

Brauchen wir eine Traumapädagogik? – Ein Plädoyer für die Entwicklung und Evaluation von traumapädagogischen Handlungskonzepten in der stationären Jugendhilfe

Marc Schmid, Detlev Wiesinger, Birgit Lang, Karol Jaszkowic
und Jörg M. Fegert

Zusammenfassung

In diesem Beitrag wird die Notwendigkeit der Entwicklung von traumapädagogischen Konzepten in der stationären Jugendhilfe erörtert. Der Bedarf an traumapädagogischen Konzepten begründet sich einerseits aus dem hohen Anteil traumatisierter Kinder und Jugendlicher in der Heimerziehung und andererseits aus den empirischen Befunden und Beobachtungen, dass es gerade diese massiv psychisch und psychosozial belasteten Jugendlichen sind, welche die stationäre Jugendhilfe im besonderen Maße herausfordern und in klassischen Jugendhilfemaßnahmen häufig scheitern. Die Autoren definieren ihr Verständnis des Begriffes „Traumapädagogik“ und beschreiben ihr theoretisches Konzept auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen über Traumatisierung und deren vielfältigen Symptomen in Grundzügen. Die Nutzung von entwicklungspsychopathologischen Erkenntnissen für konkrete Interventionen und individuelle (heil-)pädagogische Förderung im Alltag der traumatisierten Kinder und Jugendlichen wird dabei als zentrales Ziel definiert. Es wird somit eine klare Abgrenzung zu psychotherapeutischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Interventionen vorgenommen. Das in dieser Abhandlung vorgestellte Modell wird momentan im Rahmen einer stationären Wohngruppe in die Praxis umgesetzt und einer Evaluation unterzogen.

Schlagwörter: Traumapädagogik – stationäre Jugendhilfe – traumatisierte Kinder – pädagogische Methoden – Milieutherapie

Summary

Is there a need for trauma pedagogic interventions? – A pleading for the development and the evaluation from trauma pedagogic concepts in youth welfare and residential care

In this report the necessity for pedagogic concepts for the treatment of traumatized children and adolescents in residential care institutions will be reconsidered. These competence needs are based on a very high prevalence of traumatized children in youth welfare

institutions and the empirical findings that traumatized children with severe psychopathology challenges face in their institutions, and often fail in unspecific residential care. The authors define their understanding regarding trauma pedagogic interventions and describe the main features of their pedagogic concept. The intention is to use the knowledge pertaining to the trauma and the development of psychopathology in daily work and the encouragement of traumatized children with specific pedagogic interventions. The authors differ strictly between pedagogic interventions and child and adolescent psychiatric and psychotherapeutic treatment. The visualized model is implemented in one residential care group and an evaluation has begun.

Key words: trauma pedagogic – youth welfare institutions– traumatized children – pedagogic interventions – milieu therapy

1 Einleitung: Traumapädagogik – stationäre Jugendhilfe – traumatisierte Kinder

In der Psychotherapieforschung richtet man in den letzten Jahren immer mehr Aufmerksamkeit auf die Behandlung von Traumatisierungen und deren Folgen. Trauma wird dabei als überwältigendes Erlebnis definiert, welches mit einer ernsthaften Bedrohung für die Sicherheit und körperliche Unversehrtheit des Patienten oder einer nahe stehenden Person einhergeht und sich darin auszeichnet, dass in der Situation intensive Angst, Hilflosigkeit und Entsetzen empfunden werden. Besonders stark traumatisierend wirken vor allem Situationen in denen die Bedrohung dementsprechend geartet ist, dass die gewöhnlichen Bewältigungsmechanismen Flucht oder Kampf nicht möglich sind, das Opfer zur Passivität gezwungen ist und in einer Art Todstellreflex und Abspaltung aller Gefühle und Empfindungen innerpsychische Mechanismen aktivieren muss, um das unvorstellbare Erlebnis „überleben“ oder einigermassen bewältigen zu können.

Das größere Interesse der Psychotherapie ist unter anderem auf die Fortschritte der neurophysiologischen und neuropsychologischen Forschung zurückzuführen, welche immer mehr Nachweise für direkte Folgen von Traumata auf der Ebene von Neurotransmittern erbringen, die über die Plastizität des Gehirnes auch zu minimalen, in bildgebenden Verfahren (CT, MRT) nachweisbaren Veränderungen in der Neuroanatomie führen (Überblick bei Huber 2003a; van der Kolk et al. 2002), weshalb sich die strikte Trennung zwischen biologischen und psychosozialen Ursachen und der Behandlung von psychischen Störungen endgültig nicht mehr aufrecht erhalten lässt (vgl. Grawe 2005). Für die Behandlung aktuell und/oder chronisch traumatisierter Menschen wurden auch mehrere manualisierte Therapieverfahren unterschiedlicher Therapieschulen entwickelt,

z. B. die EMDR-Technik von Shapiro (2000), die im deutschsprachigen Raum vor allem von Hoffmann (1999) vertreten wird. EMDR ist mit einigen Adaptationen auch für Kinder und Jugendliche geeignet (Greenwald 2001, Hoffmann u. Besser 2005). Der wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweis ist diesem Verfahren nun auch in kontrollierten randomisierten Studien mit Kindern und Adoleszenten gelungen (Überblick bei Hensel 2006). Imaginative Verfahren spielen bei der Traumatherapie ebenfalls eine wichtige Rolle (Reddemann 2004) und werden häufig entweder als eigenständiges Verfahren oder mit anderen traumatherapeutischen Verfahren kombiniert eingesetzt (Sachsse 2004, Huber 2003b). Andere Therapieansätze sind ausdrucksorientierter und setzen sich über (gestalt-)therapeutische Techniken aus einer sicheren Position mit Tätern und dem Tathergang auseinander (Schmucker u. Vetter 1996, Buttolo et al. 1998).

Die in wissenschaftlichen Untersuchungen erfolgreichsten und am besten belegten Ansätze orientieren sich noch stärker an kognitiv-verhaltenstherapeutischen Modellen zur Entstehung von posttraumatischen Störungen (Boos 2005, Ehlers 1999). Die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätze von Cohen et al. (2004) erwiesen sich bei Kindern auch in kontrollierten Studien den unspezifischen psychotherapeutischen Ansätzen überlegen.

Die belegten verschiedenen traumatherapeutischen Ansätze haben viele Gemeinsamkeiten. Alle wirksamen Therapieansätze betonen die Bedeutung einer therapeutischen Beziehung, einer ressourcenorientierten Stabilisierungsphase und einer behutsamen, graduierten, gut strukturierten Konfrontation mit traumatischen Erinnerungen und Bildern. Schepker (1997) plädiert bei Kindern und Jugendlichen für eine multimodale Behandlung, in welcher neben der Traumatherapie mit dem Kind auch die Arbeit mit den Eltern, gegebenenfalls eine Medikation und andere psychosoziale Hilfssysteme eine entscheidende Rolle spielen (vgl. Kraft et al. 2006).

In unseren stationären Jugendhilfeeinrichtungen befinden sich Kinder und Jugendliche, die extreme traumatische Lebenserfahrungen gemacht haben. Neuere amerikanische und britische Untersuchungen unter Heimkindern gehen davon aus, dass über 60 % der Kinder in Heimen Missbrauchs-, Misshandlungs- oder Vernachlässigungserfahrungen haben (Meltzer et al. 2003, Burns et al. 2004). Misshandlungen und Vernachlässigungen finden allerdings selten isoliert statt, sondern in einem dysfunktionalen Familiensystem (Nash et al. 1993), so dass sich zumeist mehrere Risikofaktoren addieren (Cicchetti u. Manly, 2001, Ihle et al. 2002).

In der Kinderdorf-Effekte-Studie (Klein et al. 2003) zeigte sich, dass die Kinder aus den untersuchten zwölf Kinderdörfern zum Zeitpunkt ihrer Aufnahme im Durchschnitt sechs psychosozialen Risikofaktoren, wie sie im Multiaxialen Klassifikationssystem für psychische Störungen (Remschmidt et al. 2001) auf der fünften Achse codiert werden, ausgesetzt waren. Bei 34 % der Kinder aus den Kinderdörfern lagen Einschnitte in das elterliche Sorgerecht vor. Die

Anzahl der Inobhutnahmen bleibt mit im Schnitt ca. 70 pro Tag bei insgesamt 25.400 im Jahr 2005 in den letzten Jahren in Deutschland konstant hoch (Statistisches Bundesamt 2006) und zeigt ebenfalls wie hoch der Anteil aktuell höchst gefährdeter Kinder und Jugendlicher in der Jugendhilfe ist.

Der Anteil an traumatisierten Kindern in der stationären Jugendhilfe und psychisch und psychosozial schwer belasteten Kindern wird bei einem Ausbau von ambulanten Hilfen sogar eher zunehmen, da nur Kinder mit besonders belastetem sozialem Umfeld in die Heimerziehung gelangen. Traumatisierte Kinder und Jugendliche können und werden sich somit praktisch in jeder Wohngruppe der stationären Jugendhilfe und in vielen anderen Bereichen der Jugendhilfe befinden, weshalb man die Frage stellen könnte, ob nicht zwangsläufig Traumapädagogik in der stationären Jugendhilfe stattfinden muss. Genau diese Ausweitung und Übertragung von traumapädagogischen Handlungsansätzen auf andere Regelwohngruppen muss deshalb das Ziel der Entwicklung von allen störungsspezifischen pädagogischen Konzepten für die Jugendhilfe sein. Bei einer derart hohen Prävalenz von psychischen Störungen in den Regelgruppen der Jugendhilfe ist klar, dass diese Kinder und Jugendlichen auch dort betreut und gefördert werden müssen. Insgesamt machen Spezialgruppen für von einer seelischen Behinderung bedrohte Kinder nur Sinn, wenn sie störungsspezifisch ausgerichtet sind und der Konzeptentwicklung dienen, da in Anbetracht der hohen Prävalenz psychischer Störungen in der Jugendhilfe der Großteil psychisch belasteter Kinder zwangsläufig in Regelgruppen betreut werden muss (vgl. Schmid u. Fegert 2006, Fegert 1994).

In Anbetracht der Konfrontation mit vielen traumatisierten Kindern ist es nicht verwunderlich, dass auch die Jugendhilfe beginnt, Konzepte für diese sie in besonderem Maße herausfordernden Jugendlichen zu entwickeln. Insbesondere im englischsprachigen Raum scheint eine Sensibilisierung und Diskussion über den adäquaten pädagogischen Umgang mit traumatisierten Kindern in der Jugendhilfe eingesetzt zu haben (vgl. Boyd Webb 2006, National Child Traumatic Stress Network 2006). Auch in der Bundesrepublik wächst das Interesse an dieser Thematik, wie man an den Updates auf der Webpage von Traumapädagogik.de und dem Erfolg der wenigen Bücher zu diesem Themenbereich erkennen kann. Außerdem fällt auf, dass Traumatherapie-Ausbildungsinstitute vermehrt Kurse und Ausbildungsprogramme für Mitarbeiter aus der Jugendhilfe anbieten. Trotzdem bleibt der Begriff der Traumapädagogik schwammig, wird zum Teil unterschiedlich benutzt und ist der Gefahr der inhaltlichen Abnutzung ausgesetzt. Häufig wird der Begriff rein theoretisch besetzt und als Fortbildung angeboten, ohne daraus praktische Handlungskonsequenzen oder pädagogische Konzepte für den Wohngruppenalltag abzuleiten.

