

Inhaltsverzeichnis:

Einleitung	2
1. Trauma: Einführung, Definitionen und Grundlagen:.....	3
1.1. Definition Trauma.....	3
1.2. Stressreaktion	5
1.3. Gedächtnismodell	6
1.4. Sekundäre psychische Störungen	6
1.5. Akute Belastungsreaktion.....	6
1.6. Posttraumatic stress disorder PTSD / Posttraumatische Belastungsstörung PTBS..	8
1.7. Retraumatisierung	10
1.8. Sekundäre Traumatisierung	11
2. Jugendliche Flüchtlinge	12
3. Traumapädagogik.....	13
3.1. Traumabearbeitung.....	13
3.2. Kernstücke der Traumapädagogik	14
3.3. Die traumapädagogische Haltung	14
3.4. Traumapädagogische Standards:	16
3.5. Übertragung und Gegenübertragung.....	16
3.6. Selbstfürsorge	17
4. Hilfs – und Behandlungsangebote für traumatisierte Menschen: Möglichkeiten der Behandlung und der Transformation von Traumata.....	18
4.1. Traumatherapie	18
4.2. Interdisziplinäre Vernetzung und Kooperation.....	19
5. Praktische Übungen, die im Seminar verwendet wurden.....	20
6. Quellenverzeichnis	22
Referentinnen.....	24

Einleitung

Im Seminar „Umgang mit traumatisierten Jugendlichen“ setzen wir uns mit den Grundlagen von psychischen Traumata und deren Folgestörungen auseinander. Was ist ein psychisches Trauma, welche Symptomatik weisen die akute Belastungsreaktion und die posttraumatische Belastungsstörung auf? Ziele des Seminars sind, die Symptome von Trauma zu kennen und zu erkennen und somit im pädagogischen Alltag Verhaltensweisen von Jugendlichen besser einordnen und zuordnen zu können. Dadurch gewinnen die TeilnehmerInnen Sicherheit im Umgang mit traumatisierten Jugendlichen.

Weiters stellen wir das Konzept der Traumapädagogik und die für den stationären Bereich erarbeiteten traumapädagogischen Standards vor.

Im letzten Teil geht es um Behandlungs- und Hilfsangebote für traumatisierte Menschen, im Besonderen um einen Einblick in die Möglichkeiten der Traumatherapie.

Im Seminar arbeiten wir mit einem ressourcenorientierten Ansatz und legen Wert auf Partizipation der TeilnehmerInnen. Mehrere Methoden der Auflockerung bzw. auch jene, die in der Traumapädagogik zur Anwendung kommen, werden vorgestellt. Arbeit mit traumatisierten Menschen erschüttert auch unser eigenes Vertrauen. Traumatisierung ist ansteckend und kann bei den BetreuerInnen Gefühle der Hilflosigkeit, Ohnmacht, Aggression auslösen. Wie können wir selbst unsere Kräfte und Ressourcen bewahren? Die Auseinandersetzung mit den eigenen Ressourcen und Stärken ist ein wichtiger Teil des Seminars und eine der wichtigsten Voraussetzungen in der Arbeit mit traumatisierten Menschen.

Da wir beide aus dem Bereich der Flüchtlingsbetreuung kommen, liegt ein Schwerpunkt auch auf der Begleitung von traumatisierten Menschen – im besonderen Jugendlichen – mit Fluchthintergrund.

1. Trauma: Einführung, Definitionen und Grundlagen:

1.1. Definition Trauma

Das Wort "Trauma" stammt aus dem Griechischen und bedeutet "Verletzung". Ein psychisches Trauma ist eine seelische Verletzung oder Wunde, die durch eine oder mehrere Erfahrungen entsteht, die in einem Maße einschneidend sind, dass sie unsere Verarbeitungsfähigkeit bei Weitem übersteigen. Ein psychisches Trauma ist ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt (Fischer und Riedesser, 1998). Traumatisierende Erlebnisse sind mit heftigen emotionalen Reaktionen wie Angst, Hilflosigkeit, Entsetzen oder Erstarrung verbunden.

Bei einem traumatisierenden Ereignis erfuhr, beobachtete oder wurde eine Person mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod, tatsächliche oder drohende ernsthafte Körperverletzung oder eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit von einem selbst oder anderen einschloss. In der Reaktion der Person war starke Angst, Hilflosigkeit oder Grauen enthalten (DSM -IV-TR). Nicht jede Person, die traumatische Ereignisse überlebt hat, bildet auch eine krankheitswertige Störung aus.

Bei einem traumatisierenden Erlebnis werden extremer Stress, Gefühle der Hilflosigkeit und des Entsetzens und Schutzlosigkeit empfunden. Die gewohnten Abwehr-Verarbeitungsmechanismen reichen nicht aus, und weder Flucht noch Verteidigung sind möglich. Es kommt zu einer Reizüberflutung und zu einer dauerhaften Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses.

Verursacher dieser Ereignisse können die Natur (z.B. Naturkatastrophen wie Erdbeben, Tsunami, schwere körperliche Erkrankung), technische Fehler (z.B. technische Katastrophen) oder der Mensch (z.B. körperliche und sexuelle Gewalt, Vernachlässigung, Folter, Krieg, terroristische Anschläge) sein. Sowohl Betroffene wie auch Zeugen solcher Ereignisse können schwer traumatisiert werden.

