



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Qualität in der stationären Fremdunterbringung (Heimerziehung)“

Unter Bezugnahme auf welche Aspekte kann Qualität in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in stationärer Fremdunterbringung gewährleistet werden?“

Verfasser

Alfred Zopf

angestrebter akademischer Grad

Magister der Philosophie (Mag. Phil.)

Wien, im Mai 2008

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 297 und A 295

Studienrichtung lt. Studienblatt: Pädagogik und Gewählte Fächer statt 2. Studienrichtung

Betreuer: Ao. Univ.-Prof. Dr. Wilfried Datler

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Inhaltsverzeichnis | 3 |
| Vorwort..... | 7 |
| Einleitung | 9 |
| 1. Bestandsaufnahme schwer traumatisierter weiblicher Jugendlicher in Wien, Mag Elf, Dezerat VI..... | 13 |
| <i>1.1 Statistischer Vergleich 1995 und 2005 hinsichtlich schwer traumatisierter weiblicher Jugendlicher im Krisenzentrum Nußdorf</i> | <i>13</i> |
| 1.1.1 Statistischer Vergleich der Unterbringungsdaten von 1995 und 2005 im Krisenzentrum Nußdorf..... | 14 |
| 1.1.2 Interpretation der Unterbringungsdaten im statistischen Vergleich von 1995 und 2005 | 15 |
| 1.1.3 Schwer traumatisierte Mädchen der Krisenunterbringung Nußdorf 1995 | 16 |
| 1.1.3.1 Schwere Traumatisierung auf Grund von sexuellem Missbrauch 1995..... | 17 |
| 1.1.3.2 Schwere Traumatisierung auf Grund von langjährigen körperlichen Misshandlungen 1995..... | 17 |
| 1.1.3.3 Schwere Traumatisierung auf Grund von sexuellem Missbrauch und langjährigen körperlichen Misshandlungen 1995..... | 18 |
| 1.1.3.4 Schwere Traumatisierung bei Mädchen des Krisenzentrums Nußdorf außerhalb der Heimunterbringung 1995..... | 18 |
| 1.1.4 Schwer traumatisierte Mädchen der Krisenunterbringung Nußdorf 2005 | 18 |
| 1.1.4.1 Schwere Traumatisierung auf Grund von sexuellem Missbrauch 2005..... | 19 |
| 1.1.4.2 Schwere Traumatisierung auf Grund von langjährigen körperlichen Misshandlungen 2005..... | 20 |
| 1.1.4.3 Schwere Traumatisierung auf Grund von sexuellem Missbrauch und langjährigen Misshandlungen 2005..... | 21 |
| 1.1.5 Interpretation der aus den Angaben in den Akten herausgearbeiteten Annahmen über schwer traumatisierte weibliche Jugendliche im Krisenzentrum Nußdorf innerhalb des Vergleiches von 1995 und 2005..... | 23 |

| | |
|--|----|
| 1.2 Beschreibung einer fremduntergebrachten schwer traumatisierten sechzehnjährigen weiblichen Jugendlichen der Mag Elf aus einem Befundbericht der Kinder- und Jugendpsychiatrie..... | 25 |
| 1.2.1 Einordnung des Befundberichtes | 27 |
| 1.3 Resümee aus der Bestandsaufnahme von schwer traumatisierten weiblichen Jugendlichen in Wien, Mag Elf, Dezernat VI..... | 28 |
| 2. Traumata und deren Auswirkungen auf stationär fremduntergebrachte Kinder und Jugendliche..... | 29 |
| 2.1 Definition und Verständnis von Trauma..... | 29 |
| 2.2 Derzeitiger Wissensstand der Traumaforschung aus neurobiologischer Sicht..... | 35 |
| 2.2.1 Auswirkungen von Traumata aus neurobiologischer Sicht..... | 36 |
| 2.2.2 Die Entdeckung der Spiegelneurone und Schlussfolgerungen für die sozialpädagogische Arbeit in der stationären Fremdunterbringung..... | 41 |
| 3. Der Begriff Qualität in der stationären Fremdunterbringung (Heimerziehung) | 49 |
| 3.3 Primäre Qualitäten und sekundäre Qualitäten herausgearbeitet aus den Rahmenbedingungen der sozialpädagogisch-therapeutischen Einrichtungen (eine Wohngemeinschaft und betreute Wohnungen zur Verselbständigung) des Vereins KIWOZI, Schwechat und Wien (Konzept 2004)..... | 57 |
| 3.3.1 Grundsätzliche primäre Qualitäten herausgearbeitet aus dem KIWOZI Konzept (2004) | 57 |
| 3.3.2 Primäre Qualitäten, die im Zusammenhang mit sekundären Qualitäten (subjektive Wahrnehmungen) zu betrachten sind, am Beispiel des KIWOZI Konzepts (2004) | 58 |
| 3.3.3 Sekundäre Qualitäten herausgearbeitet aus dem KIWOZI Konzept (2004)..... | 60 |
| 3.4 Qualitative Anforderungen an die SozialpädagogInnen in der Arbeit mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Fremdunterbringung | 61 |
| 3.4.1 Sachkompetenz als Anforderungskriterium für SozialpädagogInnen in der stationären Fremdunterbringung | 61 |
| 3.4.2 Selbstreflexion als Anforderungskriterium für SozialpädagogInnen in der stationären Fremdunterbringung | 62 |
| 3.4.3 Die Selbstfürsorge als Anforderungskriterium in der stationären Fremdunterbringung..... | 63 |
| 3.4.4 Teamarbeit als Anforderungskriterium in der stationären Fremdunterbringung | 65 |

| | |
|---|----|
| 3.5 <i>Qualitative Anforderungen an die institutionellen Rahmenbedingungen in der Arbeit mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Fremdunterbringung</i> | 67 |
| 3.5.1 Räumliche qualitative Anforderungskriterien in der stationären Fremdunterbringung | 67 |
| 3.5.2 Die personelle Besetzung (Personalschlüssel) als qualitatives Anforderungskriterium in der stationären Fremdunterbringung | 67 |
| 3.5.3 Weitere qualitative Anforderungskriterien an die institutionellen Rahmenbedingungen | 68 |
| 3.6 <i>Zwischenresümee</i> | 70 |
| 4. Unter Bezugnahme auf welche Aspekte kann Qualität in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in stationärer Fremdunterbringung gewährleistet werden? | 72 |
| 4.1 <i>Ausgewählte Probleme, die sich in der Arbeit mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Fremdunterbringung ergeben</i> | 72 |
| 4.1.1 Grenzverletzungen und Grenzüberschreitungen | 72 |
| 4.1.2 Störungen gemäß dem Heinerth-Schema | 73 |
| 4.1.3 Selbstverletzendes Verhalten..... | 74 |
| 4.1.4 Drogenkonsum | 74 |
| 4.2 <i>Schlussfolgerungen bezüglich den Anforderungen an die Arbeit von SozialpädagogInnen mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Fremdunterbringung zur Gewährleistung von Qualität</i> | 75 |
| 4.2.1 Sozialpädagogisches Arbeiten in der stationären Fremdunterbringung aus Sicht der Traumatherapie..... | 76 |
| 4.2.2 Sachkompetenz bzw. Aus- und Weiterbildung von SozialpädagogInnen..... | 77 |
| 4.2.2 Selbstreflexion und Selbstfürsorge von SozialpädagogInnen | 78 |
| 4.2.3 Teamarbeit | 79 |
| 4.3 <i>Schlussfolgerungen bezüglich sozialpädagogisch-institutioneller Rahmenbedingungen, die sich qualitätsfördernd in der Arbeit mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Fremdunterbringung auswirken können</i> | 80 |
| 4.3.1 Räumliche Ressourcen in der stationären Fremdunterbringung..... | 80 |
| 4.3.2 Personelle Besetzung/Betreuungsschlüssel bzw. Finanzierung des erhöhten Personalaufwands in der stationären Fremdunterbringung | 81 |

| | |
|--|----|
| 4.3.3 Zeitliche und finanzielle Förderung der sozialpädagogischen Reflexionshilfen bzw. finanzielle Förderung von Traumatherapie | 82 |
| 4.3.4 Überlegungen für die Veränderung der institutionellen Rahmenbedingungen.. | 83 |
| 4.4 <i>Welche neuen Aspekte lassen sich aus dieser Arbeit für den Qualitätsdiskurs ableiten?</i> | 85 |
| 4.5 <i>Abschließende Gedanken für die sozialpädagogische Arbeit in der stationären Fremdunterbringung mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen.....</i> | 86 |
| 5. Literaturverzeichnis..... | 89 |
| Anhang | 93 |

Vorwort

Zu Beginn meiner Erzieherstätigkeit Mitte der siebziger Jahre erlebte ich noch prügelnde HeimerzieherInnen. In der Zwischenzeit hat sich, bedingt durch gesellschaftliche Veränderungen, das Blatt gewendet: Seit ca. 10 Jahren gibt es immer mehr dokumentierte Vorfälle, bei denen SozialpädagogInnen von Kindern oder Jugendlichen körperlich attackiert werden. Neben dem Thema Gewalt, insbesondere der Verhinderung von gewalttätigen Auseinandersetzungen, gehört die Konsumierung verschiedenster Drogen-Substanzen durch KlientInnen zum Alltagsgeschäft der sozialpädagogischen Arbeit, nicht nur im Jugendlichen-, sondern zunehmend auch im Kinderbereich. Eine der Ursachen dieser facettenreichen Problematik liegt aus meiner Sicht darin, dass schwerst traumatisierte Kinder und Jugendliche, die langjährigen gewalttätigen Misshandlungen und/oder sexuellem Missbrauch ausgesetzt waren, zunehmend die Hauptklientel in der stationären Fremdunterbringung darstellen. Diese Veränderung in der Ausgangssituation für sozialpädagogische Arbeit findet in der Betrachtungsweise von Heimerziehung kaum Beachtung, weil strukturelle Veränderungen (z.B. Heimreform 2000 in Wien)¹ diese Problematik überdecken.

In der sozialpädagogischen Arbeit mit jugendlichen Mädchen erlebte ich in den letzten Jahren mehrmals Situationen mit „außer sich geratenen“ Mädchen, die offensichtlich in die Wiederholung eines traumatischen Erlebnisses hineingeraten waren.

Zudem äußern viele SozialpädagogInnen in Gesprächen ihren Unmut über die Rahmenbedingungen, unter denen sie arbeiten müssen. Personelle Unterbesetzung ist ein Dauerthema. Es ist kein Einzelfall, dass Wohngemeinschaften in der Mag Elf (Magistrat Wien, Kinder- und Jugendwohlfahrtsträger) bedingt durch Langzeitkrankenstände monatelang von einem 2er-Team betreut werden müssen, anstatt von einem 4er-Team. Fast alle SozialpädagogInnen versuchen mittels Fort- und Weiterbildung ihre sozialpädagogische Qualität zu verbessern. Trotzdem bleiben hinsichtlich des schwierig zu betreuenden Klientels (Aus)Bildungslücken bestehen. Viele SozialpädagogInnen klagen

¹ Ziel der Heimreform 2000 war die Schließung der Großheime und Schaffung von sozialpädagogischen Wohngemeinschaften bei gleichzeitiger Regionalisierung (Stadtteilorientierung).

zunehmend, dass Qualität in der Arbeit nicht mehr gefragt ist, sondern nur mehr Zahlen und Statistiken Bedeutung beigemessen wird. Das geforderte Ausmaß an Dokumentation wird als Bürde empfunden und nicht als Reflexionshilfe. Das Thema Qualität „brennt unter den Nägeln“, nicht zuletzt deshalb, weil sich darin das Selbstwertgefühl der sozialpädagogischen Professionalität ausdrückt und letztendlich in Fragen mündet wie: Inwieweit kann ich als SozialpädagogIn bei dieser immer schwieriger werdenden Arbeit organisatorisch mitbestimmen, notwendige kreative Ideen entwickeln und auch umsetzen? Oder wird mein Handlungsspielraum durch enge Grenzen eingeschränkt, quasi im Sinne der Arbeit eines „Vollzugsbeamten“? Zeichnet sich Qualität durch Reflexionsfähigkeit der SozialpädagogInnen aus oder gilt es primär, vorgegebene strukturierte Handlungsabläufe zu befolgen? Kann unter der, trotz der Gewaltbereitschaft der Kinder und Jugendlichen schwieriger gewordenen Ausgangslage sowie den vorhandenen Rahmenbedingungen überhaupt noch qualitativ hochwertige sozialpädagogische Arbeit geleistet werden? Welche Veränderungen müssten vorgenommen werden, um die Rahmenbedingungen so zu verbessern, dass einerseits das Wohl der KlientInnen wieder vermehrt in den Mittelpunkt gestellt werden kann und andererseits die SozialpädagogInnen in ihrer Handlungskompetenz Stärkung und Unterstützung erhalten?

All die angeführten Beispiele führen mich als tätiger Sozialpädagoge zu der Annahme, dass die sozialpädagogische Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in stationärer Fremdunterbringung grundsätzlich neu definiert werden muss, wenn man in diesem Bereich Qualität sichern und erfolgreiche Arbeit haben möchte. In der folgenden Einleitung werde ich auf die einzelnen zu betrachtenden Punkte eingehen, die in diesem Spannungsfeld liegen.

Einleitung

Der Begriff Qualität ist stark geprägt von der Naturwissenschaft, die zwischen primärer und sekundärer Qualität unterscheidet. Als primäre Qualitäten gelten Eigenschaften, „die sind, was sie sind“ (Kügler 2002, 116) und zwar unabhängig von den bei der Wahrnehmung auftretenden Empfindungen; es handelt sich bei primären Qualitäten also um messbare, objektive Phänomene. Sekundäre Qualitäten hingegen sind Eigenschaften, deren Charakter durch die Art des Empfindens bestimmt wird, sie sind dem Bereich der subjektiven Wahrnehmung zuzuordnen. Seit Jahrhunderten werden primäre Qualitäten durch die Dominanz der Physik höher bewertet als sekundäre Qualitäten (vgl. Kügler 2002).

Auf die Sozialpädagogik übertragen heißt das, dass Rahmenbedingungen wie Betreuungsschlüssel, Räumlichkeiten, Reflexionshilfen wie Supervision, Dienstübergabe und Dokumentation zu den primären Qualitäten zu zählen sind. Sekundäre Qualitäten kennzeichnen das subjektive Empfinden, bezogen auf diese Rahmenbedingungen, aber auch die Subjektivität der Interaktionen in der Beziehungsarbeit zwischen SozialpädagogInnen und den Kindern/Jugendlichen.

Gerade im Zusammenhang mit der Problematik der sozialpädagogischen Fremdunterbringung sind sekundäre Qualitäten wie Wahrnehmungen, Empfindungen, ja auch Gefühle von Wut, Trauer, Zorn und Freude, so die Ausgangsvermutung dieser Arbeit, von immenser Wichtigkeit im Reflexionsprozess und sollten verstärkt in den Blickwinkel der Betrachtung über Qualität gerückt werden.

Während Barbara Vogelmann (2000) die Anpassung an betriebswirtschaftliche Kriterien für das Thema Qualität in der Heimerziehung noch als notwendig erachtet, versuchen Köpp/Neumann (2003) sozialpädagogisch eigenständige empirische Methoden zu entwickeln, um das Theoriedefizit im Qualitätsdiskurs grundlagentheoretisch auszugleichen (ebd., 17ff).

Für Verena Falch bleibt das Unbehagen mit dem neoliberalen Menschenbild (Markt-orientierung) im Zusammenhang mit der Qualitätsdebatte bestehen, andererseits wäre der

wirtschaftliche Gedanke auch eine Chance, sich in der Öffentlichkeit durch empirische Ergebnisse zu legitimieren (vgl. Falch 2006, 95f). Für sie bleiben folgende grundlegende Probleme offen: „Der Qualitätsbegriff in der Sozialpädagogik ist erst seit relativ kurzer Zeit aktuell. Diskurse darüber scheinen noch nicht ausreichend geführt, um den Begriff gänzlich aus seiner Wirtschaftlichkeit in die Disziplin der Pädagogik geholt zu haben. Diese Thematik wird die Sozialwissenschaften sicher noch länger beschäftigen. Vor allem der Spagat zwischen den sozialen Ansprüchen aus der Human- und Sozialwissenschaft, das Beste für die anvertrauten Menschen ohne Gedanken an finanzielle Faktoren zu wollen einerseits, und den nicht zu leugnenden finanziellen ökonomischen Überlegungen andererseits, die nicht das Beste für den Einzelnen sondern für den Staat wollen, scheint ein Dilemma, welches noch hinreichend diskutiert werden muss“ (ebd., 96).

Aus Falchs Sicht soll im Reflexionsprozess aller betroffenen SozialpädagogInnen bezüglich der Suche, Formulierung und gemeinsamen Festlegung kollektiver Werte und Normen das zentrale Motiv der aktuellen Qualitätsdebatte liegen. Es sollten alle Facetten des Qualitätsbegriffes, gesellschaftspolitische, institutionell konzipierte und im Einzelnen individuell veranlagte beinhaltet sein (ebd., 96f).

Es stellt sich nun die Frage, wie Qualität von stationärer Fremdunterbringung unter dem Blickwinkel von primärer und sekundärer Qualität aus sozialpädagogischer Sicht mittels Literaturanalyse unter Bezugnahme auf vermutlich traumatisiertes Klientel in Wechselwirkung mit den Rahmenbedingungen der sozialpädagogischen Arbeit beschrieben bzw. definiert werden kann, wobei vermehrt den Parametern für sekundäre Qualität Aufmerksamkeit geschenkt wird. Hierzu ist zu vermerken, dass stationär fremduntergebrachte Kinder und Jugendliche aus der Beobachtung der SozialpädagogInnen und laut vorliegenden Berichten in zunehmendem Maße langjähriger Gewalt oder/und sexuellem Missbrauch in der Familie ausgesetzt gewesen und vermutlich schwer traumatisiert sind.

Die leitende Forschungsfrage für diese Diplomarbeit lautet deshalb:

Unter Bezugnahme auf welche Aspekte kann Qualität in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in stationärer Fremdunterbringung gewährleistet werden?

Um die Forschungsfrage beantworten zu können, sind folgende zusätzliche Unterfragen, die in Wechselwirkung zueinander stehen, von Bedeutung:

- Trifft die Annahme zu, dass zunehmend schwer traumatisierte Kinder und Jugendliche in der stationären Fremdunterbringung untergebracht sind?
- Nach welchen Prinzipien sollte - bezugnehmend auf die theoretischen Hintergründe der Traumaforschung - mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Fremdunterbringung gearbeitet werden und welche Hauptproblematiken gilt es hier zu beachten? Was zeichnet qualitativvolles Arbeiten in diesem Bereich aus?
- Welche Rahmenbedingungen sind notwendig, um in der stationären Fremdunterbringung mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen qualitativ hochwertig arbeiten zu können?

Die Unterfragen stehen mit der Fragestellung insofern in engem Zusammenhang, als die Ausarbeitung der Unterfragen Rückschlüsse auf die Beantwortungsmöglichkeit der Forschungsfrage gibt.

Die Diplomarbeit gliedert sich in vier Kapitel. Im ersten Kapitel wird der These nachgegangen, dass vermehrt schwer traumatisierte Kinder und Jugendliche in der stationären Fremdunterbringung untergebracht sind. Dazu wird aus einem Teilbereich der stationären Fremdunterbringung, einem Krisenzentrum für weibliche Jugendliche (Mag Elf Nußdorf), basierend auf den Akten der aufgenommenen Jugendlichen, eine statistische Übersicht mit dem Vergleich von 1995 und 2005 erstellt. Misshandlungen über einen längeren Zeitraum und sexueller Missbrauch sind Traumatisierungen, die besonders schwer verarbeitbar sind (vgl. Huber 2003a, 75-82). Diese werden als Indikatoren für folgende Traumatisierungen herangezogen. Die Daten von 1995 und 2005 werden verglichen und interpretiert. Zusätzlich wird die Beschreibung einer fremduntergebrachten weiblichen Jugendlichen durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie nach einem Suizidversuch dargestellt und die psychiatrische Einschätzung erörtert. Diese Darstellung soll einen Einblick in die Arbeit mit stationär fremduntergebrachten Jugendlichen ermöglichen.