Wir verstehen „Traumapädagogik“ somit als die konsequente Anwendung des aktuellen Wissensstandes über die Folgen und Symptome von Traumatisierungen zur Gestaltung des sozialpädagogischen Alltags, zur Sicherstellung ei-

nes stabilisierenden, „sicheren“ Milieus auf der Wohngruppe und bei Besuchskontakten sowie zur gezielten, individuellen heilpädagogischen und erlebnispädagogischen Förderung in den prototypischen Problembereichen von traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Diese Definition unterscheidet sich von der von Vogt und Kuhn (2003) darin, dass im Rahmen der Traumapädagogik keine Traumaexposition stattfinden soll. Die sehr deutliche Abgrenzung zur psychotherapeutischen Intervention ist aus mehreren Gründen wichtig.

1. Schon sozialrechtlich gibt es eine klare Abgrenzung zwischen dem Bereich der Jugendhilfe (SGB VIII) und dem Bereich der Krankenversorgung (SGB V). Psychotherapie nach SGB V ist dabei immer an einen Fachkundenachweis und eine Approbation gebunden. In der Jugendhilfe werden von Fachdienstmitarbeitern natürlich auch psychotherapeutische Techniken angewendet (§ 27 Abs. 3 KJHG). Viele Fachdienstmitarbeiter verfügen über einen Fachkundenachweis für Psychotherapie und haben eine oder mehrere Therapieausbildungen abgeschlossen. Unter anderem durch die Einführung des Psychotherapeutengesetzes haben sich die Aufgaben der Fachdienste weiterentwickeln müssen. Die Fachdienste bekommen nun eher eine supervidierende und beratende Funktion für die Teams der Wohngruppen und Aufgaben in der Kooperation mit Jugendämtern, niedergelassenen Psychotherapeuten, der Kinder- und Jugendpsychiatrie etc., weshalb die direkte einzelpsychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der Jugendhilfe nicht mehr allein durch die Fachdienste geleistet werden kann.

Die Notwendigkeit einer intensiven Elternarbeit und Arbeit mit unterschiedlichen Helfersystemen begründet die große Verbreitung von systemischen bzw. familientherapeutischen Techniken und Verfahren in der Jugendhilfe. Selbstverständlich benötigen diese Kinder in der Regel beides, sowohl eine intensive Psychotherapie als auch eine intensive pädagogische Betreuung. Diese beiden Bereiche müssen deshalb Hand in Hand arbeiten, einen engen Austausch pflegen und zu einer gemeinsamen Falldefinition kommen, was momentan Kassenpsychotherapeuten leider noch zu häufig scheuen, was langfristig für mischfinanzierte Modelle und Sonderzulassungen für Psychotherapeuten, die eng mit der Jugendhilfe kooperieren, spricht (vgl. Schmid et al. 2006). Durch Sonderzulassungen würden dieselben Qualitätsstandards bzw. Anforderungen für die psychotherapeutische Arbeit in Heimen gewährleistet werden, wie sie für niedergelassene Psychotherapeuten (Fortbildungsverpflichtungen, Antragsverfahren etc.) gelten, allerdings könnten diese Leistungen dann auch gegenfinanziert werden. Eine intensive Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychotherapeuten und den Institutsambulanzen von kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Kliniken ist aus diesen Gründen unabdingbar. Mit den Institutsambulanzen der kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken wurde bereits im Vorfeld ein Vorgehen für Krisensituationen festgelegt. Gerade bei traumatisierten Kindern ist aufgrund der vielfältigen Symptome eine umfassende kinder- und ju-

gendpsychiatrische/-psychotherapeutische Diagnostik und auch eine Behandlung etwaiger komorbider Störungsbilder angezeigt. Hier könnte die Gefahr bestehen, dass traumatherapeutische Verfahren, die trotz ihrer eindrucksvollen Wirksamkeitsnachweise aufgrund ihres eingeschränkten Indikationsbereiches nur in der Verbindung mit Richtlinientherapieverfahren als Krankenkassenleistung anerkannt sind, von den Fachdiensten als wirkungsvolle Interventionen aufgegriffen werden, dabei aber die Behandlung komorbider Störungsbilder vernachlässigt werden könnte.

2. Der wichtigste Wirkfaktor in der Traumatherapie ist die verlangsamte Konfrontation und Distanzierung vom Erlebten. Jede Traumaexposition sollte in einer Dosierung erfolgen, die vom jeweiligen Patienten verarbeitet werden kann. Bei der Entwicklung von traumapädagogischen Konzepten für die Erziehungshilfe sollte keinesfalls versucht werden, psychotherapeutische Konzepte zur Traumakonfrontation in die Jugendhilfe zu integrieren, sondern es sollte ganz bewusst im pädagogischen Alltag versucht werden, symptomatische Verhaltensauffälligkeiten als Traumafolgen zu erkennen und darauf adäquat zu reagieren. Bereits im geschützten Rahmen einer Therapiestunde gilt eine zu frühe Traumabearbeitung als ein Kunstfehler. Ein so geschützter Rahmen wie in einer Therapiestunde lässt sich in einer Jugendhilfemaßnahme kaum herstellen, weshalb es gerade im alltäglichen Umgang mit Kindern wichtig ist, zwar die Folgen des Traumageschehens im Alltag zu verstehen und zu stabilisieren, aber keine belastenden Gespräche über das traumatische Erlebnis im Lebensumfeld zu führen, sondern die Kinder und Jugendlichen eher auf den sicheren Rahmen ihre Psychotherapiestunden zu verweisen.

Nimmt man die Traumaexposition in die Definition von Traumapädagogik auf, besteht unserer Meinung nach die Gefahr, dass diese primär therapeutischen Techniken viel zu sehr in den Vordergrund drängen, und die vermutlich für den Erfolg einer Maßnahme viel entscheidendere pädagogische Kernarbeit zur Stabilisierung in den Hintergrund tritt. Dabei ist es gerade diese alltägliche Förderung, die unserer Meinung nach einer intensiven Konzeptentwicklung bedarf und auf die wir uns fokussieren möchten. Traumapädagogik muss mehr sein als ein Psychologe im Fachdienst mit einer Traumatherapieausbildung. Dies stellt auch ein wichtiges Signal für die Mitarbeiter in den Wohngruppen dar, da es verdeutlicht, dass ihre Arbeit und ihr Engagement die zentralen Wirkfaktoren darstellen, da ohne eine deutliche Stabilisierung im pädagogischen Bereich nie eine erfolgreiche Psychotherapie möglich ist.

Ziel eines traumapädagogischen Konzeptes wäre es daher, die Kompetenz der Erzieher im Umgang mit den traumabedingten Symptomen und die Vermittlung von alternativen Verhaltensweisen im Alltag der Kinder und Jugendlichen zu fördern. Im Rahmen von heilpädagogischen und erlebnispädagogischen Interventionen sollte ganz gezielt an den aus der Traumatisierung resultierenden Grundproblematiken dieses Alltags gearbeitet werden.

Bei der Entwicklung störungsspezifischer pädagogischer bzw. pflegerischer Konzepte zeigen sich auch Versäumnisse der Kinder- und Jugendpsychiatrie/ -psychotherapie, welche immer die Bedeutung des therapeutischen Milieus betont, aber selbst kaum Forschung für den pädagogischen Umgang mit spezifischen Störungsbildern oder Symptomen im Stationsalltag betrieben hat.

2 Vor welche Herausforderung stellen traumatisierte Kinder die stationäre Jugendhilfe?

Die Folgen von Traumatisierungen auf Kinder sind sehr vielfältig. Traumatisierte Kinder erfüllen oft die Diagnosekriterien für mehrere kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbilder und zeigen selten das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung, da sich die Diagnosekriterien stark an der Symptomatik Erwachsener orientieren (vgl. Schepker 1997, AACAP 1998, Riedesser 2005). Gerade im Kindesalter sind posttraumatische Belastungsstörungen daher oft schwer zu diagnostizieren, insbesondere da intrusive Erinnerung und Hypervigilanz bei Kindern viel versteckter auftreten und schwerer zu explorieren sind (AACAP 1998, Hoffmann u. Besser 2005). Kinder zeigen häufig Veränderungen im Spielverhalten, versuchen traumatische Erlebnisse im Spiel zu verarbeiten und können bei diesem Prozess durch spieltherapeutische Elemente unterstützt werden (vgl. Streeck-Fischer 1997, Ryan 2004). Gerade Kinder und Jugendliche werden in der Regel häufiger an den Folgen chronischer Traumatisierung und den Folgen einer überdauernden emotional invalidierenden Umgebung leiden als an einer isolierten posttraumatischen Belastungsstörung.

In der Traumatheorie wird zwischen Typ 1- und Typ 2-Traumata unterschieden (vgl. Terr 1995). Als Typ 1-Traumata bezeichnet man isolierte mono-traumatische Erfahrungen wie z. B. Unfälle, Überfälle, isolierte Kriegserlebnisse, einmalige sexuelle Übergriffe durch einen Fremden. Unter Typ 2-Traumata versteht man chronisch traumatische Erfahrungen durch langjährige sich wiederholende Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen im Kindesalter etc.

Ein Blick in die Biografien der Kinder und Jugendlichen in der stationären Erziehungshilfe zeigt, dass ein erheblicher Teil vernachlässigenden Erziehungsverhältnissen mit häuslicher Gewalt oder Gewalt und Missbrauch am Kind selbst ausgesetzt ist oder war. Die Wirkung dieser Typ 2-Traumata ist nicht weniger traumatisierend, insbesondere wenn die Traumatisierungen durch ihre direkten Bezugspersonen erfolgten (vgl. Huber 2003a), als die oben genannten isolierten Schicksalsschläge. Im Gegenteil, die Folgen sind häufig der fast völlige Verlust der Bindungsfähigkeit und der emotionalen Kompetenz bzw. der Fähigkeit, die eigenen Gefühle regulieren zu können, die vermutlich nur sehr

schwer ohne den affektiven Austausch mit einer feinfühligem Bezugsperson erlernt werden kann (Linehan 1996, Fonagy et al. 2004, Downing 2006). Schleifer (2001) berichtet, dass in einer Untersuchung von 72 über 12-jährigen Jugendlichen in Heimen nur 2 eine sichere Bindung aufwiesen.