Leonore Terr unterschied psychische Traumatisierung im Kindesalter in Typ1- und Typ 2- Trauma: **Ein Typ 1-Trauma** ist ein einmaliges traumatisches Ereignis, ein Schocktrauma wie Naturkatastrophen, Unfälle, technische Katastrophen, Gewalttaten, Überfall, Operative Eingriffe, längerfristige Trennungen, schwere Erkrankungen, Verbrennungen. Ein **Typ 2-Trauma** ist ein komplexes, längeres traumatisches Geschehen wie wiederholte körperliche und/oder sexuelle Gewalt, Kindesmissbrauch (emotional, sexuell), Kindesmisshandlung, Vernachlässigung, Geiselnhaft, chronische Traumatisierung durch Krieg, Flucht, Folter, chronisch existentieller Mangel (Hungersnot). Ein Typ 2-Trauma ist auch durch Serien verschiedener traumatischer Einzelereignisse gekennzeichnet und durch die geringe Vorhersagbarkeit des weiteren traumatischen Geschehens.

Die Bewältigung eines Traumas ist abhängig von persönlichen Bewältigungsfaktoren und anderen Faktoren. Nach Folter erholt sich fast niemand alleine.

Traumatisierungen sind umso schlimmer, je früher der Beginn des Traumas ist, je länger es dauert, wenn es zu Wiederholungen kommt, das Trauma von Menschen ausgehend ist und je näher der / die TäterIn im Bindungssystem ist.

Folgende Faktoren spielen eine Rolle: Risikofaktoren, Schutzfaktoren, Ereignisfaktoren, persönliche Faktoren und gesundheitsfördernde Faktoren und Ressourcen. Risikofaktoren sind, je jünger die Person beim Trauma und je schwerer die belastende Situation ist. Als Schutzfaktoren gelten Gefühle der Autonomie, wenn sie auch nur gering sind, die Unterstützung durch das soziale Umfeld, die Anerkennung als Opfer und die Fähigkeit, das traumatische Ereignis geistig einzuordnen, zu verstehen, ihm einen Sinn geben zu können. (Das ist auch ein Ziel der Traumatherapie.)

Als Folgereaktionen entstehen seelische und körperliche Beschwerden, sogenannte Belastungsstörungen (z.B. Akute Belastungsreaktion, Anpassungsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung). Diese Reaktionen sind normale Reaktionen auf einen extremen, nicht mehr integrierbaren Stress. Sie sind ein Versuch des Körpers und der Seele, das verloren gegangene Gleichgewicht wieder herzustellen. „Sie sind nicht verrückt, sondern Ihre Symptome sind normale Reaktionen auf eine abnormale Situation.“ (vgl. Ottomeyer & Peltzer, 2002).

Besonders in der Adoleszenz zeigen sich frühe Traumatisierungen in dramatischer Weise. Die Zeitspanne der Adoleszenz ist nach Streeck- Fischer (1998) für Jugendliche mit einem labilen oder erschütterten Selbst eine kritische und für Neu- und Retraumatisierungen anfällige Zeit. Es kommt zu Reinszenierungen vergangener traumatischer Erfahrungen, die Jugendlichen verstricken sich immer tiefer in ihre traumatische Situation, es kann zum Zusammenbruch und zum Beginn von schweren chronifizierten Erkrankungen kommen, sowie nicht selten zu dissozialem Verhalten. Das Stressbewältigungssystem ist grundlegend verändert (vgl. Bogyi, 2011).

Dies kann zu Schwankungen zwischen Übererregung und Erstarrung führen, zwischen Gedächtnisverlust und flash-backs, zwischen überwältigenden Gefühlen und absoluter Schmerz- und Gefühllosigkeit, zwischen gereizter Impulsivität und totaler Blockade.

1.2. Stressreaktion

„Die Stressreaktion ist eine durch die Evolution geformte, sehr schnelle Anpassungsmöglichkeit des Körpers an auftretende Gefahrensituationen, mit dem Ziel, das Überleben zu sichern. Es wird Energie bereitgestellt, um eine Reaktion zu ermöglichen, die der Situation angemessen ist: Angriff, Flucht oder Erstarrung, welche sich im Rahmen der Evolution als überlebenssichernd bewährt haben. Als weitere Wirkung wird die Aufmerksamkeit auf die Gefahrensituation fokussiert und andere energieverbrauchende Körperprozesse unterdrückt, da sie in der akuten Situation unnötig oder behindernd sind“ (Wikipedia).

Nach der ersten Schockphase setzt die Widerstandsphase ein. Hierbei folgt, vermittelt durch das sympathische Nervensystem, eine rasche Ausschüttung des Hormons Adrenalin. Es kommt zu einer Stimulation der Herztätigkeit und der Atmung. Der Blutdruck erhöht sich. Zudem werden andere stressabhängige Hormone, wie Cortisol und Wachstumshormone freigesetzt. Sie bewirken eine Stabilisierung der stressinduzierten Stoffwechselforgänge, insbesondere bei chronischem Stress (zit. nach Wikipedia „Stressreaktion“). Des Weiteren kommt es zu einer Leistungssteigerung der Muskeln sowie einer Hemmung der Ruheorgane (Darm).

1.3. Gedächtnismodell

Bei der Traumatisierung kommt es durch die massive Ausschüttung von Neurohormonen zu einer Fehlfunktion der Hippokampusformation. Hierdurch wird die räumliche und zeitliche Erfassung von Sinneseindrücken massiv gestört. Die Sinneseindrücke werden nicht mehr in Kategorien erfasst, sondern die akustischen, visuellen, olfaktorischen und kinästhetischen Sinneseindrücke werden als zusammenhangslose Informationen wahrgenommen. Die traumatischen Sinneseindrücke werden nicht „hippokampal“ („explizites Gedächtnis“) in das Bewusstsein eingespeist und dort gespeichert, sondern im impliziten Gedächtnis fragmentiert. Bei einem Flashback werden diese fragmentierten Gedächtnisinhalte dann abgerufen (zit. nach Wikipedia „Trauma“).

