeltern sind Kinder, die die vielen liebevollen Beziehungsangebote kaum erwidern, oft sehr belastend (Unterberg, Schröder, Pérez, Di Gallo & Schmid, 2013; Pérez et al., 2011).

Pflegeeltern hilft psychotraumatologisches Wissen meist sehr dabei, das Verhalten ihres Kindes besser zu verstehen. Auch einzelne Interventionen und Rituale sind oft leicht auf Pflegeeltern zu übertragen. Nicht ganz einfach ist es, gezielte Förderbedingungen im Alltag zu übernehmen. Der zentrale Unterschied ist meist, dass Pflegeeltern immer im Dienst sind. Darin steckt gleichzeitig einer der größten Vorteile, aber auch Nachteil der Pflegefamilien. Die ständige Anwesenheit einer besonders wichtigen Bezugsperson trägt natürlich sehr zur Beruhigung und Sicherheit für das Kind bei. Die ständige Konfrontation mit den Übertragungen und dem Gegenübertragungsphänomen ist aber auch ein Risiko für Burnout und Eskalationen. Aus traumapädagogischer Perspektive ist die Förderung der Psychohygiene und Resilienz von Pflegeeltern eine zentrale Herausforderung. Es ist wichtig, im Familienalltag Nischen zu schaffen, in denen die Pflegeeltern ihre Energien auftanken können. Nicht selten ist das Wissen um die Notwendigkeit von solchen Auszeiten und einer Fallreflexion wohl vorhanden, es ist aber schwierig, diese in den komplexen Familienalltag einzubinden. Um die Psychohygiene und die traumapädagogischen Fallreflexionen sicher und nachhaltig zu implementieren, ist es daher vermutlich sinnvoll, diese strukturell in den Hilfen zu verorten, was oft durch die Kooperation mit Fachstellen oder durch spezifische Beratungsangebote geleistet werden kann (Grasmann, Libal, Goldbeck, Fegert & Ziegenhain, 2005; Schmid & Pérez, 2011). Eine solche Anlaufstelle könnte eine Versorgungskette für Pflegeeltern aufbauen und ähnlich wie in der stationären Jugendhilfe regelmäßige Fallbesprechungen anbieten. Sie könnte aber auch die Pflegeeltern bei den nicht selten schwierigen Kontakten mit dem Herkunftssystem der Kinder mit ihrer fachlichen Expertise und einer Außenperspektive unterstützen und die Triage in mögliche therapeutische Angebote übernehmen.

3.2 Lehrkräfte in Schulen für sozioemotionale Entwicklung und Regelschulen sowie sozialpädagogische Fachkräfte in Kindergärten/-tagesstätten

Insbesondere Lehrkräfte in Sonderschulen für sozioemotionale Entwicklung nahmen traumapädagogische Konzepte dankbar an und entwickelten eigene schulische Kon-

zepte oder adaptierten die Konzepte aus den Wohngruppen für ihre Unterrichtsgestaltung (Möhrlein & Hoffart, 2014; Rienas, 2008).

Das Konzept, auch das Verhalten in der Schule, sowohl bezüglich des Verhaltens und Betragens als auch des Leistungs- und Lernverhaltens, aus Perspektive der Psychotraumatologie und unter dem Aspekt des „sicheren Ortes“ zu betrachten, eröffnet nicht selten ein ganz neues Fallverständnis. Es lohnt sich bei schulischem Problemverhalten zu reflektieren, welche Erfahrungen diese Schülerinnen und Schüler in ihrem Leben insgesamt und insbesondere rund um das Thema Schule und Lernen gemacht haben, um daraus ein Fallverständnis und passgenaue Interventionen abzuleiten.

Viele Betroffene haben durch ihre komplexen Traumafolgestörungen große Probleme im Bereich der exekutiven Funktionen und können sich daher nur schwer konzentrieren und ihr Lernen organisieren. Eine Grundvoraussetzung für Lernen und Konzentration ist das Gefühl von Sicherheit. In Situationen, in denen sich ein Mensch verunsichert und bedroht fühlt, wird er sich unmöglich auf andere Aufgaben konzentrieren können. Hinzu kommt noch, dass man in Situationen der unmittelbaren Bedrohung stets auf das Überleben im „Hier und Jetzt“ fokussiert ist.

Unterschätzt werden darf sicher nicht, welche Nachwirkungen solche Konzentrationschwierigkeiten, aber auch unerkannte und nicht verstandene Teilleistungsschwierigkeiten, auf die Selbstwirksamkeitsentwicklung eines Kindes haben. Längsschnittuntersuchungen von Personen mit Teilleistungsschwächen zeigen, wie vulnerabel diese für die Entwicklung von psychischen Erkrankungen und einer geringen Teilhabe sind. Auch wenn gerne berühmte Persönlichkeiten, die ihre Teilleistungstörungen kompensieren konnten, angeführt werden, muss man feststellen, dass das relative Risiko einer psychischen Erkrankung, eines Gefängnisaufenthaltes, eines vollendeten Suizides und einer Abhängigkeit von staatlicher Unterstützung deutlich erhöht ist (vgl. Zakopoulou, Pashou, Tzavelas, Christodoulides, Anna & Iliana, 2013).

Insbesondere in Kombination mit einem völlig überforderten, vernachlässigenden und misshandelnden Elternhaus können solche Überforderungserfahrungen zu einem kompletten Vermeidungsverhalten von schulischen Themen führen. Bei einer nicht zu vernachlässigenden Zahl von Familien sind als Reaktion auf ein wiederholtes Nicht-Verstehen oder vermeidbare Fehler massive Abwertungen und emotionale oder körperliche Misshandlung zumindest nicht auszuschließen.

Schulische Themen verursachen in Familien Stress. In Misshandlungsfamilien erhöht dieser das Risiko für Misshandlungen deutlich. Das Risiko für körperliche Misshandlung ist bei Kindern mit Teilleistungsstörungen und Entwicklungsverzögerungen deutlich erhöht (Jones et al. 2012). Zunehmend interessieren sich auch Lehrkräfte aus Regelschulen für traumapädagogische Konzepte, da sie immer häufiger mit so-

nannten „Problemschülern“ konfrontiert werden, die nicht selten traumatische Erfahrungen aufweisen und weiterhin in psychosozial hoch belasteten Familien leben. Die Lehrkräfte wollen diesen Kindern gerechter werden. Durch die Umsetzung der inklusiven Beschulung wird sich die Zahl von schwer verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen in Regelschulen erhöhen. Die Jugendhilfeträger werden im Rahmen der inklusiven Beschulung intensiver mit Lehrkräften in Regelschulen kooperieren müssen, um die gesellschaftliche Teilhabe der Jugendlichen auch im Bildungsbereich sicherzustellen.

Ein zentrales Anliegen der Traumapädagogik ist es, Abbrüche und Diskontinuität in der interdisziplinären Hilfeplanung zu vermeiden. Leider trägt der hohe schulische Bedarf vieler Kinder, bzw. die Überforderung der Schule mit einzelnen Schülerinnen und Schülern und die damit einhergehenden vielen Schulwechsel auch zu Beziehungsabbrüchen mit den primären pädagogischen Bezugspersonen bei, da die Kinder nicht selten die Wohngruppe oder Pflegefamilie wechseln müssen, wenn die schulischen Angebote vor Ort ausgeschöpft sind.

Es kommt leider viel zu häufig vor, dass recht hoffnungsvoll verlaufende pädagogische Hilfeprozesse wegen der vermeintlichen Notwendigkeit von Schulwechseln gefährdet oder abgebrochen werden müssen.

Für die Gewährleistung von Kontinuität in der interdisziplinären Hilfeplanung ist es daher von entscheidender Bedeutung, den mittel- und langfristigen schulischen Hilfebedarf und dabei auch einen gewissen Puffer oder Plan B gleich mitzudenken. Nicht selten wird gerade bei der Hilfeplanung für kleinere, noch nicht schulpflichtige, aber schwer traumatisierte Kinder der spätere schulische Eingliederungshilfebedarf erheblich unterschätzt. Wenn die Kinder dann eine Sonderschule (insbesondere für sozioemotionale Entwicklung) benötigen, mangelt es an erreichbaren und finanzierbaren Angeboten in der Nähe ihrer Pflegeeltern/ihrer Erziehungsstelle und sozialpädagogischen Wohngruppe. Auch für intensive ambulante oder aufsuchende Hilfsangebote wird oft viel Geduld von Seiten der Schulen benötigt, da sich die Fortschritte, die mit der Familie erzielt werden, oft erst mit einiger Verzögerung im Verhalten und den Leistungen in der Schule niederschlagen. Für alle Beteiligten ist es daher frustrierend, wenn trotz erheblichen Fortschritten in den Familien aufgrund der Notwendigkeit einer Umschulung letztlich eine Fremdplatzierung eingeleitet werden muss. Für intensive ambulante Angebote ist es daher von entscheidender Bedeutung, auch Interventionen in der Schule zu setzen. Die Wirksamkeit von Interventionen im schulischen Bereich sind gut belegt (Frölich, Döpfner, Biegert & Lehmkuhl, 2002), weshalb es verwunderlich ist, dass diese in diesem Bereich nicht noch intensiver genutzt werden (Schmid, Fegert & Opp, 2012). Viele Jugendliche mit langjähriger Schulverweigerung kommen aus hoch dysfunktionalen Familien. Die Kinder können die Schule im Falle einer Trennungsangst und Schulphobie oft aus Angst vor potentiell traumatischen

Ereignissen (Parentifizierung, häusliche Gewalt, Suizidalität eines Elternteils) nicht besuchen, weshalb eine detaillierte Traumaanamnese und genaue Analyse der Familiensituation bei schulvermeidendem Verhalten unabdingbar ist (Schmid et al., 2012).

Einige hochwirksame ambulante Interventionsprogramme, wie die Multisystemische Therapie (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland, & Cunningham, 2009; Eigenheer, Rhiner, Schmid & Schramm, 2015) und der Multisystemische Therapie-Kinderschutz (Rhiner, Schmid & Fürstenau, 2012) verfügen daher über ein Vielzahl an schulischen Interventionsmöglichkeiten.

Wünschenswert wäre es hier, dass, selbst wenn Kinder in ihrer aktuellen Schulsituation auch mit Ausnutzung aller Hilfen nicht gehalten werden können, ausreichend Zeit und Ressourcen eingeräumt werden, um Lösungen zu finden, die den Kindern und Jugendlichen eine schulische Perspektive ohne erneuten Beziehungsabbruch eröffnen.

Es ist zu hoffen, dass die Inklusionsdebatte sowie die Erkenntnisse im Bereich der Psychotraumatologie und Bindungstheorie dazu führen, dass eine höhere Flexibilität bei der Beschulung der schwersten Fälle möglich ist, und es gelingt, in den einzelnen Schulen flexible Lösungen zu finden. Flexible integrative Lösungen für hochbelastete Schülerinnen und Schüler können nur dann erfolgreich sein, wenn dafür ausreichende Ressourcen zeitnah zur Verfügung gestellt werden können. In der Inklusion liegen, wenn die Rahmenbedingungen stimmen, Chancen für die Beziehungskontinuität, wenn Kinder vor Ort mit mobilen sozial- und sonderpädagogisch geschulten Teams von Schulbegleiter/innen dergestalt unterstützt werden können, dass eine Integration in den Klassenverband und Erreichen der Lernziele möglich wird (vgl. Henn, Thurn, Besier, Künster, Fegert & Ziegenhain, 2014).

Gerade für diese Schulbegleiterinnen/Schulbegleiter und Schulsozialarbeiterinnen/Schulsozialarbeiter ist daher ein umfassendes Wissen über kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbilder, wie eben auch komplexe Traumafolgestörungen, von großer Bedeutung, um den individuellen Bedürfnissen der Schülerinnen und Schüler mit Integrationsproblemen gerecht werden zu können.