Der Verlust dieser Kernkompetenzen zeigt sich in den verschiedensten Problembereichen und unterschiedlichsten Altersbereichen. Die Kinder und Jugendlichen erfüllen die Diagnosekriterien für eine Vielfalt unterschiedlicher psychopathologischer Symptome. Ein/e Achtjähriger/e, der/die eine emotionale Zurückweisung erlebt, wird eher aggressiv reagieren oder weglaufen, ein/e Fünfzehnjährige/r wird vielleicht seine/ihre Gefühle mit Drogen zu betäuben versuchen oder sich selbst verletzen.

Die Symptome, die Kinder als Folge von Traumatisierungen entwickeln, sind mannigfaltig. 80 % der traumatisierten (körperlich misshandelten) Kinder zeigen eine Bindungsstörung (van Ijzendoorn et al. 1996). Außerdem zeigen sehr viele Kinder und Jugendliche mit traumatischen Lebenserfahrungen große Defizite, feinfühlig auf ihre Umwelt zu reagieren (Brisch 2002) und in der Emotionsregulation (Schore 1994, Fonagy et al. 2004) sowie in ihrer sozialen Kompetenz. Dodge und Schwarz (1997; vgl. Dodge et al. 1995) konnten zeigen, dass traumatisierte Kinder neutrales Verhalten anderer Menschen eher als feindselig interpretieren und darauf häufiger aggressiv reagieren. Viele Kinder neigen zu dissoziativen Symptomen und zu einem völligen Verlust des Körpergefühles (Putnam 1994, 1997) und fallen teilweise durch eine sehr starke Schmerzempfindlichkeit auf. Die gesamte Körperwahrnehmung bzw. das Körperselbst ist bei chronisch traumatisierten Kindern und Erwachsenen offensichtlich nachhaltig beschädigt (Joraschky et al. 2005, 2006). All diese Grundstörungen wirken sich in den unterschiedlichen Lebensphasen in ganz unterschiedlichen Symptomen aus (vgl. Lieberman u. van Horn 2004, DeBellis 2001, s. auch Tab. 1). Viele chronisch traumatisierte Kinder und Jugendliche laufen Gefahr, eine Breitbandsymptomatik oder eine Borderline-Persönlichkeitsstörung mit der Tendenz zu Selbstverletzung und Suizidgedanken zu entwickeln (Zannerini et al. 1989, Salzmann et al. 1993). Auch wenn sich die These, dass es sich bei der schwer zu behandelnden Borderlinestörung um eine chronifizierte Posttraumatische Belastungsstörung handelt, nicht aufrechterhalten lässt (van der Kolk 1999), kann man wohl eine Gruppe von Borderlinepatienten mit sehr deutlichen Folgen einer schweren Traumatisierung und eine andere kleinere Gruppe, bei denen sich keine Traumatisierung explorieren lässt, unterscheiden (Fiedler 2000). Die Zusammenhänge von traumatischen Lebenserfahrungen mit derart gravierenden Symptomen wie Drogenkonsum, Suizidalität, Dissoziation, Persönlichkeitsstörungen und selbstverletzendes Verhalten gelten aber als empirisch gut belegt. Die Wahrscheinlichkeit eine psychische Störung zu entwickeln ist für ein misshandeltes und/oder missbrauchtes Kind 12-mal höher, die Wahrscheinlichkeit Suizidversuche zu begehen 5-mal höher (Fergusson et al. 1996a,

b). Wichtige weitere Untersuchungen zeigen auch einen immer deutlicheren Zusammenhang von frühen Vernachlässigungserfahrungen und Unterernährung und somatischen Zivilisationskrankheiten (Bluthochdruck, koronare Herzkrankheiten, Diabetes) im Erwachsenenalter (Barker 1997). Bei der Auflistung dieser Traumafolgen ist zu beachten, dass Kausalattributionen nicht möglich sind und diese Risikofaktoren nur die Wahrscheinlichkeit, an einer psychischen Störung zu erkranken, massiv erhöhen, es aber immer wieder resiliente oder „unverwundbare“ Kinder gibt (Überblick bei Luthar 2003), die trotz einer massiven Risikoakkumulation keine psychische Störung entwickeln und ein unauffälliges psychosoziales Funktionsniveau aufweisen. 80 % der Erwachsenen, die in ihrer Kindheit körperliche Misshandlungen erlebten, zeigen zum Zeitpunkt der Untersuchung im Erwachsenenalter keine psychische Störung (Malinovsky-Rummel und Hensen 1993).

Ein bewältigtes Trauma kann für den weiteren Lebensweg auch Ressource und wichtige Erfahrung sein (vgl. Hepp 2006). Eine Störung entwickelt sich nur in Verbindung mit einer genetischen Prädisposition in Ergänzung mit anderen ungünstigen psychosozialen Umgebungsfaktoren oder Stressfaktoren (vgl. z. B. die biosoziale Theorie von Linehan 1996).

Tab. 1: Symptome aus Traumafolgen nach DeBellis (2001)

Lebensphase (Alter)	Symptome als mögliche Traumafolge
Frühe Kindheit	Bindungsstörungen, oppositionelles Verhalten, Entwicklungsverzögerungen
Mittlere Kindheit	Schulversagen, Störungen des Sozialverhaltens, Dysphorie, Lustlosigkeit, depressive Symptome, Selbstwertproblematik, geringere soziale Kompetenz
Jugendalter	Selbstverletzungen, Suizidalität, Substanzmissbrauch, Störung des Sozialverhaltens, auffälliges sexualisiertes Verhalten, körperliche und sexuelle Aggression, Dissoziative Störungen
Erwachsenenalter	Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen, dissoziative Störungen, depressive Störungen, körperliche Erkrankungen, erhöhtes Risiko eigene Kinder zu misshandeln

Traumatisierte Kinder und Jugendliche fallen durch euphorische Begeisterung, abgelöst von abgründiger Verzweiflung, eine altersunübliche Ernsthaftigkeit bis hin zu depressiven Störungen, Suizidversuchen, Selbstverletzungen, dissoziativen Symptomen oder einer außergewöhnlichen Risikobereitschaft auf. Viele dieser Kinder und Jugendlichen reagieren aufgrund ihrer Bindungsstörung, welche eine der häufigsten Traumafolgen darstellt, auf Beziehungsangebote mit unerwarteten Verhaltensweisen. Da die gesamten sozialpädagogischen Konzepte der Jugendhilfe aber gerade auf Beziehungsangeboten beruhen, stellen gerade diese traumatisierten und schwer bindungsgestörten Kinder die klassische Jugendhilfe immer vor besondere Herausforderungen.

In einer Literaturrecherche und im Austausch mit Einrichtungen der Erziehungshilfe wird deutlich, dass nur selten ein spezieller pädagogischer Rahmen für eine dauerhafte Betreuung mit hoffnungsvollen Perspektiven für diese psychisch schwer belasteten Kinder und Jugendlichen gefunden werden kann. Die Ergebnisse der Jugendhilfe-Effekte-Studie (Schmidt et al. 2002) und der JULE-Studie (Baur et al. 1998) zeigen eindeutig, dass die prinzipiell sehr erfolgreiche Heimerziehung bei den am stärksten belasteten Kindern an ihre Grenzen stößt und kaum überdauernde Erfolge erzielt. Über ein Fünftel der Heimunterbringungen werden vorzeitig abgebrochen (Schmidt et al. 2002, Statistisches Bundesamt 2004).

Die EVAS-Untersuchungen (Institut für Kinder und Jugendhilfe 2003, 2004) berichten, dass Kinder mit psychischen Störungen, welche bereits Erfahrungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie haben, ihre Jugendhilfemaßnahmen signifikant häufiger abbrechen oder von den betreuenden Institutionen vorzeitig beendet werden. Nicht unterschätzt werden darf im Fall einer Überforderung der betreuenden Personen auch das Risiko, dass diese selbst übergriffig werden und es zu einer Retraumatisierung kommt. Heimkinder und vor allem Kinder und Jugendliche in Pflegefamilien haben, verglichen mit Kindern aus der Allgemeinbevölkerung, ein bis zu siebenfach erhöhtes Risiko misshandelt oder sexuell missbraucht zu werden (Hobbs et al. 1999). Wawrok et al. (2006) zeigten eindrücklich wie sich Interaktionen zwischen Pflegedienst und Jugendlichen sexuell aufladen können, da sexuell traumatisierte Mädchen und Jungen keinerlei Kenntnis von Schamgrenzen haben und es nicht gewohnt sind, Nähe und Zuneigung ohne Sexualität zu zeigen oder zu erfahren. Leider scheint der Umgang mit Grenzverletzungen, insbesondere auch mit sexuellen Grenzüberschreitungen, in helfenden Institutionen verbesserungswürdig (Überblick bei Fegert u. Wolf 2006). Um einen altersentsprechenden Umgang mit Sexualität erlernen zu können, sollte eine frühzeitige sexuelle Aufklärung mit klaren Rückmeldungen und gegebenenfalls klaren Begrenzungen (Unterbindung von Kontakten zu wesentlich älteren Jugendlichen mit potentiell sexuellem Interesse etc.) ein wichtiger Bestandteil in der Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen sein.

Nicht selten steigert sich die Problematik der Kinder und Jugendlichen mit

jedem neuen Betreuungsversuch, wobei jeder neue Behandlungsversuch meist auch mit einer Kostensteigerung verbunden ist. Außerdem ist jeder Heimwechsel für die Kinder mit einem erneuten Verlust wichtiger Bezugspersonen verbunden, was ihre Bindungsstörung noch verstärkt. In der Absicht diesen traumatisierten und bindungsgestörten Kindern in der Jugendhilfe gerecht zu werden, sollten spezifischere pädagogische Konzepte entwickelt werden.

3 Theoretische Begründung für die Ansatzpunkte von traumapädagogischen Interventionen

Nun befinden sich in der Heimerziehung schon immer Kinder und Jugendliche mit einem solchen Hintergrund. Es scheint jedoch einen immer größeren Anteil Kinder und Jugendlicher zu geben, die zusätzlich zu kumulierten psychosozialen Risikofaktoren auch spezifische isolierte Traumata erlebt haben. Inwiefern dies auf einen Filtereffekt ambulanter Hilfen zurückzuführen ist oder auf eine Veränderung der Risiken familiärer Erziehung hindeutet, ist dabei schwer auszumachen. Entsprechend dieser Entwicklung müssen wir zunehmend beobachten, dass wir diesen stark traumatisierten Kindern in unseren Regelgruppen nicht ausreichend gerecht werden können. Diese Beobachtungen werden durch die Ergebnisse der wenigen wissenschaftlichen Studien in der Jugendhilfe auch empirisch untermauert (s.o.).