Das zweite Kapitel befasst sich mit dem Thema Trauma. Neben der Definition von Trauma ist auf den momentanen Forschungsstand einzugehen: Traumatisierung aus Sicht der

Neurobiologie unter Beachtung der Entdeckung der Spiegelneurone² (vgl. Peichl 2007, 249-266) ist für die sozialpädagogische Reflexion Neuland, das es zu würdigen gilt. In der vorliegenden Arbeit werden Traumatherapie-Fallbeispiele von Kindern und Jugendlichen aus der stationären Fremdunterbringung beschrieben, um die Hauptproblematik von Misshandlungen und sexuellem Missbrauch zu analysieren und um Grundanforderungen an die stationäre Fremdunterbringung herauszuarbeiten.

Im dritten Kapitel widme ich mich dem Thema Qualität, der Unterscheidung von primärer und sekundärer Qualität und einer Annäherung an die Problematik der stationären Fremdunterbringung unter Bezugnahme auf die Begriffe primäre und sekundäre Qualität. Als Bezugspunkte primärer Qualität werden die Rahmenbedingungen analysiert. Diese stehen in Wechselwirkung mit der sekundären Qualität, die sich in diesem Fall speziell auf das subjektive Erleben und dem damit verbundenen Verhalten der SozialpädagogInnen bzw. deren subjektivem Verständnis von traumatisierten Kindern und Jugendlichen bezieht. Zur Beantwortung der Frage, welche Rahmenbedingungen notwendig sind, um in der stationären Fremdunterbringung mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen qualitativ hochwertig arbeiten zu können, werden die Rahmenbedingungen einer therapeutischen Wohngemeinschaft in freier Trägerschaft dargestellt. Unter Bezugnahme dieser Rahmenbedingungen werden - unter Miteinbeziehung von Literatur über den pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen, in Verbindung mit den aus der Traumaforschung abgeleiteten Anforderungen - Aussagen über nötige Rahmenbedingungen für die qualitative Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in stationärer Fremdunterbringung entwickelt.

Das vierte und abschließende Kapitel, in dem es um die Beantwortung der zentralen Fragestellung geht, stellt die Zusammenfassung des bis dahin Gesagten dar und erläutert die Frage, was dies für die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Fremdunterbringung bedeutet und welche neuen Aspekte für den Qualitätsdiskurs hinzugekommen sind. Abschließende Gedanken zur Arbeit in der stationären Fremdunterbringung runden diese Diplomarbeit ab.

² So wie bei Bauer 2007 wird in dieser Arbeit die Pluralform Neurone verwendet.

1. Bestandsaufnahme schwer traumatisierter weiblicher Jugendlicher in Wien, Mag Elf, Dezernat VI

Das folgende Kapitel befasst sich mit der Frage, ob die Annahme zutrifft, dass zunehmend schwer traumatisierte Kinder und Jugendliche in stationärer Fremdunterbringung untergebracht sind. Um diese Frage erörtern zu können, wird aus einem Teilbereich der stationären Fremdunterbringung ein statistischer Vergleich aus den Akten des Krisenzentrums für weibliche Jugendliche in Nußdorf³ von 1995 und 2005 herangezogen. Sexueller Missbrauch und/oder wiederholende körperliche Misshandlungen über einen längeren Zeitraum, vor allem von Personen aus dem familiären Umkreis, sind Traumatisierungen, die besonders schwer zu verarbeiten sind (vgl. Huber 2003a, 75-82). Deshalb werden sexueller Missbrauch und/oder länger anhaltende Misshandlungen in der Familie als Indikatoren für schwere Traumatisierung gewertet. Um einen Fall als schwer traumatisiert einzustufen, muss die erwähnte Problematik einerseits als Thema im Krisenaufenthalt von den SozialpädagogInnen ausgewiesen worden sein, andererseits ist sie den vorhandenen psychologischen und psychiatrischen Gutachten zu entnehmen.

Zur Veranschaulichung hinsichtlich Klientel mit schwerer Traumatisierung im stationären Fremdunterbringungsbereich wird ein Gutachten der Kinder- und Jugendpsychiatrie über eine weibliche Jugendliche aus dem Mag Elf Jugendlichenbereich dargestellt. Da das zweite Kapitel dem Thema Trauma gewidmet ist, wird eine Definition des Begriffs Trauma zu Beginn des zweiten Kapitels erfolgen.

1.1 Statistischer Vergleich 1995 und 2005 hinsichtlich schwer traumatisierter weiblicher Jugendlicher im Krisenzentrum Nußdorf

Um sich dieser Problematik anzunähern, ist es notwendig, die Daten zur Krisenunterbringung von 1995 und 2005 zu vergleichen: Für das Jahr 2005 werden die

³ Das Krisenzentrum Nußdorf gilt als die „Mutter“ der Mag Elf Krisenzentren heutigen Standards, die 1996/97 entwickelt wurden. Maßgeblichen Anteil an der Professionalisierung bis 1995 hatte der Psychoanalytiker und Sozialpädagoge Max Kompein, der das damalige Kriseninterventionsteam Nußdorf von 1989 bis 1994 als Teamsupervisor begleitete.

offiziellen Daten des Krisenzentrums Nußdorf verwendet. 1995 gab es diese Art der Datenaufzeichnung noch nicht, daher werden die Daten für diesen Vergleich aus dem damaligen Meldebuch herausgearbeitet. Von großer Bedeutung ist weiters die Tatsache, dass 1995 ein 5er Team mit dem systemisierten Stand⁴ von acht Jugendlichen mit dem Ziel arbeitete, in 14 Tagen die nötige Krisenarbeit abzuschließen. 2005 hingegen waren im Krisenzentrum zwei Teams zu je fünfeinhalb SozialpädagogInnenstellen mit je acht systemisierten Unterbringungsplätzen, also insgesamt 16 Plätzen, beschäftigt. Der zeitliche Rahmen für die Krisenbearbeitung betrug 2005 sechs Wochen.

1.1.1 Statistischer Vergleich der Unterbringungsdaten von 1995 und 2005 im Krisenzentrum Nußdorf

| Verweildauer in Tagen | 1995 | % | 2005 | % |
|------------------------------|-------------|---------------|-------------|---------------|
| 00 - 03 | 54 | 31,95 | 29 | 15,26 |
| 04 - 07 | 18 | 10,65 | 22 | 11,58 |
| 08 - 14 | 60 | 35,50 | 34 | 17,89 |
| Summe | 132 | 78,11 | 85 | 44,74 |
| 15 -42 | 31 | 18,35 | 90 | 47,37 |
| 43 und länger | 6 | 3,55 | 15 | 7,89 |
| Gesamtsumme | 169 | 100,00 | 190 | 100,00 |
| | | | | |
| Wiederaufnahmen | 1995 | % | 2005 | % |
| 1x | 28 | 16,57 | 34 | 17,89 |
| 2x | 1 | 0,59 | 10 | 5,26 |
| öfter | 0 | 0,00 | 9 | 4,74 |
| Summe | 29 | 17,16 | 53 | 27,89 |
| | | | | |
| Entlassung zu/in | 1995 | % | 2005 | % |
| Herkunftsfamilie | 91 | 53,85 | 85 | 47,75 |

⁴ Unter systemisiertem Stand wird die Maximalzahl der krisenuntergebrachten Mädchen verstanden.

| | | | | |
|------------------------------|------------|---------------|------------|---------------|
| Heim/ WG der Mag Elf | 37 | 21,89 | 68 | 38,20 |
| Vertragseinrichtung | 20 | 11,84 | 0 | 0,00 |
| Einzelvertragseinrichtung | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Rückführung Heimentweicherin | 5 | 2,96 | 0 | 0,00 |
| Pflegeeltern | 1 | 0,59 | 1 | 0,56 |
| Bereich Magistrat 12 | 1 | 0,59 | 0 | 0,00 |
| Andere Institution | 2 | 1,18 | 1 | 0,56 |
| Entweichung | 10 | 5,92 | 14 | 7,87 |
| Haft | 1 | 0,59 | 0 | 0,00 |
| Sonstiges | 1 | 0,59 | 9 | 5,06 |
| Summe | 169 | 100,00 | 178 | 100,00 |

1.1.2 Interpretation der Unterbringungsdaten im statistischen Vergleich von 1995 und 2005

An dieser Darstellung ist deutlich zu erkennen, dass die unterschiedliche zeitliche Rahmenorientierung großen Einfluss auf die Unterbringungsdauer im Krisenzentrum hatte. 1995 hatte die Unterbringungsdauer bis 14 Tage den hohen Anteil von 78,11% der Fälle, die Werte von 2005 zeigen hier nur 44,74%. Bedingt durch die zeitliche Rahmenregelung von sechs Wochen im Jahre 2005 hat die Aufenthaltsdauer 15 bis 42 Tage den höchsten Wert (47,37%), die Vergleichsdaten von 1995 zeigen hier nur 18,35%. Es ist eine statistische ‚Ausreißerin‘ von 1995 hervorzuheben, ein Mädchen verblieb 222 Tage im Krisenzentrum.

Von zusätzlicher Bedeutung für die Analyse ist die Tatsache, dass hier ein Team (1995) mit zwei Teams (2005) verglichen wird. Der Anteil an Heim/WG Unterbringung blieb annähernd gleich. Für 1995 sind die Zahlen für die Vertragseinrichtung dazuzuzählen, das ergibt den Wert von 33,73%, 2005 kamen 38,20% der aufgenommenen Mädchen in die Mag Elf Einrichtungen. Die Wiederaufnahmen sind 2005 höher als 1995, während bei den einmaligen Wiederaufnahmen der Prozentsatz fast gleich ist, 1995 bei 28 Wiederaufnahmen 16,5%, 2005 bei 34 Wiederaufnahmen 17,89%. Es gab 1995 nur eine zweimalige Wiederaufnahme, das sind 0,59% der Fälle und keinen Fall einer öfteren Wiederaufnahme als zweimal. 2005 waren 10 zweimalige Wiederaufnahmen zu

verzeichnen, das sind 5,26%. Der Anteil bei öfter als zweimal ist 2005 mit 4,74% (9 Mädchen) im Vergleich zu 0% 1995 relativ hoch. Die Tatsache, dass 2005 zwei Teams mit ähnlich vielen Mädchen (178) wie 1995 (169) befasst waren, aber 1995 nur ein 5er Team mit den Mädchen arbeitete, lässt den Schluss zu, dass 2005 Mädchen mit einer komplexeren Problematik im Krisenzentrum aufgenommen wurden als 1995. Zwei Teams mit ähnlicher Problematik von 1995 hätten hier die Anzahl der stationär unterzubringenden Mädchen vermutlich verringert. Unterstützt wird diese Annahme durch die viel höhere Wiederaufnahmezahl trotz verlängertem Krisenaufenthalt im Vergleich zu 1995. Natürlich bleibt ein statistischer Vergleich letztendlich immer auch spekulativ, weil sich die individuelle Problematik schwer durch Zahlen ausdrücken lässt. Jedes Mädchen ist eine einzigartige Persönlichkeit und lässt sich mit einer anderen nicht eins zu eins vergleichen.

1.1.3 Schwer traumatisierte Mädchen der Krisenunterbringung Nußdorf 1995

Grundlage für die Eruiierung schwer traumatisierter Mädchen war die Aktenanalyse der Jahrgänge 1980 und älter, die in einem Heim oder Wohngemeinschaft untergebracht wurden. 37 Mädchen wurden in den Einrichtungen der Mag Elf untergebracht, 20 Mädchen wurden in eine Vertragseinrichtung weitervermittelt.

Wie schon zuvor erwähnt, werden sexueller Missbrauch und langjährige Misshandlungen als Indikatoren für schwere Traumatisierung herangezogen (vgl. Huber 2003a, 75-82). Neben der Einschätzung des Zustandbildes der Jugendlichen von Seiten der SozialpädagogInnen in der Aktendokumentation und den beschriebenen Vorfällen von Misshandlungen und sexuellem Missbrauch ist eine psychologische/psychiatrische Diagnose von Bedeutung um eine Bewertung bezüglich schwerer Traumatisierung machen zu können. Um zu einer differenzierten Sichtweise zu gelangen, werde ich die traumatisierten Mädchen nach drei Kriterien einteilen. Ein erster Teil wird sich mit den sexuell missbrauchten Mädchen befassen. Bei einem zweiten Teil werde ich das Augenmerk auf langjährig misshandelte Mädchen richten. Bei der dritten Gruppe handelt es sich um Mädchen, die beiden Misshandlungsformen ausgesetzt waren. Als weiteren Punkt werde ich zwei schwer traumatisierte Mädchen, die nicht in die stationäre Fremdunterbringung aufgenommen wurden, beschreiben.

1.1.3.1 Schwere Traumatisierung auf Grund von sexuellem Missbrauch 1995

Durch die Analyse der Akten aus dem Krisenzentrum Nußdorf wurden drei Mädchen hinsichtlich dieser Kategorie herausgefiltert:

- Der eine Fall ist ein 15-jähriges Mädchen, das vom Vater im Alter von 14 Jahren sexuell missbraucht wurde, unter Schlafstörungen und Depressionen litt.
- Beim zweiten Fall handelt es sich um ein 16-jähriges Mädchen, das vom Pflegevater langjährig sexuell missbraucht wurde und unter Alpträumen und psychosomatischen Beschwerden litt.
- Weiters geht es im dritten Fall um ein 16-jähriges Mädchen, das vom Vater ab dem 13. Lebensjahr sexuell missbraucht wurde. Hier gab es ein psychologisches Gutachten bezüglich selbstschädigenden und suizidgefährdeten Verhaltens.

1.1.3.2 Schwere Traumatisierung auf Grund von langjährigen körperlichen Misshandlungen 1995

Dieser Kategorie werden 1995 vier Mädchen zugeteilt:

- Ein 17-jähriges Mädchen, das ab dem 11. Lebensjahr von den Eltern misshandelt wurde und außerdem in einem Heim im ehemaligen Jugoslawien körperliche Misshandlungen erfuhr.
- Weiters ist ein 17-jähriges türkisches Mädchen betroffen, das seit früher Kindheit von den Eltern geschlagen wurde, im Kontakt große Ängstlichkeit zeigt, und deren Eltern sich auf die traditionelle Erziehung ihrer Tochter berufen.
- Außerdem geht es um ein 17-jähriges Mädchen, das von seinen drei Brüdern seit früher Kindheit misshandelt wurde. Ihre Grundproblematik war die Opferrolle, aus der sie nicht herauskam.
- Das vierte Mädchen ist eine 16-jährige Türkin, die seit früher Kindheit misshandelt wurde, mit 11 Jahren von den Großeltern nach Wien geholt wurde und dessen Körper voller Narben von den Misshandlungen durch die Mutter war. Das Mädchen hatte große Ängste vor einer möglichen Entführung.

1.1.3.3 Schwere Traumatisierung auf Grund von sexuellem Missbrauch und langjährigen körperlichen Misshandlungen 1995

Hier konnten keine dokumentierten Fälle aus den Aufzeichnungen der Aktenunterlagen des Krisenzentrums Nußdorf aus dem Jahre 1995 gefunden werden.

1.1.3.4 Schwere Traumatisierung bei Mädchen des Krisenzentrums Nußdorf außerhalb der Heimunterbringung 1995

Aufgrund der Analyse der Akten von 1995 ergeben sich diesbezüglich zwei Fälle von schwerer Traumatisierung:

- Einerseits handelt es sich um ein 16-jähriges bosnisches Mädchen, das wegen seines delinquenten Verhaltens (Diebstähle und Raubversuch) vom Krisenzentrum in die Schubhaft kam und anschließend abgeschoben wurde. Nach Einschätzung der SozialpädagogInnen war sie kriegstraumatisiert. Alle Mädchen in der „Krisengruppe“ fürchteten sich vor diesem Mädchen wegen ihrer Brutalität und ihren Diebstahlsversuchen.
- Andererseits betrifft es ein 15-jähriges Mädchen, das in die Entweihung⁵ entlassen wurde. Dabei handelt es sich um ein verwahrlostes Mädchen, das von Prostitution auf der Straße lebte und nicht ins System der Jugendwohlfahrt geholt werden konnte. Höchstwahrscheinlich wurde sie sexuell missbraucht, jedenfalls schien sie kein Vertrauen in die Behörden gehabt zu haben.

1.1.4 Schwer traumatisierte Mädchen der Krisenunterbringung Nußdorf 2005

Aus den Akten der 68 Mädchen im Krisenzentrum Nußdorf, die in einem Heim oder einer Wohngemeinschaft der Mag Elf 2005 untergebracht waren, werden unter den gleichen Gesichtspunkten wie für 1995 die offensichtlich schwer traumatisierten Jugendlichen herausgefiltert. Sie werden ebenso in drei Gruppen, „sexueller Missbrauch“, „langjährige

⁵ Entweihung bedeutet eine mehr als einmonatige polizeilich registrierte Abgängigkeit.

körperliche Misshandlungen“ und die „Kombination von sexuellem Missbrauch und langjähriger körperlichen Misshandlung“, dargestellt.

1.1.4.1 Schwere Traumatisierung auf Grund von sexuellem Missbrauch 2005

Unter dieser Kategorisierung finden sich sechs Mädchen:

- Erstens eine 16-jährige, die von unbekannt Personen sexuell missbraucht wurde. Sie kam nach einer Vergewaltigung ins Krisenzentrum. Sie ritzte und schnitt sich und litt unter Bauch- und Kopfschmerzen. Während des Krisenaufenthaltes begann sie eine Therapie in einem Kinderschutzzentrum.
- Weiters handelt es sich um ein 16-jähriges Mädchen, das von ihrem Bruder sexuell missbraucht wurde und ebenfalls in einer Therapieeinrichtung zusätzliche Betreuung fand. Sie litt unter schweren Depressionen.
- Hinzu kommt ein 15-jähriges Mädchen, das zweimal vergewaltigt wurde. Sie nahm verschiedene illegale Drogen. Selbstverletzungen waren ein zusätzliches Problem.
- Beim fünften Fall handelt es sich um ein 15-jähriges Mädchen, die in ihren Heimaufhalten immer wieder für längere Zeit polizeilich abgängig war. Sie wurde von unbekannt Personen sexuell missbraucht. Bei ihr wurde in einem psychiatrischen Krankenhaus eine Persönlichkeits-Entwicklungsstörung diagnostiziert. Sie ging der Geheimprostitution nach und hatte in den Einrichtungen SozialpädagogInnen körperlich attackiert.
- Weiters geht es um ein 16-jähriges Mädchen, deren sexueller Missbrauch im Dunkeln lag, sie ging der Geheimprostitution nach. Sie war zwei Jahre davor ein Jahr bei ihrem Vater in Deutschland und wurde von einer deutschen Psychiatrischen Anstalt nach Wien überstellt.
- Zuletzt geht es noch um ein 15-jähriges Mädchen, das der Geheimprostitution nachging und unterschiedliche Drogen konsumierte. Sie wollte mit niemandem über ihre Lebensgeschichte reden, aus ihren Handlungen heraus ist sexueller Missbrauch höchstwahrscheinlich anzunehmen.