Die zentrale Frage dabei wird ähnlich wie in der stationären Jugendhilfe sein: Was brauchen die Lehrkräfte im System Schule in der Kooperation mit anderen psychosozialen Helferinnen und Helfern, um mit solchen Schülerinnen und Schülern und den Familien weiterarbeiten und ihre vielleicht bereits bestehenden Ausstoßungstendenzen zurückstellen zu können?

Herausforderung für die Anwendung von traumapädagogischen Konzepten in der Schule

Eine wichtige Überlegung in Zusammenhang mit Schule und Lehrer-Schüler-Interaktionen ist, dass es häufig eine Herausforderung ist, Versorgungsstrukturen für Lehrkräfte aufzubauen, da diese in der Organisationsform von Schulen überhaupt nicht vorgesehen sind. Lehrkräfte sind oft Einzelkämpfer, die in unterrichtsfreien Zeiten kein Büro in der Schule haben. Auch gibt es kaum etablierte Teamstrukturen, in denen sich ein Lehrerkollegium gegenseitig fachlich und emotional unterstützen kann, so dass viele Lehrkräfte die Belastungen ihres Arbeitsalltages ungefiltert mit nach Hause nehmen. Auch Supervision ist keinesfalls ein fester Bestandteil in Schulen.

Ein weiterer wichtiger Unterschied zwischen dem System Schule und dem System Jugendhilfe ist zudem, dass es sehr klar definierte Erwartungen gibt, welche Lernziele eine Klasse bis zum Schuljahresende nach den verbindlichen Lehrplänen erreichen sollte. Diese werden nicht selten von einem Großteil der Elternschaft vehement eingefordert. Leider haben die Eltern der anderen Kinder oft wenig Interesse daran, dass eine Lehrkraft viele Ressourcen für ein Problemkind aufwendet und sich um seine spezifischen Bedürfnisse kümmert. Sie üben eher Druck aus, dass das Problem von der Schulleitung zum vermeintlichen Wohle des Klassenverbandes rasch gelöst wird – eine Umschulung des betroffenen Kindes wird zwar nicht immer direkt gewünscht, aber von den anderen Eltern billigend in Kauf genommen. Nicht zu unterschätzen ist zudem, dass Lehrkräfte immer mit einer ganzen, recht anonymen Gruppe von Jugendlichen und ihrer eigenen Gruppendynamik konfrontiert sind und die einzelne Lehrkraft oft wenig Zeit und Ressourcen hat, um im Klassenverband zu intervenieren. Für sämtliche Schultypen ist es lohnend, eine positive Peerkultur und gegenseitige Rücksichtnahme im Klassenverband zu fordern und zu fördern.

Schulen können neben der Haltung vor allem von folgenden Themen im Bereich der Traumapädagogik profitieren:

1. Fallverständnis für Lernblockaden
2. Fallverständnis für Verhaltensauffälligkeiten
3. Sensibilisierung für potenzielle Kinderschutzfälle
4. Erhöhung der Selbstwirksamkeit der Lehrkräfte im Umgang mit den traumatisierten Schülern
5. Schutz vor Über- und Unterforderung
6. Schutz vor Grenzverletzungen und Mobbing in der Schule durch grenzenachtende pädagogische Konzepte in Gruppen (vgl. Bausum, 2013; Opp & Unger, 2006; Opp & Brosch, 2010)

7. Herstellung des inneren sicheren Ortes vor jeder Lerneinheit
8. Partizipation bei der Auswahl des Stoffes und Methodik (Wahlmöglichkeit zwischen zwei Fächern oder zwei Methoden)
9. Integration von traumapädagogischen Fördermaßnahmen im Unterricht, um Lernfortschritte zu vertiefen und eine sinnvolle Möglichkeit im Umgang mit Hindernissen (innere Anspannung, Dissoziation) zu erlernen.
10. Kontinuität in der interdisziplinären und schulischen Hilfeplanung führt zu besseren Ergebnissen

Neben der besseren Begleitung und Inklusion könnte ein besseres Basiswissen über Traumasymptome bei allen Lehrkräften, Kindergärtnerinnen und Kindergärtnern dazu führen, dass misshandelte und vernachlässigte Kinder früher identifiziert und entsprechende Kinderschutzmaßnahmen eingeleitet werden können. Dies spricht sehr dafür, psychotraumatologische Inhalte generell in die Ausbildung an Fachschulen für Sozialpädagogik und an Pädagogischen Hochschulen zu integrieren.

3.3 Sozialpädagogische Fachkräfte in Frauenhäusern

Gewalt gegen Frauen ist weit verbreitet. 11% der Frauen berichten von Gewalterlebnissen durch ihre Partner. Über 50.000 Frauen flüchten sich in Deutschland jedes Jahr vor ihren gewalttätigen Männern in ein Frauenhaus (Müller, Schröttle, Glammeier & Oppenheimer, 2004). Frauenhäuser sind aus der Frauenbewegung entstanden und fokussierten deshalb bewusst vor allem auf die Bedürfnisse der Frauen. Diese brachten aber oft Kinder in allen Altersstufen mit, welche dann im Frauenhaus leben und betreut werden.

Es ist sehr häufig, dass Kinder in häusliche Gewalt involviert sind, und es wurde lange Zeit unterschätzt, wie viele Kinder von häuslicher Gewalt betroffen sind, und welche langfristigen gravierenden Auswirkungen diese haben kann.

Häusliche Gewalt kommt bei jüngeren Paaren mit kleinen Kindern relativ zur Gesamtbevölkerung besonders häufig vor (Fantuzzo, Boruch, Beriama, Atkins, & Marcus, 1997). Die Kinder erleben je nach Studie in 75-90% der Fälle die körperliche Gewalt zwischen den Eltern mit (Girzone, 2004; Goldbeck, 2011; Müller, Schröttle, Glammeier & Oppenheimer, 2004, Schröttle & Ansoerge, 2008; Jaffee, Caspi, Moffitt, Belsky, & Silva, 2001). Eine Studie an 1.000 körperlich misshandelten Frauen zeigte, dass deren Kinder in 70% der Fälle ebenfalls vom Täter verprügelt wurden (Bowker, 1988). 2/3 der betroffenen Frauen in Frauenhäusern sprechen über das Erlebte nicht mit ihren Kindern und vermeiden das Thema aktiv (Gomolla, 2009).

Fachkräfte in Frauenhäusern sind oft unmittelbar mit akut traumatisierten Frauen und ihren Kindern konfrontiert. Das Frauenhaus als solches versteht sich als Schutzraum, in dem die Betroffene Schutz, Unterstützung sowie kompetente Beratung in juristischen und sozialen Fragen sowie der weiteren psychosozialen und oft eben auch psychotherapeutischen Hilfeplanung erfahren. Dabei sind diagnostische Kompetenzen, insbesondere auch in der Beurteilung von Traumafolgestörungen und den daraus resultierenden Hilfebedarfen, von großer Bedeutung. Die Frauen und Kinder leiden häufig unter akuten und komplexen Traumafolgestörungen. Eine systematische Untersuchung von 116 Studien, die den Einfluss von häuslicher Gewalt auf die Entwicklung von psychopathologischen Symptomen untersuchte, fand über alle Studien hinweg sehr deutliche Effekte, sowohl bezüglich der Entwicklung von internalisierenden als auch externalisierenden Symptomen (Kitzmann, Gaylord, Holt & Kenny, 2003). Frauen und Kinder leben teilweise für mehrere Monate in den Frauenhäusern. Somit entstehen die klassischen Probleme eines stationären Alltags und zwar sowohl auf Ebene der Frauen als auch der Kinder mit der Einhaltung und Nicht-Einhaltung von Regeln und Triggern, die im pädagogischen Alltag plötzlich zu Eskalationen führen können. Teams in Frauenhäusern profitieren somit sehr von klassischen traumapädagogischen Inhalten auf Ebene der pädagogischen Begleitung der betroffenen Frauen und Kinder, der „sichere Ort“ ist letztlich die Kernidee des Frauenhauses. Eine Besonderheit ist, ähnlich wie bei der Inobhutnahme, die Konfrontation mit akut traumatisierten Menschen in einem pädagogischen Setting.

Die Betroffenen brauchen aber, wenn sie sich nach einer eskalierenden Situation der häuslichen Gewalt in eine „äußere Sicherheit“ flüchten, auch noch etwas für die innere Sicherheit und eine rasche Orientierung. Gerade Kinder können oft nicht nachvollziehen, was passiert ist, und es ist wichtig, mit ihnen rasch ein Narrativ darüber zu entwickeln, was zu Hause vorgefallen ist, wie und warum sie jetzt hier im Frauenhaus leben, und wie es weiter geht (Schule, Kontakt zu Freunden, zum Vater). Insbesondere für Jungen ist es wichtig, ein männliches Identifikationsobjekt zu haben und den Vater nicht ausschließlich als gefährlich und gewalttätig darzustellen, sondern ihm gegenüber auch positive Anteile zu belassen. Die gewalttätigen Handlungen und ihre Folgen für Mutter und Kinder sollen aber dennoch klar benannt werden. Um den Kindern eine Perspektive und für Familien Rückführungsoptionen zu geben, sind Frauenhäuser oft auf Kooperationen zu Therapeutinnen und Therapeuten, Jugendämtern oder Beratungsstellen angewiesen, die mit den Tätern arbeiten und einen sicheren Umgang der Kinder mit dem Vater vor- und nachbereiten. Hier können viele Aspekte aus der traumapädagogischen Elternarbeit genutzt werden (vgl. Lerneinheit 4.4 „Eltern- und Biographiearbeit“).

3.4 Öffentliche Jugendhilfe

„An den Scheidewegen des Lebens stehen keine Wegweiser.“

Charlie Chaplin

Für die Abschätzung des notwendigen Hilfebedarfs und bei der Abschätzung, ob und inwiefern gegebenenfalls eine Gefährdung des Kindeswohles vorliegt, ist ein fundiertes psychotraumatologisches Fachwissen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der öffentlichen Jugendhilfe, der Jugendämter, der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden und Familiengerichte von großer Bedeutung (Blülle & Gahleitner, 2014). Zum Beispiel sind es Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendamtes, die eine Gefährdungsmeldung von Nachbarn oder Lehrkräften erhalten, die zu Fällen mit häuslicher Gewalt gerufen werden und die sich oft sehr rasch ein Bild von der Situation und ihrem Gefährdungspotential machen müssen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen in sehr angespannten Situationen entscheiden, inwieweit das Kindeswohl gefährdet ist, und ob ein akuter Handlungsbedarf besteht. Es ist eine nicht unerhebliche Herausforderung in solchen Situationen ein Gespräch über das Erleben der Kinder mit den Kindern und Eltern zu führen. Hier kann ein breites Spektrum an Gesprächsführungs- und Stabilisierungstechniken die Sicherheit der Fachkräfte unterstützen.

Gerade im Falle von Krisenintervention und Inobhutnahmen ist es oft auch die Art und Weise, wie diese entschieden, durchgesetzt und mit dem Kind aufbereitet werden, die über den weiteren Verlauf entscheiden. Die Trennung von den Eltern ist, selbst wenn diese objektiv vernachlässigend und misshandelnd sind, eine sehr belastende Situation, die entsprechend sensibel gestaltet werden soll (Friedrich & Schmid, 2014; Petermann, Besier, Büttner, Rücker, Schmid, & Fegert, 2014). Die Zahl der Inobhutnahmen steigt an, und es werden jedes Jahr über 40.000 Kinder in Obhut genommen. Deshalb stellen Inobhutnahmen ein gesellschaftlich relevantes Problem dar, da die Gruppe akut hochbelasteter Kinder in der Jugendhilfe abgeklärt werden und in passgenaue Hilfen weitervermittelt werden muss (Petermann et al., 2014; Ziegenhain, Fegert, Schneider-Haßloff, Petermann, & Künster, 2014).