Während einer Traumatisierung sind Körper und Seele einer Flut von Reizen ausgesetzt und können nicht zur Ruhe kommen, da die Sinneseindrücke so intensiv und belastend sind, dass das Gehirn sie nicht mehr verarbeiten kann. Das vitale Diskrepanzerlebnis geht mit Gefühlen der Hilf- und Schutzlosigkeit einher. Da weder Kampf noch Flucht mehr möglich ist, kommt es zur Freeze-Reaktion (Totstellen, Dissoziation), sowie zur Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses. In dieser nicht auszuhaltenden Gegenwart ist auch die Vergangenheit nicht mehr existent und eine Zukunft nicht vorstellbar. Nichts ist mehr, wie es vorher war!

1.4. Sekundäre psychische Störungen

u.a.:

- Dysthymie, Depression
- Somatoforme Störungen
- Angststörungen
- Schlafstörungen
- Medikamenten- und Drogenmissbrauch
- selbstverletzendes Verhalten
- Suizidalität

1.5. Akute Belastungsreaktion

(nach ICD-10 und Taraweb)

Der "normale" Traumaverlauf lässt sich in drei Phasen einteilen:

1.) Schockphase

Der Körper reagiert mit ganz bestimmten Überlebensstrategien – z.B. kämpfen oder fliehen, ohne dass der Mensch darüber nachdenkt. Sind diese Reaktionen nicht möglich, können sich Traumasymptome ausbilden: Totstellreflex, Dissoziation.

Andere körperliche und psychische Reaktionen in dieser Phase sind z.B. Schnelle und flache Atmung, Verwirrtheit, Desorientierung, Todesangst/Panik, Orientierungslosigkeit, Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit etc.

Die Schockphase kann Stunden bis zu einigen Tagen andauern, wobei die unterschiedlichen Reaktionen immer wieder in Erscheinung treten können.

2.) Einwirkungsphase

Diese Phase dauert üblicherweise bis zu zwei Wochen. Die Betroffenen haben das Gefühl, ständig in Gefahr zu sein und die Angst, es könnte sich wiederholen. Sie sind von den Ereignissen noch stark in Anspruch genommen, erleben Flashbacks (plötzliche, oft nur kurz dauernde Gefühle, das traumatische Ereignis noch einmal zu erleben, Bilder des Erlebten, die unkontrolliert und unkontrollierbar ins Bewusstsein kommen und überfluten) und haben das Gefühl, „gefühlstaub“ zu sein. Ebenso häufig: Interesselosigkeit, Selbstzweifel, Gefühle der Ohnmacht und der Hoffnungslosigkeit, Alpträume, Schlafstörungen und Ängste.

3.) Erholungsphase

Bei einem großen Teil der Betroffenen tritt nach zwei bis vier Wochen die Erholungsphase ein. Die Übererregtheit geht zurück, der Schlaf wird ruhiger, die Flashbacks verschwinden, Körper und Seele finden in die Normalität des Lebens zurück. Das traumatische Ereignis kann zwar immer noch von zentraler Bedeutung sein, daneben kehrt aber auch das Interesse am "normalen" Leben wieder. Folgeerscheinungen können oft als zwar sehr schmerzliche, aber doch auch übliche und gesunde Reaktion auf traumatische Erlebnisse akzeptiert bzw. als Teil des Selbstheilungsprozesses angesehen werden.

Symptome sind

- Dissoziative Symptome wie Betäubung, Bewusstseinsverengung, eingeschränkte Aufmerksamkeit, Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten, Desorientiertheit (Stiert mit leerem Blick, reagiert verzögert, apathisch, wirkt teilnahmslos)

- sich zurückziehen oder Unruhezustand, Überaktivität („Aufgedreht“, Konzentrationsstörungen, schreckhaft...) , Fluchtreaktion
vegetative Zeichen panischer Angst (Herzrasen, Schwitzen, Erröten)
- somatische Beschwerden: Bauchschmerzen, Übelkeit, Kopfschmerzen, Schwindel
- ev. auch eine Amnesie über den Zustand.

In der akuten Phase ist es wichtig, Sicherheit und Beruhigung zu kommunizieren und für die körperlichen Grundbedürfnisse zu sorgen (Trinken, Essen, Decke etc.). Das Ziel aller Maßnahmen sollte sein, die Selbstheilungskräfte zu aktivieren und die Hilflosigkeit zu reduzieren. Das Kind, der / die Jugendlichen soll die Kontrolle über das eigene Leben wiedererlangen, unterstützend dabei ist, das Kind eigene Entscheidungen treffen zu lassen, die Alltagsroutinen wieder aufzubauen und das Leben wieder zu „normalisieren“. Hilfreich ist auch, gezielt eine emotionale Distanzierung zu forcieren und den Fokus auf Bewältigungsmöglichkeiten und Ressourcen zu legen. Wesentlich ist, transparente und ehrliche Information weiterzugeben.

1.6. *Posttraumatic stress disorder PTSD / Posttraumatische Belastungsstörung PTBS*

Die posttraumatische Belastungsstörung ist eine häufige Reaktion auf traumatische Ereignisse und wurde als Diagnose in die zwei wichtigsten diagnostischen Klassifikationsschemata aufgenommen: ins DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association) und ins ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems der WHO).

Um von einer PTSD sprechen zu können, müssen sowohl das Ereignis als auch die Reaktionsweise der Person festgelegte Kriterien erfüllen. Da ein traumatisches Ereignis oben bereits definiert wurde, beschränken wir uns an dieser Stelle auf die Symptomatik.

Beschwerdebild der PTSD

Von einer PTSD kann man im Unterschied zu einer Akuten Belastungsstörung sprechen, wenn die Symptome länger als 4 Wochen nach dem traumatischen

Ereignis anhalten. Die Symptome können auch stark zeitverzögert auftreten, d.h. nach dem traumatischen Ereignis können Menschen monatelang psychisch relativ stabil sein.