In ihrer Methodik ist die Heimerziehung weitgehend auf den Ausgleich von Sozialisations- und Erziehungsdefiziten durch eine intensive Beziehung zu Betreuungspersonen ausgerichtet. Entwicklungsdefizite werden vor allem unter dem Gesichtspunkt des Nachholens aufgegriffen. Erklären lässt sich das am Besten mit einem Blick auf die geschichtliche Entwicklung der Heimerziehung. Unterstützt wird dies noch durch die übliche strikte Trennung zwischen Kranken-, Behinderten- und Jugendhilfe in den Hilfesystemen und der Sozialgesetzgebung. Es zeigt sich in der Betreuung traumatisierter Kinder und Jugendlicher, dass das sonst wirksame Repertoire in Teilen ins Leere läuft, ja sogar gegenläufige Wirkungen erzeugt. Fehlverhalten verstärkt sich unter der pädagogischen Einflussnahme, Beziehungsabbrüche eskalieren.

Eine Traumapädagogik innerhalb der Erziehungshilfe steckt noch weitgehend in den Kinderschuhen. Bislang wurden traumapädagogische Konzepte hauptsächlich im Bereich der Betreuung in Pflegefamilien diskutiert (Eberhart u. Malter 2002), oder es wurden sehr allgemein Ideen für den Umgang mit traumatisierten Kindern in der Jugendhilfe entwickelt, die zumeist in Form von eindrucksvollen Fallvignetten veröffentlicht wurden (z. B. Weiß 2006). Wissenschaftlich fundierte Konzeptionen für traumapädagogisch orientierte Wohngruppen, die einer Evaluation unterzogen wurden, entstanden nur wenige.

Hier sind traumapädagogische Handlungskonzepte dringend gefragt und sollten im Kontext von Wohngruppen mit traumatisierten Kindern ausgearbeitet werden. Diese Gruppen richten sich an Kinder, die aufgrund von Vernachlässigungs-, Misshandlungs- oder Missbrauchserfahrungen viele, vermutlich aus den Traumafolgen resultierende Verhaltensweisen zeigen, welche eine sofortige erfolgreiche Integration in eine Regelgruppe unwahrscheinlich erscheinen lassen. Eine größere Zahl dieser Kinder wird vermutlich direkt aus einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung aufgenommen bzw. hat zumindest stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungsversuche in der Vorgeschichte oder wird aufgrund ihrer auffälligen Verhaltensweisen aus der Erziehungshilfe (insbesondere von den benachbarten Jugendämtern) heraus angefragt.

Die im Rahmen dieser Sondergruppen entwickelten Konzepte sollten so weit wie möglich und möglichst bald auf andere Gruppen übertragen werden. Einzelne Prinzipien oder das Gesamtkonzept sollten derart transparent gestaltet werden, dass sie nach einer Veröffentlichung als Basiselemente einer Wohngruppenbetreuung auch von anderen interessierten und kompetenten Trägern und Wohngruppen übernommen werden könnten. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass mit einer reinen Übernahme von Begrifflichkeiten oder isolierten Einzelementen die Problematik der Klientel kaum wirksam aufgegriffen werden kann.

4 Theoretische Eckpunkte zur Konzeptentwicklung

Grundvoraussetzung jeder Betreuung von traumatisierten Kindern ist es, ein sicheres Milieu zu schaffen und Retraumatisierungen zu verhindern. Wichtige Grundlage hierfür ist ein hoher Ausbildungsstand im Team, welcher ein Verständnis der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten als mögliche Folgen einer Traumatisierung wahrscheinlicher macht und es daher ermöglicht, differenziert und adäquat auf diese reagieren zu können. Ziel eines traumapädagogischen Konzeptes wäre daher in erster Linie die bekannten Forderungen für den Umgang mit traumatisierten Kindern umzusetzen (vgl. Perry 2002, Schubbe, 2003).

- Die Bedürftigkeit des Kindes erkennen und darauf adäquat eingehen.
- Seltsames und auffälliges Verhalten als Traumafolge verstehen.
- Das Kind sollte entsprechend seines Entwicklungsalters behandelt werden (viele dieser Kinder sind deutlich entwicklungsverzögert).
- Ressourcenorientierung.
- Heilpädagogische Pflege des Kindes.
- Schulung der Emotionswahrnehmung beim Kind selbst und bei anderen.
- Das Verhalten der Erzieher muss vorhersagbar, transparent und sich wiederholend sein (Rituale).

- Verbesserung des Körpergefühls und der Sinnlichkeit.
- Schutz vor Retraumatisierungen (dies bedeutet auch keine unvorbereiteten Gespräche über Erlebnisse, vorsichtiger und kompetenter Umgang mit Alpträumen etc.).

Jedes traumapädagogische Konzept kann nur unter Einbeziehung der Ressourcen der Gruppenmitarbeiter und anderer beteiligter Helfer ausgearbeitet werden. Sinnvoll ist allerdings, dass Konzepte des Bindungsaufbaus nach Siegel (2001) und Elemente des Fertigkeitentrainings aus der Dialektisch Behavioralen Therapie nach Marsha Linehan (1996; deutsche Adaptation für Jugendliche von Fleischhacker et al. 2005) in das Konzept integriert werden. Die Dialektisch Behavioralen Therapie zielt mit ihrer Vermittlung von Fertigkeiten zur Achtsamkeit, sozialen Kompetenz, Emotionsregulation und dem Umgang mit innerer Anspannung genau auf die Folgen von chronischen Traumatisierungen ab. Deshalb wäre es sinnvoll diese Konzepte auch auf Kinder zu übertragen, zu versuchen die Grundidee für Erwachsene aufzugreifen und Elemente daraus in heilpädagogische Förderstunden aufzunehmen und für die unterschiedlichen Altersgruppen zu adaptieren.

Außerdem könnten von diesem theoretischen Modell klare Regeln für den Umgang mit selbstdestruktiven Verhaltensweisen oder Risikoverhalten abgeleitet werden. Über die von Marsha Linehan vorgesehenen Protokolle für selbstdestruktives Verhalten lassen sich auch viele „Trigger“, d. h. Situationen, die an das Trauma erinnern und daher Erinnerungen, Flashbacks, Spannungszustände und Dissoziation auslösen, identifizieren und ein adäquater Umgang damit erarbeiten. Hierbei erscheint es sehr wichtig, den Wohnbereich der Gruppe als „sicheren Ort“ zu definieren, in welchem keine Gespräche, welche die (Wieder-)Erinnerungen an das Trauma fördern, geführt werden. Die gezielte Traumatherapie sollte im Rahmen eines psychotherapeutischen Settings erfolgen und auf diese sollte beim Erleben von traumabedingten Erinnerungen verwiesen werden. Die Gruppenmitarbeiter haben vor allem die schwierige Aufgabe, die belastende Situation sicher zu gestalten und den Jugendlichen dabei zu unterstützen, sich zu stabilisieren, und ihm über diese spannungsgeladene Situation hinwegzuhelfen und nach konkreten kurzzeitigen Entlastungen zu suchen. Einer der bedeutsamsten Befunde der Psychotherapieforschung bei traumatisierten Patienten zeigt, dass eine zu schnelle unvorbereitete Traumakonfrontation und eine unzureichende Stabilisierung des Patienten oft zu sehr negativen Verläufen führen kann, weshalb die Stabilisierung den Hauptteil einer Behandlung einnimmt (vgl. Huber 2003b, Boos 2005).

Hier scheint sich für viele dieser massiv betroffenen Kinder und Jugendlichen ein Teufelskreis aufzutun, da einerseits eine Stabilisierung des psychosozialen Umfeldes und ein Schutz vor weiteren Traumatisierungen die Voraussetzung für eine erfolgreiche psychotherapeutische oder kinder- und ju-

gendpsychiatrische Behandlung sind (vgl. Mount et al. 2004, Blower et al. 2004). Andererseits sind ihre Symptome aber derart ausgeprägt, dass diese Kinder ihre Wohngruppen oft überfordern und häufige Betreuungs- und Institutionswechsel erfolgen müssen. Ein vordringlicher Auftrag von traumapädagogischen Gruppen ist dabei sicherlich, den Rahmen so zu gestalten, dass die Wahrscheinlichkeit eines Scheiterns der Maßnahme so weit wie möglich minimiert werden kann und ein verlässliches Beziehungsangebot auch im Krisenfall möglichst lange aufrecht erhalten werden kann, damit sich die Wohnsituation so stabilisiert, dass im Rahmen der psychotherapeutischen oder kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung mit traumatherapeutischen Methoden gearbeitet werden kann.

Außerdem sollten spielerische Übungen zur Verbesserung der sozialen Kompetenz und Perspektivenübernahme einen regelmäßigen Platz in der Wochenstruktur der Gruppe einnehmen, da sämtliche Therapieforschung zeigt, dass dieser Baustein eine sehr hohe Effektivität gerade bei schwer belasteten Jugendlichen hat, die kaum sozialkompetente Rollenvorbilder erlebt haben (vgl. Fiedler 2001).

Die Mitarbeiter der Wohngruppe sollten auch über besondere juristische Kenntnisse und Fähigkeiten bei der Begleitung der Kinder und Jugendlichen im Rahmen von Familienrechts- oder Strafverfahren verfügen. Termine sollten koordiniert werden, um die Belastung für die Kinder so gering als möglich zu halten (vgl. Fegert 1999, 2004). Rechtliches Wissen ist auch für die Gestaltung des Umganges mit ihren Eltern nötig, falls diese in Misshandlung und Vernachlässigung involviert waren und ein Sorgerechtsentzug im Raum steht. Bei sämtlichen Umgängen ist die Sicherheit des Kindes das höchste Gut. Die Position des Kindes muss dabei oft aktiver unterstützt werden, da der Gesetzgeber in den letzten Jahren die Rechte der Familie und Eltern eher überbetonte (vgl. Salgo 2006). Der Druck und die Bereitschaft der Familiengerichte, einen Sorgerechtsentzug vorzunehmen, kann aber kaum aufrechterhalten werden, wenn die Familien einer vollstationären Jugendhilfemaßnahme zustimmen, was diesen andererseits wiederum ein großes Mitspracherecht bei der Hilfeplanung und der Fragestellung nach einer Rückführung mit sich bringt, was wiederum die Gefahr birgt, dass nur schwer eine klare kontinuierliche Perspektive erarbeitet werden kann und den Kindern häufig sehr unterschiedliche Botschaften übermittelt werden. Prinzipiell ist eine starke Einbeziehung der Eltern und Mitverantwortung der Eltern in Heimerziehung sehr wünschenswert und vermutlich die einzige Chance, um den Teufelskreis aus Bindung und Ausstoßung zu verhindern (vgl. Stierlin 1980, Schweitzer 1987, 2002).