Für Fachkräfte in den Jugendämtern ist es wichtig, Traumasymptome zu erkennen, richtig deuten zu können und Gesprächsführungs- und Stabilisierungstechniken zu beherrschen.

Natürlich sind in diesen Situationen verschiedene Sicherheitsinteressen gegeneinander abzuwiegen, es ist aber wichtig, sich ausreichend Zeit zu nehmen, ein Narrativ über die Notwendigkeit der Inobhutnahme, deren Vollzug und die notwendigen Hilfen mit dem Kind und möglichst auch mit den Eltern zu erarbeiten. Es macht vermutlich

auch Sinn, innerhalb der Situationen jeden Schritt des Kindes aus einer mentalisierten Perspektive des Kindes heraus zu erklären („Ja, Du bist jetzt gerade ganz aufgeregt und weißt nicht was passiert. Du kennst mich noch nicht, musst aber keine Angst haben, ich nehme Dich jetzt aus Deinem Bettchen...“). Vielleicht gar nicht unbedingt, weil die ganze verbale Information vom Kind verarbeitet werden kann, sondern weil diese verbale Einstimmung auf das Kind die Sensibilisierung der Fachkräfte für die Bedürfnisse des Kindes unterstützt.

Aber auch bei weniger akuten Fällen helfen entsprechende Kenntnisse, den pädagogischen und therapeutischen Bedarf zu erkennen. Durch eine passgenauere Indikationsstellung und eine höhere Traumasensibilität von Seiten der zuweisenden Behörden kann die Kontinuität der Hilfeplanung verbessert und das Risiko für Beziehungsabbrüche minimiert werden (Friedrich & Schmid, 2014).

Insbesondere bei der Gestaltung von Übergängen nach abgebrochenen Hilfen kann es wichtig sein, dass die Fachkräfte der fallführenden und platzierenden Behörde eine hohe Sensibilität für die Reinszenierung von traumatischen Beziehungserfahrungen haben, um Übergänge zu verhindern oder entsprechend so begleiten zu können, dass an der neuen Einrichtung nicht eine Wiederholung erfolgt. Eine gute Moderation des Übergangsprozesses durch die steuernde und finanzierende Behörde kann hier viele Verläufe von Jugendlichen sehr positiv beeinflussen. Das Potential wird bei Übergängen in der Jugendhilfe leider oft nicht ausgeschöpft.

3.5 Somatische Pflege für Kinder und Erwachsene

In somatischen Krankenhäusern sind traumatische Erfahrungen überall präsent und wurden doch lange sehr vernachlässigt. Einerseits werden natürlich die Opfer schwerer Unfälle und Brandverletzungen zunächst körperlich behandelt. Sie brauchen aber im Krankenhaus auch Unterstützung für ihre seelischen Wunden (Di Gallo, Barton, & Parry-Jones, 1997; Landolt, Vollrath, Gnehm & Sennhauser 2009). Durch den engen Zusammenhang zwischen somatischen Erkrankungen und traumatischen Lebensereignissen (Weisberg, Bruce, Machan, Kessler, Culpepper & Keller, 2002; Afari, Ahumada, Wright, Mostoufi, Golnari, Reis & Cuneo, 2014; Widom, Czaja, Bentley & Johnson, 2012; Felitti et al., 1998) kann man davon ausgehen, dass traumatisierte Menschen überproportional häufig in stationären Krankenhäusern behandelt werden. Nicht zu unterschätzen ist auch, dass in Krankenhäusern viele Menschen mit der Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit und dem Tod von Angehörigen konfrontiert werden, was per se schon hoch belastende Lebensereignisse sind. Insbesondere die plötzliche Herzattacke löst in 20% der Fälle Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) aus. Diese kann durch Traumatherapie erfolgreich behandelt werden, was sich auch positiv auf den Verlauf auswirkt.

Auch invasive Eingriffe oder schmerzhaftes Behandlungen können traumaassoziierte Erinnerungen hervorrufen (Landolt, Schnyder, Maier, Schoenbuecher & Mohler-Kuo, 2013). Ein großes Problem entsteht zudem dadurch, dass Krankenhäuser und die entsprechenden Hinweisreize, wie z.B. Menschen mit Masken, weißen Kitteln und der typische Krankenhausgeruch, bereits traumaassoziierte emotionale Reaktionen hervorrufen und dazu führen können, dass Betroffene wichtige Folge- und Kontrolltermine nicht wahrnehmen oder in der Untersuchungssituation bei ihnen plötzlich Kampf- und Fluchtimpulse ausgelöst werden können und deshalb aufwendige Untersuchungen oder Behandlungen abgebrochen werden müssen.

Fachkräfte in somatischen Krankenhäusern können von traumapädagogischen Qualifikationen, insbesondere im Bereich der Diagnostik und Psychoedukation, sehr profitieren. Es ist von entscheidender Bedeutung, Traumafolgestörungen in der Pädiatrie sobald wie möglich zu identifizieren, um eine Chronifizierung der Symptome zu vermeiden. Es ist zum Beispiel naheliegend, Kinder möglichst zeitnah bezüglich der anstehenden Behandlungen aufzuklären und explizit auch deren unangenehme und belastenden Aspekte zu erläutern, dabei aber auch Unterstützung anzubieten und gemeinsam mit dem Kind nach Lösungen zu suchen. Es lohnt sich, sich dafür ausreichend Zeit zu nehmen, ihnen die Sachen zu zeigen, zu beschreiben, wo sie gegebenenfalls wie festgehalten werden, um ihnen eine möglichst gute Orientierung in diesen zwangsläufig belastenden Situationen zu vermitteln. Durch eine gute Vorinformation und einen Abbau der Anspannung lassen sich Kampf- und Fluchtimpulse in den Untersuchungssituationen weitestgehend reduzieren. Es macht Sinn, belastende Behandlungen vorzubesprechen und dadurch die Selbstwirksamkeit der Kinder in diesen Situationen zu erhöhen, indem man den Kindern auch Kontrollmöglichkeiten für diese Situation gibt. Stärkende Elemente und Ressourcen aus der Lebenswelt des Kindes können genutzt werden, z.B. durch imaginative Hilfen in der Realität (im Trikot des Lieblingsfußballstars zur Untersuchung gehen) oder in der Vorstellung (einen Superhelden dabei zu haben). Eltern und leider auch viele Behandlerinnen und Behandler neigen dazu, sich mit dem Vermeidungsverhalten zu identifizieren und den belastenden Teil von Behandlungen zu negieren, was eine adäquate Vorbereitung verhindert.

Auch in der somatischen Pflege ist die persönliche Begegnung mit Pflegenden ein wichtiger Faktor. Viele Menschen, die in ihrer Kindheit in Krankenhäusern sehr lange auf sich alleine gestellt waren, zeigen heute besondere Ängste vor Krankenhäusern. Sehr erfreulich ist, dass die Aspekte der Bindungstheorie gerade in pädiatrischen Krankenhäusern inzwischen viel mehr beachtet werden und erkannt wurde, dass Eltern die Abläufe und die Behandlung nicht stören und mit ihren Fragen nerven, sondern für die emotionale Stabilität ihrer Kinder in einer solchen Ausnahmesituation von entscheidender Bedeutung sind. Die Eltern brauchen dabei aber auch eine entsprechende Unterstützung und sind oft psychisch und psychotraumatologisch stärker

belastet als die Kinder (Landolt et al., 2013). Gerade Eltern von schwer kranken Kindern, die sehr intensive und belastende Behandlungen erfahren haben, sind oft hoch belastet und weisen häufig Symptome einer akuten oder posttraumatischen Belastungsreaktion auf (Kazak, Boeving, Alderfer, Hwang & Reilly, 2005; Woolf, Muscara, Anderson & McCarthy, 2015). Deshalb kann es auch in der Beratung und Behandlung von Eltern, deren Kind schwer erkrankt ist, wichtig sein, mit entsprechenden psychotraumatologischen Konzepten zu intervenieren (Landolt et al., 2013).

3.6 Altenpflege

Viele Aspekte der somatischen Pflege treffen auch auf die Altenpflege zu. In der Altenpflege ist eine Traumasensibilität aber noch aus anderen Gründen dringend angezeigt (Koppelin, 2013; Weitzel-Polzer, 2002; Böhmer, 2012). Einmal sind viele alte Menschen in ihrer Kindheit noch von Krieg, Vertreibung oder Verfolgung durch das nationalsozialistische Regime betroffenen gewesen. Traumatische Erlebnisse waren in dieser Generation keine Ausnahme, sondern eher die Regel. Die traumatischen Erlebnisse des zweiten Weltkrieges wurden in der Gesellschaft jedoch weitgehend tabuisiert. Die Konfrontation mit dem Lebensende und die damit verbundene Bilanzierung kann auch bei nicht kriegstraumatisierten Menschen Beziehungen und Erfahrungen, die evtl. belastend verlaufen sind, nochmals aktualisieren. Nicht zu vernachlässigen ist dabei auch, dass Menschen in die Altenpflege gelangen, die vor den Heimreformen teilweise sehr belastende Erfahrungen mit institutioneller Erziehung gemacht haben.

In der Pflege von agitierten Demenzkranken erfahren Altenpflegerinnen und Altenpfleger natürlich auch oft Grenzverletzungen, die mit Ideen aus der Traumapädagogik aufgearbeitet werden könnten (Schmid & Fegert, 2015). Die emotionale Belastung, Stress und Burnout spielen in der Altenpflege auch aufgrund der wegen des Kostendrucks fehlenden Ressourcen eine große Rolle (Stalder, Tietze, Steudte, Alexander, Dettenborn & Kirschbaum, 2014; Misch, 2014). Für viele Fachkräfte in der Altenpflege ist es ein großes Dilemma, die seelischen Bedürfnisse der Gepflegten wahrzunehmen. Ausreichend Zeit für Supervision und andere Maßnahmen der Psychohygiene sind in der Altenpflege im Vergleich zur Jugendhilfe noch unterentwickelt, oft kein festetablierter Standard, wären aber von großer Bedeutung für die Burnout-Prävention (Koppelin, 2013). Interessant ist, dass Misch (2014) darlegt, wie das Burnout-Risiko der Altenpflegerinnen und Altenpfleger mit dem Führungsstil und der Arbeitsatmosphäre assoziiert ist und eigentlich viele Aspekte, die große Ähnlichkeit mit traumapädagogischen Führungsgrundsätzen aufweisen, benennt (Steinlin et al. submitted).

3.7 Einsatzkräfte und ihre Angehörigen

Auch Einsatzkräfte (Rettungshelfer, Feuerwehr, Soldaten, Bergwacht), ihre Angehörigen oder Personen, die mit ihnen arbeiten, können sehr von psychotraumatologischem Wissen profitieren. Insbesondere bei Vietnamveteranen wurde recht gut untersucht, wie sich Traumasymptome auf das Familienleben auswirken (Ancharoff, Munroe & Fisher, 1998). Es ist aber auch anzunehmen, dass andere Einsatzkräfte, die unter PTBS-Symptomen leiden, von ihren Kindern anders wahrgenommen werden, weshalb es sinnvoll ist, niederschwellige Unterstützungsangebote für die Familien aufzubauen und dafür zu sensibilisieren, dass sich die Belastung der Eltern auf die Familie übertragen kann.

3.8 Suchtbereich

Je nach Studie leiden 15-41% der Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen gleichzeitig unter einer PTBS (Schäfer, Schulze & Stubenvoll, 2011). Fast alle berichten von traumatischen Lebensereignissen. In Einrichtungen zur Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen werden viele Menschen gemeinsam in stationären Settings mit oft geringeren Betreuungsschlüsseln als in der Jugendhilfe betreut, so dass dort auch typische traumaassoziierte Probleme in der Alltagsgestaltung entstehen. Das sowie ein höheres Arousal (Erregungsniveau) traumatisierter Menschen wird durch das Verlangen nach Drogen noch weiter erhöht.