Folgende Symptomgruppen müssen zu beobachten sein, um nach DSM IV von einer PTSD zu sprechen:

- Ein andauerndes **Wiedererleben** des traumatischen Ereignisses:
 - Intrusionen (wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Trauma – Bilder, Gedanken, Wahrnehmungen)
 - Alpträume, wiederkehrende belastende Träume
 - Flash-backs (erinnern, als ob das traumatische Ereignis in der Gegenwart geschähe)
 - Intensive psychische Reaktion bei Konfrontation mit Trauma
 - körperliche Reaktionen beim Erinnern des Traumas wie Zittern und Schwitzen
- Anhaltendes **Vermeidungsverhalten** bzgl. Traumaassoziierter Reize oder Abflachung der allgemeinen Reagibilität (das Bemühen, Situationen oder Reize, die dem ursprünglichen traumatischen Ereignis ähneln oder mit diesem assoziiert werden, zu vermeiden.) Drei der sieben folgenden Kriterien sind erfüllt:
 - Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen, Gesprächen in Bezug auf das Trauma
 - Bewusstes Vermeiden von Orten, Aktivitäten, Personen, die an das ursprüngliche Trauma erinnern
 - Erinnerungslücken (Unfähigkeit sich teilweise oder vollständig an bestimmte Aspekte des Traumas zu erinnern)
 - Vermindertes Interesse und verminderte Aktivität
 - Einschränkung des Affektes / Gefühlsspektrums (Abgestumpftheit, Taubheit, Versteint- Sein)
 - Gefühl von Losgelöstheit, Entfremdung von sich selber und anderen
 - Gefühl einer eingeschränkten Zukunft / Perspektive
- Anhaltende Symptome erhöhter Erregung - **Übererregungszustand**. Zwei der folgenden fünf Kriterien sind erfüllt:

- Einschlaf-, Durchschlafstörungen
- Reizbarkeit, Wutausbrüche
- Konzentrationsstörungen
- Übertriebene Aufmerksamkeit und Wachsamkeit / Hypervigilanz
- Erhöhte Schreckhaftigkeit – übertriebene Schreckreaktionen

Laut ICD-10 sind Angst und Depression häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Verlauf der Krankheit ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann aber eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung über. Wesentlich für eine Besserung ist, dass den Betroffenen so rasch wie möglich Hilfe zukommt.

Anzumerken ist, dass die Diagnose von PTSD nach westlichen Kriterien erfolgt – die Reaktion auf Trauma ist nicht kulturunspezifisch, auch wer die Kriterien des DSM IV nicht in vollem Ausmaß erfüllt, kann traumatisiert sein. Menschen aus nicht-westlichen Kulturen beschreiben ihre Beschwerden oft verstärkt körperlich, Körperschmerzen können im Vordergrund stehen (u.a. Kopfschmerz im Schläfen- und Stirnbereich, Schmerzen in Schulter- und Brustbereich, Magenbeschwerden), dies wird auch die „Organsprache“ genannt. Symptome des Vermeidungsverhaltens können weniger vorhanden sein (vgl. NIPE)

1.7. Retraumatisierung

Mit Retraumatisierung ist eine Wiederholung oder ein erneutes Erleben eines Traumas gemeint. Retraumatisierungen können durch zufälliges Erleben eines Traumas der gleichen Art wie z.B. ein Unfall ausgelöst werden, oder aber auch im professionellen Umfeld durch polizeiliche Ermittlungen, Interviews vor der Asylbehörde etc. Maercker und Rosner (2006) definieren die Retraumatisierung im professionellen Kontext folgenderweise: „Als Retraumatisierung werden Vorgehensweisen bezeichnet, die die Patienten nur emotional belasten und keine nachhaltige Erleichterung verschaffen. In ihrer schlimmsten Form können sie, bedingt durch die mangelnden emotionalen Stabilisierungsmöglichkeiten des Traumatisierten, zu einer lang anhaltenden Verschlechterung führen. In den weniger

schwer wiegenden Fällen kommt zu einer Reaktualisierung des Traumas, die der Betroffene zwar selbst zu bewältigen imstande ist, die aber kurzfristig zu einer Verschlechterung führen kann.“

1.8. Sekundäre Traumatisierung

„Trauma ist ansteckend!“ Mit dem Begriff der Sekundären Traumatisierung ist die Übertragung posttraumatischer Stresssymptome auf professionelle HelferInnen gemeint, die mit traumatisierten Menschen arbeiten. „Es handelt sich dabei um eine übertragene Traumatisierung, die zustande kommt, obwohl die Therapeutin / Helferin nicht selbst mit dem traumatischen Ereignis konfrontiert ist.“ (Daniels 2007). Wie es zu sekundärer Traumatisierung kommt, wurde noch nicht ausreichend erforscht. Mögliche Faktoren dafür sind

- Empathie: die Fähigkeit, sich die mentalen Perspektiven eines Menschen zu erschließen sowie sich in seine emotionale Verfassung hineinzusetzen
- Kindling: eine zunehmende Sensibilisierung bestimmter Hirnareale durch wiederholte, unterschwellige Aktivierung und
- Dissoziation: eine Notfallreaktion des Menschen, die ihm ermöglicht lebensbedrohliche Situationen zu überstehen, indem er das Geschehen absplattet und z.B. wie ein Film oder nicht real empfindet (vgl. Daniels 2007).

ABC des Schutzes vor sekundärer Traumatisierung:

A wie Achtsamkeit: auf sich selbst, die eigenen Bedürfnisse, Grenzen und Ressourcen achten, um gesund leben zu können

B wie Balance: Gleichgewicht zwischen Arbeit, Freizeit und Ruhe, Balance zwischen der Vielfalt der Aktivitäten im beruflichen und im persönlichen Leben stellen die wichtigste „Krafttankstelle“ dar.