In der Arbeit mit dem Kind oder Jugendlichen geht es natürlich auch in einem hohen Maße um den Aufbau von Selbstwertgefühl und eine Ressourcenorientierung. Diese sind jedoch in der allgemeinen Heimerziehung bereits so stark verwurzelt, dass dies nicht speziell dargestellt werden muss. Allgemein

sollten bei traumatisierten Kindern eben im besonderen Maße auch kleine Fortschritte im Bereich der Emotionsregulation und sozialen Kompetenzen verstärkt werden und sehr regelmäßig Reflexionen der Fortschritte erfolgen.

Traumapädagogische Konzepte lassen sich nur mit einer intensiven Supervision und Fortbildung und dem Schutz der Ressourcen des Mitarbeiterteams realisieren (vgl. Huber 2003, Weiß 2006). Insbesondere unerfahrene Mitarbeiter in der Jugendhilfe müssen vor sekundären Traumatisierungen geschützt werden und konkrete Anleitung zur Beziehungsgestaltung mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen erhalten. Gerade für diese Mitarbeiter besteht die Gefahr in die „Narzissmusfalle“ (Lohmer 2001) zu tappen, da traumatisierte Kinder häufig versuchen, eine exquisite Beziehung aufzubauen und dem Gegenüber das Gefühl zu geben nur er/sie sei in der Lage ihn/sie zu retten, nur er/sie würde ihn/sie verstehen, was zu einer Intensivierung der Beziehung führt, die beide Parteien nicht aushalten können. Meistens testet der/die Jugendliche dann die Beziehung immer stärker aus, worauf sich der/die Mitarbeiter/in dann, bei Zeichen und Gefühlen der Überforderung, aus der Beziehung zurückzieht, was in der Folge zu heftigen emotionalen Anspannungszuständen und zu einem erneuten Ausbruch der Symptomatik bei dem/der Klienten/in führen kann (z. B. Aggression, Weglaufen, Selbstverletzung).

Unbewusst werden somit die pathologischen Beziehungserfahrungen aus der Ursprungsfamilie immer wieder reinszeniert. Die gesamte Beziehungsgestaltung traumatisierter Kinder ist geprägt von einer Ambivalenz zwischen dem großen Wunsch nach Bindung, einer panischen Angst vor Nähe und dem Verlassenwerden sowie vor einem Kontrollverlust in der Beziehung.

Als Modell für eine gute Beziehungsgestaltung fungiert für uns die Grundhaltung der Dialektisch Behavioralen Therapie von Marsha Linehan und der mittlere professionelle Beziehungsabstand. Es ist praktisch unmöglich bei diesen traumatisierten und schwer bindungsgestörten Kindern im Rahmen der stationären Jugendhilfe eine wirkliche einzigartige positive Bindung aufzubauen, die nur annähernd mit den Beziehungen vergleichbar ist, wie sie nicht traumatisierte Kinder zu ihren „ausreichend guten Eltern“ (Winnicott 2004) aufbauen. Ziel ist es daher, diesen Kindern und Jugendlichen „ein Gerüst aus hoffnungsvollen Bindungen“ (vgl. Hart 2006) anzubieten.

Zum Aufbau von Beziehungen und als Metapher für Angst oder adäquaten Respekt vor neuen Beziehungen kann gerade bei jüngeren Kindern auch die Einbeziehung von Tieren in die Pädagogik sinnvoll sein (Brooks 2006). Außerdem lassen sich vielerlei sinnliche Erfahrungen mit Tieren machen. Essentiell für den weiteren Nutzen ist es aber, dass die Arbeit mit Tieren dazu dient, dass man Dinge wahrnehmen, ansprechen und darüber in einen Dialog über Themen kommen kann, die ohne dieses Medium oft schwer zu besprechen sind, der Fokus dann aber auf eine Übertragung dieser Themen und Lösungen in den Alltag und auf Interaktionen mit anderen Personen gelegt wird.

Die definierten Spielstunden mit dem Bezugspädagogen unterscheiden sich deutlich von spontanem Spiel, da diese ein klar strukturiertes Setting beinhalten und darauf ausgelegt sind, sich im Spiel zeigende Konflikte aufzugreifen und spielerische Lösungsalternativen zu entwickeln.

5 Praktische Umsetzung

5.1 Struktur der Wohngruppe

Bei der vorgestellten Wohngruppe handelt sich um eine dezentrale Wohngruppe, die ca. 10 km vom Hauptgebäude des Sonnenhofes entfernt ist. Es werden 7 Plätze für Kinder und Jugendliche angeboten. Die dort arbeitenden Pädagogen (Dipl.-Heilpädagogen, Dipl.-Sozialpädagogen, im stationären Bereich erfahrene Jugend- und Heimerzieher) haben alle eine Fortbildung in Psychotraumatologie absolviert. In der Gruppe arbeiten männliche und weibliche Pädagogen, was die Auseinandersetzung mit beiden Geschlechtern gewährleistet, gerade sexuell traumatisierte Mädchen sollen auch positive Erfahrungen mit Männern machen können.

Zielgruppe sind Kinder und Jugendliche, die in ihren Ursprungsfamilien Gewalt- und Missbrauchserfahrungen gemacht haben, welche in der Regel noch einmal deutlich über das hinausgehen, was andere Kinder in Heimerziehung zu Hause erlebt haben. Das Betreuungsangebot richtet sich an Jungen und Mädchen gleichermaßen. Es erfolgen, um die Gruppenstruktur zu schützen, keine Notaufnahmen traumatisierter Kinder. Es können aber sehr wohl in Obhut genommene Kinder und Jugendliche mit traumatischem Hintergrund aufgenommen werden, sobald geklärt ist, ob diese Kinder über einen gewissen Zeitraum eine intensive stationäre Jugendhilfemaßnahme benötigen und die Inobhutnahme somit in eine Jugendhilfemaßnahme nach § 34 KJHG in Verbindung mit §27 oder § 35a KJHG umgewandelt werden kann. Prinzipiell wäre es erstrebenswert traumatisierte Kinder möglichst rasch stabil zu platzieren und schnell einer traumatherapeutischen Intervention zuzuführen, da bekannt ist, dass eine frühe spezifische Intervention viele langfristige Folgen verhindern kann (Überblick bei Krüsmann u. Müller-Cyran 2005). Außerdem müssen die Jugendlichen die gewöhnliche Aufnahme-prozedur durchlaufen, in der die Indikation für eine traumapädagogische Gruppe kritisch geprüft wird. Aufgrund der massiv ausgeprägten Symptomatik und der gravierenden psychosozialen Belastung der Ursprungsfamilien handelt es sich bei den aktuellen Aufnahmen vornehmlich um Kinder und Jugendliche die mittel- bis langfristig in dieser Wohngruppe platziert werden sollen.

Ziel der belegenden Jugendämter war nach unseren ersten Eindrücken vor allem die stabile überdauernde Platzierung in einer kleinen Einheit, verbunden

mit der Hoffnung auf eine verlässliche Perspektive und teilweise mit der Notwendigkeit einer sehr intensiven Elternarbeit. Etwas überraschend wurde die traumapädagogische Wohngruppe vor allem für Kinder angefragt und seltener für Jugendliche. Eine mögliche Erklärung wäre, dass dies die ersten Auswirkungen des § 8a KJHG sind, und die Jugendämter durch diese Gesetzesänderung sensibilisiert sind und bei sehr gefährdeten und psychisch belasteten Kindern schneller auch stationäre Unterbringungen in Erwägung ziehen. Allerdings ist die Symptomatik der Kinder meist derart ausgeprägt, dass nur wenige Pflegefamilien in der Lage wären, solche Kinder langfristig zu betreuen. Ein anderer Grund könnte darin liegen, dass nicht selten Geschwister betroffen sind, was die Aufnahmekapazität von Pflegefamilien schnell überschreitet. Ein etwas breiteres Altersspektrum und ein familiärer Charakter der Wohngruppe wurde bei der Konzeptentwicklung explizit angestrebt. Dies bedeutet allerdings aber auch, dass man Strukturen schafft, welche die jüngeren Kinder gegebenenfalls gut vor den älteren Jugendlichen schützen kann.

Die Gruppe muss sich wirtschaftlich selbst tragen, weshalb man sich bei der Belegung natürlich auch an den konkreten Anfragen der belegenden Jugendämter orientieren muss. Die Aufnahme in die Gruppe erfolgt auf Anfrage des Jugendamtes. In Indikationsgesprächen zwischen Jugendamt und Fachdienst wird ein erster Abgleich zwischen der Bedarfslage des Kindes bzw. Jugendlichen und dem Leistungsspektrum der Wohngruppe durchgeführt. Das Ergebnis wird dann mit allem Für und Wider zwischen den Fachdienstmitarbeitern der Wohngruppe diskutiert. Erst dann erfolgt ein Gespräch mit der Familie, in dem Motivation und Kooperation für und während der Betreuung im Vordergrund stehen und die Familie mit ihrem Kind sich eingehend mit dem Angebot der Gruppe auseinandersetzen kann.

Ziel dieses Klärungsprozesses ist die zuverlässige Einschätzung, ob dem anfragenden Kind/Jugendlichen ein Betreuungsangebot gemacht werden kann, das eine positive Perspektive hat. Dies hängt letztlich nicht nur von Rahmenbedingungen und der pädagogischen Kompetenz der Betreuer ab, sondern in einem entscheidenden Maß auch von den Eigenheiten der bereits in der Gruppe betreuten Kinder und Jugendlichen. So kann ein spezifisches Störungsbild sowohl einen Grund zur Aufnahme als auch zur Absage liefern. Grundsätzlich gehen wir derzeit davon aus, dass die Wohngruppe fortgeschrittenen Suchterkrankungen, akut suizidalen Jugendlichen und Jugendlichen mit schweren dissoziativen Störungen nicht den geeigneten Rahmen bieten kann. Jugendliche mit einer aktiven Täterproblematik können nur aufgenommen werden, wenn der Schutz der anderen jüngeren Kinder gewährleistet werden kann. Alle Kinder und Jugendlichen werden vom psychologischen Fachdienst zu Beginn der Maßnahme eingehend psychodiagnostisch untersucht.

In den Verhandlungen mit dem Landesjugendamt konnte ein Betreuungsschlüssel vereinbart werden, der im Vergleich zu Regelgruppen ein höheres Maß

an Doppelbetreuungsstunden zulässt. Diese Doppelbetreuung ermöglicht es überhaupt im alltäglichen Rahmen integrierte Förderstunden anzubieten. Hinzu kommt die Besonderheit, dass ein/e Mitarbeiter/in des Fachdienstes vermehrt in der Gruppe präsent sein kann, was eine engmaschige Begleitung und Supervision der Förderstunden sicherstellt und eine schnelle Reaktion aus dem Fachdienst und emotionale Unterstützung des Teams durch die Leitung gestattet. Für das Team existiert eine externe Teamsupervision bei einer sehr erfahrenen Traumatherapeutin, die bei der Dynamik dieser Kinder und Jugendlichen einen besonderen Stellenwert einnimmt. Diese Bedingungen bieten für die Konzeptentwicklung insofern einen realistischen Rahmen als sie den üblichen knappen Ressourcen der allgemeinen Heimerziehung entsprechen.