Gerade durch den Wegfall der Selbstmedikation von Traumafolgestörungen durch die Drogen brechen diese in solchen Einrichtungen oft ungeahnter Weise plötzlich stark hervor. Sowohl Patientinnen und Patienten als auch betreuende Pflegekräfte und Pädagoginnen und Pädagogen sind dann mit heftigen Alpträumen, Flashbacks und Emotionsregulationsproblemen konfrontiert. In stationären Settings der Suchthilfe sind Konzepte der Traumapädagogik mit kleinen Adaptionen an den Altersbereich daher gut einsetzbar.

Najavits (2008) legte ein therapeutisches Modell vor, das sich sehr an der Suche nach einem sicheren Ort orientiert und dadurch eine große Nähe zu Milieuthérapie und Lebensweltorientierung aufweist, so dass spezifische Fertigkeiten, die in der Therapie entwickelt werden, gezielt in der Milieuthérapie aufgegriffen und in den Alltag übertragen werden können.

3.9 (Kinder- und Jugend-)Psychiatrie/Psychotherapie

Traumapädagogische Konzepte bewegen sich genau an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe. Sie können helfen, die Kooperation zwischen den Disziplinen zu verbessern, indem sie das Wissen über psychische Erkrankung in pädagogische Konzepte überführen (s.o. vgl. Schmid, Tetzler, Rensch & Schlüter-Müller, 2012). Einerseits spielen traumapädagogische Ideen eine große Rolle für den Ausbau von aufsuchenden kinder- und jugendpsychiatrischen Liaisonkonzepten in der Jugendhilfe. Andererseits können sie in der Milieutherapie auf (kinder- und jugend-) psychiatrischen Stationen eingesetzt werden (Schmid 2012, 2013). Für die Liaisonkonzepte bedeutet eine traumapädagogische Haltung, dass sehr stark bei den Fachkräften angesetzt wird, durch die die Jugendlichen und Heranwachsenden direkt in ihrem Lebensraum unterstützt werden. Dabei wird die pädagogische Begleitung aufgewertet und in Therapie und Milieutherapie an ähnlichen Zielen gearbeitet (Schmid et al. 2012, 2013, 2014; Schmid 2012). Für (kinder- und jugend-)psychiatrische Stationen ist insbesondere der Versorgungsaspekt für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Alltag und nach Grenzverletzungen von besonderem Interesse, da die emotionale Belastung für die Fachkräfte sehr hoch ist. Die Gefahr für Grenzverletzungen liegt noch höher als in der Jugendhilfe, da die Fachkräfte auch mit agitierten, manischen und psychotischen Patientinnen und Patienten konfrontiert werden, die sich kaum steuern lassen. Dennoch zeigt sich auch dort, dass beziehungsorientierte Konzepte für Patientinnen/Patienten und Personal befriedigender sind, und die Zahl der Grenzverletzungen sinkt (Lang et al., 2011). Die kurze Verweildauer, die Konfrontation und der emotionale Beziehungsaufbau zu sehr vielen Patientinnen und Patienten mit hoch belasteten Lebensgeschichten, die man nur wenige Wochen begleiten kann, erhöhen das Risiko für Sekundärtraumata allein durch die Tatsache dass man derart viel Leid intensiv miterlebt. Die Umsetzung der fördernden Elemente und des individualisierten Zugangs der Traumapädagogik fällt milieutherapeutischen kinder- und jugendpsychiatrischen Teams oft leicht, da sie hierfür gute Bedingungen in den Kliniken haben. Dennoch ist es eine Herausforderung, ein traumapädagogisches Fallverständnis auf breiter Ebene umzusetzen.

Herausforderungen für die Anwendung der Traumapädagogik in stationären psychiatrischen Settings sind:

1. die meist kurze Verweildauer
2. das medizinische Behandlungsmodell
3. Struktur von Visiten und Fallbesprechungen
4. die Heterogenität der Patientinnen und Patienten

5. die teils nicht auszuschließende Notwendigkeit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen

Die durchschnittliche Verweildauer in psychiatrischen Kliniken wird immer kürzer, so dass die Milieuthherapie zunehmend nicht mehr im Rahmen der Akutbehandlung, sondern in langfristig angelegten stationären Settings innerhalb der Jugendhilfe/Eingliederungshilfe erfolgen soll und realistischerweise auch nur kann (Schmid et al. 2010; Schmid 2013). Jede professionell arbeitende Station wird auch die Länge der Behandlung und deren Dauer schon bei jeder Aufnahme transparent machen. Die zeitliche Begrenzung führt zwangsläufig dazu, dass man zwar ein beziehungsorientiertes Fallverständnis realisieren, als Mitarbeiterin oder Mitarbeiter einer Station aber selbst keine langfristige Bindungsperson mehr darstellen kann. Das medizinische Behandlungsmodell und die Erwartungen der Krankenkassen verlangen eine effektive und effiziente Behandlung der diagnostizierten psychischen Erkrankung und nicht primär der Beziehungs- und Interaktionsschwierigkeiten, die die Entstehung dieser Erkrankungen erklären. In einem weiteren Schritt führt dies auch dazu, dass bei der Mehrzahl der Fallbesprechungen primär die Behandlungsplanung für die einzelne Patientin/den einzelnen Patienten im Fokus steht und weniger das Erleben und die Selbstwirksamkeit der Betreuungsperson. Vermutlich wäre es aber nicht nur für die Aufwertung der Milieuthherapie, sondern für das gesamte Fallverständnis und die stationäre und einzeltherapeutische Behandlungsplanung sinnvoll, das Interaktionsverhalten der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Fallbesprechungen intensiver zu reflektieren und daraus dann konkretere psychotherapeutische und milieutheraeutische Interventionen abzuleiten.

Im psychiatrischen Setting, insbesondere in geschlossenen psychiatrischen Settings, kann es im Falle von Fremd- und Selbstgefährdung im äußersten Notfall zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen kommen. Gerade wenn es notwendig ist, diese anzuwenden, ist eine traumasensible Haltung sehr wichtig, da ein Festhalten, eine Fixierung etc. sehr viele Trigger auslösen und zu Eskalationsspiralen führen können. Deshalb ist es wichtig, dieses Vorgehen zu antizipieren und mit dem Patienten durchzuspielen, so dass er sich in einer agitierten Situation weniger vor der Reaktion des Betreuungspersonals ängstigen muss. Sehr häufig führt das gemeinsame, besorgte Durchspielen des Krisenszenarios dazu, dass es gar nicht mehr benötigt wird. Falls Zwangsmaßnahmen eingesetzt werden müssen, ist es unabdingbar, diese in einer ruhigen Situation nochmals nachzubesprechen und gemeinsam ein Narrativ für diese Eskalation zu entwickeln und nach alternativen Lösungsmöglichkeiten für diese Situation zu suchen (Schmid, 2015).

3.10 Behindertenbereich

Die Traumabelastung von behinderten Menschen wird oft dramatisch unterschätzt, obwohl aus unzähligen Studien bekannt ist, dass mit Entwicklungsdefiziten das Risiko für körperliche Misshandlung, Vernachlässigung und Traumatisierung einhergeht (Hensel, 2012; Klein, Wawrok & Fegert, 1999; Kühn & Bialek, 2014).

Die Behinderung selbst führt nicht selten zu Erfahrungen von Mobbing, Erniedrigung, sozialer Exklusion in Gruppen, aber auch zu Erfahrungen von direkter körperlicher Gewalt. Menschen mit intellektuellen Defiziten werden überdurchschnittlich häufig Opfer von sexueller Gewalt: Täter fühlen sich bei ihnen sicherer, und die Betroffenen konnten oft kein Konzept von eigenen sexuellen Grenzen und einer normalen Sexualität entwickeln, sie sind so leicht zu manipulieren (Klein et al., 1999). Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Behindertenhilfe erleben, ähnlich wie in der Jugendhilfe, oft Grenzverletzungen und sind heftigen Emotionen der Betreuten häufig unmittelbar ausgesetzt. Deshalb stellt die Förderung der Psychohygiene und der Selbstwirksamkeit durch gezielte Fallbesprechungen auch hier eine elementare Voraussetzung für eine erfolgreiche milieutherapeutische Arbeit dar.

Letztlich können daher viele traumapädagogische Konzepte und Haltungen auf die Behindertenhilfe übertragen werden. Für Menschen mit einer geistigen Behinderung müssen Interventionen sowie die Psychoedukation noch etwas vereinfacht und verbildlicht werden, was aber mit minimalen Adaptionen möglich ist.

Die Haltungsaspekte Transparenz, Partizipation, Wertschätzung etc. sind Forderungen, die die Behindertenhilfe schon lange einfordert, weshalb diese Aspekte und ihre Umsetzung in der Traumapädagogik gerne in diesem Handlungsfeld aufgegriffen werden.

3.11 Flüchtlingsarbeit, insbesondere unbegleitete minderjährige Flüchtlinge

Kaum ein Thema beschäftigt momentan die Öffentlichkeit so stark wie die optimale Erstversorgung und Integration von Flüchtlingen und die damit verbundenen Herausforderungen für unsere Gesellschaft (vgl. Witt, Rassenhofer, Fegert & Plener, 2015). Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge werden häufig in die Jugendhilfe integriert. Das ist einerseits naheliegend, andererseits überfordert dieses System die Jugendlichen in den Institutionen und die Flüchtlinge selbst häufig, da die Jugendhilfe auf die spezifischen Bedürfnisse dieser Gruppe nicht ausreichend vorbereitet ist. Viele unbegleitete minderjährige Flüchtlinge lassen sich nicht nur wegen der kulturellen Diffe-

renzen schwer integrieren. Problematisch ist oft, dass die Kinder anders sozialisiert sind und andere Lebensskripte und psychosoziale Lerngeschichten haben. Nicht wenige unbegleitete minderjährige Flüchtlinge wurden von ihren Familien ausgewählt, ihren Weg zu machen und sich im Ausland zu bilden. Manche der Flüchtlingskinder sollte man auch vor dem sozialen Einfluss der typischen Jugendhilfepeergruppe schützen und eher in Gruppen integrieren, die ihnen ähnlicher sind. Nicht wenige unbegleitete minderjährige Flüchtlinge sitzen lernend in ihren Zimmern, während der Rest der Wohngruppe „Party macht“. Natürlich stellt auch die Integration in das Schulsystem, gerade in Regionen, die verglichen zur Schülerzahl viele Flüchtlinge aufnehmen, eine immense Herausforderung dar.

Nicht alle, aber ein Großteil der Flüchtlinge aus Kriegsgebieten haben traumatische Erfahrungen in ihren Heimatländern gemacht und sehr viel Leid erfahren, was ihr Interaktionsverhalten prägt und typische Integrationsschwierigkeiten verursacht. Erschwerend kommt hinzu, dass die Bedingungen der Flucht, die Abhängigkeit von kriminellen Schlepperbanden, ohne Geld, ohne feste Unterkunft, das Überwinden von riesigen Entfernungen, etc. ein hohes Risiko für weitere traumatische Erfahrungen beinhalten. Schon allein die Trennung von seinen liebsten Menschen und seinem vertrauten Umfeld in der Heimat ist vielleicht nicht immer ein Trauma, aber zweifellos eine große emotionale Belastung.

Es wird sehr deutlich, dass diese hochbelasteten und oft von der Flucht sehr erschöpften Flüchtlinge sichere Orte benötigen, in denen sie sich von den Strapazen der Reise, dem Verlust der Heimat erholen und an dem sie sich nach Möglichkeit auch mit emotional vertrauten Personen austauschen können.