C wie connection (Verbindung): mit sich selbst und anderen Menschen, der Natur, dem Leben in Verbindung bleiben. Diese Verbundenheit stellt das Gegenstück dar zu den vielfältigen Belastungen und den Einschränkungen im Privatleben, die soziale Arbeit oft mit sich bringt. Die Verbindung zum eigenen Selbst erlaubt, persönliche Bedürfnisse wahrzunehmen und sie zu verwirklichen.

Und natürlich: Supervision, Intervision, Fortbildung, Fachberatung, Achten auf die eigene Psychohygiene!!! (vgl. Udolf, 2008).

2. Jugendliche Flüchtlinge

Faktoren die bei jugendlichen Flüchtlingen auftreten können:

- Traumatisierungen
- Belastung durch Migration
- Statusverlust
- Sozialer Abstieg
- Fremde Kultur
- Flüchtlingsstatus
- Geringer Handlungsspielraum
- kaum Einfluss
- kaum Selbstwirksamkeit
- Abhängig von Entscheidungen der Behörden
- Falsche Informationen, überzogene Erwartungen
- Hohe Erwartungen der Zurückgelassenen – Schuldgefühle!

Daher ist in der Arbeit mit Flüchtlingen besonders wichtig:

- Information! über Asylverfahren, Rechte
- Information! über Normen und Werte
- Tagesrhythmus (wieder)finden
- Soweit wie möglich Wahlmöglichkeiten
- Klarheit und Transparenz
- Gesprächsbereitschaft
- Psychologische Beratungsstellen

3. Traumapädagogik

„Traumapädagogik ist ein Sammelbegriff für die im Besonderen entwickelten pädagogischen Konzepte zur Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern“ (Kühn, 2008, in Weiß 2011). Traumapädagogik ist Bestandteil von Traumaarbeit und hat sich ab dem Beginn der 2000er Jahre zu etablieren begonnen. Die Wurzeln von Traumapädagogik liegen in der Reformpädagogik, der Heilpädagogik, der psychoanalytischen Pädagogik und in milieutherapeutischen Konzepten.

3.1. Traumabearbeitung

Traumabearbeitung zielt darauf ab, dass die Jugendlichen den Wechsel aus der Opferrolle erleben und wieder lernen, für ihr Leben eigenverantwortlich zu sein, zu Subjekten ihres Lebens zu werden. Ein Kernstück der Traumaarbeit ist die Unterstützung zur Selbstbemächtigung. Insofern beschränkt sich Traumaarbeit nicht nur auf den therapeutischen Kontext: die meiste Traumaarbeit findet in den stationären Einrichtungen oder in den Pflegefamilien statt.

Wesentlich bei Traumabearbeitung ist, die heilenden Kräfte der Persönlichkeit des Kindes oder der sozialen Umwelt zu nutzen. Inhalte der Traumabearbeitung sind nach Weiß (2011):

- Die Veränderungen von dysfunktionalen Einstellungen und Überzeugungen
- Die Möglichkeit, das Geschehene in die eigene Lebensgeschichte einzuordnen
- Im Leben, im „Jetzt“ einen Sinn zu finden
- Körpergewahrsein und Körperfürsorge zu entwickeln
- Die Selbstregulation von traumatischen Erinnerungsebenen
- Vertrauen in Beziehungen fassen
- Die Entwicklung einer respektierenden Haltung den eigenen Wunden/Schwierigkeiten/Beeinträchtigungen gegenüber
- • Soziale Teilhabechancen erwirken

3.2. Kernstücke der Traumapädagogik

- Lebensgeschichtlich belastete Mädchen und Jungen brauchen sichere, d. h. transparente Orte.
- Lebensgeschichtlich belastete Mädchen und Jungen brauchen viele gute Bindungen.
- Lebensgeschichtlich belastete Mädchen und Jungen haben ein Anrecht auf Erwachsene, die sie bei der Selbstbemächtigung unterstützen (Weiß, 2011).

3.3. Die traumapädagogische Haltung

Grundhaltungen der Traumapädagogik sind

- Traumatisierte Menschen **reagieren normal** auf nicht normale Geschehnisse / auf eine extreme Stressbelastung.
- Traumatisierte Menschen haben für ihre Vorannahmen, Reaktionen und Verhaltensweisen einen guten Grund. „**Annahme des guten Grundes**“
- Sie sind die **Spezialisten für extreme und belastende Lebenserfahrungen** und haben in ihrem Leben bislang viel überstanden und geleistet.
- Wir PädagogInnen unterstützen sie bei der Entwicklung eines guten Lebens durch **Selbstbemächtigung**.
- Wir PädagogInnen unterstützen sie bei der Akzeptanz ihren Wunden und Beeinträchtigungen gegenüber
- Die Professionellen stellen ihr Fachwissen respektvoll zur Verfügung und überprüfen mit den Mädchen und Jungen gemeinsam die Bedeutung für ihr konkretes Sein, sie sind die Experten für ihr Leben
- **Transparenz** auf allen Ebenen
- Auf allen Hierarchieebenen wird **Verantwortung** übernommen (vgl. Weiß, 2011 und 2013)

Die Schwerpunkte werden auf Ressourcen und Resilienz (Widerstandsfähigkeit) gelegt, zentral ist eine wertschätzende und verstehende Haltung der PädagogInnen. Traumatisierte Kinder haben Überlebensstrategien entwickelt, um erlebtes Grauen zu überstehen!

Weitere traumapädagogische Grundhaltungen der PädagogInnen, beschrieben im Positionspapier der BAG Traumapädagogik (2011) sind die Annahme des guten Grundes, Wertschätzung, Partizipation, Transparenz, Spaß und Freude.

1) Die Annahme des guten Grundes

Das bedeutet: „Alles was ein Mensch zeigt, macht einen Sinn in seiner Geschichte“.