1.1.4.2 Schwere Traumatisierung auf Grund von langjährigen körperlichen Misshandlungen 2005

Fünfzehn Mädchen gehören zu dieser Gruppe:

- Eine 15-Jährige, sie wurde psychiatrisch als „frühverwahrlost“ durch die Mutter beschrieben, zusätzlich wurde sie auch immer wieder körperlich misshandelt. Sie litt außerdem an Asthma Bronchiale und Neurodermitis.
- Als zweites kann ein 16-jähriges Mädchen angeführt werden, das seit früher Kindheit schwere Misshandlungen erlebte. Von einem Krankenhaus der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden nach ICD-10⁶ folgende Störungen diagnostiziert: F 23.0 – akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie. F 60.3 – emotional instabile Persönlichkeitsstörung. F 91.8 – sonstige Störungen des Sozialverhaltens. Zusätzliche Problematik der Selbstverletzung durch Schneiden.
- Weiters ein 15-jähriges Mädchen, vom Stiefvater ab dem achten Lebensjahr immer wieder schwer misshandelt. Sie wurde nach ICD-10 psychiatrisch diagnostiziert: F 92.8 – sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen. Sie litt unter schweren Schlafstörungen.
- Ein 17-jähriges philippinisches Mädchen, das seit ihrem fünften Lebensjahr von ihrem Bruder regelmäßig misshandelt wurde, sie litt laut Beschreibung der SozialpädagogInnen im Stillen.
- Ein 13-jähriges mongolisches Waisenkind, das vom Adoptivvater über mehrere Jahre schwer misshandelt wurde.
- Ein 17-jähriges Mädchen aus Tadschikistan stammend; sie wurde mehrere Jahre regelmäßig vom Stiefvater geschlagen. Sie litt unter Schlafproblemen.
- Ein 16-jähriges Mädchen, das von ihrem Vater seit der Pubertät immer wieder misshandelt wurde. Das Mädchen wirkte sehr zurückgezogen.
- Ein 16-jähriges Mädchen, das ab der Pubertät von Vater und Bruder immer wieder brutal misshandelt wurde. 1998 hatte sie einen Krisenzentrumsaufenthalt, der jedoch keine Besserung brachte.

⁶ Der ICD-10 ist eine Internationale Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation und somit eine klinisch-diagnostische Leitlinie für Psychotherapie und Psychiatrie.

- Ein 15-jähriges Mädchen, das ab dem dritten Lebensjahr vom Stiefvater regelmäßig misshandelt wurde.
- Ein 15-jähriges Mädchen, das über mehrere Jahre von ihrem alkoholkranken Stiefvater misshandelt wurde. Es gab mehrere Heim- und Krisenzentrumsaufenthalte.
- Ein 16-jähriges Mädchen, das seit früher Kindheit vom psychisch kranken Vater geschlagen wurde. Es gab mehrere Krisenzentrums- und Heimaufenthalte. Psychiatrisch wurde sie als Borderline-Typus⁷ diagnostiziert. Eine weitere Problematik waren ihre regelmäßigen Selbstverletzungen. Bei Heimaufenthalten attackierte sie immer wieder körperlich SozialpädagogInnen.
- Ein 16-jähriges Mädchen, das vom Vater mehrere Jahre misshandelt wurde. Vom Krankenhaus wurde Bulimie diagnostiziert.
- Ein 16-jähriges Mädchen, das von mehreren Familienmitgliedern langjährig misshandelt wurde. Sie litt unter Depressionen und beging Selbstverletzungen.
- Ein 16-jähriges Mädchen, das vom psychisch kranken Vater viele Jahre lang immer wieder misshandelt wurde. Es gab mehrere psychiatrische Aufenthalte, sie wurde als Borderline-Typus diagnostiziert. Sie agierte brutal gegenüber anderen Mädchen und Sozialpädagoginnen, sie ging nur auf Gleichgeschlechtliche los.

1.1.4.3 Schwere Traumatisierung auf Grund von sexuellem Missbrauch und langjährigen Misshandlungen 2005

Zehn Mädchen gehören in diese Gruppe:

- Eine 16-jährige, die vom Vater in der Vorpubertät sexuell missbraucht wurde. Es gab mehrere Heimaufenthalte. Ab der Spätpubertät wurde sie von ihrem Stiefvater mehrere Jahre körperlich misshandelt. Es gibt eine psychiatrische und eine

⁷ Borderline Typus nach ICD-10 (F 60.31): „einige Kennzeichen emotionaler Instabilität sind vorhanden, zusätzlich sind oft das eigene Selbstbild, Ziele und „innere Präferenzen“ (einschließlich der sexuellen) unklar und gestört. Meist besteht ein chronisches Gefühl innerer Leere. Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen mit übermäßigen (diese können auch ohne deutlichen Auslöser vorkommen). Dazugehöriger Begriff: Anstrengungen, nicht verlassen zu werden, und mit Suiziddrohungen oder selbstschädigenden Handlungen (diese können auch ohne deutliche Auslöser vorkommen)“ (Weltgesundheitsorganisation 2000, 230).

psychologische Begutachtung ohne Diagnose. Ihre körperlichen Symptome sind eine schwere Sehbehinderung und Asthma Bronchiale.

- Ein 15-jähriges Mädchen, das von der Mutter schon ab dem Kleinkindalter misshandelt wurde. Vom Lebensgefährten der Mutter wurde das Mädchen als 13-Jährige sexuell missbraucht. Sie konsumierte illegale Drogen.
- Ein 15-jähriges Mädchen, das vom Stiefvater mehrere Jahre körperlich misshandelt wurde. Sie erlebte kurz vor ihrem Krisenaufenthalt eine Vergewaltigung.
- Ein 16-jähriges Mädchen, das von ihrem alkoholisierten Vater mehrere Jahre regelmäßig geschlagen wurde. Ein Bekannter des Vaters missbrauchte das Mädchen in der Pubertät. Sie erlebte mehrere Heimaufenthalte. Zusätzlich hatte sie das Problem der Selbstverletzungen.
- Ein 14 ½ jähriges Mädchen, das ab dem zehnten Lebensjahr vom Lebensgefährten der Mutter misshandelt wurde. Ab ihrem elften Lebensjahr erlebte sie zusätzlich sexuellen Missbrauch. Mehrere Krisenzentrums- und Heimaufenthalte folgten. Von einem Aufenthalt im psychiatrischen Krankenhaus wurde sie ohne Diagnose entlassen. Illegaler Drogenkonsum begleitete ihr Leben.
- Ein 15-jähriges Mädchen, das vom Stiefvater mehrere Jahre körperlich misshandelt wurde. Mit 13 Jahren erlebte sie eine Vergewaltigung und wollte sich daraufhin das Leben nehmen.
- Ein 16-jähriges Mädchen, das vom Vater langjährig misshandelt wurde. Von einem Freund des Vaters wurde sie in der Pubertät zusätzlich sexuell missbraucht. Sie hatte mehrere Krisenzentrums- und Heimaufenthalte. Psychiatrisch wurde sie als Borderline-Typus diagnostiziert.
- Ein 16-jähriges Mädchen, das von den Eltern ab dem dreizehnten Lebensjahr misshandelt wurde. Laut Einschätzung der SozialpädagogInnen wurde sie auch sexuell missbraucht. Sie klagte immer wieder über starke Unterleibsschmerzen.
- Ein 14 ½-jähriges Mädchen, das seit dem Kleinkindalter körperlich misshandelt wurde. Im Alter von 8 Jahren wurde sie zusätzlich sexuell missbraucht. Es gab mehrere Heimaufenthalte. Während des Krisenzentrumsaufenthalts gab es zusätzlich eine Therapie wegen des sexuellen Missbrauchs. Sie attackierte immer wieder andere Mädchen.
- Ein 14-jähriges Mädchen, das seit frühester Kindheit körperlich misshandelt wurde. In der Pubertät erlebte sie zusätzlich sexuellen Missbrauch durch Erwachsene. Ein

psychiatrischer Krankenhausaufenthalt ergab keine Diagnose. Durch den regelmäßigen Konsum illegaler Drogen hatte sie eine Hepatitis C Erkrankung.

1.1.5 Interpretation der aus den Angaben in den Akten herausgearbeiteten Annahmen über schwer traumatisierte weibliche Jugendliche im Krisenzentrum Nußdorf innerhalb des Vergleiches von 1995 und 2005

Um zu einem klaren Bild zu kommen, ist es zuerst notwendig, die wichtigsten Daten von 1995 und 2005 im direkten Vergleich darzulegen:

| Grund der schweren Traumatisierung | Anzahl 1995 | Anzahl 2005 |
|---|-------------|-------------|
| Sexueller Missbrauch | 3 | 6 |
| Langjährige körperliche Misshandlung | 4 | 15 |
| Sexueller Missbrauch und langjährige körperliche Misshandlung | 0 | 10 |

| | Anzahl | Prozent |
|--|-----------|--------------|
| Stationär fremduntergebrachte Mädchen 1995 insgesamt | 57 | |
| Schwer traumatisierte 1995 | 7 | 12,28 |
| Stationär fremduntergebrachte Mädchen 2005 insgesamt | 68 | |
| Schwer traumatisierte 2005 | 31 | 45,59 |

Bei der Gruppe von schwerer Traumatisierung durch sexuellen Missbrauch ist auffallend, dass im Gegensatz zu 1995 zwei von sechs Mädchen während des Aufenthaltes im Krisenzentrum therapeutische Begleitung in Anspruch nahmen. Eine mögliche Interpretation wäre die Tatsache, dass die sozialen Institutionen und auch die Öffentlichkeit auf diese Problematik viel sensibler reagierten als 1995.

Bei der Gruppe der schwer traumatisierten Mädchen auf Grund von langjährigen körperlichen Misshandlungen stand 1995 noch die kulturelle Problematik im Vordergrund. Zwei türkische Mädchen und ein Mädchen aus dem jugoslawischen Kulturkreis bildeten mit einem österreichischen Mädchen diese Gruppe.

2005 fand sich ein vollkommen verändertes Bild. Der Sprung auf fünfzehn Mädchen ist auffallend. Bei sechs Mädchen liegen psychiatrische Gutachten vor. Zwei Mädchen wurden als Borderline-Typus diagnostiziert. Zwei Mädchen wurden als von einer schweren Persönlichkeitsstörung betroffen eingestuft. Ein Mädchen wurde als frühverwahrlost kategorisiert, bei einem Mädchen wurde Bulimie diagnostiziert. Drei Mädchen von den vier mit schwerer Persönlichkeitsstörung litten zusätzlich unter Selbstverletzung. Das vierte Mädchen attackierte brutal geschlechtsbezogen andere Mädchen und Sozialpädagoginnen, zwei weitere Mädchen griffen SozialpädagogInnen tötlich an. Eine weitere Problemgruppe in diesem Bereich sind die still Leidenden.

Zur Gruppe der Mädchen mit schwerer Traumatisierung auf Grund von sexuellem Missbrauch und langjährigen Misshandlungen wurde in den Akten von 1995 kein Mädchen gefunden. 2005 gab es in dieser Gruppe zehn Mädchen. Drei von diesen zehn Mädchen konsumierten illegale Drogen, ein Mädchen zog sich dabei eine Hepatitis C Erkrankung zu. Vier von zehn Mädchen erlebten sexuellen Missbrauch durch Bekannte bzw. Lebensgefährten ihrer Misshandler (Vater) bzw. Misshandlerin (Mutter). Zwei Mädchen aus dieser Gruppe wurden psychiatrisch begutachtet aber es wurde keine Diagnose erstellt. Fünf Mädchen erlebten mehrere Krisenzentrums- und Heim/Wohngemeinschaftsaufenthalte. Ein Mädchen wurde als Borderline-Typus diagnostiziert. Ein Mädchen attackierte körperlich regelmäßig andere Mädchen. Das Problem Selbstverletzung fand sich bei einem Mädchen. Ein Mädchen wollte sich nach einer Vergewaltigung das Leben nehmen. Dass 50% dieser Mädchen mehrere stationäre Fremdunterbringungsaufenthalte bei ihrer Aufnahme im Krisenzentrum hinter sich hatten, bedarf für diese Arbeit im Kapitel drei bei den nötigen Rahmenbedingungen für die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen einer besonderen Beachtung.

Aus der Analyse des Datenmaterials von 1995 und 2005 kann folgendes Resümee gezogen werden: Die Tatsache, dass 2005 viermal so viele schwer traumatisierte weibliche Jugendliche in den Einrichtungen der Mag Elf untergebracht waren als 1995, bestätigt die Annahme, dass bei weiblichen Jugendlichen die Anzahl der schwer traumatisierten Jugendlichen in stationärer Fremdunterbringung stark angewachsen ist. Es würde den Rahmen dieser Diplomarbeit sprengen, im männlichen Jugendlichenbereich und im Kinderbereich eine vergleichbare statistische Auswertung vorzunehmen. Trotzdem ist davon auszugehen, dass in diesen Bereichen eine annähernd gleiche Entwicklung

vorzufinden ist, da beim Erfahrungsaustausch mit KollegInnen aus dem Kinderbereich und aus dem Bereich männlicher Jugendlicher die gleiche Tendenz wie die oben beschriebene geschildert wird.

1.2 Beschreibung einer fremduntergebrachten schwer traumatisierten sechzehnjährigen weiblichen Jugendlichen der Mag Elf aus einem Befundbericht der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Um ein schärferes Bild einer fremduntergebrachten schwer traumatisierten weiblichen Jugendlichen zeichnen zu können, werden im Folgenden Passagen aus einem Befundbericht⁸ der Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters zitiert. Es handelt sich hierbei um ein Mädchen nach einem Suizidversuch, das unter 1.1.4.3 bereits erwähnt wurde.

Auszüge aus dem Befundbericht:

„Diagnose: - Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (ICD 10: F 60.3)⁹

Anamnese:

Aktuelle Anamnese:

Die Pat. gibt an, schon seit längerem an innerer Unruhe und Spannungsgefühlen zu leiden, die meist nach Streitigkeiten mit dem KV¹⁰ und der KM auftreten. Die Intoxikation erfolgte nach einem Telefonat mit dem KV mit Benzodiazepinen, Benzodiazepine nehme die Pat. seit Oktober 2006, allerdings betonte sie auch, dass sie diese nicht regelmäßig einnehme. Die Benzodiazepine hätte sie vom Karlsplatz – diese wären dort einfach zu besorgen. Schon vor April 2006 habe die Pat. Kokain, Subutex und Heroin nasal konsumiert, am öftesten davon Kokain. Einmal hätte sie Heroin probiert. Letztlich konsumiere die Pat. manchmal auch Extacy-Tabletten¹¹. Die Substanzen werden lt. Pat.

⁸ Volltext siehe Anhang

⁹ „Impulsiver Typus – Die wesentlichen Charakterzüge sind emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle. Ausbrüche von gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten sind häufig, vor allem bei Kritik durch andere. Dazugehörige Begriffe: aggressive Persönlichkeit(sstörung), reizbare (explosive) Persönlichkeit(sstörung)“ (Weltgesundheitsorganisation 2000, 230).

¹⁰ Kindesvater

¹¹ Zitiert wird inklusive grammatikalischer und sonstiger Fehler

auch von anderen in der Wohngemeinschaft ...¹², wo die Pat. seit anderthalb Jahren lebt, konsumiert. Die Pat. betont, dass sie seit September 2006 auch eine Lehre ... als Kfz-Mechanikerin (AMS) begonnen habe und dies auch weitermachen wolle. ... ist derzeit in einer betreuten WG ... untergebracht ... Die zuständige Sozialarbeiterin ist Fr. ... , Amt für Jugend und Familie .

Psychiatrische Anamnese:

Drogenabusus seit dem 12. LJ (Extasy, 3x/w) bis 14. LJ, dann 1 Jahr clean, seit 15. LJ Kokain u. a., möchte weg; kein Alkohol, Nikotin seit 13. LJ; 7 Anzeigen wegen KV¹³, eine bedingte Vorstrafe wegen KV; 2x SMB im Heim (8. und 14.LJ). Seit dem 12. LJ, Selbstverletzungen und Selbstmordgedanken . In letzter Zeit vermehrt traurig, Durchschlafstörungen, Flash-Backs. Bisher keine psychiatrische Therapie.

Fremdunterbringungen:

Im 3. Lebensjahr erstmals im ... Heim, nachdem die KM ihre Kinder zuhause eingesperrt hatte und „saufen“ war. Dann 2 Jahre beim KV, dann Krisenzentrum im Alter von 5-6a, dann bis 13a Danach abwechselnd beim kokainabhängigen KV, der sie auch misshandelte, Krisenzentrum, WGs im ... Bez., ... Bez., dann ... Bez.

Sozialanamnese:

KM: 36a, ... ROH Abusus; KV>40a, arbeitsunfähig wegen Herzerkrankung, Drogenabusus, mehrfach inhaftiert wegen Drogendelikte Die Eltern leben getrennt.

7 Geschwister (2 nicht von KM): ... , 27a, lebt bei der Großmutter mütterl., dzt. Inhaftiert wegen Drogenhandel; ... , 20a, lebt bei Freund; ... , 15a, hörbehindert, ... Heim; ... , 8a, bei der KM; ... , 10a, im ... Heim; ... , 9a, im ... Heim; ... , 6a, bei Pflegeeltern;

Zur Familie befragt, gibt die Pat. an, dass sie 6 Geschwister und eine Halbschwester hätte. Eine Schwester im Alter von 7 Jahren, von 9 Jahren und von 20 Jahren, die Halbschwester wäre 8,5 Jahre alt, sowie ein Bruder mit 10 Jahren, einen mit 15 Jahren und mit 28 Jahren. Die Pat. meint seit 8,5 Jahren in Heimen aufgewachsen, dazwischen war die Pat. für 1,5 Jahren zu Hause beim KV, nachdem sie 7 Jahre ... gelebt hätte. Jetzt wäre sie seit 1,5 Jahren in der WG Sie gibt an, keine regelmäßigen Kontakte zu ihren Eltern zu haben.

¹² Aus Datenschutzgründen werden Namen und Einrichtungen ausgelassen und mit ... gekennzeichnet.

¹³ Körperverletzung

Befund der Unfallchirurgie (...):

Diagnose: V. sciss. Crur. dext. mult. Superfic.; Behandlung: Diphtherie-Tetanus-Auffrischung; Tetanusimpfstoff-Chargennummer a0307; Wundkontrolle in 2 Tagen; Befund: Im Bereich des re. Unterschenkels knapp proximale des OSG innenseitig finden sich mehrere Schnittverletzungen mit Steristrips versorgt, Seitens der Pat. kein FK-Gefühl;

Stationärer Verlauf:

Die Pat. kommt zur Krisenintervention nach Medikamentenintoxikation mit Tresleen, Seroquel und Lamictal. Der Auslöser für die Pat. stellte der drohende Verlust des Wohnplatzes in der Wohngemeinschaft ... dar. Die Pat. sollte in eine andere Wohngemeinschaft überstellt werden, dies wäre aber für die Pat. unerträglich, da sie sich von ihren Freundinnen deshalb trennen müsse. Die Übernahme erfolgt nach Rücksprache mit dem SMZ Die Pat., wird bei bekannter Diagnose wieder neu auf Tresleen und neuroleptisch auf Risperdal eingestellt. Es kommen sowohl sozial-pädagogische als auch verhaltenstherapeutische (Skills) Techniken zum Einsatz. Weiters wird mit der Pat. Medikamententraining durchgeführt, um die Compliance der Pat. zu heben. Die Pat. wird in gebesserten Zustand wieder entlassen und wird von Fr. Dr. ... und Hr. ... ambulant weiterbetreut. Nach Rücksprache mit der Station ist eine weitere stat. Aufnahme zum weiterführenden verhaltenstherapeutischen Skills-Training planbar.“

1.2.1 Einordnung des Befundberichtes

Aus dem Befundbericht können vier Faktoren herausgelesen werden, die als Hinweis auf schwere Traumatisierung zu werten sind: körperliche Misshandlungen, Flashbacks, Selbstverletzungen und Suizidversuche mehrere Jahre hindurch. Hinzu kommt sexueller Missbrauch, der aus den Akten der Mag Elf, Krisenzentrum 2005, hervorgeht.

Diese Jugendliche ist als beispielhaft anzusehen für die psychische und körperliche Verfassung eines Teiles der KlientInnen in der gegenwärtigen stationären Fremdunterbringung der Mag Elf Jugendeinrichtungen.