Es ist bei so vielen Flüchtlingen entscheidend, sich von ihren Problemen sehr rasch ein Bild machen zu können, um dann entsprechende ärztliche und therapeutische Hilfen einleiten zu können (Witt et al., 2015). Bisher hat sich vor allem der psychotherapeutische und medizinische Bereich mit dem Thema Flüchtlinge beschäftigt und dabei auch sehr spezifische Therapieverfahren entwickelt, wie beispielsweise die Narrative Expositions-Therapie (NET; Elbert, Schauer & Neuner, 2015) und auch die Kid-NET als Adaptation für Kinder (Ruf, Schauer, Neuner, Schauer, Catani & Elbert, 2012). Natürlich fordert bei der Arbeit mit Flüchtlingen die Sprache und Kultur die Therapeutinnen und Therapeuten besonders heraus, weshalb die gute Einbindung und Ausbildung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern eine wichtige Rolle spielt (Ruf, Schauer & Elbert, 2009; Geier, Daqieq & Schlüter-Müller, 2012). Deshalb macht es auch Sinn, vor Ort geeignete psychosoziale Fachkräfte in Krisengebieten zu schulen, um mit solchen nachgewiesenermaßen hochwirksamen Therapien (vgl. Überblick bei Slobodin & DeJong, 2015; Patel, Kellezi & Williams, 2014) möglichst viele traumatisierte Flüchtlinge erreichen zu können. Es ist nicht einzusehen, dass der Zugang zu (kinder- und jugend-)psychiatrischen und psychotherapeutischen Hilfen für hochbelastetes Klientel

nicht niederschwelliger geleistet werden kann. Es reicht aber auch bei einer deutlich besseren psychotherapeutischen Versorgung nicht, das Problem allein psychotherapeutisch und medizinisch anzugehen. Es braucht ebenso psychosoziale, vernetzte Versorgungskonzepte für die Integration der vielen traumatisierten Flüchtlinge. Diese Integrationsarbeit wird oft von ehrenamtlich tätigen Helferinnen/Helfern, von Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern, aber auch von Ärztinnen/Ärzten, Rechtsanwältinnen/Rechtsanwälten, Lehrkräften und Kindergärtnerinnen/Kindergärtern geleistet. Menschen, die mit traumatisierten Flüchtlingen arbeiten, beschreiben sich selbst oft als sehr belastet und zeigen nicht selten Symptome einer sekundären Traumatisierung, indem sie Bilder und Lebensereignisse, die ihnen die Flüchtlinge erzählen, nicht mehr loswerden und selbst Hyperarousal und heftige Gefühle erleben (z.B. Lusk & Terrazzas, 2015; Ager, Pasha, Yu, Duke, Eriksson & Cardozo, 2012). Trotz aller Belastungen zeigen viele Studien aber auch, dass ehrenamtliche und psychosoziale Helferinnen und Helfer viel Sinn und Kraft aus ihrer Tätigkeit schöpfen und ihre Arbeit mit den Flüchtlingen als sehr befriedigend erleben (Ager et al., 2012). Sozialpädagogische Fachkräfte und ehrenamtliche Helferinnen und Helfer benötigen natürlich eine sehr ausgeprägte Sensibilität für die unterschiedlichen Kulturen, aber eben auch für Traumafolgestörungen.

Kenntnisse über Traumafolgestörungen können helfen, Probleme bei der Integration in Arbeit und Schulen zu lösen und die Umwelt entsprechend zu gestalten (Fazel, 2015). Eine Psychoedukation, warum z.B. manche Menschen im Schlaf plötzlich schreien und zittern, kann helfen, Ängste bei den Betroffenen und Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern zu beruhigen und die Verhaltensauffälligkeiten in der Schule erklären (Warum erstarrt XY, wenn die Polizisten in Uniform zur Verkehrserziehung kommen?). Viele Ehrenamtliche und Menschen mit wenig Erfahrung mit traumatisierten Menschen werden nun plötzlich mit heftigen Lebensgeschichten und den daraus resultierenden Interaktionsmustern und Verhaltensproblemen konfrontiert. Aus einer traumapädagogischen Perspektive müssen gerade diese ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer vor sekundären Traumasymptomen geschützt, gut ausgebildet, mit Intervention und Supervision versorgt und in ihrer Selbstwirksamkeit gestärkt werden, was leider oft vernachlässigt wird.

Eine höhere Traumasensitivität kann helfen die Umwelt so zu gestalten, dass diese weniger Traumaassoziationen hervorruft (z.B. ist es nicht gerade klug, Flüchtlinge aus Kriegsgebieten in der Nähe eines Truppenübungsplatzes unterzubringen etc.). Mit sehr vielen kleinen strukturellen Veränderungen könnte man vermutlich das Sicherheitsgefühl von Flüchtlingen verbessern. Ein Traumaverständnis kann auch auf politischer Ebene wirken, um Lebenssituationen zu schaffen, die die Wahrscheinlichkeit erneuter Grenzverletzungen reduzieren.

In Anbetracht der schiereren Menge an Flüchtlingen kann das breite, inhaltlich und regional weit verzweigte Helfersystem vermutlich nur über Multiplikatoren zeitnah geschult werden oder eben über Ansätze des E-Learning. Sicherlich macht es aber Sinn, Interventions- und Supervisionsgruppen zu organisieren und zu unterstützen, in denen Menschen, die bei ihrem Engagement für Flüchtlinge mit traumatischen Lebensgeschichten konfrontiert werden, die sie nicht mehr loslassen, niederschwellig Unterstützung erfahren.

3.12 Strafvollzug und Forensik

Gefangene im Strafvollzug und insbesondere im Jugendstrafvollzug berichten sehr häufig von traumatischen Erlebnissen (Steinlin & Schmid, 2014; Plattner, Silvermann, Redlich, Carrion, Feucht, Friedrich & Steiner, 2003; Plattner et al., 2009) und leiden weltweit sehr oft unter mehreren psychischen Erkrankungen (vgl. Metaanalyse von Fazel & Seewald, 2015). Nicht zu unterschätzen ist auch, dass viele Gewalttaten durchaus mit traumatischem Erleben assoziiert sein können. Nicht selten leiden Gewalttäter an Alpträumen, Flashbacks und Intrusionen, in denen sie ihre eigene Tat wiedererleben.

Auch die Haftbedingungen in Gemeinschaftszellen können neue Grenzverletzungen begünstigen. Man denke nur an die grauenvollen Berichte davon, dass in deutschen Jugendgefängnissen Häftlinge von ihren Mitinsassen zu Tode gefoltert worden sind. Je nach Studie berichten zwischen 50-95% der Gefängnisinsassinnen und -insassen von traumatischen Erfahrungen (Steinlin & Schmid, 2014). Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Gefängnissen, insbesondere in Jugendgefängnissen, ist im Vergleich zur weiten Verbreitung von schweren psychischen Erkrankungen katastrophal (Fazel, Langstrom, Grann & Fazel, 2008; Fazel, Doll & Langstrom, 2008; Fazel & Seewald, 2012; Grisso, 2004). Die zu geringe Beachtung von psychischen Störungen ist schwierig, weil psychische Erkrankungen mit einer höheren Rückfallgefahr einhergehen (Copeland, Miller-Johnson, Keeler, Angold, & Costello, 2007; Copeland, Wolke, Shanahan, & Costello, 2015). Der erste Tag in Untersuchungshaft ist für viele Betroffene eine sehr belastende Erfahrung, da sie große Ohnmacht empfinden und Flucht- und Kampfpulse ausgeschöpft sind. Traumapädagogische Konzepte lassen sich eher mit dem Gedanken der Resozialisierung und kaum mit der Vorstellung von Bestrafung in Verbindung bringen. Gerade der Jugendstrafvollzug wird von vielen Seiten wegen seiner stigmatisierenden und exkludierenden Wirkung in einem Alter, in dem zentrale Entwicklungsaufgaben anstehen, von vielen Seiten in Frage gestellt (Nickolai & Reindl, 2001; Nickolai & Wichmann, 2007). Die Rückfallraten in der Schweiz, wo mit Jugendlichen und jungen erwachsenen Straftätern primär pädagogisch, agogisch und psychotherapeutisch gearbeitet wird, sind im Vergleich zum deut-

schen System ermutigend (Urbaniok, Rossegger, Fegert, Rubertus & Endrass, 2007; Müller & Rossi, 2009).

Im Strafvollzug können traumapädagogische Konzepte sicherlich nicht eins zu eins umgesetzt werden, eine Sensibilisierung für die Bedürfnisse traumatisierter Gefangener und der dafür notwendigen Rahmenbedingungen tut aber Not. Auch innerhalb eines Zwangskontextes lassen sich traumapädagogische Haltungen umsetzen und leben. Vermutlich ist es gerade unter Zwangskontexten besonders wichtig, Wertschätzung, den guten Grund, Individualisierung zu leben und ein gemeinsames Narrativ über die Notwendigkeit der Maßnahme zu entwickeln (Schmid et al., 2013; Schmid, 2015).

Eine erfolgreiche Resozialisierung ist vermutlich nur dann zu erreichen, wenn die Straftäter zentrale neue Fertigkeiten erlernen und auf die Bewältigung der anstehenden Entwicklungsaufgaben gut vorbereitet werden. Die traumapädagogischen Konzepte können helfen zu verstehen, in welchen Bereichen die jungen Straftäter Unterstützung und Förderung benötigen.

Letztlich kann man traumapädagogische Haltungen nicht nur auf den Strafvollzug, sondern auf den ganzen Prozess mit Begutachtungen, richterlichen Anhörungen etc. übertragen (Steinlin & Schmid, 2014). Psychotraumatologisches Wissen ist daher auch für die Jugendgerichtshilfen, Richter/innen an Straf- und Familiengerichten sowie für Verfahrenspfleger/innen und Kinderanwält/innen hoch relevant.

3.13 Streetwork und Obdachlosenhilfe

Mehrere Studien belegen, dass in kaum einem psychosozialen Bereich mehr traumatisierte Menschen anzutreffen sind als im Bereich der Obdachlosenhilfe.

Reviews und internationale Studien (Pavao et al., 2013) gehen davon aus, dass über 90% der überdauernd Obdachlosen traumatische Erfahrungen gemacht haben. Nicht selten sind es Schicksalsschläge, die dazu führen, dass Betroffene in eine solch prekäre Lebenslage kommen und sämtliche sozialen Bezüge aufgeben. Die jahrelangen Kriege, die fern der Heimat bestritten und in den Familien und sozialen Bezugssystemen oft nicht nachvollzogen werden können, führen mehr und mehr auch dazu, dass es Kriegsveteranen gibt, die sich nicht mehr in die Gesellschaft integrieren können und in Sucht und Obdachlosigkeit abgleiten (Pavao et al., 2013).

Ähnlich wie bei Flüchtlingen führt auch hier die Lebenssituation dazu, dass man extremen Risiken ausgesetzt ist, Opfer von körperlicher oder sexueller Gewalt zu werden.

Psychotraumatologisches Wissen und entsprechende Fallreflektionen in den Teams und den Supervisionen kann den Fachkräften in diesem Bereich helfen, das Verhalten, insbesondere die Vermeidung von emotionalem Kontakt, besser zu verstehen. Es kann sehr helfen zu verstehen, warum die Fluchtimpulse immer dann stärker auftauchen, wenn endlich wieder tragfähige emotional-bezogene Kontakte zu entstehen scheinen. Einige diagnostische und psychoedukative Konzepte aus der Traumapädagogik bewähren sich im Umgang mit Obdachlosen sehr: Ein offenes Gespräch über sichere Orte, die man auf einer Skala von 0-10 einordnet, kann helfen, für Risiken zu sensibilisieren und Hilfsangebote attraktiver zu machen; eine Psychoedukation kann helfen, Symptome besser zu verstehen und liefert teilweise Anknüpfungspunkte für Interventionen etc.