5.2 Schaffung eines förderlichen Milieus

Die Grundlage des pädagogischen Konzeptes bildet selbstverständlich die Arbeit mit der gesamten Wohngruppe und die Schaffung eines therapeutischen Milieus. Das Milieu der Wohngruppe ist geprägt von einem sehr transparenten und durchstrukturierten Wochenplan und einer therapeutischen Atmosphäre, welche den Austausch der Mitbewohner untereinander und die Fürsorge für andere Mitbewohner und die Selbstfürsorge betont, fördert und einfordert. Eine Besonderheit unseres Konzeptes ist aber, dass durch die Bezugsbetreuer und Mitarbeiter der Fachdienste feste Einzelstunden für individuelle oder Förderungen in Kleingruppen durchgeführt werden. Diese Stunden sind „heilig“ und werden außer im Fall von Urlaub oder Krankheit des Bezugserziehers immer durchgeführt.

Diese individuellen, in die Wochenstruktur eingeplanten Stunden sollen den hoffnungsvollen Bindungsaufbau zu den Gruppenpädagogen unterstützen, durch ihre zeitliche und inhaltliche Strukturiertheit die Pädagogen aber auch vor einer zu engen Bindung schützen. Außerdem soll in diesen Stunden auch ein Großteil der Förderung erfolgen, diese orientiert sich an den von mehreren Autoren (vgl. Hart 2006, Walsh 2006, Masten 2001) beschriebenen familialen und inter- und intrapersonellen Resilienzfaktoren. Jede Stunde solle dabei von den Pädagogen so konzipiert werden, dass sie die Kompetenzen des Kindes in einem dieser definierten Zielbereiche (s. u.) stärkt, und es muss im Vorfeld reflektiert werden, mit welchen gemeinsamen Aktivitäten und v. a. durch welches Verhalten des Pädagogen dieses Ziel möglichst effektiv erreicht werden kann.

Ein deutlicher Unterschied zu anderen Gruppen ist ein etwas anderer Umgang mit Regeln. Das Regelwerk wird wesentlich stärker in der Beziehung mit den Kindern besprochen, individueller ausgehandelt und es werden wesentlich weniger „starre“ Regeln vorgegeben, wodurch die moralische Entwicklung gefördert werden soll. Außerdem ist davon auszugehen, dass starre Regeln bei derartig psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen zwangsläufig zu immer

heftigeren Disziplinierungsversuchen führen. Ein weitgehender Verzicht auf starre Regeln stellt durch dieses permanente Aushandeln von Regeln in der Beziehung zwischen Kind oder Jugendlichen eine erhebliche Belastung dar und kann nur bei sehr strukturierten, emotional präsenten und standhaften Gruppenpädagogen funktionieren.

Täglich erfolgt eine Tagesreflexion mit jedem Kind und Jugendlichen mit positiven Erlebnissen des Tages und Wünschen für Veränderungen am nächsten Tag von Seiten des Kindes und der Gruppenpädagogen.

5.3 Spezifische Interventionen der Gruppenbetreuer und des Fachdienstes

Jeder Bezugsbetreuer bekommt mit seinem Kind separate Bezugsstunden, welche darauf abzielen das Kind gezielt in den Bereichen zu fördern, die sich bei vielen chronisch Traumatisierten nicht ausreichend entwickeln konnten. Außerdem finden Kleingruppenaktivitäten zur Förderung statt. Ziel ist es dabei dieselben Themen und Kompetenzen auf verschiedenen Entwicklungsstufen den aufgenommen Kindern und Jugendlichen zu vermitteln, so dass diese theoretisch mit zunehmendem Alter andere Übungen bekommen, aber dabei dieselben Grundfertigkeiten entwickelt werden.

Ansatzpunkte für (heil-) pädagogische Interventionen sind, wenn man die oben beschriebenen Erkenntnisse mit einbezieht, folglich hauptsächlich:

1. eine Verbesserung der Bindungsfähigkeit (eher durch das Milieu und die Struktur der Gruppe, die pädagogischen Einzelangebote und deren Beziehungsgestaltung gefördert);
2. das Erlernen von besseren Fertigkeiten der Emotionswahrnehmung und Emotionsregulation sowie einen besseren Umgang mit innerer Anspannung;
3. ein Aufbau von sozialen Kompetenzen;
4. eine Sensibilisierung der Wahrnehmung für die Umwelt, eigene Gefühle und Körperempfindungen und ein vorsichtiger Aufbau der Fähigkeit zur Entspannung – und eine Steigerung des Körpergefühls.

Der Aufwand und die benötigte Qualifikation und Vorbereitungszeit für einzelne Interventionen in der Gruppe variieren sehr stark zwischen den einzelnen Zielbereichen, aber auch zwischen den einzelnen Übungen. Viele dieser Interventionen wirken vermutlich auf den ersten Blick trivial und werden sicherlich tausendfach in jeder gut funktionierenden Wohngruppe, in welcher die Gruppenpädagogen zeitliche Ressourcen zur Förderung ihrer Kinder in Kleingruppen haben, in ähnlicher Art und Weise angewendet. Es ist aber entscheidend, in welcher Häufigkeit, Intensität, Frequenz und vor allem aus welcher Intention heraus dies geschieht. Insbesondere der Punkt 4, die Förderung der Sensibilität und der Wahrnehmung und des Körpergefühls, besteht letztlich aus einer Ansammlung

mit Körperübungen, mit sehr vorsichtigem Erlernen von strukturierten Entspannungsübungen (unvorbereitete Entspannungsübungen sind bei traumatisierten Menschen kontraindiziert) oder anderen Übungen zur Schulung der Sinneswahrnehmung wie Blindessen, Barfußparcours, Geräuschememory etc. sowie viel Zeit für gemeinsames Kochen, Abschmecken und Probieren der Speisen etc.

Die Vermittlung von emotionalen und sozialen Kompetenzen stellt die Pädagogen dabei vor schwierigere Herausforderungen. Bei der Vermittlung von sozialen Kompetenzen bietet das Modell der sozialen Informationsverarbeitung von Dodge (vgl. Dodge u. Schwartz 1997) eine Orientierungshilfe. Dies bedeutet, dass soziale Problemsituationen mit den Kindern und Jugendlichen intensiv analysiert werden, d. h. die soziale Wahrnehmung der Situationen, die Interpretation der Situationen, werden noch einmal mit dem Kind durchgegangen und es werden dem Kind mehrere alternative Handlungsmöglichkeiten angeboten und die Folgen dieser unterschiedlichen Handlungsausgänge dabei antizipiert. Eine gute Möglichkeit, die soziale Kompetenz mit Kindern zu fördern ist das therapeutische Spiel „die Ideenolympiade“ (Kuhlmann u. Dürrwächter 1997), welches den Kindern viel Spaß macht, auf die Konzepte von Dodge aufbaut und gut in den Alltag zu integrieren ist.

Am schwierigsten zu fördern sind die Fähigkeiten der Emotionsregulation, die aber nach dem Konzept von Linehan (1996) eng mit der Körperwahrnehmung und Sensibilisierung auf die Sinnesreize der Umwelt einhergehen. Sämtliche Gefühlsausbrüche oder schwierigen Verhaltensweisen und die zugrunde liegenden anspannungsauslösenden Gefühle werden genau analysiert. Allgemein wird kontinuierlich im Rahmen der Einzelstunden und der Arbeit in Kleingruppen eine altersgerechte Psychoedukation über die wichtigsten Gefühle durchgeführt (Warum und wann hat man welche Gefühle? Was ist der Sinn von Gefühlen? Wann habe ich welches Gefühl, wodurch wird es bei dem Kind /bei anderen Kindern ausgelöst? Wie kann ich Gefühle verstärken/abschwächen?). Dies geschieht teilweise im direkten Gespräch. Zusätzlich zur verbalen Analyse der Emotionen werden kreative Medien, Pantomime, Spiele und Bücher und Geschichten zum Ausdruck von Gefühlen oder als Medium um ein Gespräch über ihre Emotionen mit den Kindern zu beginnen verwendet.

Parallel zu der Arbeit mit den Kindern läuft eine sehr intensive Elternarbeit. Bei Kindern und Jugendlichen, die keine oder nur sehr eingeschränkte Kontakte zu ihren Ursprungsfamilien haben und bei denen Einschränkungen ins Sorgerecht vorliegen, erfolgt eine intensive Biographiearbeit. Hier gibt das Buch „Wo gehöre ich hin?“ (Ryan u. Walker 1997) viele hilfreiche Anregungen, einmal zum Aufarbeiten der Vorgeschichte, aber auch dafür, wie man Kindern und Jugendlichen die schwierige Situation, wie ein drohender Sorgerechtsentzug, gut erklären kann. Zum Beispiel indem man Elternschaft auf drei bedeutsame Komponenten, natürliche Eltern, rechtliche Verantwortung und soziale Ver-

antwortung – alltägliche Sorge und Betreuung, durch Kreise symbolisiert und die Aufteilung detailliert und sehr transparent erklären kann, ein Buch über sich selbst anfertigt, seine Wohnorte und Beziehungswechsel in Landkarten zeichnet etc.

Das KJHG sieht in § 34 vor, dass Heimerziehung prinzipiell zeitlich beschränkt ist und entweder der Rückführung in die Ursprungsfamilie, der Vermittlung in eine Pflegefamilie oder der Verselbständigung dienen muss. Inwiefern die Möglichkeiten der Elternarbeit ausreichen, bei Familien mit derart ausgeprägter innerfamiliärer Gewalt ein solches Ausmaß an Stabilisierung zu erreichen, welches eine Rückführung mit gutem Gewissen ermöglicht, ist fraglich. Momentan ist noch nicht abzusehen, ob dieses gelingen kann und wie die Jugendhilfemaßnahmen beendet werden können. Identisches gilt natürlich auch bei Entscheidungen über die Häufigkeit und Art und Weise des gewünschten Umgangs. Allgemein sollte sich hier jegliche Regelung primär am Wohl des Kindes orientieren (vgl. Salgo 2000, 2006).

Anzustreben ist dabei auf jeden Fall eine frühzeitige klare Positionierung der Mitarbeiter der Jugendämter und gegebenenfalls eine schnelle, klare Entscheidung der zuständigen Familiengerichte, um eine frühzeitige Planungssicherheit zu erhalten, Übergänge gemeinsam mit dem Jugendamt langfristig planen und diese gegebenenfalls gut begleiten zu können, sowie die notwendigen Hilfen bereits im Vorfeld etablieren zu können. Möglichkeiten der Organisation und Durchführung von Hilfeplangesprächen und Kinderschutzkonferenzen unter Nutzung von Sichtweisen, Rollen als Ressourcen der beteiligten Systeme zum Schutz des Kindes bei klarem Aufzeigen der Grenzen zum Schutz des Kindes findet man bei Schweitzer-Rothers (2000; Übersicht bei Armbruster 2000).