1.3 Resümee aus der Bestandsaufnahme von schwer traumatisierten weiblichen Jugendlichen in Wien, Mag Elf, Dezernat VI

Aus der Analyse dieses Teilbereiches der stationären Fremdunterbringung ist ersichtlich, dass hier einerseits schwer traumatisierte Jugendliche untergebracht sind und dass andererseits in den letzten zehn Jahren eine starke Zunahme von schwer traumatisierten Jugendlichen festzustellen ist.

Im folgenden Kapitel geht es um eine ausführliche Auseinandersetzung mit dem Thema Trauma und die spezielle Bedeutung dieses Themas für die stationär fremduntergebrachten Kinder und Jugendlichen.

2. Traumata und deren Auswirkungen auf stationär fremduntergebrachte Kinder und Jugendliche

In diesem Kapitel werden unter anderem verschiedene Definitionen des Begriffs Trauma sowie mögliche Auswirkungen von Traumatisierung auf Kinder und Jugendliche Gegenstand der Betrachtung sein. Es werden dabei neue Erkenntnisse der Neurobiologie im Zusammenhang mit den negativen Folgen von schwerer Traumatisierung bei Kindern beleuchtet werden. Dies wird in Verbindung mit der Theorie über Spiegelneurone gebracht (vgl. Bauer 2007). Zu den Feststellungen der Neurobiologie im Zusammenhang mit Traumatisierung muss gesagt werden, dass dieses Thema in dieser Arbeit nur begrenzt dargestellt werden kann, die Fülle der Erkenntnisse reicht für mehrere Diplomarbeiten. Ergänzend zur Erhellung der Problematik Trauma und seine Auswirkungen werden Traumatherapie-Fallbeispiele von Kindern und Jugendlichen aus der stationären Fremdunterbringung beschrieben.

2.1 Definition und Verständnis von Trauma

Im Brockhaus wird Trauma (griechisch) als „Wunde, Verletzung, Gewalteinwirkung in körperlicher oder psychischer Hinsicht“ (Brockhaus 1999, 14. Band, 184) beschrieben.

J. Laplanche und J.-B. Pontalis definieren in ihrem Werk „Das Vokabular der Psychoanalyse“ den Begriff Trauma folgendermaßen: „Ereignis im Leben des Subjekts, das definiert wird durch seine Intensität, die Unfähigkeit des Subjekts, adäquat darauf zu antworten, die Erschütterung und die dauerhaften pathogenen Wirkungen, die es in der psychischen Organisation hervorruft.“

Ökonomisch¹⁴ ausgedrückt, ist das Trauma gekennzeichnet durch ein Anfluten von Reizen, die im Vergleich mit der Toleranz des Subjekts und seiner Fähigkeit, diese Reize psychisch zu bemeistern und zu bearbeiten, exzessiv sind“ (Laplanche und Pontalis 1989, 513).

Sigmund Freud beschrieb 1896 im Kapitel zur „Ätiologie der Hysterie“ in eindrucksvoller Weise den Zusammenhang von sexuellem Missbrauch und Traumatisierung, eine Sichtweise, die bis heute noch ihre Berechtigung hat:

„Es scheint mir sicher, daß unsere Kinder weit häufiger sexuellen Angriffen ausgesetzt sind, als man nach der geringen, von den Eltern hierauf verwendeten Fürsorge erwarten sollte. Bei den ersten Erkundigungen, was über dieses Thema bekannt sei, erfuhr ich von Kollegen, daß mehrere Publikationen von Kinderärzten vorliegen, welche die Häufigkeit sexueller Praktiken selbst an Säuglingen von seiten der Ammen und Kinderfrauen anklagen, und aus den letzten Wochen ist mir eine von Dr. Stekel in Wien herrührende Studie in die Hand geraten, die sich mit dem ‚Koitus im Kindesalter‘ beschäftigt (Wiener medizinische Blätter, 18. April 1895). Ich habe nicht Zeit gehabt, andere literarische Zeugnisse zu sammeln, aber selbst wenn diese sich nur vereinzelt fänden, dürfte man erwarten, daß mit der Steigerung der Aufmerksamkeit für dieses Thema sehr bald die große Häufigkeit von sexuellen Erlebnissen und sexueller Betätigung im Kindesalter bestätigt wird.

Schließlich sind die Ergebnisse meiner Analyse imstande, für sich selbst zu sprechen. In sämtlichen achtzehn Fällen (von reiner Hysterie und Hysterie mit Zwangsvorstellungen kombiniert, sechs Männer und zwölf Frauen) bin ich, wie erwähnt, zur Kenntnis solcher sexuellen Erlebnisse des Kindesalters gelangt. Ich kann meine Fälle in drei Gruppen bringen, je nach Herkunft der sexuellen Reizung. In der ersten Gruppe handelt es sich um Attentate, einmaligen oder doch vereinzelt Mißbrauch meist weiblicher Kinder von seiten erwachsener, fremder Individuen (die dabei groben mechanischen Insult zu vermeiden verstanden), wobei die Einwilligung der Kinder nicht in Frage kam und als nächste Folge des Erlebnisses der Schreck überwog. Eine zweite Gruppe bilden jene weit zahlreicheren Fälle, in denen eine das Kind wartende erwachsene Person – Kindermädchen, Kindsfrau, Gouvernante, Lehrer, leider auch allzu häufig ein naher Verwandter – das Kind in den sexuellen Verkehr einführte und ein – auch nach der seelischen Richtung ausgebildetes – förmliches Liebesverhältnis, oft durch Jahre, mit ihm unterhielt. In der dritten Gruppe endlich gehören die eigentlichen Kinderverhältnisse, sexuelle Beziehungen zwischen zwei Kindern verschiedenen Geschlechtes, zumeist zwischen den Geschwistern, die oft über die Pubertät hinaus fortgesetzt werden und die nachhaltigsten Folgen für das betreffende Paar mit sich bringen. In den meisten meiner Fälle ergab sich kombinierte Wirkung von zwei oder mehreren solcher Ätiologien; in einzelnen war die Häufung der sexuellen Erlebnisse von verschiedenen Seiten her geradezu erstaunlich. Sie verstehen aber diese Eigentümlichkeit meiner Beobachtungen leicht, wenn sie in Betracht ziehen, daß ich durchweg Fälle von schwerer neurotischer Erkrankung, die mit Existenzunfähigkeit drohte, zu behandeln hatte.

Wo ein Verhältnis zwischen zwei Kindern vorlag, gelang nun einige Male der Nachweis, daß der Knabe – der auch hier die aggressive Rolle spielt – vorher von einer erwachsenen

¹⁴ „Damit wird alles bezeichnet, was sich auf die Hypothese bezieht, dass die psychischen Vorgänge im Umlauf und in der Verteilung einer messbaren Energie (Triebenergie) bestehen, die erhöht oder verringert werden und anderen Energien äquivalent sein kann“ (Laplanche und Pontalis 1989, 357).

weiblichen Person verführt worden war und daß er dann unter dem Drucke seiner vorzeitig geweckten Libido und infolge des Erinnerungszwanges an dem kleinen Mädchen genau die nämlichen Praktiken zu wiederholen suchte, die er bei der Erwachsenen erlernt hatte, ohne daß er selbständig eine Modifikation in der Art der sexuellen Betätigung vorgenommen hätte.

Ich bin daher geneigt anzunehmen, daß ohne vorherige Verführung Kinder den Weg zu Akten sexueller Aggression nicht zu finden vermögen. Der Grund der Neurose würde demnach im Kindesalter immer von seiten Erwachsener gelegt, und die Kinder selbst übertragen die Disposition, später an Hysterie zu erkranken. Ich bitte, verweilen Sie noch einen Moment bei der besonderen Häufigkeit sexueller Beziehungen im Kindesalter gerade zwischen Geschwistern und Vettern infolge der Gelegenheit zu häufigem Beisammensein, stellen Sie sich vor, daß zehn oder fünfzehn Jahre später in dieser Familie mehrere Individuen der jungen Generation krank gefunden werden, und fragen Sie sich, ob dieses familiäre Auftreten der Neurose nicht geeignet ist, zur Annahme einer erblichen Disposition zu verleiten, wo doch nur eine Pseudoheredität vorliegt und in Wirklichkeit eine Übertragung, eine Infektion in der Kindheit stattgefunden hat“ (Freud 1991, 71-72).

Annette Streeck-Fischer definiert 110 Jahre später psychisches Trauma wie folgt: „Ein psychisches Trauma ist ein Ereignis, das die Fähigkeit der Person, für ein minimales Gefühl von Sicherheit und integrativer Vollständigkeit zu sorgen, abrupt überwältigt. Das Trauma geht mit überwältigender Angst und Hilflosigkeit einher. Im Trauma ist die Fähigkeit, Erinnerungsspuren in mentale Selbst- und Objektrepräsentanzen¹⁵ zu organisieren, gestört. Traumatische Ereignisse werden durchlebt, aber nicht als Teil des Selbst erfahren. Das hat weit reichende Folgen. Bei Jugendlichen mit traumatischen Belastungen in der Entwicklung haben wir es immer mit einer Kombination von Traumareaktionen, Traumaverarbeitungen und Entwicklungsstörungen zu tun“ (Streeck-Fischer 2006, 107).

Für Judith Hermann stellt die Dimension Angst ein wesentliches Merkmal bei der Erläuterung von psychischem Trauma dar: „Psychisches Trauma ist das Leid der Ohnmächtigen. Das Trauma entsteht in dem Augenblick, wo das Opfer von einer überwältigenden Macht hilflos gemacht wird. Ist diese Macht eine Naturgewalt, sprechen wir von einer Katastrophe. Üben andere Menschen diese Macht aus, sprechen wir von Gewalttaten. Traumatische Ereignisse schalten das soziale Netz aus, das dem Menschen gewöhnlich das Gefühl von Kontrolle, Zugehörigkeit zu einem Beziehungssystem und Sinn gibt“ (Hermann 2006, 53).

¹⁵ „Im Verlaufe seiner Entwicklung bildet das Kind zunehmend komplexe Vorstellungen von sich und anderen, von Selbst und Objekt, männlich und weiblich, die ihm eine eigene Identität im Zusammenspiel von Innen und Außen ermöglichen. Differenzierungsprozesse werden von Verlusterfahrungen begleitet“ (Streeck-Fischer 2006, 16).

Jochen Peichl definiert den traumatischen Moment folgendermaßen: „Der Prototyp traumatischer Gewalt, an den wir bei diesem Thema sofort denken und mit dem wir im therapeutischen Bereich am häufigsten konfrontiert werden, sind Gewalterfahrungen im familiären Kontext der Kinder- und Jugendzeit, Erfahrungen grenzverletzender Übergriffe im sozialen Nahbereich der Partnerschaft und Gewaltanwendungen krimineller Art wie Vergewaltigung oder Überfall. Neben einem Mangel an Fürsorge, Aufmerksamkeit und entwicklungsfördernden Anreizen bei Deprivation und Vernachlässigung finden wir bei seelischem Missbrauch, der körperlichen Misshandlung und der sexuellen Gewalt eine Stimulusüberflutung, ein Überrolltwerden der körperlichen, sexuellen sowie psychischen Grenzen des Kindes. Auch Opfer von Extremtraumatisierung im Erwachsenenalter regredieren auf das Stadium eines hilflosen, abhängigen Kindes; das traumaspezifische Erleben ist in beiden Altersgruppen eine Mischung aus Todesangst, Hilflosigkeit und Kontrollverlust. Die Abwehrmechanismen, die ein Überleben ermöglichen, sind gleich: Dissoziation¹⁶ und Verleugnung von Gefühlen wie Angst, Auflehnung, Wut; Dissoziation von Teilen des Körper-Selbst sowie die Internalisierung der Gewalterfahrung und der entsprechenden Täter-Opfer-Beziehung in Form von Introjektion und Identifikation mit dem Aggressor¹⁷“ (Peichl. 2007, 53f).

Michaela Huber, eine Pionierin auf dem Gebiet der Traumaforschung und Traumatherapie, entwickelte auf Basis von gut untersuchten Studien eine Liste von Merkmalen, die mit größter Wahrscheinlichkeit eine chronische Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)¹⁸ auslösen:

„Ereignisse, nach denen besonders schwere Traumareaktionen zu erwarten sind:

1. dauern sehr lange¹⁹;
2. wiederholen sich häufig;

¹⁶ Dissoziation stellt eine „intelligente“ Reaktion bei schwerer Traumatisierung dar und bedeutet in diesem Zusammenhang, dass ein Teil des Selbst abgespalten wird, um die funktionstüchtigen Anteile des Selbst zu schützen und um das Überleben zu sichern. Die schmerzvollen Erfahrungen werden vergessen und verdrängt (vgl. Peichl 2007, 158f).

¹⁷ Als Folge einer traumatischen Grenzverletzung kommt es zur Unmöglichkeit, eine Ich-Position einzunehmen, es bleibt nur mehr die Übernahme und Imitation der Außenperspektive durch den unterdrückenden Aggressor über (vgl. Peichl 2007, 212).

¹⁸ Unter PTSD wird eine Posttraumatische Belastungsstörung verstanden. Neben den drei Hauptmerkmalen (quälendes Wiedererleben von traumatischen Sequenzen, Überredungs- und Vermeidungssymptome) kommen noch „Probleme mit der Regulation von Gefühlen, Selbstbeschädigung/Selbstverletzung, chronische Empfindungen von Sinn- und Hoffnungslosigkeit und immer wiederkehrende Suizidgedanken oder Suizidimpulse“ (Huber 2003a, 23) dazu.

¹⁹ „Es ist offensichtlich, dass ein **länger dauerndes** Ereignis potenziell einen schwereren Schaden anrichtet als eines, das innerhalb von wenigen Sekunden vorbei ist“ (ebd., 75).

3. lassen das Opfer mit schweren körperlichen Verletzungen zurück;
4. sind vom Opfer schwerer zu verstehen;
5. beinhalten zwischenmenschliche Gewalt;
6. der Täter ist ein nahe stehender Mensch;
7. das Opfer mochte (mag) den Täter;
8. das Opfer fühlt sich mitschuldig;
9. die Persönlichkeit ist noch nicht gefestigt oder gestört²⁰;
10. beinhalten sexuelle Gewalt²¹;
11. beinhalten sadistische Folter²²;
12. haben mehrere Täter das Opfer zugerichtet;
13. hatte das Opfer starke Dissoziationen;
14. hat niemand dem Opfer unmittelbar danach beigegeben²³;
15. hat niemand nach der Tat darüber mit dem Opfer gesprochen²⁴“ (Huber 2003a, 75).

Solche gravierenden Ereignisse können Traumata zur Folge haben, welche besonders schwer zu verarbeiten sind und somit nur schwer integriert werden können. Daher ist es wichtig, sogenannte „Schutzfaktoren“ für die Bearbeitung des Traumas zu beachten (vgl. ebd., 74ff).

Für Huber können nur die Schutzfaktoren „soziale Unterstützung“ (im Sinne eines sicheren sozialen Umfeldes), „kommunikative Kompetenz“ (sich sprachlich gut ausdrücken können) und ein „kohärentes Weltbild“ (den Glauben an Gott und die Welt noch nicht verloren zu haben), als ein „Immunschutzschild“ gegen die chronische PTSD wirksam sein und diese verhindern (vgl. ebd., 82).

²⁰ „Ein Kind oder ein Mensch mit einer **psychischen Störung**, insbesondere einer tiefgreifenden Persönlichkeitsstörung, wird ein (erneutes) Trauma schwerer verkraften als ein Erwachsener und ein Mensch mit einer stabilen Persönlichkeit“ (Huber 2003a, 78).

²¹ „**Sexuelle Gewalt** ist eine Form der Misshandlung, die deshalb so schwer zu verkraften ist, weil sie in den Körper eindringt und die leib-seelische Integrität des Menschen zerstört“ (ebd., 79).

²² „Nach solchen Ereignissen finden wir nicht nur ausgeprägte Reaktionen von Entsetzen, Scham und Hilflosigkeit, sondern auch ausgeprägte Täter-Introjekte. Jedes Opfer nimmt den Täter in manchen seiner Verhaltens- und Denkweisen sozusagen in sich auf, introjiziert sie, wie die Tiefenpsychologen sagen; beim Sadisten ist es die Lust am Quälen und Erniedrigen. Wer diese nach innen genommen hat, erlebt häufig intensive innerliche sado-masochistische Reinszenierungen, in denen die inneren Opferanteile von den inneren Täteranteilen gedemütigt, gequält und erneut vergewaltigt werden, in einer Art quälender Perpetuum mobile von Erinnerungen und Phantasien“ (ebd., 79-80).

²³ „Wenn niemand hilft, das Trauma zu verstehen, dann wird es in mancher Hinsicht nicht realisiert, also nicht ‚wahr‘“ (ebd., 80).

²⁴ „Keine Hilfe bekommen, ist schlimm. Gar **nicht darüber sprechen können oder dürfen**, ist am schlimmsten“ (ebd., 81).

Verstärkend im negativen Sinne bei einer PTSD sind neben den oben beschriebenen Faktoren eine mangelnde soziale Unterstützung und eine dysfunktionale Familienstruktur²⁵ (vgl. ebd., 83-86).

Für Dorothea Weinberg erleichtert das „Heinerth-Schema“ das Nachvollziehen der einzelnen Stufen der Entwicklung eines Traumas vom unbehandelten Notfall bis zur seelischen Pathologie. Dabei ist das untenstehende Diagramm spaltenweise abwärts zu lesen, ausgehend vom genetisch gesteuerten Programm, das als Instinktreaktion auf drohende Gefahr zu verstehen ist: vom „*Kämpfen und Kontrollieren*“ abwärts bis zu mangelhafter Impulskontrolle, Gewalt und Delinquenz; vom „*Fliehen und Vermeiden*“ bis zu Angst, Paranoia und Regression; vom „*Täuschen und Rationalisieren*“ bis zu den Begriffen der Persönlichkeitsstörung Wahn und Spaltung; vom „*Erstarren und Absterben*“ abwärts bis zur Depression, Katatonie und Autismus (vgl. Weinberg 2005, 40ff). Heinerth-Schema:

„Genetisch gesteuertes motorisches Programm:

| Genetisch gesteuertes Programm | | | |
|--|---|---|---|
| Kämpfen Kontrollieren | Fliehen Vermeiden | Täuschen Rationalisieren | Erstarren Absterben |
| 1. Wenn das motorische Programm nicht möglich ist: Akute Belastungsreaktion: | | | |
| Ärger Überaktivität | Angst Rückzug | Betäubung Regression | Schock Depression |
| 2. Wenn die akute Belastungsreaktion unbehandelt bleibt: Posttraumatische Belastungsreaktion | | | |
| Dauerwachsamkeit Unruhe Misstrauen | Ängstlichkeit Besorgtheit Alpträume | Bewusstseins- trübungen Selbsttäuschung (Tag-)Träume | Wertlosigkeit Konstriktion Depression |
| 3. Wenn die Traumatisierung aus der Kindheit stammt: Klassische Syndrome (Neurosen): | | | |
| Zwang Aggressivität | Angst Panik | Hysterie Konversion | Depression Selbstzweifel |
| 4. Wenn die Traumatisierung sehr früh geschah: Persönlichkeitsstörung | | | |
| Mangelhafte Impulskontrolle Gewalt Delinquenz | Angst Paranoia Regression | Wahn Spaltung | Depression Katatonie Autismus |

Quelle: Heinerth (2003)²⁴ (Heinerth 2003, 36, zit. nach Weinberg 2005, 41).

²⁵ Dysfunktionale Familienstruktur zeichnet sich durch Angepasstheit (zur Außenwelt) und Angst und Gewalt (innerhalb des Familiensystems) aus (vgl. Huber 2003a, 84ff).