3.14 Traumapädagogik und die „frühen Hilfen“

Auch Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen und Hebammen, die junge, psychosozial belastete Eltern im Rahmen der „frühen Hilfen“ unterstützen, sind häufig mit traumatisierten Eltern konfrontiert und können von psychotraumatologischem Wissen sehr profitieren. Mehrere Studien konnten eindrücklich belegen, wie sehr traumatische Erfahrungen der Eltern die Sensitivität und Handlungsfähigkeit in der Betreuung von Säuglingen beeinträchtigt (Schechter et al., 2006; Berthelot, Ensink, Bernazzani, Normandin, Luyten & Fonagy, 2015). Viele traumatisierte Mütter dissoziieren, wenn ihr Kind nicht sofort zu beruhigen ist und sie in Stress geraten. Durch ihre Nichtreaktion verstärken sie das Schreien des Babys, was in einen Teufelskreis münden kann (s. Lerneinheit 1.1 Trauma in Kindheit und Jugend). Entsprechendes psychotraumatologisches Fachwissen kann helfen, frühzeitig zu reagieren. Als Interventionsmöglichkeit stehen bindungsbasierte Programme zur Förderung der elterlichen Feinfühligkeit wie z.B. die „Entwicklungspsychologische Beratung“ (Ziegenhain, Fries, Bütow & Derksen, 2004) zur Verfügung. Dort werden Schwierigkeiten in der Eltern-Kind-Interaktion, die z.B. durch Belastungen wie Traumatisierung der Eltern entstehen können, aufgegriffen, um Entwicklungsrisiken für die Kinder entgegenzuwirken (Ziegenhain, 2007). Entsprechendes psychotraumatologisches Fachwissen kann helfen, den Hintergrund des elterlichen Verhaltens besser zu verstehen und dementsprechend frühzeitig zu reagieren.

3.15 Noch viele mehr...

Diese Aufzählung ist nur eine Auswahl. Es gibt noch viele psychosoziale Handlungsfelder, in welchen eine höhere Traumasensibilität die Qualität der Beziehungsgestaltung erheblich verbessern und die Fachkräfte in ihrer Arbeit entlasten könnte.

4 Zusammenfassung und Diskussion

Traumapädagogische Konzepte haben sich von der stationären Kinder- und Jugendhilfe aus in viele andere psychosoziale Anwendungsgebiete hinein entwickelt. Diese Diversifikation tut der ganzen Psychotraumatologie sehr gut, da sie die praktische Anwendung des Wissens in verschiedenen Berufsfeldern stärkt. Viele Themen und Fragestellungen, die in Bereichen aufkommen, die auf den ersten Blick einen großen Abstand voneinander haben, wie die Arbeit in der Forensik und im Frauenhaus, können dadurch Gemeinsamkeiten entdecken und sich gegenseitig befruchten. Für die Weiterentwicklung der Traumapädagogik ist es vermutlich entscheidend, diesen Prozess der Diversifizierung in anderen psychosozialen Handlungsfeldern fortzuführen, noch weiter auszubauen und dabei aber die konzeptionelle Weiterentwicklung, auch in der stationären Jugendhilfe, nicht zu vernachlässigen. Für die Zukunft der Traumapädagogik wird es eine Herausforderung sein, sich in allen Handlungsfeldern stetig weiterzuentwickeln und mehr Interventionen und Konzepte zu beschreiben. Für ihren „Markenkern“, insbesondere für die traumapädagogische Haltung, wird es aber fast entscheidender sein, wie sich die Traumapädagogik auch von anderen Ansätzen oder nicht auf die Qualität bedachten Mitläufern abgrenzt und einer Verwässerung des Begriffs Traumapädagogik entgegenwirkt (Schmid, 2013). Wichtig wird die Frage sein, inwiefern es gelingt, die Standards (Lang et al., 2011) und die darin abgebildeten Prozess- und Strukturqualitätsmerkmale so zu beschreiben, überprüfbar zu machen und zu halten, dass es auch für zuweisende Behörden (Jugendämter, etc.) schnell möglich wird, diese zu überprüfen und diese Merkmale dann bei Auswahl der geeigneten Hilfeform zu berücksichtigen. Um sich selbst vor schwarzen Schafen und Mitläufern zu schützen, sollten alle traumapädagogischen Wohngruppen/Institutionen ein Eigeninteresse daran haben, ihre Ergebnisqualität zu sichern und die Prozesse, die sie mit den Kindern machen (fallbezogen, aber auch auf einer institutionellen Ebene), über alle Kinder hinweg zu beschreiben (Schmid 2013, Schmid et al. 2012). Eine solche flächendeckende Qualitätssicherung wäre auch eine hervorragende Grundlage für zukünftige Forschungsprojekte und eine gute Chance, die Hauptstärke der Traumapädagogik, nämlich ihre Offenheit gegenüber wissenschaftlichen Evaluationen, zu erhalten bzw. weiter auszubauen (Gahleitner & Schmid, 2014). Nachdem aktuell viele wissenschaftliche Projekte zur Evaluation von traumapädagogischen Prozessen auslaufen, wäre es wichtig, die Erkenntnisse aus diesen Forschungsprojekten derart aufzubereiten, dass sie erstens einer großen Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht werden und zweitens die Grundlage für weitere erfolgreiche Forschungsanträge, auch in anderen psychosozialen Handlungsfeldern, darstellen können. Nur mit einer ausreichend fundierten Begleitforschung lässt sich die Bedeutung und Notwendigkeit der Weiterentwicklung und Ausweitung auf andere psychosoziale Handlungsfelder belegen.

Gerade die Anwendung der Traumapädagogik in anderen psychosozialen Handlungsfeldern sollte sich somit ebenfalls von Beginn an konsequent um eine Begleitforschung bemühen. Viele der sich im Bereich der Jugendhilfe bewährten Forschungskonzepte mit der Kombination von qualitativen und quantitativen Methoden lassen sich ohne großen Aufwand auf andere psychosoziale Handlungsfelder übertragen und dort vermutlich ähnlich erfolgreich realisieren.

Die Ausweitung der Traumapädagogik auf andere psychosoziale Handlungsfelder zeigt auch, dass es wichtig ist, Traumapädagogik nicht nur bezogen auf ein System, sondern multisystemisch zu betrachten, die Schnittstellen und Kooperationsbeziehungen zwischen den einzelnen Handlungsfeldern, die oft auch über verschiedene Sozialgesetzbücher finanziert sind, zu analysieren und dort auch Projekte im Bereich der Versorgungsforschung aufzuschalten. Gerade für komplex traumatisierte Menschen mit den vielen Beziehungsabbrüchen und Teilhabebeeinträchtigungen stellen die Übergänge innerhalb des psychosozialen Hilfesystems mit den einzelnen Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangeboten oft eine unüberwindliche Hürde dar. Eine höhere Traumasensibilität bei der Gestaltung der Übergänge innerhalb und zwischen den unterschiedlichen Hilfesystemen könnte dazu beitragen, die Übergänge von einem System in das andere zu erleichtern oder gar eine gemeinsame Fallverantwortung zu definieren, so dass diese von den Adressaten der Hilfen nicht als erneuter Beziehungsabbruch erlebt werden. Auch für die Verbindung von elternzentrierten und kindzentrierten Hilfen ergeben sich durch die konsequente Anwendung von traumapädagogischen Konzepten und die Einnahme einer Mehrgenerationenperspektive neue Ansatzpunkte.

Literatur zur Vertiefung

Fegert, J. M., Ziegenhain, U., & Goldbeck, L. (2010). Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. Weinheim: Juventa.

Gahleitner, S. B., Hensel, T., Baierl, M., Kühn, M., & Schmid, M. (2014). *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (S. B. Gahleitner, T. Hensel, M. Baierl, M. Kühn & M. Schmid Eds.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

5 Literatur

- Aarons, G. A., James, S., Monn, A. R., Raghavan, R., Wells, R. S., & Leslie, L. K. (2010). Behavior problems and placement change in a national child welfare sample: a prospective study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(1), 70-80.
- Afari, N., Ahumada, S. M., Wright, L. J., Mostoufi, S., Golnari, G., Reis, V., & Cuneo, J. G. (2014). Psychological Trauma and Functional Somatic Syndromes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*, 76(1), 2-11.
- Aichhorn, A. (2005). Verwaehrte Jugend. Die Psychoanalyse in der Fürsorgeerziehung (11 ed.). Göttingen: Hogrefe.
- Ancharoff, M. R., Munroe, J. F., & Fisher, L. M. (1998). The legacy of combat trauma: Clinical implications of intergenerational transmission *International handbook of multigenerational legacies of trauma* (pp. 257-276). New York: Plenum Press.
- Ager, A., Pasha, E., Yu, G., Duke, T., Eriksson, C., & Cardozo, B. L. (2012). Stress, Mental Health, and Burnout in National Humanitarian Aid Workers in Gulu, Northern Uganda. *Journal of Traumatic Stress*, 25(6), 713-720.
- Arnold, J. (2010). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Pflegekindern: Psychische Belastung, posttraumatische Symptomatik und kindliche Verhaltensauffälligkeiten. (Dissertation; Literature), Ludwig-Maximilians-Universität, München. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyn&AN=0229050>
- Bausum, J. (2013). Über die Bedeutung von Gruppe in der traumapädagogischen Arbeit in der stationären Jugendhilfe. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreae de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiss & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe* (pp. 175-186). Weinheim: Beltz Juventa.
- Berthelot, N., Ensink, K., Bernazzani, O., Normandin, L., Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: the role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, 36(2), 200-212.

- Besier, T., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2009). Evaluation of psychiatric liaison-services for adolescents in residential group homes. *European Psychiatry, 24*(7), 483-489.
- Bettelheim, B. (2007). Liebe allein genügt nicht. Die Erziehung emotional gestörter Kinder (12 ed.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bion, W. R. (2006). *Aufmerksamkeit und Deutung*. Tübingen: Edition Diskord.
- Blülle, S., & Gahleitner, S. B. (2014). Traumasensibilität in der Kinder- und Jugendhilfe. In S. B. Gahleitner, T. Hensel, M. Baierl, M. Kühn & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (pp. 103-117). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Böhmer, M. (2012). Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen. *Sozial Extra, 36*(5-6), 29-31.
- Bowker, L. H. (1988). The effect of methodology on subjective estimates of the differential effectiveness of personal strategies and help sources used by battered women *Coping with family violence: Research and policy perspectives* (pp. 80-92). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc; US.
- Copeland, W. E., Wolke, D., Shanahan, L., & Costello, E. (2015). Adult functional outcomes of common childhood psychiatric problems: A prospective, longitudinal study. *JAMA Psychiatry*.
- Copeland, W. E., Miller-Johnson, S., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Childhood psychiatric disorders and young adult crime: a prospective, population-based study. *The American Journal of Psychiatry, 164*(11), 1668-1675.
- Di Gallo, A., Barton, J., & Parry-Jones, W. L. (1997). Road traffic accidents: Early psychological consequences in children and adolescents. *The British Journal of Psychiatry, 170*(4), 358-362.
- Eigenheer, R., Rhiner, B., Schmid, M., & Schramm, E. (2015). Störung des Sozialverhaltens bei Jugendlichen. Die Multisystemische Therapie in der Praxis. Göttingen: Hogrefe.
- Elbert, T., Schauer, M., & Neuner, F. (2015). Narrative exposure therapy (NET): Reorganizing memories of traumatic stress, fear, and violence *Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for*

clinicians (pp. 229-253). Cham, Switzerland: Springer International Publishing; Switzerland.

Fantuzzo, J., Boruch, R., Beriama, A., Atkins, M., & Marcus, S. (1997). Domestic Violence and Children: Prevalence and Risk in Five Major U.S. Cities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(1), 116-122.

Fazel, S., & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: Systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200(5), 364-373.