6 Ausblick und Evaluation

Wie beschrieben stellen die vorgestellten Interventionen und Konzepte eine Möglichkeit dar, durch chronische Traumatisierung in ihrer Entwicklung beeinträchtigte Kinder in stationären Wohngruppen zu fördern, da die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen in Heimerziehung aus psychosozialen Bedingungen stammt, in denen die Eltern aus unterschiedlichen Gründen nicht in der Lage waren, die optimale emotionale Entwicklung ihrer Kinder zu fördern. Diese Vorschläge sind letztlich ein Versuch, für die gesamte stationäre Jugendhilfe Ansatzpunkte für eine spezifische Entwicklungsförderung zu unterbreiten. Weshalb die Eingangs gestellte Frage „Brauchen wir eine Traumapädagogik?“ nicht einfach zu beantworten ist. Was sicher benötigt wird, sind bessere stationäre pädagogische Konzepte auf einem fundierten theoretischen Hintergrund, mit welchen wir psychisch sehr belastete Kinder in der stationären Jugendhilfe besser symptomorientierter betreuen und in ihrer Entwicklung spezifisch fördern

können. Diese pädagogischen Programme müssen sich selbstverständlich einer kritischen wissenschaftlichen Überprüfung ihrer Verläufe stellen.

Außerdem werden für diese Kinder und Jugendlichen dringend auch empirisch evaluierte Programme zur Kooperation zwischen Jugendhilfe und kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen benötigt, welche im Idealfall eine kontinuierliche ambulante Betreuung mit einer gemeinsamen Falldefinition sowie klare Absprachen für ein Vorgehen in Krisensituationen einschließen, die sich durch diese Antizipation hoffentlich weitgehend vermeiden lassen.

Die nach dem umrissenen theoretischen Konzept arbeitende Gruppe wurde am 1. Oktober 2005 eröffnet. Die Evaluation startete am 1. Oktober 2006. Die theoretische Konzeptentwicklung und die Evaluation werden von den Universitätskliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie /-Psychotherapie in Basel und Ulm unterstützt.

Die Zeit zwischen der Eröffnung der Gruppe und dem Start der Evaluation wurde benötigt, um das neue Team in die Konzeptentwicklung mit einbeziehen zu können und die geplanten Interventionen mit den Ressourcen, Interessen und Fähigkeiten der neuen Teammitglieder berücksichtigen und auch den örtlichen Gegebenheiten anpassen zu können.

In einer Sondergruppe, die lediglich sieben besonders psychisch belastete Kinder und Jugendliche aufnimmt und in der die einzelnen Traumata und deren Folgen sehr individuell sind, ist es nur schwer möglich, für traumaspezifische Fragestellungen eine direkte Vergleichsgruppe zu finden, weshalb ein Prä-Post-Vergleich der Jugendlichen bezüglich verschiedener dieser Zielgrößen zwar anvisiert, bei der zwangsläufig geringen Fallzahl aber wenig aussagekräftig sein wird, da unklar ist, inwiefern diese Kinder und Jugendlichen auch für größere Stichproben repräsentativ sein können und die Ergebnisse zu stark von jedem Einzelfall beeinflusst werden.

Aus diesem Grunde wollen wir, um eine größere Datenbasis zu schaffen, mehrmals wöchentlich die Befindlichkeit der Jugendlichen im Selbsturteil und im Fremdurteil der Gruppenpädagogen erfassen. Ein ähnliches Vorgehen wurde bereits auf kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen praktiziert (Keller et al. 2006). Die Pädagogen erfassen parallel dazu auch noch täglich ihre Arbeitsbelastung und ihre Gefühle gegenüber ihren Bezugskindern, was die Sensibilität für ungünstige Interaktionsmuster erhöhen soll.

Für die Kinder geht die tägliche Frage nach ihrer emotionalen Selbstwahrnehmung und der Austausch über ihre Gefühle natürlich mit einer externen Validierung ihrer Wahrnehmung einher, was sie in ihren Ursprungsfamilien vermutlich kaum erlebt haben, und wovon eine Förderung der emotionalen Kompetenz der Kinder und Jugendlichen zu erwarten ist.

Es handelt sich somit um eine „Action research“ (Fegert 2004), in welcher die Forschungsergebnisse immer wieder an das Team zurückfließen und schon das Ausfüllen der täglichen Befindlichkeitsparameter eine Intervention darstellt.

Weshalb die Konzeptentwicklung keinesfalls als abgeschlossen gilt, und es immer möglich ist, neue Interventionsbausteine mit aufzunehmen oder einzelne Bausteine zu optimieren.

Das Beobachtungsintervall für die Untersuchung wird ein Jahr betragen, so dass die ersten Ergebnisse und eine detaillierte Auflistung der pädagogischen Interventionen bis Ende 2007 vorliegen werden.

Literatur

- American Association of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (1998). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescent with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Association of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 997–1001.
- Armbruster, M. (Hrsg.) (2000). *Misshandeltes Kind – Hilfe durch Kooperation*. Freiburg: Lambertus.
- Barker, D.J. (1997). Fetal Nutrition and cardiovascular disease in later life. *British Medical Bulletin*, 53, 96–108.
- Baur, D., Finkel, M., Hamberger, M., Kühn, A., D. (1998). *Leistungen und Grenzen der Heimerziehung. Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Band 170. Stuttgart: Kohlhammer.
- Blower, A., Addo, A., Hodgson, J., Lamington, L., Towson, K. (2004). Mental Health of “Looked after Children”: A needs assessment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 117–129.
- Boos, A. (2005). *Kognitive Verhaltenstherapie bei chronischen Traumatisierungen*. Göttingen: Hogrefe
- Boyd Webb, N. (Hrsg.) (2006). *Working with Traumatized Youth in Child Welfare*. New York: Guilford Press.
- Brisch, K.-H. (2002). *Bindungsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K.-H., Hellbrügge, T. (Hrsg.) (2005). *Bindung und Trauma*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K.-H., Hellbrügge, T. (Hrsg.) (2006). *Kinder ohne Bindung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brooks, S. M. (2006). Animal Assisted Psychotherapy and Equine-Facilitated Psychotherapy. In N. Boyd Webb (Hrsg.), *Working with Traumatized Youth in Child Welfare* (S. 219–246). New York: Guilford Press.
- Burns, B. J., Phillips, S. D., Wagner, H.-R., Barth, R., Kolko, D., Campbell, Y., Landsverk, J. (2004). Mental Health Need and access to Mental Health Services by Youth Involved with Child Welfare: A National Survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 960–970.
- Buttolo, W., Krüsmann, M., Hagl, M. (1998). *Leben nach dem Trauma: Über den therapeutischen Umgang mit dem Entsetzen*. München: Pfeiffer.
- Cohen, J., Deblinger, E., Mannarino, A., Steer, R. (2004). A Multisite randomized controlled Trial for children with sexual abuse related PTSD symptoms. *Journal of the American Association of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393–402.

- DeBellis, M. (2001). Developmental traumatology. The psychological development of maltreated Children and its implication for research, treatment and policy. *Developmental Psychopathology*, 13, 539–564.
- Dodge, K. A., Bates, J. A., Pettit, G. S., Valente E. (1995). Social Information-processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 632–643.
- Dodge, K. A., Schwartz, D. (1997). Social information processing mechanisms in aggressive behaviour. In D. M. Stoff, J. Breiling, J. D. Maser (Hrsg.), *Handbook of antisocial behaviour* (S. 171–180). New York: Wiley.
- Downing, G. (2006). Frühkindlicher Affektaustausch und dessen Beziehung zum Körper. In G. Marlock, H. Weiß (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 333–351). Stuttgart: Schattauer.
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Fegert, J.M. (1994). *Was ist seelische Behinderung*. Münster: Votum.
- Fegert, J. M., Ziegenhain, U., Auer, U., Fetzter, A. (2003). *Innovative wissenschaftliche Ansätze zur Erforschung der Schnittstellenproblematik zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe. Expertise für das Land Niedersachsen*. Unveröffentlichtes Manuskript, Universitätsklinikum Ulm.
- Fegert, J. M. (1999). Betroffene, Helfer und Strafverfolger. Eine empirische Untersuchung Im Labyrinth der Reaktionsmöglichkeiten auf sexuellem Missbrauch. In: Fürsorgewerk KiZiEJ (Hrsg.), *Wege aus dem Labyrinth* (S. 42–61). Berlin: Eigenverlag.
- Fegert, J. M., Berger, Ch., Klopfer, U., Lehmkuhl, U., Lehmkuhl, G. (2001). *Umgang mit sexuellem Missbrauch*. Münster: Votum.
- Fegert, J. M. (2004). Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch. In: C. Eggers, J. M. Fegert, F. Resch (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (S. 497–516). Heidelberg: Springer.
- Fegert, J. M., Wolff, M. (2006). *Sexueller Missbrauch durch professionelle in Institutionen*. 2. Auflage. Weinheim: Juventa.
- Fergusson, D. M., Lynskey, M., Horwood, J. (1996a). Childhood sexual abuse and psychiatric Disorder in Young Adulthood. Prevalence of Sexual abuse and Factors associated with Sexual abuse. *Journal of the American Association of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (10), 1355–1364.
- Fergusson, D. M., Horwood, J., Lynskey, M. (1996b). Childhood sexual abuse and psychiatric Disorder in Young Adulthood. II. Psychiatric Outcomes of Childhood Sexual Abuse. *Journal of the American Association of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (10), 1365–1374.
- Fiedler, P. (2000). *Dissoziative Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. (2001). *Integrative Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Fleischhacker, C., Böhme, R., Sixt, B., Schulz, E. (2005). Suizidalität, Parasuizidalität und selbstverletzende Verhaltensweisen von Patientinnen mit Symptomen einer Borderlinestörung. *Kindheit und Entwicklung*, 14 (2), 112–127.
- Fonagy P., Gergerly, G., Jurist, E., Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Greenwald, R. (2001). *EMDR in der Psychotherapie mit Kindern*. Paderborn: Junfermann.
- Grawe, K. (2005). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hart, A. (2006). *Die alltäglichen kleinen Wunder-Bindungsorientierte Therapie zur Förderung*