Aus der linken Spalte Kämpfen/Kontrollieren gehören die Symptomatiken mangelhafte Impulskontrolle, Gewalt und Delinquenz zum typischen Verhaltensmuster des schwierigen Klientels in der stationären Fremdunterbringung. Aber auch die anderen aufgelisteten Symptome wie schwere Depression, Selbstzweifel, Angst, Panik und Konversion sind wiederkehrende Phänomene bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen (siehe Kap. 1).

Die von mir gewählten Zitate machen deutlich, dass es sich beim Phänomen Trauma um eine äußerst komplexe Thematik handelt mit einer hohen Dichte an psychischer Dynamik. Um das Thema einzugrenzen, konzentriert sich diese Arbeit auf die Beschreibung von Folgen und Konsequenzen von Traumatisierung durch langjährige Misshandlungen und sexuellen Missbrauch, wie sie sich beispielsweise häufig bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Fremdunterbringung zeigen. Auf diesen Zusammenhang wird auch am Ende des zweiten Kapitels durch Fallbeispiele eingegangen.

Ergänzend werde ich mich mit dem momentanen Stand der Traumaforschung aus der Sicht der Neurobiologie auseinanderzusetzen.

2.2 Derzeitiger Wissensstand der Traumaforschung aus neurobiologischer Sicht

Historisch betrachtet leistete auch hier Sigmund Freud, als ausgebildeter Neurobiologe, im unveröffentlichten „Entwurf einer Psychologie“ (1896) Pionierarbeit. Freud war einer der ersten, der von der Annahme ausging, dass das Gehirn aus untereinander verknüpften Neuronen besteht, aus denen sich komplizierte Nervennetze bilden, wobei sich aus der Art der Verknüpfung ihre Funktion ergibt. Da die damaligen Kenntnisse der Gehirnforschung nicht ausreichten, um das „Psychische“ neurobiologisch erklären zu können, wandte sich Freud enttäuscht von diesem Forschungsansatz ab (vgl. Roth 2003, 28f).

Durch die Entwicklung der Mikroelektronentechnik in den fünfziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts konnte erstmals die Aktivität einzelner Neuronen registriert werden. Es kam in den folgenden Jahrzehnten zu einer raschen Abklärung sensorischer und motorischer Funktionen. Die Weiterentwicklung der Technik machte das Verständnis von Prozessen, die bei Erregung und Hemmung an der Membran einer Nervenzelle

stattfinden, möglich. Im letzten Jahrzehnt des zwanzigsten Jahrhunderts kamen die bildgebenden Verfahren PET (Positronenemissionstomographie) und fMRT (funktionelle Magnetresonanztomographie) dazu. Diese Verfahren ermöglichen eine genaue Lokalisierung der Aktivitäten des gesamten menschlichen Gehirns. So wurde durch die Kombination all dieser Methoden die genauere Erforschung der neuronalen Grundlage dessen, was Freud den „psychischen Apparat“ genannt hatte, ermöglicht (vgl. ebd., 30).

2.2.1 Auswirkungen von Traumata aus neurobiologischer Sicht

Traumatischer Stress²⁶ in der Kindheit, so sind sich alle Hirnforscher einig, hat negative Auswirkungen auf die Reifung verschiedener Gehirnbereiche (vgl. Fujiwara und Markowitsch 2003, 191-197).

Für Gerhard Roth stellt sich die neurobiologische Sicht von psychischen Erkrankungen folgendermaßen dar: „Das Dogma der heutigen Neurowissenschaften lautet, dass alle Leistungen des Gehirns – seien sie perzeptiver, kognitiver, affektiv-emotionaler, exekutiver oder motorischer Art – Funktionen von Neuronennetzwerken sind. Die hierbei entscheidenden Faktoren sind zum einen die morphologisch-physiologischen Eigenschaften der Neuronen als Knotenpunkte der Erregungsverarbeitung, zum anderen die neurophysiologischen und neurochemischen Eigenschaften der Synapsen, von denen es im menschlichen Gehirn ca. 1 Trillion (10^{15}) gibt. Psychische Erkrankungen beruhen aus dieser Sicht auf dysfunktionalen Veränderungen von Neuronennetzwerken, insbesondere im limbischen System, wobei diese Veränderungen auf genetische Defekte, Erkrankungen oder auf vorgeburtlich, frühkindlich oder im späteren Lebensalter erlittene Schädigungen zurückgehen können“ (Roth 2003, 38).

Für den Psychoanalytiker und Gehirnforscher Allen Schore, der sich seit den neunziger Jahren mit den Auswirkungen von Bowlbys Bindungstheorie, insbesondere mit dem desorganisiert-desorientierten Bindungsmuster, auseinandersetzt, ist die Tatsache wichtig, dass sich traumatische Bindungserfahrungen negativ auf die rechte Gehirnhälfte auswirken

²⁶ Bei traumatischen Erlebnissen werden im menschlichen Gehirn psychisch bedingte Stressabläufe ausgelöst.

und u.a. dadurch zu Defiziten in den Anpassungsfunktionen des emotionalen Verstehens führen (vgl. Schore 2003).

Neben Schore lieferte Jaak Panksepp aus der Tierforschung, deren wichtigstes Ergebnis die Erforschung des Furchtsystems und des Paniksystems bei der traumatischen Stressverarbeitung in Verbindung mit speziellen Hirnzentren darstellt (vgl. Panksepp 1998), die Grundlagen für die jüngsten Forschungen der Neurowissenschaften hinsichtlich des traumatischen Stresses und seiner Konsequenzen, die sich in Form von Hirnschädigungen bei Kindern und Erwachsenen zeigen. Vor allem die Erkenntnisse von Panksepp, dass bei Gefahr die Mandelkerne (Amygdala²⁷) im Gehirn das Panik-Bindungs-Parasympathikus²⁸-System und das Furcht-Kampf/Flucht-Kognition-Sympathikus²⁹-System aktivieren, veranlassten viele Forscher, zur Überprüfung dieser Aussagen auf diesem Gebiet tätig zu werden (vgl. Sachsse 2004, 32).

Jochen Peichl misst bei traumatisierenden Erfahrungen, vor allem bei einer dissoziativen Problematik, neben der Größenreduktion des Amygdala- und des Hippocampusvolumens³⁰ auch Störungen der orbitofrontalen³¹ Hirnareale besondere Bedeutung bei. Bei Schädigungen im orbitofrontalen Kortex reagieren Menschen durch die Unfähigkeit zur Analyse von komplexen sozialen Situationen enthemmt, sie verlieren die Fähigkeit zur Selbstregulation ihres Verhaltens (vgl. Peichl 2007, 147f). Gerade diese Tatsache wirft ein neues Licht auf die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen.

²⁷ Die Amygdala nimmt funktionell wie anatomisch bei der Produktion und Steuerung von Emotionen die entscheidende Rolle ein. Sie stellt auch das Verbindungszentrum zwischen angeborener und konditionierter Furcht einerseits mit den andererseits verbundenen autonom-vegetativen Reaktionen dar. Verletzungen der Amygdala bedeuten den Wegfall der Furcht- oder Angstkomponente beim Erleben von Geschehnissen (vgl. Roth 2003, 32f).

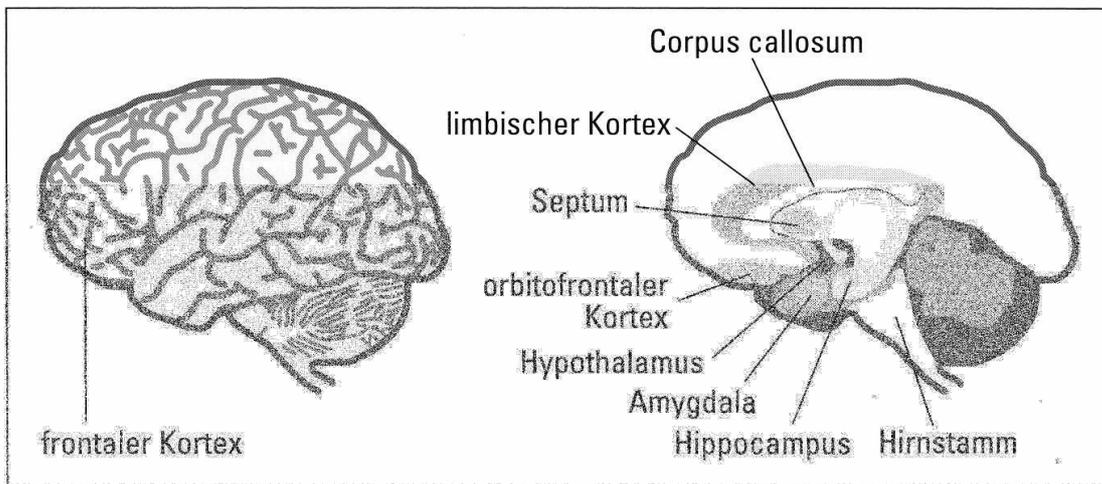
²⁸ Der Parasympathikus ist Teil des autonomen Nervensystems (ANS) und bewirkt bei Gefahr Verengung der Pupillen, warmen, dünnflüssigen Schweiß, Atemverlangsamung, Pulsverlangsamung, Adrenalinabfall und eine Förderung der Harnentleerung und Verdauungstätigkeit (vgl. Sachsse 2004, 41).

²⁹ Der Sympathikus ist Teil des ANS und bewirkt bei Gefahr Erweiterung der Pupillen, kalten, klebrigen Schweiß, Atembeschleunigung, Pulsbeschleunigung, Adrenalinanstieg und eine Hemmung der Harnentleerung und Verdauungstätigkeit (vgl. Sachsse 2004, 41).

³⁰ Der Hippocampus stellt den Organisator des bewusstseinsfähigen, deklarativen Gedächtnisses dar, darunter versteht man ein episodisches Gedächtnis, das sich auf inhaltlich, räumlich und zeitlich konkrete Erlebnisse mit Bezug auf die eigene Person richtet. Eine bilaterale Zerstörung des Hippocampus führt zu zeitlich begrenzter retrograder Amnesie und somit zum Verlust des Langzeitgedächtnisses und zur Unfähigkeit, neue Inhalte in das episodische Gedächtnis einzufügen (vgl. Roth 2003, 33).

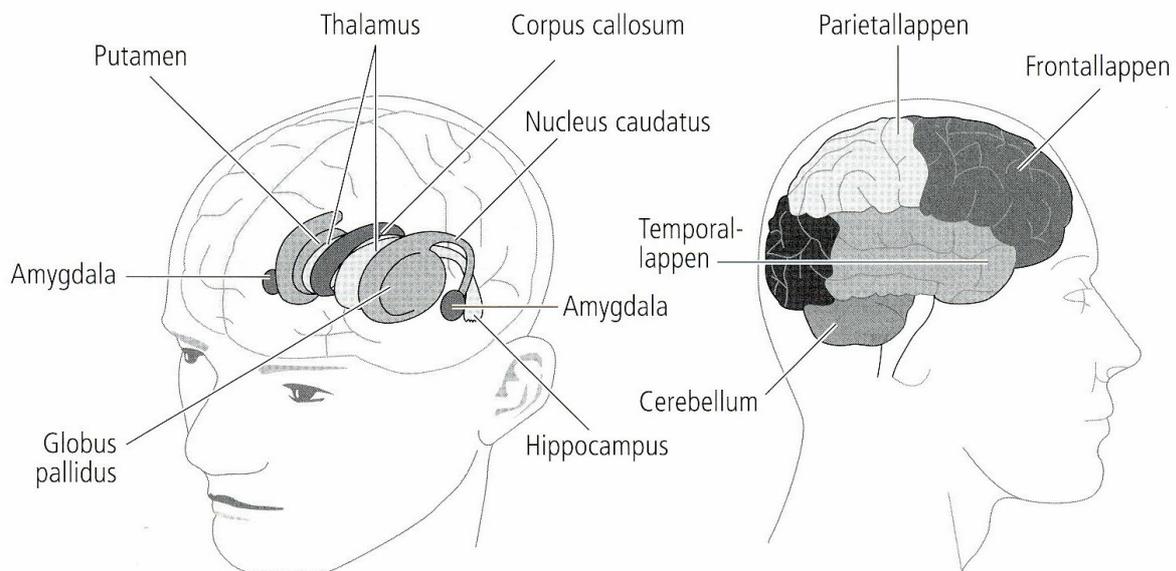
³¹ Der orbitofrontale Kortex stellt jenes Hirnareal dar, in dem die motivationalen und emotionalen Aspekte von Handlungen und Situationen begründet sind. Er bildet auch den Sitz ethischer und moralischer Vorstellungen (vgl. Roth 2003, 34f).

Um die Problematik der Störungen hinsichtlich der Gehirnstrukturen besser nachvollziehen zu können, ist es notwendig die relevanten Regionen des Gehirns visuell darzustellen:



„Der frontale und orbitofrontale Kortex“ (Abbildung Peichl 2007, 148).

Annette Streeck-Fischer stellt in einer Abbildung jene möglichen Gehirnstrukturen dar, die im Zusammenhang mit einer Traumatisierung in der Entwicklung beeinträchtigt sein können:



(Abbildung Streeck-Fischer 2006, 171).

Im Zusammenhang mit Traumatisierung und den diesbezüglichen momentanen Ergebnissen aus der Hirnforschung wird folgend ein Auszug aus dem Buch von Streeck-

Fischer (2006) angeführt, welcher die Bedeutung des Erlebens von traumatischen Ereignissen und deren Auswirkungen auf die weitere hirnrorganische Entwicklung beschreibt:

„Untersuchungen von Bremner und Narayan [1998] Bremner [2000], DeBellis und Putnam [1994], DeBellis et al. [1999b], Teicher [2000] und Teicher et al. [2002] weisen daraufhin, dass Traumata wie Misshandlung oder Missbrauch eine Kaskade von negativen Folgen für die Reifung des Gehirns auslösen.

Traumata in frühen Stadien der Entwicklung beeinträchtigen das Hirnwachstum [DeBellis et al. 1999a, 1999b] und wirken sich ungünstig auf die Intelligenzentwicklung aus. Das hat mit der erfahrungserwartenden und erfahrungsabhängigen Plastizität des Gehirns (experience expectant, experience dependent) zu tun, die wichtige Entwicklungsoptionen nur in bestimmten Zeitfenstern bereitstellt. Bei gestörter neuronaler Stimulation während der kritischen Perioden der Gehirnentwicklung reifen frühe Organisationen, die Muster des Lernens und der Kognitionen bestimmen, mangelhaft. Aufgrund dessen ist das unreife Gehirn anfälliger als das reife Gehirn.

Die gegenwärtigen Ergebnisse zu Untersuchungen, welche Auswirkungen Stress auf den Hippocampus in der frühen Entwicklung hat, sind widersprüchlich [Bonne et al. 2001; Bremner u. Narayan 1998; Driessen et al. 2002; Stein et al. 1997]. Es scheint, dass Stress sich abhängig vom Alter der jeweiligen Person unterschiedlich auf den Hippocampus auswirkt [Bonne et al. 2001]. Patienten, die als Erwachsene Traumata erfahren haben, weisen eine Atrophie des linken Hippocampus auf, während Patienten, die frühen Traumata ausgesetzt waren, eher eine Atrophie des rechten Hippocampus zeigen.

Driessen et al. [2002] und Irle et al. [2005] haben rechtsseitig eine reduzierte Hippocampusgröße bei Borderline-Störungen mit frühen traumatischen Belastungen nachgewiesen. Bremner und Narayan [1998] haben bei traumatisierten männlichen und weiblichen erwachsenen Probanden ein reduziertes Hippocampusvolumen festgestellt: Aufgrund neuerer Untersuchungen scheinen diese Veränderungen jedoch unspezifisch zu sein, sie sind auch bei anderen psychiatrischen Erkrankungen zu beobachten. In Tierexperimenten [Gilbertson et al. 2002] und in Untersuchungen der Arbeitsgruppe von Shalev [Bonne et al. 2001] konnten dem gegenüber keine Veränderungen im Bereich des Hippocampus als Folge von Traumatisierungen nachgewiesen werden. Andererseits stellten Vythilingham et al. [2002] fest, dass Frauen mit major depressions und reduziertem Hippocampusvolumen sexuelle und/oder körperliche Misshandlung in ihrer Kindheit erfahren haben. Die MRT-Messungen von DeBellis et al. [1999b] an 44 Kindern sprechen für eine generelle Störung der Hirnentwicklung bei früher Traumatisierung, die mit geringerem Volumen [7%], größeren Ventrikeln und einem schmaleren Corpus callosum einhergeht. Diese Befunde stimmen mit Untersuchungen der Arbeitsgruppe von Rutter [Sandberg et al. 2001] überein, die an schwerst traumatisierten und deprivierten Kindern aus Rumänien ein eingeschränktes Hirnwachstum feststellen konnte. Teicher und Mitarbeiter [2002] fanden in ihren Studien an Kindern eine eingeschränkte Entwicklung und Differenzierung der linken Hemisphäre sowie eine mangelhafte rechts-linkshemisphärische Integration, die sich in einem Wechsel in der hemisphärischen Aktivität bei Erinnerungen und einer Mangelercheinung der mittleren Bereiche des Corpus callosum zeigen. Durch die beeinträchtigte Verbindung zwischen rechter und linker Hemisphäre können körperliche Zustände und affektive Informationen nur mangelhaft in die linke Hemisphäre vermittelt werden. Infolge des eingeschränkten Rechts-Links-Transfers sind Worte für Gefühle nicht verfügbar. Diese funktionellen Einschränkungen der rechten Hemisphäre können den Mangel an emotionalen Beziehungen zwischen dem Kind und anderen Personen erklären.

Nach Untersuchungen von Castellanos et al. [2002] an gesunden Kindern und Jugendlichen entwickeln sich die midsagittalen Areale des Corpus callosum im Alter von fünf bis 18 Jahren. Bei Jungen, die missbraucht oder vernachlässigt wurden, zeigte sich ein reduzierter mittlerer Bereich des Corpus callosum [Teicher 2000; vgl. auch Keshavan et al. 2002a, b]. Dabei scheint Vernachlässigung bei Jungen einen weit größeren Effekt zu haben als Misshandlung. Bei Mädchen zeigte sich ebenfalls eine deutliche Abnahme in den mittleren Bereichen des Corpus callosum, insbesondere bei Mädchen die körperlich oder sexuell missbraucht worden waren [DeBellis et al. 1999b; Teicher et al. 2002]. Die Funktion des Corpus callosum, die beiden Hemisphären zu verbinden, ist eingeschränkt und wird mit Störungen in den exekutiven Funktionen und mit Dissoziation in Verbindung gebracht. DeBellis et al. [1999b] vermuten einen frühen Neuronenverlust in parietalen und temporalen Hirnregionen, der dazu geführt haben könnte, dass die mittleren und hinteren Bereiche des Corpus callosum mangelhaft ausgebildet sind“ (Streeck-Fischer 2006, 174-175).

Ergänzend zu Streeck-Fischer sieht Van der Kolk in den Ergebnissen der neurowissenschaftlichen Forschung die theoretische Grundlage für die Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen. Er kritisiert, dass Psychologie und Psychiatrie den dysfunktionalen Orientierungs- und Handlungsmustern, die durch Reize aktiviert werden, bisher zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt haben. Viele traumatisierte Kinder, die mit überwältigenden Emotionen dauerhaft konfrontiert werden, entwickeln eine Unfähigkeit, ihre eigenen Empfindungen und Emotionen, aber auch die von anderen Menschen, richtig einzuschätzen. Das Scheitern wird zum dominierenden Merkmal ihres Alltagslebens. Eine Dysfunktion der frontalsubkortikalen Gehirnregion könnte eine wichtige Ursache für diese fixierten Handlungsmuster darstellen (vgl. Van der Kolk 2007, 218-223).

Auch Udo Schneider, Thomas Gödecke-Koch, Wolfgang Paetzold, Hirnek Becker und Hirnek M. Emrich kommen zu der Auffassung, dass sich bei Vorliegen von Borderline-Persönlichkeitsstörungen sowie bei dissozialen Persönlichkeitsstörungen³² Hinweise auf eine hirnorganische Dysfunktion im Bereich des Frontallappens finden lassen und diese beiden Persönlichkeitsstörungen somit Ähnlichkeiten mit Erkrankungen und Verletzungsfolgen nach einem Schädelhirntrauma aufweisen (vgl. Schneider et al. 2003, 474f).