Fazel, M. (2015). A moment of change: Facilitating refugee children's mental health in UK schools. *International Journal of Educational Development*, 41, 255-261.

Fazel, M., Langstrom, N., Grann, M., & Fazel, S. (2008). Psychopathology in adolescent and young adult criminal offenders (15-21 years) in Sweden. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(4), 319-324.

Fazel, S., Doll, H., & Langstrom, N. (2008). Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: a systematic review and metaregression analysis of 25 surveys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(9), 1010-1019.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., . . . Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.

Friedrich, R., & Schmid, M. (2014). Pflegefamilie oder Heim? Wann und für wen ist ein Leben ausserhalb der eigenen Familie sinnvoll? *Pädiatrie*(1), 25-29.

Frölich, J., Döpfner, M., Biegert, H., & Lehmkuhl, G. (2002). Praxis des pädagogischen Umgangs von Lehrern mit hyperkinetisch-aufmerksamkeitsgestörten Kindern im Schulunterricht. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 51(6), 494-506.

Gahleitner, S. B., & Schmid, M. (2014). Traumapädagogische Forschung und Qualitätssicherung. In S. B. Gahleitner, T. Hensel, M. Baierl, M. Kühn & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (pp. 280-293). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Gahleitner, S. B., & Schleiffer, R. (2010). Bindung und Trauma. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Eds.), *Gefährdete Kindheit - Risiko, Resilienz und Hilfen*. Series: Klinische Sozialarbeit, Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Band 3 (pp. 28-41). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Gassmann, Y. (2009). *Pflegeeltern und ihre Pflegekinder. Empirische Analysen von Entwicklungsverläufen und Ressourcen im Beziehungsgeflecht*. Münster: Waxmann.
- Geier, K., Daqieq, B., & Schlüter-Müller, S. (2012). Kultursensible Hilfen für traumatisierte Flüchtlinge. In M. Schmid, M. Tetzer, K. Rensch & S. Schlüter-Müller (Eds.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (pp. 259-277). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Gintzel, U., & Schone, R. (1990). *Zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Münster: Votum.
- Girzone, R. (2004). *Kinder als Zeuginnen und Mitbetroffene*. Zürich: Workshop der Fortbildung „Gewaltdynamik – Interventionen – Begleitung betroffener Frauen“.
- Goldbeck, L. (2011). Häusliche Gewalt. Psychische Folgen für Kinder. In S. Walper, J. Fichtner & K. Normann (Eds.), *Hochkonfliktvolle Trennungsfamilien. Forschungsergebnisse, Praxiserfahrungen und Hilfen für Scheidungseltern und ihre Kinder* (pp. 131-142). Weinheim: Beltz Juventa.
- Gomolla, A. (2009). *Auswirkungen häuslicher Gewalt auf Kinder und ihre Mütter unter Gesichtspunkten einer entwicklungsorientierten Psychotraumatologie*. Universität Konstanz.
- Grasmann, D., Libal, E., Goldbeck, L., Fegert, J. M., & Ziegenhain, U. (2005). Bindungsorientierte Diagnostik von Säuglingen in der Arbeit mit Pflegekindern und ihren Familien. *Frühförderung interdisziplinär*, 24(3), 107-114.
- Grisso, T. (2004). *Double Jeopardy*. New York: Guilford.
- Hart, A. (2006). Die alltäglichen kleinen Wunder - Bindungsorientierte Therapie zur Förderung der psychischen Widerstandsfähigkeit (Resilienz) von Pflege- und Adoptivkindern. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Eds.), *Kinder ohne Bindung* (pp. 190-222). Stuttgart: Klett-Cotta.

- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (2009). *Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents* (2 ed.). New York: Guilford Press.
- Henn, K., Thurn, L., Besier, T., Künster, A., Fegert, J.M. & Ziegenhain, U. (2014).
- Schulbegleiter als Unterstützung von Inklusion im Schulwesen: Erhebung zur gegenwärtigen Situation von Schulbegleitern in Baden-Württemberg. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 42 (6), 397-403
- Hensel, T. (2012). Ambulante Traumatherapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen - Methoden und Techniken. In K.-. Hennicke (Ed.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung* (pp. 149-171). Berlin: Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.
- Jaffee, S., Caspi, A., Moffitt, T. E., Belsky, J., & Silva, P. (2001). Why are children born to teen mothers at risk for adverse outcomes in young adulthood? Results from a
- Jaritz, C., Wiesinger, D., & Schmid, M. (2008). Traumatische Lebensereignisse bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe. *Trauma & Gewalt*, 2(4), 266-277.
- Jones, L., Bellis, M. A., Wood, S., Hughes, K., McCoy, E., Eckley, L., . . . Officer, A. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*, 380(9845), 899-907.
- Kazak, A. E., Boeving, C. A., Alderfer, M. A., Hwang, W. T., & Reilly, A. (2005). Posttraumatic stress symptoms during treatment in parents of children with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23(30), 7405-7410.
- Keller, A. (2013). Familienplatzierungs-Organisationen. In Integras (Ed.), *Leitfaden Fremdplatzierung* (pp. 88-97). Zürich: Integras.
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R., & Kenny, E. D. (2003). Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 339-352.
- Klein, S., Wawrok, S., & Fegert, J. M. (1999). Sexuelle Gewalt in der Lebenswirklichkeit von Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung – Ergebnisse eines Forschungsprojekts. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 48(7), 497-513.

- Koppelin, F. (2013). Stress in der Altenpflege. Supervision und Salutogenese als Mittel der Psychohygiene für Altenpflegekräfte. Hamburg: Diplomica Verlag GmbH.
- Korczak, J. (2014). *Wie man ein Kind lieben soll* (16 ed.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kühn, M., & Bialek, J. (2014). Traumatisierte Kinder und Jugendliche mit geistigen Behinderungen: Zum Auftrag der Pädagogik. In S. B. Gahleitner, T. Hensel, M. Baierl, M. Kühn & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (pp. 225-238). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Landolt, M. A., Schnyder, U., Maier, T., Schoenbucher, V., & Mohler-Kuo, M. (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adolescents: A national survey in Switzerland. *Journal of Traumatic Stress, 26*(2), 209-216.
- Landolt, M. A., Vollrath, M. E., Gnehm, H. E., & Sennhauser, F. H. (2009). Post-traumatic stress impacts on quality of life in children after road traffic accidents: prospective study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 43*(8), 746-753.
- Lang, B., Schirmer, C., Lang, T., Andreae de Hair, I., Wahle, T., Bausum, J., . . . Schmid, M. (2013). Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim: Beltz Juventa.
- Lang, B., Schirmer, C., de Hair, I. A., Wahle, T., Lang, T., Stolz, A., . . . Bausum, J. (2011). Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder und Jugendhilfe. Ein Positionspapier der BAG Traumapädagogik. Gnarrenburg: BAG Traumapädagogik.
- Leeners, J., Bässler, M., & Schmid, M. (2013). Management von grenzverletzendem Verhalten in sozialpädagogischen Institutionen für Kinder und Jugendliche: Der Bündner Standard. *Zeitschrift für Heilpädagogik*(6), 237-248.
- Löble, M., Goller-Martin, S., Roth, B., Konrad, M., Bernhard, A., Naumann, A., & Felbel, D. (1999). Familienpflege für Jugendliche mit ausgeprägten psychischen Störungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 48*(5), 366-371.
- Lusk, M., & Terrazas, S. (2015). Secondary Trauma Among Caregivers Who Work With Mexican and Central American Refugees. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 37*(2), 257-273

- Misch, F. (2014). Psychische Belastungen in der stationären Altenpflege: Der Umgang mit Demenzerkrankten und der Einfluss des Führungsverhaltens auf die Gesundheit der Pflegenden. Hamburg: Diplomica Verlag GmbH.
- Möhrlein, G., & Hoffart, E.-M. (2014). Traumapädagogische Konzepte in der Schule. In S. B. Gahleitner, T. Hensel, M. Baierl, M. Kühn & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (pp. 91-102). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Müller, D., & Rossi, D. (2009). Rückfall nach Massnahmenvollzug. Eine Studie zur Rückfälligkeit von jungen Erwachsenen aus den Massnahmenzentren Arxhof und Uitikon. Zugriff <http://www.baselland.ch/fileadmin/baselland/files/docs/jpd/arxhof/rueckfallstudie.pdf>.
- Müller, U., Schröttle, M., Glammeier, S., & Oppenheimer, C. (2004). Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Berlin.
- Najavits, L. M. (2008). Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch: Das Therapieprogramm "Sicherheit finden". Göttingen: Hogrefe.
- Nickolai, W., & Reindl, R. (2001). Sozialer Ausschluss durch Einschluss: Strafvollzug und Straffälligenhilfe zwischen Restriktion und Resozialisierung. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Nickolai, W., & Wichmann, C. (2007). Jugendhilfe und Justiz. Gesucht: Bessere Antworten auf Jugendkriminalität. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Opp, G., & Brosch, A. (2010). *Lebensraum Schule: Raumkonzepte planen, gestalten, entwickeln*. Stuttgart: Fraunhofer Irb Verlag.
- Opp, G., & Unger, N. (2006). Kinder stärken Kinder. Positive Peer Culture in der Praxis. Hamburg: körper edition.
- Oswald, S. H., & Goldbeck, L. (2009). Traumatisierung und psychische Auffälligkeiten bei Pflegekindern. *Trauma & Gewalt*, 3(4), 304-314.
- Patel, N., Kellezi, B., & Williams, A. C. (2014). Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, Cdo09317.

- Pavao, J., Turchik, J. A., Hyun, J. K., Karpenko, J., Saweikis, M., McCutcheon, S., . . . Kimerling, R. (2013). Military sexual trauma among homeless veterans. *Journal of General Internal Medicine, 28*(Suppl 2), S536-S541.
- Pérez, T., Di Gallo, A., Schmeck, K., & Schmid, M. (2011). Zusammenhang zwischen interpersoneller Traumatisierung, auffälligem Bindungsverhalten und psychischer Belastung bei Pflegekindern. *Kindheit und Entwicklung, 20*(2), 72-82.
- Petermann, F., Besier, T., Büttner, P., Rücker, S., Schmid, M., & Fegert, J. M. (2014). Vorläufige Schutzmassnahmen für gefährdete Kinder und Jugendliche. Inobhutnahmen in Deutschland. *Kindheit und Entwicklung, 23*(2), 124-133.
- Plattner, B., Silvermann, M. A., Redlich, A. D., Carrion, V. G., Feucht, M., Friedrich, M. H., & Steiner, H. (2003). Pathways to dissociation: intrafamilial versus extrafamilial trauma in juvenile delinquents. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 191*(12), 781-788.
- Plattner, B., Steiner, H., The, S. S., Kraemer, H. C., Bauer, S. M., Kindler, J., . . . Feucht, M. (2009). Sex-specific predictors of criminal recidivism in a representative sample of incarcerated youth. *Comprehensive Psychiatry, 50*(5), 400-407.
- Polnay, L., Glaser, A. W., & Dewhurst, T. (1997). Children in residential care; what cost? *Archives of Disease in Childhood, 77*(5), 394-395.
- Redl, F. (1971). *Erziehung schwieriger Kinder*. München: Piper.
- Rhiner, B., Schmid, M., & Fürstenau, U. (2012). MST CAN – Multisystemische Therapie Child Abuse and Neglect. Ein evidenzbasiertes Therapieverfahren im Bereich Kinderschutz. *Zeitschrift Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, 15*(2), 112-125.
- Rienas, S. (2008). Umgang mit traumatisierten Kindern in der »Förderschule für emotionale und soziale Entwicklung«. In E. E. e. V. (EREV) (Ed.), *Schule für Erziehungshilfe: "Vielfalt statt Einfalt". DIE Chance für das förderungsbedürftige Kind. Schriftenreihe 3/2008* (Vol. 49, pp. 80-95). Hannover: SchöneworthVerlag.
- Rubin, D. M., Alessandrini, E. A., Feudtner, C., Mandell, D. S., Localio, A. R., & Hadley, T. (2004). Placement stability and mental health costs for children in foster care. *Pediatrics, 113*(5), 1336-1341.
- Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Schauer, E., Catani, C., & Elbert, T. (2012). KIDNET - Narrative Expositionstherapie (NET) für Kinder. In M. A. Landolt & T. Hensel

(Eds.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen* (pp. 120-149). Göttingen: Hogrefe.