Wichtig ist es Überlebensstrategien, auch belastende Verhaltensweisen als das erkennen. Die dazugehörige Haltung der PädagogInnen: Wir akzeptieren dich, auch wenn wir nicht einverstanden sind mit dem was du tust!

Ergänzend hierzu: die Weiltrunde / Weiltrage als Methode des Selbstverstehens (Weiß, J.k.A.)

2) Wertschätzung

Das bedeutet: „Es ist gut so wie du bist“

Die PädagogInnen ermöglichen: Stärken stärken, sich als wertvoll erleben können, sicheren Rahmen um Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen wachsen zu lassen (da wiederholte Erfahrungen von Hilflosigkeit, Ohnmacht und Willkür gemacht wurden), „Ich schaue auf das, was du kannst“ „ ich achte deine Grenzen“.

3) Partizipation

Das bedeutet: „Ich traue Dir was zu und überfordere dich nicht“

Hierzu zählt die Teilhabe an der Gestaltung der eigenen Lebensbedingungen (dies ist einer der wichtigsten Einflussfaktoren, die zu seelischer Gesundheit führen), das Erleben von Autonomie (entscheiden), Kompetenz (bewirken) und Zugehörigkeit.

4) Transparenz

Das bedeutet: „Jeder hat jederzeit ein Recht auf Klarheit“

Gerade traumatisierte KlientInnen haben viel Willkür erfahren, Macht und Hierarchie wurden als etwas Missbräuchliches erlebt, daher ist Berechenbarkeit notwendig!

5) Spaß und Freude

„Viel Freude trägt viel Belastung“

Psychische Traumata sind mit Gefühlen der Angst, Ohnmacht, Wut, Trauer, Scham und Ekel verbunden. Als Ausgleich ist es wichtig, die Freudenseite zu beleben und

Kopf und Körper wieder positives Erleben und Lachen zu ermöglichen.
(Serotoninausschüttung statt Adrenalinausschüttung)

3.4. Traumapädagogische Standards:

Die traumapädagogischen Standards umfassen folgende Bereiche:

- Förderung des Selbstverstehens
- Förderung der Körper- und Sinneswahrnehmung
- Förderung der Emotionsregulation
- Förderung der physischen und psychischen Widerstandsfähigkeit (Resilienz)
- Förderung der Selbstregulation
- Partizipation
- Chance zur sozialen Teilhabe
- Gruppenpädagogik
- Bindungspädagogik
- Elternarbeit

Für die detaillierten Standards verweisen wir an das im Seminar verteilte Positionspapier der BAG Traumapädagogik, Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder und Jugendhilfe (2011).

Praktische Umsetzungsmöglichkeiten, die in Kleingruppen gemeinsam erarbeitet wurden: siehe Fotoprotokoll.

Wörterbuch der Traumapädagogik: siehe PPP oder www.traumapaedagogik.at

3.5. Übertragung und Gegenübertragung

„PädagogInnen, die traumatisierte Kinder und Jugendliche in Betreuungssettings begleiten, sind Übertragungen ausgesetzt, die in ihrer Qualität das sonst übliche Maß bei Weitem übersteigen“ (Lang, 2013). Traumatische Übertragungen lösen zum Teil heftige Gegenübertragungen, Gegenreaktionen aus, die dazu führen können, dass die PädagogInnen ähnlich wie die schlagenden, versagenden und missbrauchenden Eltern handeln. Manchmal haben diese Reaktionen mit eigenen Erfahrungen zu tun, manchmal mit der Tagesform. Die Reflexion dieser komplizierten Situation, das Verstehen der Botschaft des Kindes, das Verstehen der Reaktion, der eigenen Übertragungen, ist immer wieder notwendig, damit das Kind seine alten Beziehungserfahrungen bearbeiten und korrigierende Erfahrungen machen kann.

Im pädagogischen Alltag geht es nicht darum, allzeit traumatische Übertragungen aufzulösen. Manchmal, meistens wird man sie einfach aushalten und manchmal schützend beenden. Da Kinder durch die Übertragung traumatischer Erfahrungen Wachstumschancen, neue Bindungserfahrungen blockieren, ist es immer wieder notwendig, die Wirkkraft dieser Erfahrungen durch Benennen, Spiegeln und die gemeinsame Suche nach alternativen Handlungsmöglichkeiten zu minimieren oder gar aufzulösen. Dies gilt insbesondere bei Übertragungsmanifestationen (vgl. Zentrum für Traumapädagogik, 2013a und Weiß, 2013). Für Beispiele siehe ebendort.

Lei(d)tfaden zum Umgang mit traumatischer Übertragung: siehe PPP oder Zentrum für Traumapädagogik 2013a.

3.6. Selbstfürsorge

Selbstfürsorge ist einerseits für Menschen, die mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen ein Thema, andererseits auch für die Institutionen und Einrichtungen, die den Rahmen für die MitarbeiterInnen schaffen müssen:

Ein sicherer Ort braucht sichere MitarbeiterInnen in einem sicheren Rahmen/Umfeld. Weiterführend dazu: Lang (2013).

Der Selbstfürsorgebogen von Judith Rothen (2012) wurde im Seminar verteilt und ist online abrufbar.

4. Hilfs – und Behandlungsangebote für traumatisierte Menschen: Möglichkeiten der Behandlung und der Transformation von Traumata

4.1. Traumatherapie

Das primäre Ziel der Traumatherapie ist zunächst das Wiedererlangen von Stabilität (Information, wie z.B. das Erklären, dass ihre Verhaltensweisen, Empfindungen typisch („normal) bei einem Trauma sind, Ressourcen, stresscoping, Entspannungstechniken). Erst nach einer sehr langen Stabilisierungsphase ist in einem weiteren Schritt die Auseinandersetzung mit dem traumatisierenden Erlebnis möglich (erst unter gesicherten Lebensumständen) und dann die Integration dieses Erlebnisses in das Leben (verbunden mit Trauer und Neuorientierung).