³² Nach ICD 10 (F60.2): „Diese Persönlichkeitsstörung fällt durch eine große Diskrepanz zwischen dem Verhalten und den geltenden sozialen Normen auf und ist charakterisiert durch: 1. Herzloses Unbeteiligtsein gegenüber den Gefühlen anderer. 2. Deutliche und andauernde Verantwortungslosigkeit und Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen. 3. Unvermögen zur Beibehaltung längerfristiger Beziehungen, aber keine Schwierigkeiten, Beziehungen einzugehen. 4. Sehr geringe Frustrationstoleranz und niedrige Schwelle für aggressives, auch gewalttätiges Verhalten. 5. Unfähigkeit zum Erleben von Schuldbewusstsein oder zum Lernen besonders aus Bestrafung. 6. Neigung, andere zu beschuldigen oder vordergründige Rationalisierungen für das eigene Verhalten anzubieten, durch welches die Person in einen Konflikt mit der Gesellschaft geraten ist“ (Weltgesundheitsorganisation 2000, 229).

Streeck-Fischer weist noch auf einen weiteren wichtigen Faktor bei der Hirnentwicklung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen hin: „Bei hyperaggressiven Jungen ebenso wie bei missbrauchten Mädchen wurde eine deutliche Fehlregulation der Hypothalamus-Hypophysen-Achse (HPA) nachgewiesen (Heim et al. 2000; Putnam 1993). Die Hauptfunktion der HPA-Achse ist die Steuerung der Ausschüttung von Hydrokortison, das die biologische Stressreaktion des Körpers in der Weise reguliert, dass es durch Stress aktivierte neuronale Abwehrreaktionen hemmt³³“ (Streeck-Fischer 2006, 179). Diese Tatsache könnte eine mögliche neue Sichtweise bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen hinsichtlich geringer Frustrationstoleranz darstellen.

Aus dem bisher Gesagten wird deutlich, dass dieses Forschungsfeld in Zukunft für die Sozialpädagogik, insbesondere im Zusammenhang in der Arbeit mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen die stationär fremduntergebracht sind, für die Entwicklung sozialpädagogisch wirksamer Konzepte an Bedeutung gewinnen kann bzw. sollte. Dies vor allem auch deshalb, weil verstehbar wird, warum positive Beziehungsangebote, vor allem im Sinne der Herstellung einer positiven Übertragungsbeziehung (vgl. Aichhorn 1925), von Seiten der SozialpädagogInnen möglicherweise nicht wirksam sein können. Weiters könnte aus den Erkenntnissen der Neurowissenschaften die weitgehende Wirkungslosigkeit von medikamentösen Behandlungen bei frühkindlicher Traumatisierung sichtbar werden (vgl. Van der Kolk 2007, 218f).

Auf dem Gebiet der Neurobiologie gibt es noch ein weiteres Forschungsgebiet, das sich mit der Entdeckung der Spiegelneurone beschäftigt und einen wichtigen Beitrag für meine Arbeit liefert. Welchen Einfluss die Entdeckung der Spiegelneurone auf die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen im Bereich der stationären Fremdunterbringung haben könnte, wird im folgenden Subkapitel kurz Gegenstand der Betrachtung sein.

2.2.2 Die Entdeckung der Spiegelneurone und Schlussfolgerungen für die sozialpädagogische Arbeit in der stationären Fremdunterbringung

³³ Vereinfacht ausgedrückt werden im Normalzustand bei einer Stress-Situation körpereigene Endorphine ausgeschüttet, um das Panik-System zu beruhigen (vgl. Sachsse 2004, 37).

Alle Lebewesen verfügen über handlungssteuernde Nervenzellen, die sich in der prämotorischen Hirnrinde befinden, sogenannte Handlungsneurone. In der benachbarten motorischen Hirnrinde befinden sich jene Nervenzellen, die die Muskelbewegungen kontrollieren, die Bewegungsneurone. Die Muskel- oder Bewegungsneurone werden von Handlungsneurone gesteuert. Bei Untersuchungen von Handlungen wurde herausgefunden, dass die Handlungsneurone ein bis zwei Zehntel einer Sekunde früher ihre bioelektrischen Signale abfeuern, bevor die Bewegungsneurone aktiv werden. Die Bewegungsneurone können daher ohne die Handlungsneurone nicht aktiv werden. Beim Aktiv-Werden der Handlungsneurone kommt es aber nicht jedes Mal zur Aktivität der Bewegungsneurone, es kann also auch bei bloßen Handlungsgedanken bleiben (vgl. Bauer 2007, 18ff).

1996 entdeckte die Universität Parma (Giacomo Rizzolatti und Mitarbeiter) bei Affen ein Handlungsneuron, das nur bei Beobachtung einer gewohnten Handlung bei einem anderen Affen ein bioelektrisches Signal abfeuerte. Das heißt, es gibt Nervenzellen, die durch Beobachtung oder durch Miterleben im eigenen Körper ein bestimmtes Programm aktivieren. Diese werden als Spiegelneurone bezeichnet. Über bildgebende Verfahren wie die funktionelle Kernspintomographie (f-NMR) wurden bei Menschen diese Spiegelungsphänome bestätigt (vgl. ebd., 21ff).

Beim Menschen konnte nachgewiesen werden, dass selbst bei der Vorstellung einer Handlung diese Neurone feuern. Am stärksten feuern sie jedoch, wenn eine beobachtete Handlung simultan imitiert wird. Demnach befinden sich die menschlichen Spiegelneurone des handlungssteuernden prämotorischen Systems in jenem Hirngebiet, in dem sich auch die Sprache produzierenden Nervenzellnetze befinden (vgl. ebd. 24f).

Bauer stellt zusammenfassend dar: „Nervenzellen des Gehirns, die im eigenen Körper einen bestimmten Vorgang, zum Beispiel eine Handlung oder eine Empfindung, steuern können, zugleich aber auch dann aktiv werden, wenn der gleiche Vorgang bei einer anderen Person nur beobachtet wird, heißen Spiegelnervenzellen bzw. Spiegelneurone. Ihre Resonanz setzt spontan, unwillkürlich und ohne Nachdenken ein. Spiegelneurone benutzen das neurobiologische Inventar des Beobachters, um ihn in einer Art innerer Stimulation spüren zu lassen, was in anderen, die er beobachtet, vorgeht. Die Spiegelresonanz ist die neurobiologische Basis für spontanes, intuitives Verstehen, die

Basis dessen, was als ‚Theorie of Mind³⁴‘ bezeichnet wird. Sie ist nicht nur in der Lage, bei der in Beobachterposition befindlichen Person Vorstellungen anzuregen, sie kann unter bestimmten Voraussetzungen auch den biologischen Körperzustand verändern“ (vgl. ebd., 55f).

Für die Entwicklung von Resonanz und Empathie sind die ersten zwei bis drei Jahre von entscheidender Bedeutung - sie kann durch Extremerfahrungen von Gefühllosigkeit und Brutalität stark eingeschränkt werden (vgl. ebd., 70f).

Für Peichl stellen Spiegelneurone im Zusammenhang mit schwerer Traumatisierung bei Kindern eine mögliche neurobiologische Erklärung für den Abwehrmechanismus der Identifikation mit dem Aggressor³⁵ dar (vgl. Peichl 2007, 266f). Peichl bringt es auf den Punkt, indem er sagt: „Die traumatische Handlung im Außenraum aktiviert heftigste Gefühle von Wut, Hass, Verachtung und Gewalt im Innenraum des Opfers durch die erzwungene ‚empathische‘ Teilhabe, und das Opfer setzt unbewusst zum Selbstschutz den Abwehrmechanismus der Täter-Introjekt-Bildung in Gang“ (ebd., 267).

Aufgrund der Erkenntnisse über die Spiegelneurone hinterfragt Peichl das psychische Geschehen des Abwehrmechanismus und bemerkt dazu: „Neurobiologisch gesehen wäre die Bildung des traumatischen Introjekts dann eher eine Fehlfunktion, und nicht primär ein Abwehrmechanismus“ (ebd., 269).

Aus dem bisher Gesagten wird deutlich, dass das psychisch bedingte Fühlen oder Nicht-Fühlen sich neurobiologisch in den Gehirnstrukturen erkennen lässt. In der sozialpädagogischen Arbeit wird bei gewalttätigen Handlungen von Seiten der Kinder und Jugendlichen das Phänomen der Spiegelneurone erlebbar. Einerseits leiden andere Gruppenmitglieder, ohne direkt betroffen zu sein, mit ihren MitbewohnerInnen mit. Andererseits ist das Phänomen der Identifikation mit dem Aggressor auf Seiten der Gewalttätigen durch die „überschießenden“ Handlungen immer wieder deutlich spürbar. Beim sexuellen Missbrauch wird außerdem die unbewusste Identifikation mit dem Aggressor möglicherweise insofern bestätigt, als sich missbrauchte Kinder und

³⁴ Unter Theorie of Mind versteht man die schnelle intuitive Erfassung was in einem anderen Menschen innerlich vorgeht (vgl. Bauer 2007, 50f).

³⁵ Siehe Fußnote 17.

Jugendliche bei polizeilichen und juristischen Einvernahmen häufig in Widersprüche verwickeln.

Auf Seiten der SozialpädagogInnen erhält die Fähigkeit des emotionalen Mitschwingens bei der sozialpädagogischen Arbeit eine zusätzliche Bedeutung. Das Kind oder den/die Jugendlichen im Einzelkontakt, aber auch im gruppodynamischen Kontext verstehen (bzw. fühlen) zu können, bekommt im Lichte der Spiegelneurone besondere Bedeutung.

Begonnen wurde das Kapitel „Traumata und deren Auswirkungen auf stationär fremduntergebrachte Kinder und Jugendliche“ mit Definitionen und detaillierten Beschreibungen von Trauma, außerdem wurde der derzeitige Wissensstand der Traumaforschung aus neurobiologischer Sicht beleuchtet. Es wurde auch auf die Entdeckung der Spiegelneurone hingewiesen.

Die Betrachtungen zum Thema Traumata werden mit der Beschreibung eines Fallbeispiels eines schwer traumatisierten Kindes und dem einer Jugendlichen, die beide stationär fremduntergebracht sind, abgerundet.

2.3 Fallbeispiele von traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Fremdunterbringung

Dorothea Weinberg arbeitete ab 1997 an Aufbau, Konzeption und Begleitung des Kleinkinderheimes Dom Duga in Bosnien und wurde aus diesen Erfahrungen traumatherapeutisch bei Kindern tätig. Sie entwickelte die vom Psychodrama hergeleitete Strukturierte-Trauma-Intervention als Behandlungsform und ein spieltherapeutisches Konzept bei traumatisierten Kleinkindern (vgl. Weinberg 2005, 2).

Weinberg beschreibt den Fall von Sara, einem elfjährigen Mädchen, das mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch durch den Lebensgefährten der Mutter in einem Kinderheim aufgenommen wurde. Bei der diagnostischen Untersuchung fand Weinberg keinen Hinweis auf eine sexuelle Traumatisierung. Die projektive Testung ergab eine starke unbefriedigte Bedürftigkeit nach Umsorgung und Zuwendung. Das Mädchen stellte sich aufgeweckt, reizend und sehr angepasst an die Erwartungen der SozialpädagogInnen dar.

Sie unterstrich auch die gute Beziehung zur Mutter. Die Fremdanamnese ergab ein gegenteiliges Bild. Sara war wegen heftiger aggressiver Übergriffe auf die Mutter fremduntergebracht worden. Sie lebte seit ihrer Geburt in ärmlichen, verwahrlosten Verhältnissen. Die Mutter war Alkoholikerin und hatte stets wechselnde Partner, die Sara akzeptieren musste. Mit zunehmendem Alter nutzte Sara ihre körperliche Überlegenheit, um sich bei der alkoholisierten Mutter wegen der mangelnden Versorgung zu revanchieren.

Nach der Aufnahme ins Heim zeigte Sara monatelange hohe Anpassung, dann aber veränderte sich ihr Verhalten gänzlich. In der Schule begann sie ihre Lehrerin zu terrorisieren, kurze Zeit später veränderte sie auch ihr Verhalten in der Wohngemeinschaft und sie versuchte, die ErzieherInnen als Versorgungsstation für sich zu instrumentalisieren. Sie war extrem fordernd und nur auf ihren Vorteil bedacht, gleichzeitig idealisierte sie ihre Mutter und fixierte sich auf sie. Zu diesem Zeitpunkt begann Weinberg die Therapie mit Sara (vgl. Weinberg 2005, 62f).

Therapieverlauf:

„Hätte ich nicht die projektiven Tests aus dem Beginn ihrer Heimzeit im Kopf gehabt, wer weiß, wie die Therapie gelaufen wäre. Denn Sara verwandelte jede Therapiestunde in ein Sportfest. Sie turnte, turnte und turnte, schien ihren Spaß dabei zu haben und brauchte mich nur als Randfigur, als diejenige, die die Infrastruktur zur Verfügung stellt. Die Botschaft an mich war klar: ‚Ich brauche dich nicht – ich kann dich nur gut gebrauchen.‘ Notgedrungenermaßen musste ich meiner Rolle als ‚Trainerin‘ der begabten Sportlerin immer wieder einmal ‚Hilfestellungen‘ geben, also Körperkontakt herstellen. Während sie dies anfänglich wie selbstverständlich hinnahm, entdeckte sie allmählich in sich – von mir unbemerkt – eine heftige Abneigung gegen diese Berührungen. Plötzlich, nach Monaten, fuhr sie mich wütend an, dass ich sie nicht anzufassen habe, dass sie das gar nicht leiden könne. Zum ersten Mal ließ sie mir gegenüber etwas von der Haltung der Hyperunabhängigen, ewig Heiteren fallen. Sie wurde wütend und ablehnend mir gegenüber und gab damit einen versteckten Hinweis auf ihre Verletzbarkeit. Deutungen können in diesem Moment alles verderben. Also muss man die Ablehnung des Kindes ernst nehmen, aber nicht persönlich. Ich sagte: ‚Oh, ich merke, dass du es gar nicht leiden kannst, wenn ich dich berühre. Das ist in Ordnung so und ich will ernsthaft versuchen, es ab jetzt sein zu lassen. – Erinnern dich diese Berührungen denn an etwas in deinem Leben?‘ Tatsächlich assoziierte sie ‚diesen Typen‘, ‚na der mit dem sexuellen Missbrauch‘. Aber sie wollte keineswegs mit mir über dieses Erlebnis sprechen.

In dieser Zeit beschuldigte sie einmal mir gegenüber ihren Erzieher, dass er sie heftig schlagen würde und sie Angst vor ihm habe. Solche Äußerungen führen zu einer kritischen Situation in der Therapie, denn es ist gleichermaßen möglich, dass sie wahr oder unwahr sind. Ich bat Sara, mir zu erzählen, wie es zu den Schlägen gekommen sei. Sara konnte dazu wenig sagen: Der Misshandlungsvorwurf wurde völlig diffus. Dennoch war eine emotionale Nähe spürbar, sodass ich es für möglich hielt, dass Sara Erinnerungsbilder aus ihrer früheren Zeit quasi als Kompromisslösung auf ihren Erzieher projiziert hatte. Sie

wollte mir ein Stück Qual mitteilen, aber ihrer Mutter gegenüber nicht illoyal werden. Das Thema körperliche Misshandlung eignet sich sehr gut dazu, mich als Therapeutin selbst zu ent-idealisieren. Dies muss bei früh geschädigten Menschen – z. B. Borderline-Patienten – sowieso regelmäßig erfolgen. Ich sagte also zu Sara: ‚Ich kann mir jetzt noch gar nicht richtig vorstellen, wie das mit deinem Erzieher passiert ist. Aber ich will dir mal von mir erzählen. Du weißt doch, dass ich zwei Töchter habe. Die habe ich auch schon mal gehauen, und das kam so:Natürlich war das blöd, dass ich das gemacht habe. Aber ich war so genervt an dem Tag und die Kleine hat dauernd freche Sachen gemacht und nicht auf mich gehört. Da ist mir das dann passiert.‘ Eine solche Ich-Erzählung hat den großen Vorteil, dass sie mich ent-idealisiert und so einer neurotischen Aufspaltung zwischen mir und ihren Erziehern entgegenwirkt. Das Spaltungsgeschehen in Gut und Böse ist von fundamentaler Bedeutung für das Verständnis von frühen Störungen. Außerdem verhilft eine solche Ich-Erzählung dazu, ein Stück angstfreier über die verschiedenen Formen körperlicher Gewalt zu sprechen. Sara schloss diese Stunde damit ab, dass das mit ihrem Erzieher mehr so war wie bei mir und meiner Tochter.

Kurz darauf wurde die immer kerngesunde Sara krank. Die Erzieher ihrer WG kümmerten sich trotz aller von ihr erfahrenen Zurückweisung liebevoll um sie. Nachdem das fiebernde Kind fünf Tage von ihnen gepflegt worden war, erzählte sie am ersten Tag nach dem Fieber ihrer Erzieherin von den sexuellen Übergriffen auf sie.

Diese Krankheit, ihre Pflege und die vertraute Gesprächssituation mit der Erzieherin wurde zum Katalysator in Saras Heilung: Während sie in der WG nach ihrer Genesung wieder tendenziell die alten Muster inszenierte, begann sie in der Therapie eine starke Mutterübertragung auf mich zu entwickeln. Das heißt, Sara entmündigte mich völlig und begann, mir jede Arbeit abzunehmen. Sie holte mich gewissermaßen vom Abstellgleis herunter und machte mich nun zum Gegenstand einer Rundumversorgung. All meine Versuche, aus dieser Rolle auszubrechen, auch etwas für Sara zu tun, wurden rigoros zurückgewiesen. Dies steigerte sich bis dahin, dass sie mich aus dem Therapiezimmer hinausschickte, die Tür von innen abschloss und dann das ganze Zimmer völlig umgestaltete für ein Spiel, das wir uns vorher überlegt hatten. Schließlich wurde mir klar, dass sie mir eine Seite im Verhalten ihrer leiblichen Mutter zugewiesen hatte: Die unselbständige, inkompetente, abhängige Mutter, der alles abgenommen werden muss. Erst indem ich begann, diese Übertragung zu akzeptieren und auszuhalten, konnte der Prozess weitergehen. So verbalisierte ich die Gefühle der Gegenübertragung³⁶, die in mir ausgelöst worden waren, v.a. das echt schlechte Gewissen, sie so schufteten zu sehen und mich auf die faule Haut zu legen. Das diente in erster Linie meiner eigenen Psychohygiene und war ihr offensichtlich ziemlich wurscht. Aber erst, als ich mein Erstaunen verbalisierte, was Sara eigentlich alles kann, wie geschickt sie war und wie fleißig – erst da blühte sie auf. Dies war offensichtlich genau das, was sie gebraucht hatte: Anerkennung und Dankbarkeit für ihren Fleiß und ihre Mühen – und dies immer wieder und wieder. So gigantisch war ihr Nachholbedürfnis in ihr!

Als dies vorläufig abgesättigt worden war, konnte sie sich auch den intensiven Erinnerungen ihres sexuellen Missbrauchs stellen. Wir arbeiteten diese in verkürzter Form der STI³⁷ durch. In der Folge spielte Sara viele Fangenspiele mit mir, wobei die spielimmanenten Berührungen zuerst mit großer Aufregung und Ambivalenz, schließlich mit zunehmender Selbstverständlichkeit und Spiellust erlebt wurden.

³⁶ Verkürzt dargestellt sind das alle Gefühle die im therapeutischen Prozess auf Seiten des Therapeuten dem/r Klienten/in gegenüber entstehen.