Ruf, M., Schauer, M., & Elbert, T. (2009). Raum für den Dritten - Sprachmittler in der Therapie von Flüchtlingen. *Psychotherapie zu Dritt, Zeitschrift fuer Flüchtlingspolitik*, 4(125), 10-14.

Ryan, J. P., & Testa, M. F. (2005). Child maltreatment and juvenile delinquency: Investigating the role of placement and placement instability. *Children and Youth Services Review*, 27(3), 227-249.

Schäfer, I., Schulze, C., & Stubenvoll, M. (2011). Psychotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen und Posttraumatischer Belastungsstörung. *Sucht*, 57(5), 353-361.

Schechter, D. S., Myers, M. M., Brunelli, S. A., Coates, S. W., Zeanah, C. H., Davies, M., . . . Liebowitz, M. R. (2006). Traumatized mothers can change their minds about their toddlers: Understanding how a novel use of videofeedback supports positive change of maternal attributions. *Infant Mental Health Journal*, 27(5), 429-447.

Schmid, M., & Fegert, J. M. (2015). Traumasensibilität und Traumapädagogik in der stationären Jugendhilfe. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger & A. Maercker (Eds.), *Handbuch Psychotraumatologie* (2 ed., pp. 489-515). Stuttgart, d: Klett-Cotta.

Schmid, M., & Fegert, J. M. (2015). Zur Rekonstruktion des "sicheren Ortes". Zum traumapädagogischen Umgang mit Grenzverletzungen in (teil-)stationären Settings. In J. M. Fegert & M. Wolff (Eds.), *Kompodium "Sexueller Missbrauch in Institutionen". Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention* (pp. 531-600). Weinheim: Beltz Juventa.

Schmid, M. (2014). Eine Traumapädagogik braucht es, weil ... - Die Projektidee und Überlegungen zur konkreten Umsetzung des Projekts. In Evangelischer Erziehungsbund (Ed.), *EREV-Schriftenreihe: Traumapädagogik und ihre Bedeutung für pädagogische Einrichtungen. Ein Projekt des Universitätsklinikums Ulm mit dem CJD e. V.* (Vol. 6, pp. 13-37). Hannover: SchöneworthVerlag.

Schmid, M., Purtscher, K., & Stellermann-Strehlow, K. (2014). Traumasensibilität und traumapädagogische Konzepte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie. In S. B. Gähleitner, T. Hensel, M. Baierl, M. Kühn & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (pp. 174-191). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Schmid, M., Dölitzsch, C., Pérez, T., Jenkel, N., Schmeck, K., Kölch, M., & Fegert, J. M. (2014). Welche Faktoren beeinflussen Abbrüche in der Heimerziehung – welche Bedeutung haben limitierte prosoziale Fertigkeiten? *Kindheit und Entwicklung*, 23(3), 161-173.
- Schmid, M., Pérez, T., Schröder, M., & Gassmann, Y. (2014). Möglichkeiten der traumasensiblen/-pädagogischen Unterstützung. In S. B. Gahleitner, T. Hensel, M. Baierl, M. Kühn & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (pp. 118-132). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmid, M. (2013). Psychisch belastete Kinder in der Heimerziehung eine kooperative Herausforderung. In Integras (Ed.), *Leitfaden Fremdplatzierung* (pp. 142-160). Zürich: Integras.
- Schmid, M., Fegert, J. M., & Kölch, M. (2013). Komplex traumatisierte Kinder, Jugendliche und Heranwachsende. In J. M. Fegert & M. Kölch (Eds.), *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* (pp. 260-277): Springer.
- Schmid, M., Kölch, M., Fegert, J. M., Schmeck, K., & MAZ.-Team. (2013). Abschlussbericht Modellversuch Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen. Zugriff unter:
<https://www.bj.admin.ch/dam/data/bj/sicherheit/smv/modellversuche/evaluationsberichte/maz-schlussbericht-d.pdf>.
- Schmid, M., & Lang, B. (2013). Überlegungen zum traumapädagogischen Umgang mit Regeln. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreae de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiss & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (pp. 280-308). Weinheim: Beltz Juventa.
- Schmid, M. (2012). Psychotherapie von Traumafolgestörungen im Kontext der stationären Jugendhilfe. In M. A. Landolt & T. Hensel (Eds.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen* (2 ed., pp. 404-440). Göttingen: Hogrefe.
- Schmid, M., Fegert, J. M., & Opp, G. (2012). Schule als besondere Herausforderung für psychisch belastete Kinder und Jugendliche - Sozialpädagogische und kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Überlegungen. In M. Schmid, M. Tetzler, K. Rensch & S. Schlüter-Müller (Eds.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (pp. 457-472). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Schmid, M., Schröder, M., & Jenkel, N. (2012). Traumatisierte Kinder zwischen Psychotherapie und stationärer Jugendhilfe - gemeinsame Falldefinition und Hilfeplanung anhand von EQUALS. In S. B. Gahleitner & H. G. Homfeldt (Eds.), *Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste* (pp. 133-158). Weinheim: Beltz Juventa.
- Schmid, M., Fegert, J. M., & Opp, G. (2012). Schule als besondere Herausforderung für psychisch belastete Kinder und Jugendliche - Sozialpädagogische und kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Überlegungen. In M. Schmid, M. Tetzler, K. Rensch & S. Schlüter-Müller (Eds.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (pp. 457-472). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmid, M., Tetzler, M., Rensch, K., & Schlüter-Müller, S. (Eds.). (2012). *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmid, M., & Pérez, T. (2011). Bindungsentwicklung bei Pflegekindern – Belastung und Unterstützung von Pflegeeltern. *Netz(2)*, 28-30.
- Schmid, M. (2010). Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe: "Traumasensibilität" und "Traumapädagogik". In J. M. Fegert, U. Ziegenhain & L. Goldbeck (Eds.), *Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung* (pp. 36-60). Weinheim: Juventa.
- Schmid, M., Lang, B., Gahleitner, S. B., Weiss, W., & Kühn, M. (2010). Trauma - ein psychosoziales Geschehen: Die Bedeutung traumapädagogischer Konzepte für die stationäre Kinder- und Jugendhilfe. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Eds.), *Gefährdete Kindheit - Risiko, Resilienz und Hilfen. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 3* (pp. 238-249). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Schmid, M. (2007). Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. Weinheim: Juventa.
- Schmid, M. (2007). Stationärer Kontext - Kooperation zwischen stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie und stationärer Jugendhilfe bei Adoleszenten mit einer Borderline -Persönlichkeitsstörung. In R. Brunner & F. Resch (Eds.), *Borderline-Störungen und selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen: Ätiologie, Diagnostik und Therapie* (pp. 195-229). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Schoch, J. (1989). Heimerziehung als Durchgangsberuf? Eine theoretische und empirische Studie zur Personalfuktuation in der Heimerziehung. Weinheim: Juventa.
- Schrötle, M., & Ansoerge, N. (2008). Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen Eine sekundäranalytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin.
- Slobodin, O., & de Jong, J. T. (2015). Family interventions in traumatized immigrants and refugees: A systematic review. *Transcultural Psychiatry*.
- Stalder, T., Tietze, A., Steudte, S., Alexander, N., Dettenborn, L., & Kirschbaum, C. (2014). Elevated hair cortisol levels in chronically stressed dementia caregivers. *Psychoneuroendocrinology*, 47, 26-30.
- Steinlin, C., Fischer, S., Döhlitzsch, C., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2015). Pädagogische Arbeit in Kinder und Jugendhilfeeinrichtungen, eine gefahrgeneigte Tätigkeit. *Trauma & Gewalt*, 9(1), 22-33.
- Steinlin, C., & Schmid, M. (2014). Traumasensibilität und traumapädagogische Haltung in der forensischen Psychiatrie. In S. B. Gahleitner, T. Hensel, M. Baierl, M. Kühn & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (pp. 192-209). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 170(10), 1114-1133.
- Unterberg, A., Schröder, M., Pérez, T., Di Gallo, A., & Schmid, M. (2013). Der Zusammenhang von elterlichem Stress, Bindungsproblemen und psychischer Belastung von Pflegekindern. *Familiendynamik*, 38(4), 278-288.
- Urbaniok, F., Rossegger, A., Fegert, J., Rubertus, M., & Endrass, J. (2007). Legalbewährung junger Straftäter nach Entlassung aus Arbeitserziehungsmassnahmen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56(2), 109-122.
- Weisberg, R. B., Bruce, S. E., Machan, J. T., Kessler, R. C., Culpepper, L., & Keller, M. B. (2002). Nonpsychiatric Illness Among Primary Care Patients With Trauma Histories and Posttraumatic Stress Disorder. *Psychiatric Services*, 53(7), 848-854.

- Weitzel-Polzer, E. (2002). Demenz, Trauma und transkulturelle Pflege –Der komplexe Pflegebedarf in der jüdischen Altenpflege in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35(3), 190-198.
- Widom, C. S., Czaja, S. J., Bentley, T., & Johnson, M. S. (2012). A Prospective Investigation of Physical Health Outcomes in Abused and Neglected Children: New Findings From a 30-Year Follow-Up. *American Journal of Public Health*, 102(6), 1135-1144.
- Witt, A., Rassenhofer, M., Fegert, J.M. & Plener, P. L. (2015) Hilfebedarf und Hilfsangebote in der Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Eine systematische Übersicht. *Kindheit und Entwicklung*, 24 (4), 209 – 224
- Widom, C. S., Czaja, S. J., Bentley, T., & Johnson, M. S. (2012). A Prospective Investigation of Physical Health Outcomes in Abused and Neglected Children: New Findings From a 30-Year Follow-Up. *American Journal of Public Health*, 102(6), 1135-1144.
- Wolf, K. (2015). *Sozialpädagogische Pflegekinderforschung*. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Wolf, K., & Meysen, T. (2011). Was tut sich im Pflegekinderwesen und in der Pflegekinderhilfe? *Forum Erziehungshilfen*, 17(4), 196-202.
- Wolf, K. (2006). Pflegekinderwesen im Aufbruch? *Jugendhilfe-Report des Landschaftsverbandes Rheinland*(2), 6-9.
- Woolf, C., Muscara, F., Anderson, V. A., & McCarthy, M. C. (2015). Early traumatic stress responses in parents following a serious illness in their child: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings Aug* (Pagination), No Pagination Specified.
- Zakopoulou, V., Pashou, T., Tzavelas, P., Christodoulides, P., Anna, M., & Iliana, K. (2013). Learning difficulties: a retrospective study of their co morbidity and continuity as indicators of adult criminal behaviour in 18-70-year-old prisoners. *Research in Developmental Disabilities*, 34(11), 3660-3671.
- Ziegenhain, U. (2007). Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenzen bei jugendlichen Müttern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 8, 660-675.
- Ziegenhain, U., Fegert, J. M., Petermann, F., Schneider-Hassloff, H., & Künster, K. (2014). Inobhutnahme und Bindung. *Kindheit und Entwicklung*, 23(4), 248-259.

Ziegenhain, U., Fries, M., Bütow, B., Derksen, B. (2004). Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern. Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe. Juventa: Weinheim.

Zullinger, H. (1977). Schwierige Kinder. Zwölf Kapitel über Erziehung, Erziehungsberatung und Erziehungshilfe. Bern: Hans Huber.