Heute gehen wir davon aus, dass eine gelungene Traumabearbeitung vor allem Folgendes beinhaltet:

- die Möglichkeit das Geschehene in die eigene Lebensgeschichte einzuordnen und
- die Veränderungen von dysfunktionalen Einstellungen und Überzeugungen (vgl. Steil 2003)

Das bedeutet, verlorene und isolierte Elemente des Traumas zu einer Geschichte zusammenzufügen, diese mit Sinn und Bedeutung zu verbinden und in die persönliche Lebensgeschichte zu integrieren.

Jede psychotherapeutische Schule hat einen eigenen Ansatz zur Behandlung traumatischer Störungen entwickelt.

Gemeinsam ist vielen traumatherapeutischen Ansätzen ein ExpertInnenModell - Partner (PatientInnen für Traumatisierung, TherapeutIn für Methode) sowie eine transparente gemeinsame Behandlungsplanung. Aufgrund des Bedürfnisses nach Sicherheit und Orientierung wird sehr viel Information gegeben auch im Sinne von Psychoedukation zur „Normalisierung“ der Symptome. Wichtig ist auch die ressourcenstärkende Arbeit im Hier und Jetzt.

Da traumatische Erlebnisse dem Alltagsbewusstsein oft nicht zugänglich sind und es durch Trigger/Signalreize zu Überflutung kommen kann, ist eine kontrollierte, portionsweise Bearbeitung des traumatischen Geschehens durch erfahrene PsychotherapeutInnen unerlässlich.

Einige traumatherapeutische Techniken

- Imaginative Techniken
- Sicherer Ort
- Inneres Team (verschiedene Persönlichkeitsanteile, wie inneres Kind, innerer Heiler...)
- Achtsamkeitstraining
- EMDR (Eye Movement Desensitization und Reprocessing)

Des Weiteren werden auch Psychopharmaka in der Traumabehandlung eingesetzt, insbesondere Antidepressiva, Tranquilizer und Neuroleptika.

4.2. Interdisziplinäre Vernetzung und Kooperation

Zur Traumabewältigung von Kindern und Jugendlichen sind interdisziplinäre Vernetzung und Kooperation unabdingbar, siehe auch das Positionspapier der BAG Traumapädagogik (2011). Außerdem dient die Vernetzung auch der Prävention von sekundärer Traumatisierung.

siehe Handout „Homepages und Kontaktadressen“

5. Praktische Übungen, die im Seminar verwendet wurden

- **Kennenlernen:** im Raum umhergehen und sich zu verschiedenen Themen in Kleingruppen zusammenfinden oder sich in einer Linie aufstellen:
Arbeitsbereich, Ausbildung, Herkunftsort, Erfahrung mit Flüchtlingen, traumatisierten Jugendlichen, Länge der Berufstätigkeit wie lange schon berufstätig mit Jugendlichen, wie lange heute geschlafen, ...
- **Körperübung,** herumgehen, Musik, Gefühle ausdrücken, wie fühlt sich was an, wie geht's mir jetzt – aus sich und aufs hier und jetzt konzentrieren Körper spüren im Gehen, Musik dazu
- **Good Vibrations:** die TeilnehmerInnen schütteln zunächst ihre Hände, dann immer schneller und es werden auch Arme und Schultern einbezogen, bis der ganze Oberkörper vibriert – dient dem Abbau von Verspannungen und der Auflockerung
- **Gefühle darstellen** und erraten in zwei Gruppen
- **Symbol** finden: was ist eine Ressource für mich in meiner Arbeit und der Gruppe präsentieren
- **Meine Schatzkiste:** Dient zur Sammlung guter Ereignisse, Momente, Beziehungen, Erinnerungen etc. Sie sollten über Symbole, Bilder, Briefe, Fotos, Tagebücher Gegenstände erfahrbar und sinnlich rekonstruierbar sein.
- **Reflexions- und Feedbackmethoden:**
 - **Die Ampelrunde:** wir haben eine abgewandelte Form als Reflexionsmethode über den Tag verwendet.
Für die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen:
Gruppenpädagogische Methode, bei der die Kinder lernen können, ihr eigenes Verhalten zu reflektieren und einzuordnen, über ihr Verhalten zu sprechen, Kritik annehmen zu können, Lob annehmen zu können, anderen zuzuhören, und andere ausreden zu lassen.
Ablauf: Kinder sitzen im Kreis, ein Kind beginnt sein Verhalten des Tages zu reflektieren – dafür werden die Farben der Ampel verwendet:
Rot: Das war nicht akzeptabel / Hier habe ich gegen eine Regel verstoßen
Gelb: Hier muss ich aufpassen / Das kann ich besser
Grün: Das ist mir gut gelungen / Das habe ich gut gemacht
Hat das Kind die Selbstreflexion seines Tages beendet, geben die anderen

Kinder und Jugendlichen der Gruppe, der Reihe nach dem Kind ein Feedback zu seinem Verhalten an diesem Tag. Auch sie orientieren sich an den Farben der Ampel. Zum Schluss geben die BetreuerInnen im Dienst dem Kind eine Rückmeldung zu einzelnen Situationen des Tages. Auf die gleiche Weise geben nacheinander alle Kinder und Jugendlichen der Gruppe eine Selbstreflexion von sich ab und erhalten von den anderen Gruppenmitgliedern und den BetreuerInnen ein Feedback über das eigene Verhalten an diesem Tag. Die Dauer der Ampelrunde ist abhängig von der Größe der Gruppe und der Gruppensituation. Eine Ampelrunde kann in 20 Minuten beendet sein, aber auch bis zu einer Stunde dauern. (für eine ausführliche Beschreibung siehe Zentrum für Traumapädagogik, 2013b)

- Feedback in der Großgruppe am Ende: mit Hilfe von **Rucksack** – was nehme ich mit- und **Mistkübel** – was lasse ich hier?