³⁷ Strukturierte-Trauma-Intervention

Ab dieser Zeit ging eine tiefe Verwandlung mit dem Mädchen vonstatten: Sie wurde für ihre Erzieher zugänglich, wünschte sich, ein Instrument spielen zu lernen, und widmete sich der Musik hingebungsvoll. Sie wurde ein fröhliches, ein oft glückliches Mädchen, das die Angebote ihrer WG dankbar wahrnahm und zu schätzen wusste.

Es war bis zum Schluss der Therapie nicht möglich, mit Sara über ihre wahren Erlebnisse mit ihrer Mutter zu sprechen. Sie idealisiert sie in ihrem Bewusstsein bis heute. Aber sie hat ihr Leben in ihrer WG von der Mutter emotional frei gemacht, sodass sie in dieser Umgebung zu ihrem eigenen Leben gekommen ist. Gegen alle Erwartung und gegen die Vorstellungen der Mutter entschied sich Sara später sogar dafür, ihre Lehrzeit in ihrer WG zu verleben und nicht zur Mutter zurückzuziehen“ (Weinberg 2005, 63ff).

Diese Fallbeschreibung zeigt eindrucksvoll grundlegende Phänomene der stationären Fremdunterbringung, vor allem die enge Verwobenheit von Therapie und stationärer Fremdunterbringung, die einen Heilungsprozess oft erst möglich macht. Diese Fallbeschreibung verdeutlicht auch den Zusammenhang zwischen qualitativen Rahmenbedingungen (langfristiges Therapieangebot, Vernetzung der betreuenden Personen) und positiver Entwicklung. Auf diese spezielle Problematik wird im dritten Kapitel eingegangen.

Annette Streeck-Fischer beschreibt ein 18jähriges Mädchen, das aufgrund des sexuellen Missbrauchs durch Vater und Bruder in einer Wohngruppe fremduntergebracht war. Dort fiel sie durch selbstdestruktive Handlungen und Panikattacken auf und wurde daraufhin in stationäre Psychotherapie transferiert. Nach kurzer Zeit stellte sich heraus, dass sie in der Wohngruppe von einem Erzieher sexuell missbraucht wurde, der sie auch heimlich auf der Klinik besuchte. Ihre Bezugserzieherin lehnte die Teilnahme an einer Supervision mit der Begründung ab, dass ihr alles zu nahe rücke. Die MitarbeiterInnen des Heimes besuchten ohne Absprache mit der Klinik das Mädchen und führten mit ihr die eigentlichen therapeutischen Gespräche. Die andauernden Grenzverletzungen der MitarbeiterInnen des Heimes führten zur Verschlechterung des Zustandes der Patientin und zu Reinszenierungen in der Opfer- als auch in der Täterrolle, es wurde immer unklarer, wo Realität endet und Fantasie beginnt. Die Klinik beschloss, die Behandlung zu beenden und suchte für das Mädchen eine Einrichtung weit weg von Zuhause und ihrer alten Einrichtung. Dieser Schritt war notwendig, um dem Mädchen das Schicksal einer fixierten traumatischen Identität zu ersparen (vgl. Streeck-Fischer 2006, 198f).

Dieses Fallbeispiel zeigt die Notwendigkeit einer andauernden, qualitätssichernden Reflexion der sozialpädagogischen Handlungen, um schädigende Handlungsmuster von

Seiten der SozialpädagogInnen möglichst erst gar nicht aufkommen zu lassen. Auch dieser Zusammenhang wird im dritten Kapitel, dem Thema Qualität, eine Rolle spielen.

Kurz zusammengefasst hat das Kapitel 2 „Traumata und deren Auswirkungen auf stationär fremduntergebrachte Kinder und Jugendliche“ für die sozialpädagogische Arbeit mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Fremdunterbringung die Komplexität der Lebensschicksale derer, mit denen gearbeitet wird, aufgezeigt. Somit wird die Forderung nach einer hohen Sensibilisierung für diese Problematik im Bereich der Sozialpädagogik noch einmal deutlich gemacht. Die Erkenntnisse der Neurobiologie könnten für die Zukunft eine zusätzliche Stütze für die sozialpädagogische Arbeit sein. Das folgende Kapitel widmet sich dem Thema Qualität bzgl. der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen, die im Zusammenhang mit dieser Klientel spezielle Anforderungen erfüllen sollte, wenn stationäre Fremdunterbringung für traumatisierte Kinder und Jugendliche einer ihrer Problematik entsprechende förderliche Entwicklung ermöglicht werden soll.

3. Der Begriff Qualität in der stationären Fremdunterbringung (Heimerziehung)

In diesem Kapitel wird der Begriff Qualität mit der komplexen Problematik von schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der Arbeit innerhalb der stationären Fremdunterbringung in Zusammenhang gebracht. Kurz formuliert, sind die vorherrschenden Rahmenbedingungen sowie individuelle Fähigkeiten der SozialpädagogInnen Hauptaspekte für die Betrachtung der Qualität der Arbeit in diesem Bereich. Hilfreich bei der genauen Analyse dieser Aspekte ist dabei die leicht überarbeitete Habilitationsschrift von Peter Kügler über die Philosophie der primären und sekundären Qualitäten (2002). Unter Bezugnahme der Begriffe primärer und sekundärer Qualität werden die Rahmenbedingungen bzw. das Konzept einer sozialpädagogisch-therapeutischen Wohngemeinschaft beleuchtet, um so den Begriff „Qualität“ in der stationären Fremdunterbringung mit traumatisierter Klientel verstehbarer zu gestalten.

3.1 Definition und Verständnis von Qualität unter dem Blickwinkel von primären und sekundären Qualitäten

Im Brockhaus wird Qualität folgendermaßen definiert: „[lat. ‚Beschaffenheit‘, ‚Eigenschaft‘] die, **1) allg.:** Gesamtheit von charakterist. Eigenschaften, Beschaffenheit; Güte; von Personen, meist im Pl.: gute [moral.] Eigenschaften.

2) Philosophie: In Aristoteles’ Ontologie die wesentl. Eigenschaft eines Dings, die es zu dem macht, was es ist; in I. Kants Erkenntnistheorie eine Urteilsart und einer der die Erfahrung aufbauenden Verstandbegriffe.

3) Phonetik: Klangfarbe eines Vokals“ (Brockhaus 1999, 11. Band, 252).

Um den Begriff Qualität in der sozialpädagogischen Arbeit mit stationär fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen besser verstehbar zu machen, wird nun die Bedeutung von primären und sekundären Qualitäten herausgearbeitet.

Die historische Betrachtung und Unterscheidung von primärer und sekundärer Qualität ist wichtig, weil Ende des 17. Jahrhunderts einige Naturwissenschaftler und Philosophen,

darunter Galilei, Descartes, Boyle und Locke, hier Grenzziehungen vornahmen, die bis heute für die Naturwissenschaft und Philosophie ihre Gültigkeit haben (vgl. Kügler 2002, 7ff).

John Locke traf 1690 als erster die Unterscheidung zwischen primären und sekundären Qualitäten (vgl. ebd., 13f). Demnach sind die Eigenschaften der primären Qualitäten „Ausdehnung [*extension*], Größe [*bulk*], Dichte oder Festigkeit [*solidity*], Gestalt oder Form [*figure*], Struktur [*texture*], Zahl [*number*], Lage oder Ort [*situation*], Bewegung [*motion*] und Ruhe [*rest*]“ (ebd., 13).

Unter sekundären Qualitäten [*secondary qualities*] verstand er Farben, Klänge und Gerüche, Geschmackseigenschaften sowie Wärme und Kälte. Für sie prägte er auch den Begriff „sinnlich wahrnehmbare Qualitäten“ (vgl. ebd., 13-14).

In der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Lockes Thesen, wurde die Subjektivität bei der Beschreibung von sekundären Qualitäten zum bestimmenden Kriterium. Für Galilei existierten sekundäre Qualitäten im „Geist“ als Abgrenzung von Materie mit ihren primären Qualitäten. Locke gelangte zur Auffassung, dass sekundäre Qualitäten Dispositionen darstellen, die im Geiste des Wahrnehmenden bestimmte Empfindungen erzeugen. Bei der Bewertung der primären Qualitäten als die höherwertige Kategorie, gab es größtenteils Übereinstimmungen (vgl. ebd., 20f).

Im Diskurs über primäre und sekundäre Qualitäten setzte sich die Sichtweise der Physik bis in die Gegenwart durch. Vor allem das Kriterium der Messbarkeit mit Messgeräten bei den primären Qualitäten, im Gegensatz zu den nicht messbaren Wahrnehmungen bei den sekundären Qualitäten, veranlasste die damaligen Wissenschaftler dazu, primäre Qualitäten in der Rangordnung als aussagekräftiger zu bestimmen (vgl. ebd., 166-175).

Kügler kritisiert diese Sichtweise: „Messen gehört zu den Methoden, die das Vertrauen in die Richtigkeit wissenschaftlicher Erkenntnisse zu stärken vermögen, wenn sie korrekt angewandt werden. Kann eine primäre Qualität gemessen werden, so rechtfertigt dies den Glauben an die Existenz dieser Qualität. Doch daraus folgt keineswegs, daß *alle* grundlegenden Eigenschaften der physischen Wirklichkeit auch messbar sind. Dies wäre ein Trugschluß der oben beschriebenen Art, ein Fehlschluß von der *Rechtfertigung* auf die *Vollständigkeit* der Physik. Aus der Tatsache, daß sich der Glaube an die Existenz der von

der Physik postulierten Eigenschaften rechtfertigen lässt, folgt *nicht* die Vollständigkeit der physikalischen Ontologie. Ebenso wenig würde aus der Meßbarkeit primärer Qualitäten folgen, daß damit alles über die grundlegenden Eigenschaften der Welt außerhalb des Geistes gesagt ist. Wieso sollten nicht manche dieser Eigenschaften unmeßbar sein“ (ebd., 175).

Für Kügler haben sich drei Kategorien von Kriterien im Sinne von Abgrenzungen über die Begriffe von primärer und sekundärer Qualität bei der philosophischen Sichtweise in der Vergangenheit herausgebildet: Die „metaphysischen Kriterien“ beziehen sich hauptsächlich auf die Unterscheidung von Geist und Materie. Die Naturwissenschaft, vor allem die Sichtweise der Physik, bezieht sich auf „naturalistische Kriterien“. Als dritte Kategorie haben sich in der Vergangenheit die „perzeptorischen Kriterien“ gebildet; diese Kriterien beziehen sich auf die Unterschiedlichkeit bei der Wahrnehmung (vgl. ebd., 219f).

Die Auflistung der wissenschaftlichen Kriterien von primärer und sekundärer Qualität, diese genaue Beschreibung ist notwendig, um den Begriff „Qualität“ philosophisch verstehen zu können, beginnend vom 17. Jahrhundert bis zur Gegenwart:

„Metaphysische Kriterien:

1. *Sekundäre Qualitäten sind Eigenschaften, die ausschließlich Empfindungen zukommen, primäre sind Eigenschaften der Materie [Kap. 2]³⁸.*
2. *Sekundäre Qualitäten sind Dispositionen der Materie zur Erzeugung von Empfindungen, primäre sind andere Eigenschaften der Materie [Kap. 3]³⁹.*
3. *Das Wesen sekundärer Qualitäten ist subjektiv, im Unterschied zu dem der primären Qualitäten [Kap. 5].*
4. *Sekundäre Qualitäten sind unmittelbar wahrnehmbar, primäre nur mittelbar [Kap. 9.3].*
5. *Die Ideen primärer Qualitäten sind im Unterschied zu den Ideen sekundärer Qualitäten den Qualitäten selbst ähnlich [Kap. 9.4]⁴⁰.*

Naturalistische Kriterien:

6. *Die Wahrnehmung [der Geist] und damit auch Wesen und Existenz der sekundären Qualitäten sind durch primäre Qualitäten erklärbar [Kap. 12 und 13].*

³⁸ Die Kapitelbezeichnungen in eckiger Klammer beziehen sich auf das Buch von Peter Kügler.

³⁹ Diese Sichtweise geht von einem Kausalverhältnis bei primärer und sekundärer Qualität aus, z.B. stellt die Farbe eines Gegenstandes eine Disposition dar, weil sie subjektive Empfindungen beim Betrachter auslöst (vgl. ebd., 31-45).

⁴⁰ Ein Unterscheidungsmerkmal bei dieser „Ähnlichkeitstheorie“ wäre die Idee von konkreten Dingen im Gegensatz zu abstrakten Vorstellungen als sekundäre Qualität (vgl., ebd. 124-131).

7. *Primäre Qualitäten sind die von der Physik postulierten Eigenschaften der Materie, sekundäre Qualitäten sind für die Physik irrelevant [Kap. 13].*
8. *Primäre Qualitäten sind messbar, sekundäre sind jedoch aufgrund ihres subjektiven Wesens nicht messbar [Kap. 13.2].*
9. *Primäre Qualitäten sind Eigenschaften, die makroskopische Gegenstände und alle ihre Teile besitzen, während sekundäre Qualitäten Eigenschaften sind, die nur makroskopischen, wahrnehmbaren Gegenständen zukommen [Kap. 14.1]⁴¹.*
10. *Die primären Qualitäten bestimmen die gesetzmäßige, objektive Interaktion der Gegenstände mit ihrer unbelebten Umgebung, was für sekundäre Qualitäten nicht gilt [Kap. 18.1].*

Perzeptorische Kriterien:

11. *Die primären Qualitäten sind die Eigenschaften, ohne die man sich die Materie nicht vorstellen kann, sekundäre hingegen können weggedacht werden [Kap. 14.2].*
12. *Primäre Qualitäten sind haptisch wahrnehmbar, sekundäre auf andere Weisen [Kap. 14.2]⁴².*
13. *Die Wahrnehmung sekundärer Qualitäten ist relativ⁴³, im Unterschied zur Wahrnehmung primärer Qualitäten [Kap. 15].*
14. *Sekundäre Qualitäten sind durch einen, primäre durch mehr als einen Sinn wahrnehmbar [Kap. 16]⁴⁴.*
15. *Wahrnehmungstäuschungen in bezug auf primäre Qualitäten sind stets für das Subjekt erkennbar, bei sekundären Qualitäten gibt es jedoch unerkennbare Wahrnehmungstäuschungen [Kap. 17]“ (ebd., 220f).*

Kügler kritisiert bei der oben beschriebenen Auflistung der wissenschaftlichen Kriterien die Abwertung der sekundären Qualitäten gegenüber den primären Qualitäten. Für ihn steht die Überbewertung der primären Qualität im Zusammenhang mit dem Versuch, Schein und Wirklichkeit zu trennen, dabei wird die Wirklichkeit als das verstanden, was sich verwerten und nutzen lässt, während der Schein und somit die sekundäre Qualität all das subsumiert, was sich wahrnehmen aber kaum verwerten lässt. (vgl. ebd., 224f).

Kügler kommt in seiner Publikation über die primären und sekundären Qualitäten zum Schluss: „Erforscht man die Gründe, die für die Unterscheidung zwischen primären und

⁴¹ Nach dieser Sichtweise (Teilbarkeitskriterium) sind primäre Qualitäten jene Eigenschaften, die durch Teilungen nicht verloren gehen und sekundäre Qualitäten (z.B. Farbe) Eigenschaften, die nicht teilbar sind und nur eine Wahrnehmung darstellen (vgl. ebd., 176ff).

⁴² Daraus folgt, dass das Berühren (Tasten) von Gegenständen als primäre Qualität ausgewählt wurde, währenddessen Sehen, Hören, Riechen und Schmecken als sekundäre Qualitäten und somit als nachrangig betrachtet werden (vgl. ebd., 178-183).

⁴³ Damit sind die subjektiven und situativen Bedingungen gemeint, die die Wahrnehmung beeinflussen können, im Gegensatz zur Ausdehnung eines Gegenstandes, seine Gestalt, Lage, Bewegung und Größe als Primäre Qualitäten der Wahrnehmung (vgl. ebd. 184-190).

⁴⁴ Damit wurde zusätzlich die haptische Wahrnehmung als primäre Qualität gestützt, weil alle Gegenstände die ertastbar sind, auch visuell wahrnehmbar sind; währenddessen Sehen, Hören, Riechen und Schmecken „nur“ durch einen Sinn wahrnehmbar sind (vgl. ebd., 195ff).

sekundären Qualitäten angegeben wurden, so entdeckt man menschliche Eigenheiten; man entdeckt, daß das Berühren von Formen für wichtiger erachtet wurde als das Sehen von Farben, die Manipulation für wichtiger als die Kontemplation. Man entdeckt außerdem, daß die Unterscheidung zwischen primären und sekundären Qualitäten wahrscheinlich nicht existieren würde, wenn der Mensch als biologisches oder soziales Wesen anders beschaffen wäre. Hätte uns die Natur andere Sinnesorgane geschenkt oder würden wir der Welt etwas weniger manipulativ entgentreten, so hätten wir wohl eine andere Metaphysik“ (ebd., 225).

Bevor jetzt näher auf primäre und sekundäre Qualitäten in der sozialpädagogischen Arbeit in der stationären Fremdunterbringung eingegangen wird, wird im folgenden Kapitel darauf eingegangen, welche Voraussetzungen traumatisierte Kinder und Jugendliche aus Sicht der Traumatherapie brauchen, damit eine positive Entwicklung ermöglicht werden kann. Dieses Eingehen auf die Sichtweise der Traumatherapie ist notwendig, um die Wichtigkeit der sekundären Qualitäten für die stationäre Fremdunterbringung sichtbar zu machen.

3.2 Notwendige Voraussetzungen aus Sicht der Theorie der Traumatherapie für die Arbeit mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen

Für Annette Streeck-Fischer ist in der Arbeit mit schwer traumatisierten Jugendlichen wichtig, durch Schaffen von äußerer und innerer Sicherheit eine Stabilisierung des Jugendlichen zu erreichen. Es ist eine unbedingte Notwendigkeit reale sichere Orte zu schaffen. Die Jugendlichen brauchen Hilfestellungen, um im Alltag unbelastet Erfahrungen sammeln zu können (vgl. Streeck-Fischer 2006, 220f).

Streeck-Fischer weist jedoch auf die Problematik hin, dass bei der Herausnahme aus dem primären traumatisierenden Familiensystem bei Kindern ein zusätzliches Bindungstrauma entstehen kann, vor allem könnte sich bei Anzeigen und gerichtlicher Verfolgung eine Traumatisierungskaskade anschließen. Daher fordert sie hier einen sensiblen Umgang mit dieser Problematik (vgl. Streeck-Fischer 2007, 62ff).

Für Michaela Huber gilt der Satz: „*Ein misshandeltes Kind sollte nicht nach seinem chronologischen, sondern nach seinem emotionalen Alter behandelt werden*“ (Huber 2003a, 106).

Diesen Satz von Huber in die Realität der stationären Fremdunterbringung umzusetzen hätte für die Jugendwohlfahrt insofern eine große Auswirkung, als in der Praxis das chronologische Alter für den Zeitpunkt der Entlassung (Großjährigkeit) relevant ist, und der emotionalen Reife kaum ein Stellenwert beigemessen wird.

Dorothea Weinberg kritisiert die Seelenblindheit der gesellschaftlichen Institutionen, aber auch die der Fachleute, sich nicht adäquat auf traumatisierte Kinder einzulassen. Die Gefahr, dass solche Kinder neuerlich Opfer werden, ist immens (vgl. Weinberg 205, 108-113).

Ulrich Sachsse bezieht den prinzipiellen Standpunkt, dass in der traumazentrierten Psychotherapie die Grundregel zu gelten hat, dass zuerst äußere Sicherheit zu gewährleisten ist, dann kommt die innere Sicherheit und anschließend muss es um die Trauma-Exposition gehen (vgl. Sachsse 2004, 198).