- derung der psychischen Widerstandsfähigkeit (Resilienz) von Pflege- und Adoptivkindern. In K.H. Brisch, T. Hellbrügge (2006). *Kinder ohne Bindung* (S. 190–222). Stuttgart. Klett-Cotta.
- Hensel, T. (2006). Effektivität von EMDR bei psychisch traumatisierten Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 15 (2), 107–118.
- Hensen, G., Körner, W. (2005). Erziehungsberatung – eine Standortbestimmung der Position von Psychotherapie in der Jugendhilfe. *Psychotherapeutenjournal*, 4 (3), 227–236.
- Hepp, U. (2006). Trauma und Resilienz. In R. Welter-Enderlin, B. Hildenbrandt (Hrsg.), *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände* (S. 139–157). Heidelberg. Carl Auer-Verlag.
- Hobbs, G., Hobbs, C., Wynne, J. (1999). Abuse of children in foster and residential care. *Child Abuse and Neglect*, 23, 1239–1252.
- Hoffmann, A. (1999). EMDR. Stuttgart: Thieme.
- Hoffmann, A., Besser, L. (2005). Psychotraumatologie bei Kindern und Jugendlichen. In K.-H. Brisch, T. Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma* (S. 172–203). Stuttgart. Klett-Cotta.
- Huber, M. (2003a). *Trauma und die Folgen*. Paderborn: Junfermann.
- Huber, M. (2003b). *Traumabehandlung*. Paderborn: Junfermann.
- Ihle, W., Esser, G., Schmidt, M. H., Blanz, B. (2002). Die Bedeutung von Risikofaktoren des Kindes- und Jugendalters für psychische Störungen von der Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung*, 11 (4), 201–211.
- IKJ- Institut für Kinder und Jugendhilfe Mainz (2003). *Evas Highlights 2*. 2003. Mainz. Eigenverlag.
- IKJ – Institut für Kinder und Jugendhilfe Mainz (2004). *Evas Highlights 1–2004*. Mainz. Eigenverlag.
- Joraschky, P., von Arnim, A., Pohlmann, K. (2006). Störung des Körperselbst bei Patienten mit Borderline-Symptom. In A. Rimmel, O. Kernberg, W. Vollmöller, B. Strauß B.: *Handbuch Körper und Persönlichkeit*. Stuttgart: Schattauer.
- Joraschky, P., Pohlmann, K. (2005). Die Auswirkungen von Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung auf Selbstwert und Körperbild. In U. T. Egle, S. O. Hoffmann, P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung Vernachlässigung*. 3. Aufl. (S. 194–207). Stuttgart: Schattauer.
- Keller, F., Peter, S., Fegert, J. M., Naumann, A., Goldbeck, L. (2006). Behandlungsbeurteilungen von Jugendlichen im Verlauf einer stationär-psychiatrischen Behandlung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34 (5), 367–376.
- Klein, J., Erlacher, M., Macsenaere, M. (2003). *Die Kinderdorf-Effekte-Studie*. Mainz. Institut für Kinder und Jugendhilfe.
- Kraft, S., Schepker, R., Goldbeck, L., Fegert, J. M. (2006). Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. *Nervenheilkunde*, 25, 709–716.
- Krüsmann, M., Müller-Cyran, A. (2005). *Trauma und frühe Interventionen*. Stuttgart. Pfeiffer bei Klett Cotta.
- Kuhlmann, M., Dürrwächter, U. (1997). *Die Ideenolympiade- ein Spiel zur sozialen Kompetenz bei Kindern und Jugendlichen*. Reutlingen: Riedel Verlag.
- Lieberman, A. F.; van Horn, P. (2004). Assessment and treatment of young children exposed to traumatic events. In Osofsky (Hrsg.), *Young Children and trauma: Intervention and treatment* (S. 111–138). New York: Guilford press.

- Linehan, M. (1996). *Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. (1996). *Trainingsmanual zur Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Lohmer, M. (2002). *Borderline-Therapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Luthar S. (Hrsg.) (2003). *Resilience and Vulnerability*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Malinovsky-Rummel, R., Hensen, D. J. (1993). Long Term Consequences of physical abuse. *Psychological Bulletin*, 114, 68–79.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: resilience process in development. *American Psychologist*, 56, 227–238.
- Meltzer, H., Lader, D., Corbin, T., Goodman, R., Ford, T. (2003). The mental health of young people looked by the authorities in Scotland. *National Statistics Report*. Norwich: St Clements House.
- Mount, J., Lister, A., Bennun, I. (2004). Identifying the Mental Health Needs of Looked after Young People. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 363–382.
- Nash, M. L. R., Hulsely, T., Sexton, M. C., Harralson, T. L., Lambert, W. (1993). Long-term effects of childhood sexual abuse, perceived family environment, psychopathology and dissociation. *Journal Consult Clinical Psychology*, 61, 276–283.
- National Child Traumatic Stress Network (2006). www.NCTSN.org Zugriff: 30.09.2006
- Perry, B. (2002). Bindung und Zuneigung bei misshandelten Kindern. In A. May, N. Remus (Hrsg.), *Traumatisierte Kinder* (S. 81–97). Berlin: Jonglerie.
- Reedemann, L. (2004). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie – PITT das Therapiemanual*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Remerschmidt, H., Schmidt, M. H., Poustka, F. (Hrsg.) (2001). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. Bern: Huber.
- Riedesser, P. (2005). Entwicklungspsychopathologie von Kindern mit traumatischen Erfahrungen. In K.-H. Brisch, T. Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma* (S. 160–171). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ryan, T., Walker, R. (1997). *Wo gehöre ich hin? Biographiearbeit mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz.
- Ryan, V. (2004). Adapting non-directive Play therapy for Children with Attachment Disorders. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(1), 75–87.
- Sachsse, U. (2004). *Traumazentrierte Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Salgo, L. (2000). Kommentar zum § 33 SGB-VIII. In G. Fieseler, H. Schleicher (Hrsg.), *Gemeinschaftskommentar zum SGB-VIII*. Neuwied: Luchterhand.
- Salgo L. (2006). Das Wohl des Kindes unter den Aspekten gesetzlicher Einflüsse. In K.-H. Brisch, T. Hellbrügge (Hrsg.), *Kinder ohne Bindung* (S. 259–276). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Salzmann, J. P., Salzmann, C., Wolfson, A. N., Albanese, M., Looper, J., Ostacher, M., Schwartz, J., Chinman, G., Land, W., Miyawaki, E. (1993). Association between borderline personality structure and history of childhood abuse in adult volunteers. *Compr. Psychiatry*, 34, 254–257.
- Schepker, R. (1997): Posttraumatische Belastungsstörungen im Kindesalter. Diagnose, Verlaufsprädiktoren und therapeutische Strategien. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 25, 46–56.

- Schleiffer, R. (2001). *Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung*. Münster: Votum.
- Schmidt, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Heimkindern*. Weinheim: Juventa.
- Schmid, M., Fegert, J. M. (2006). Viel Lärm um nichts – Wie gebräuchlich ist die Wiedereingliederungshilfe nach § 35a SGB-VIII in der stationären Jugendhilfe. *Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe* 1, 30–35.
- Schmid, M., Goldbeck, L., Fegert, J. M. (2006). Kinder in der stationären Jugendhilfe – (k)eine Aufgabe für Verhaltenstherapeuten? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 38, 95–119.
- Schmidt, M. H., Schneider, K., Hohm, E., Pickartz, A., Macsenaere, M., Petermann, F., Florsdorf, P., Hölzl, H., Knab, E. (2002). *Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmucker, M. R., Vetter, S. (1996). *Imagery Rescripting Therapiemanual zur Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen nach sexuellem Missbrauch*. Zürich: Vetter.
- Schore, A. N. (1994). *Affektregulation and the Origin of the self. The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ.: Erlbaum
- Schubbe, O. (2003). Was hilft sexuell traumatisierten Kindern. In A. May, N. Remus (Hrsg.), *Traumatisierte Kinder* (S. 151–159). Berlin: Jonglerie.
- Schweitzer, J. (1987). *Therapie dissozialer Jugendlicher*. Weinheim: Juventa.
- Schweitzer-Rothers, J. (2000). Gelingende Kooperation. In M. Armbruster (Hrsg.), *Misshandeltes Kind-Hilfe durch Kooperation*. Freiburg: Lambertus.
- Schweitzer-Rothers, J. (2001). Ein Multi System-Ansatz bei dissozialen delinquenten straffälligen Jugendlichen. In W. Rothaus (Hrsg.), *Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Heidelberg: Carl Auer-Verlag.
- Siegel, D. J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind. Attachment relationships, mindsight and neural Integration. *Infant Mental Health Journal*, 22, 67–94.
- Statistisches Bundesamt (2003). *11 Jahre Kinder und Jugendhilfegesetz in Deutschland. Ergebnisse der Jugendhilfestatistiken*. www.destatis.de (Zugriff 5.12.2005).
- Statistisches Bundesamt (2004). *20.6 Milliarden Euro für Kinder- und Jugendhilfe im Jahr 2003. Pressemitteilung vom 20.12.2004*. www.destatis.de. (Zugriff 5.12.2005).
- Statistisches Bundesamt (2006). *Inobhutnahmen fast unverändert. Pressemitteilung vom 30.08.2006*. www.destatis.de (Zugriff 15.9. 2006).
- Stierlin, H. (1980). *Eltern und Kinder das Drama von Versöhnung und Trennung*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Streeck-Fischer, A. (1997). Verschiedene Formen des Spiels in der analytischen Psychotherapie. *Forum Psychoanalyse*, 13, 19–37.
- Terr, L. C. (1995). Childhood traumas: An Outline and overview. In G. S. Everly, J.M. Lating (Hrsg.), *Psychotraumatology: Key Papers and Core Concepts in Posttraumatic Stress* (S. 310–319). New York.
- Van der Kolk, B. (1999). Das Trauma in der Borderlinepersönlichkeit. *PTT*, 3, 21–29.
- Van der Kolk, B. A., Mc Farlane, A., Weisaeth, I. (2002). *Traumatic Stress* Paderborn: Junfermann.
- Vogt, Kühn. (2003). *Definition Traumapädagogik*. www.Traumapädagogik.de (Zugriff 27.9.2006).
- Walsh, F. (2006). Ein Modell familiärer Resilienz und seine klinische Bedeutung. In

- R. Welter-Enderlin, B. Hildenbrandt (Hrsg.), Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände (S. 43–80). Heidelberg: Carl Auer-Verlag.
- Weiß, W. (2006). Phillip sucht sein ich? 3. Auflage. Weinheim: Juventa.
- Winnicott, D (2004). Reifeprozesse und förderliche Umwelt. Gießen: Psychosozial Verlag, 1. Aufl. 1958.

Korrespondenzadressen: Dr. Marc Schmid, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel, Schaffhauserrheinweg 55, CH-4058 Basel; E-Mail: Marc.Schmid@upkbs.ch;

Dipl.-Sozialarbeiter Detlev Wiesinger, St. Canisius Sonnenhof, Hochbergstr. 18, 73525 Schwäbisch-Gmünd; E-Mail: Detlev.Wiesinger@st-canisius.de