Und nicht vergessen:

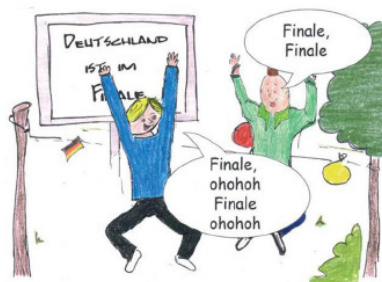


„Wer mit traumatisierten Menschen arbeitet muss drei Dinge unbedingt beherzigen:

**Erstens:
Gut essen**



**Zweitens:
Viel feiern**



**Und Drittens:
Wütend putzen.“**



6. Quellenverzeichnis

- BAG Traumapädagogik (2011): Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder und Jugendhilfe. Ein Positionspapier der BAG Traumapädagogik. http://www.bag-traumapaedagogik.de/files/positionspapier_11-2011.pdf 28.4.2013
- Bausum, Jacob; Besser, Lutz Ulrich; Kühn, Martin; Weiß, Wilma (Hg) (2013): Traumapädagogik, Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim Basel: Beltz Juventa
- Bogyi, Gertrude (2011): Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter. In: Pädiatrie und Pädologie, 4/2011, S.34 – 37.
- Daniels, Judith (2007): Eine neuropsychologische Theorie der Sekundären Traumatisierung. Zeitschrift für Psychotraumatologie Psychotherapiewissenschaft Psychologische Medizin (ZPPM), Jg.5.,2007, Heft 3.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (Hg.) (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD - 10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Weltgesundheitsorganisation WHO. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Fischer, Gottfried; Riedesser, Peter (1998): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München, Basel.
- Lang, Birgit (2013): Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für pädagogische Fachkräfte als institutioneller Auftrag. In: Bausum, Jacob; Besser, Lutz Ulrich; Kühn, Martin; Weiß, Wilma (Hg): Traumapädagogik, Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. S. 220-228.
- Maercker, Andreas; Rosner, Rita (Hg.) (2006): Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Stuttgart: Thieme.
- NIPE, Netzwerk für Interkulturelle Psychotherapie nach Extremtraumatisierung: <http://nipe.or.at/psychotrauma/>, 10.5.2012
- Ottomeyer, Klaus; Peltzer, Karl (Hg.) (2002): Überleben am Abgrund. Psychotrauma und Menschenrechte. Klagenfurt: Drava-Verlag.
- Rothen, Judith (2012): Selbstfürsorgebogen. <http://ztp.welle.net/images/stories/Fachtage/selbstfuersorgebogen.pdf> 5.5.2013

Sass, Henning; Houben, Isabel; Wittchen, Hans U.; Zaudig, Michael (2003): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. (DSM-IV-TR), Hogrefe-Verlag.

Steil, Regina (2003): Verhaltenstherapeutische Wege aus der Wortlosigkeit. In: Seidler, Günter; Laszig, Parfen; Micka, Ralph; Nolting, Björn: Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie. Theorie. Krankheitsbilder. Therapie. Gießen: Psychosozial-Verlag. S. 137-152.

Streeck-Fischer, Annette (Hg.) (1998): Adoleszenz und Trauma. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Taraweb: <http://www.taraweb.at>, 10.5.2013

Terr, Leonore (1991): Childhood Traumas: an outline and overview. In: American Journal of Psychiatry, 148. Jg., Heft 1, S. 10 – 20.

Traumapädagogikzentrum: <http://www.traumapaedagogik.at>, 28.4.2013

Weiß, Wilma (J.k.A.): Die Weilrunde. Die Weilfrage als Methode des Selbstverstehens – das Konzept des guten Grundes – "weil?" <http://ztp.welle.net/infomaterial/theorie-und-praxis/die-weilrunde/>, 28.4.2013

Weiß, Wilma (2011): „Traumapädagogik – Einordnung in Traumaarbeit, Haltung und das Konzept der Selbstbemächtigung“, Präsentationsvortragvorlage zum 12th European Conference on Traumatic Stress Wien, <http://www.bag-traumapaedagogik.de/files/wien%20weiss%202011.pdf> , 10.05.2013

Weiß, Wilma (2013): Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Wikipedia: Stressreaktion: <http://de.wikipedia.org/wiki/Stressreaktion>, 4.8.2013. Trauma: [http://de.wikipedia.org/wiki/Trauma_\(Psychologie\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Trauma_(Psychologie)), 4.8.2013

Udolf, Margarete (2008): Sekundäre Traumatisierung bei pädagogischen Fachkräften in der Kinder- und Jugendhilfe. <http://www.traumapaedagogik.de>, 10.5.2013

Zentrum für Traumapädagogik (2013a): Die traumatische Übertragung auflösen. <http://ztp.welle.net/infomaterial/theorie-und-praxis/die-traumatische-uebertragung-aufloesen/> 30.4.2013

Zentrum für Traumapädagogik (2013b): Die Ampelrunde. <http://ztp.welle.net/infomaterial/theorie-und-praxis/die-ampelrunde/> 28.4.2013

Referentinnen

Mag. Beatrix Peichl:

Psychologin, Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision
(Psychodrama), pädagogische Heimleitung des Jugendwohnheims Abraham.

Mobil: + 43 650 770 38 14

mail: beatrix.peichl@psychodramawien.at

MMag. Margit Pollheimer-Pühringer MBA:

Psychologin, Sozialmanagerin und Ethnologin, Geschäftsführung des Don
Bosco Flüchtlingswerks Austria, derzeit in Karenz.

mobil: + 43 664 824 36 03;

mail: margit.pollheimer@gmx.at