Van der Kolk erstellt in einem Pyramiden-Diagramm, entnommen von Buttollo et al. (1999, 185), eine übersichtliche Darstellung des therapeutischen Behandlungsplanes bei posttraumatischen Belastungsstörungen aus Sicht der integrativen Gestalttherapie:

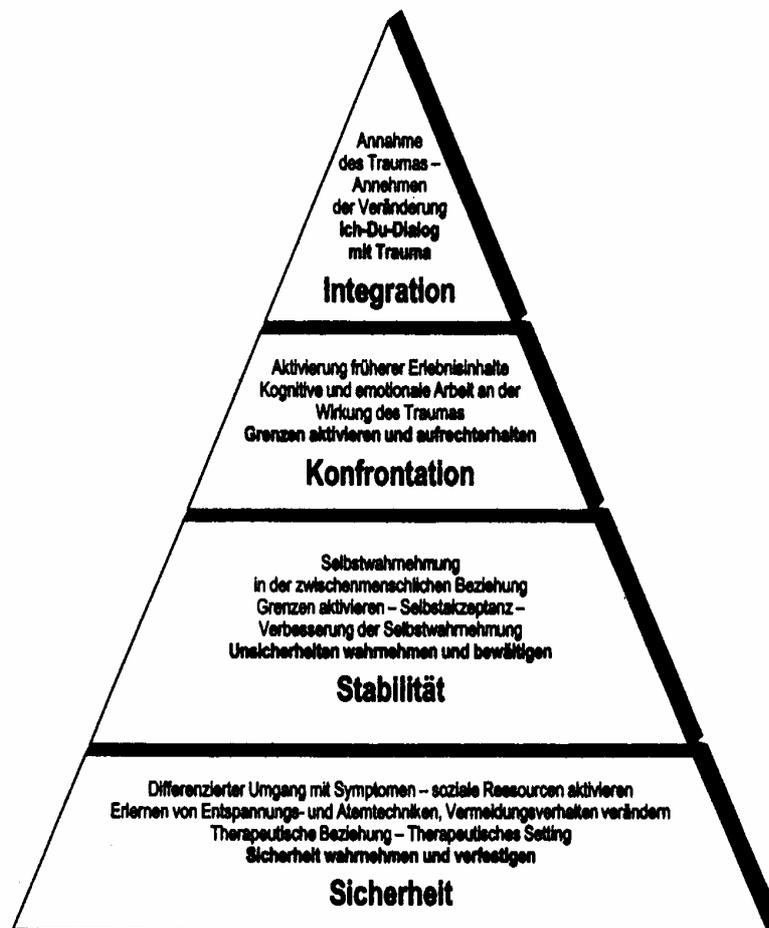


Diagramm 1: Phasen der therapeutischen Behandlung (aus: Butollo et al. 1999, 185)

(Abbildung Van der Kolk 2000, 471).

Die Pyramide skizziert die Grundprinzipien und Phasen der Traumatherapie verschiedener Therapieschulen. Der Sockel stellt die Stufe der grundlegenden Sicherheit für die traumatisierte Person dar. Erst bei Erreichen der Stufe der Stabilität kann mit der Konfrontation mit dem traumatischen Inhalt begonnen werden. Der Abschluss des traumatherapeutischen Prozesses bedeutet die Integration des traumatischen Inhalts (vgl. Van der Kolk 2000, 470ff).

In allen rezipierten Beiträgen herrscht Übereinstimmung darin, dass bei traumatisierten Personen und somit auch bei Kindern und Jugendlichen das Schaffen von äußerer und innerer Sicherheit die notwendige Voraussetzung darstellt, um weiterarbeiten zu können.

Aus der Sichtweise der Traumatherapie stellen sich bei schwer traumatisierten Personen vor allem hohe und sensible Anforderungen Richtung sekundärer Qualitäten (subjektive Wahrnehmungen) dar (vgl. Kap. 2.1, 28-34). Somit bedeutet aus Sicht der Traumatherapie die Einbeziehung der sekundären Qualitäten für die Arbeit mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen eine grundlegende Voraussetzung.

In den Kriterien der äußeren und inneren Sicherheit liegt der implizierte Auftrag der Traumatherapie an die stationäre Fremdunterbringung, diese Grundvoraussetzungen für eine positive Entwicklung (Rahmenbedingungen) so weit wie möglich herzustellen. Diese einfach klingende Forderung in die Realität umzusetzen, verlangt hohe professionelle Sensibilität im Umgang mit dieser Klientel und vor allem den politischen Willen, die notwendigen Personalressourcen zur Verfügung zu stellen. Dabei sollte hier festgehalten werden, dass allein die Schaffung der äußeren Sicherheit für traumatisierte Kinder und Jugendliche in der stationären Fremdunterbringung einen enormen zusätzlichen Personalbedarf erfordert und somit eine Kostenerhöhung für die stationäre Fremdunterbringung bedeutet.

Naheliegender wäre jetzt, die äußere Sicherheit mit primären Qualitäten gleichzusetzen, währenddessen die innere Sicherheit mit den Mitteln der sekundären Qualitäten zu erreichen wäre. Fraglich ist jedoch die Annahme, ob primäre und sekundäre Qualitäten in der stationären Fremdunterbringung voneinander zu trennen oder doch größtenteils eng miteinander verbunden sind. Um diese Frage in Hinblick auf die sozialpädagogische Arbeit in der stationären Fremdunterbringung genauer beleuchten zu können, werden im folgenden Kapitel die Rahmenbedingungen einer sozialpädagogisch-therapeutischen Wohngemeinschaft, die zu einem großen Teil als primäre Qualität ausgemacht werden können, mit Hilfe des von den MitarbeiterInnen erarbeiteten Konzeptes dargestellt. Durch die Verdeutlichung der Rahmenbedingungen dieser Arbeit wird versucht zu zeigen, welche Probleme zu beachten sind, damit qualitativ hochwertig mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Fremdunterbringung sozialpädagogisch gearbeitet werden kann.

3.3 Primäre Qualitäten und sekundäre Qualitäten herausgearbeitet aus den Rahmenbedingungen der sozialpädagogisch-therapeutischen Einrichtungen (eine Wohngemeinschaft und betreute Wohnungen zur Verselbständigung) des Vereins KIWOZI, Schwechat und Wien (Konzept 2004)

Der Verein KIWOZI (Kinder- und Jugendwohngemeinschaft Zirkelweg) betreut seit 25 Jahren Kinder und Jugendliche von diversen Jugendwohlfahrtsbehörden mit einem sozialpädagogisch-psychotherapeutischen Arbeitsverständnis. Darunter wird die Schaffung eines therapeutischen Milieu verstanden, in dem unter anderen auch mit schwer traumatisierte Kinder und Jugendliche gearbeitet wird. Neben der ursprünglichen Wohngemeinschaft wurden zusätzliche Wohnungen angemietet, um den älteren Jugendlichen weitere Entwicklungschancen in Richtung Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit geben zu können (vgl. Kiwozi-Team, 2004).

3.3.1 Grundsätzliche primäre Qualitäten herausgearbeitet aus dem KIWOZI Konzept (2004)

Als primäre Qualitäten stellen sich Lage und Räumlichkeiten, Personal und die Grundversorgung in einer sozialpädagogischen Einrichtung dar.

Lage und Räumlichkeiten:

- Großes Reihenhauses am Stadtrand (eingebunden ins Sozialzentrum der Pfarre Schwechat) für die Wohngemeinschaft. Kleine Wohnungen in Wien und Schwechat für die älteren Jugendlichen, die sich in der Verselbständigungsphase befinden.
- Je ein Einzelzimmer pro Kind und Jugendlichen in der WG (Wohngemeinschaft).
- Mehrere Gemeinschaftsräume für Lernen, Wohnen und Freizeitgestaltung.
- 2 Büros, ein Besprechungszimmer und ein Nachtdienstzimmer stehen für das Betreuungsteam zur Verfügung, zusätzlich gibt es ein Zimmer für den/die Zivildienstler.

Personal:

- Das multiprofessionelle Team (DiplomsozialarbeiterInnen, Diplomsozialpädagogen, PsychologInnen, Sozial- und Berufspädagogin, Kindergartenpädagogin, Fachschullehrer, Outdoor-TrainerInnen) hat 13 MitarbeiterInnen, die unterschiedliche Stundenverpflichtungen aufweisen und größtenteils psychotherapeutische Zusatzausbildungen (Klientenzentrierte Psychotherapie, Systemische Familientherapie, Integrative Gestaltpsychotherapie, Gestalttheoretische Psychotherapie, Psychoanalytische Sozialtherapie, Bioenergetische Analyse, Katathym imaginative Psychotherapie, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, systemisches Coaching) absolviert haben.
- Eine Köchin und eine Haushaltshilfe.
- Weitere Personen, die in Kooperation mit dem Team zusammenarbeiten – Fachärztinnen für Kinderheilkunde und Frauenheilkunde, Konsiliarpsychiater (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapeut), Praktischer Arzt, fallweise SpringerInnen und PraktikantInnen, externe PsychotherapeutInnen unterschiedlicher Richtungen und Zivildienstler.

Grundversorgung (in der WG):

- Ernährung, Unterkunft, Bekleidung und ärztliche Versorgung als grundsätzliche Versorgung.
- Durchgehende Betreuung, von 8 bis 23 Uhr durch zwei MitarbeiterInnen, meist eine Frau und ein Mann, die für die Versorgung und Begleitung der Kinder und Jugendlichen zuständig sind (vgl. ebd., 2-9).

3.3.2 Primäre Qualitäten, die im Zusammenhang mit sekundären Qualitäten (subjektive Wahrnehmungen) zu betrachten sind, am Beispiel des KIWOZI Konzepts (2004)

Darunter sind all jene vorgegebenen Strukturen zu verstehen, die für die Qualitätssicherung formal vorgegeben sind.

Im Erlebnisbereich der Kinder und Jugendlichen sind folgende Strukturen als primäre Qualitäten einzuordnen:

- Das Aufnahme-procedere mit dem Einstiegs-Erstgespräch und der dreimonatigen Probezeit.
- Der Übertritt in eine betreute Wohnungsform.
- Das wöchentliche Gruppengespräch.
- Die Übernahme bestimmter Aufgaben in der Gemeinschaft bzw. für die Gemeinschaft.
- Die wöchentliche psychotherapeutische Sitzung im Einzel- oder Gruppensetting und gezielte erlebnispädagogische Aktivitäten.

Bei all diesen Aspekten geht es jedoch auch um sekundäre Qualitäten, da die subjektiven Wahrnehmungen oder unterschiedlichen Empfindungen der Beteiligten in Bezug auf diese Strukturen die Qualität der Beziehungen der KlientInnen untereinander als auch zu den BetreuerInnen mitbestimmen.

Bei den BetreuerInnen kommen noch weitere Reflexionsinstrumente als wichtige Strukturen im Sinne von primären Qualitäten hinzu:

- Durch die Doppelbesetzung ergibt sich ein regelmäßiger Intervisions-Austausch über die Kinder und Jugendlichen, sowohl auf der individuellen wie auch auf der gruppensystemischen Ebene.
- Wöchentliche Teamsitzungen sind neben Einzelsupervision, Teamsupervision, eigenständiger Fallsupervision, Klausuren, therapeutischen Fort- und Weiterbildungen weitere Strukturen im Sinne von primären Qualitäten, die jedoch im Erleben subjektiver Wahrnehmungen verstehbar sind.
- Geplante Outdoor-Projekte zielen bewusst auf das Veränderungspotential der Kinder und Jugendlichen ab, um vor allem durch das Erleben und Mitgestalten von Aktivitäten neue Erfahrungsmuster zu integrieren.
- Nach den ersten drei Monaten des Aufenthaltes eines Klienten in der WG werden von allen BetreuerInnen die subjektiven Wahrnehmungen miteinander ausgetauscht und daraus konkrete mittel- und langfristige Ziele erarbeitet, die regelmäßig überprüft und falls notwendig auch verändert werden.
- Weiters sind Eltern- und Angehörigenarbeit, Austausch mit anderen Fachpersonen, Schulen und Behörden vorgegebene Strukturen in der sozialpädagogisch-psychotherapeutischen Arbeit, die qualitativ gesehen natürlich in enger Verbindung

mit den sekundären Qualitäten (der subjektiven Wahrnehmung) stehen (vgl. ebd., 10-31).

3.3.3 Sekundäre Qualitäten herausgearbeitet aus dem KIWOZI Konzept (2004)

Beim Aspekt der sekundären Qualitäten sind all jene Qualitäten zu benennen, die „nur“ aus der subjektiven Wahrnehmung heraus entstehen:

- Zwischen Kind/Jugendlichem und Betreuer/in kann es zu unterschiedlichen Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen kommen. Diese psychodynamischen Prozesse zu erkennen und die entsprechenden Interventionen, - u.a. auch Krisenintervention - zu setzen erfordert ein gut ausgebildetes, supervidiertes und reflektiertes BetreuerInnenteam.
- Zwischen Kind und Eltern ist immer wieder das Gefühl der Ohnmacht und der vollkommenen Lähmung neben Gefühlen von Sehnsucht und Verrat, Liebe und Hass und gegenseitigen Schuldgefühlen erlebbar (vgl. ebd., 17-23).

Zusammenfassend ist bei der Betrachtung der Rahmenbedingungen des KIWOZI Konzeptes für die sozialpädagogische Arbeit in der stationären Fremdunterbringung festzustellen, dass primäre Qualitäten (vorgegebene Strukturen) in engem Zusammenhang mit sekundären Qualitäten (subjektive Wahrnehmungen) stehen. Die Arbeit mit den subjektiven Wahrnehmungen der Kinder und Jugendlichen, aber auch mit denen der Betreuungspersonen stellt eine zentrale Anforderung an den Begriff Qualität in diesem Arbeitsfeld dar. Das heißt aber auch für die Arbeit mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen, dass bei der Schaffung äußerer Sicherheit neben den primären Qualitäten den sekundären Qualitäten große Bedeutung beizumessen ist. Die Rahmenbedingungen der Einrichtung KIWOZI, vor allem die personelle Besetzung stellen jene Grundanforderungen dar, die seitens der Traumatherapie an eine stationäre Fremdunterbringung mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen gefordert wird, damit äußere Sicherheit gewährleistet werden kann (vgl. Kap. 3.2, 52ff).

Das heißt, die Einrichtung KIWOZI bietet jene Rahmenbedingungen für die Schaffung der äußeren Sicherheit, die als Voraussetzung zu betrachten ist, dass für schwer traumatisierte

Kinder und Jugendliche eine qualitativ hochwertige sozialpädagogische Betreuung gewährleistet ist.

Das Garantieren von äußerer aber auch von innerer Sicherheit ist aus Sicht der Traumatherapie jenes Qualitätsmerkmal, das notwendig ist, um sozialpädagogisches Arbeiten mit schwer traumatisierter Klientel als qualitativ gestaltet zu können (vgl. ebd.). Mit diesen Überlegungen werde ich mich im folgenden Kapitel auseinandersetzen.

3.4 Qualitative Anforderungen an die SozialpädagogInnen in der Arbeit mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Fremdunterbringung

Wilma Weiß fordert drei Grundkompetenzen (Sachkompetenz, Selbstreflexion und Selbstfürsorge) in der Heimerziehung von den PädagogInnen im Umgang mit Mädchen und Jungen, die mit chronisch traumatisierten Erfahrungen in besonderer Weise belastet sind (vgl. Weiß 2008, 196-205).

Auf diese drei Grundkompetenzen, die einen prinzipiellen Qualitätsanspruch in der stationären Fremdunterbringung darstellen, möchte ich in den folgenden Unterkapiteln eingehen. Als vierte Grundkompetenz werde ich die Teamarbeit hinzufügen. Durch den andauernden Wechsel der Bezugspersonen erhält der interkollegiale Austausch im Reflexionsprozess eine zentrale Bedeutung im sozialpädagogischen Handlungsvollzug (vgl. Kiwozi-Team, 2004). In der Qualität der Teamarbeit spiegelt sich die Umsetzung der drei Grundkompetenzen wider.

3.4.1 Sachkompetenz als Anforderungskriterium für SozialpädagogInnen in der stationären Fremdunterbringung

Für Weiß stellt Wissen hier die Grundlage dar:

„Grundwissen

- *Basiswissen der Psychotraumatologie, z.B. die unterschiedlichen Sichtweisen und die Forschungsergebnisse über Traumatisierung von Kindern*

- *Grundwissen über Entwicklungsrisiken, Entwicklungschancen und unterstützende Faktoren*
- *Basiswissen über Ausmaß, Dynamik, Folgen und Täter[innen]strategien bei sexueller Gewalt*
- *Grundkenntnisse der Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene*
- *Methodentraining z.B. in Biografiearbeit, Genogrammarbeit, Aufklärungsarbeit, die Enttabuisierung von sexueller Gewalt, den Umgang mit der Geschlechterdifferenz, das praxisorientiert auf den Heimaltag vorbereitet*
- *Grundwissen über Beziehung und Bindung, Reflexionsmöglichkeiten, die die Gestaltung des eigenen Beziehungsangebotes zum Thema zumindest der Ausbildung der HeimerzieherInnen machen*
- *Grundwissen über die Pflege der eigenen Psychohygiene inkl. Forschungsergebnisse über Burnout und Wissen über Auswirkungen im Umgang mit traumatisierten Menschen“ (Weiß 2008, 198).*

Weiß fordert von Aus- und Fortbildungsinstituten die Vermittlung und Integrierung von Basiswissen über Traumatisierungen und Auswirkungen von Kindesmisshandlungen als grundsätzlichen qualitativen Standard in der Sozialpädagogik. Sie kritisiert, dass bei der Vermittlung des notwendigen Wissens über das Thema Trauma, die Arbeit mit dieser Klientel durch die Abgrenzung zur Psychotherapie größtenteils außer Acht gelassen wurde. Sie warnt vor einem Halbwissen der SozialpädagogInnen, und tritt für eine Nutzung der Ressourcen der Pädagogik ein, die dem Kind/Jugendlichen letztendlich eine Traumabewältigung ermöglichen (vgl. ebd., 197ff).

Für Dorothea Weinberg gilt es - bei der Traumabewältigung von Kindern und Jugendlichen in der Heimerziehung - die PädagogInnen zu entlasten. Sie fordert ambulante TherapeutInnen, die in keinem Abhängigkeitsverhältnis mit den Institutionen stehen. Für sie wäre die gegenseitige Wissensvermittlung in der Vernetzungsarbeit von grundlegender Bedeutung, um mögliche Spaltungsmechanismen in den unterschiedlichen Berufsgruppen nicht aufkommen zu lassen (vgl. Weinberg 2005, 246ff).

3.4.2 Selbstreflexion als Anforderungskriterium für SozialpädagogInnen in der stationären Fremdunterbringung

Selbstreflexion aus der Sicht von Weiß:

„Themen der Selbstreflexion

- *Kindheitsgeschichte*

- *Bindungsmuster*
- *Geschlechterrolle*
- *Sexualität*
- *Reflektierte persönliche Haltung zu den Fragen sexueller Gewalt*
- *Motive des eigenen Handelns*
- *Arbeitsbegleitende kontinuierliche Überprüfung dieser Motive*
- *Reflexion der Gegenübertragungsgefühle bzw. Gegenreaktionen, insbesondere der tabuisierten*
- *Stellvertreterkonflikte im Team*
- *Auswirkungen der strukturellen Bedingungen auf das eigene Handeln“* (ebd., 202).

Für Weiß lohnen sich die Mühen und Anstrengungen in der Selbsterfahrung und Selbstreflexion und spiegeln sich in der Erhöhung der Arbeitszufriedenheit und in der Persönlichkeitsentfaltung wider. Die Selbstreflexion stellt den Ausdruck der qualitativen Selbstkontrolle dar. Das andauernde Sich-in-Frage-Stellen darf jedoch nicht zu Lasten von Spontaneität, Intuition und Authentizität gehen, welche Eigenschaften sind, die in der professionellen sozialpädagogischen Arbeit von grundlegender Bedeutung sind (vgl. ebd., 200ff).

Zur Problematik der Selbstreflexion hat schon Sigmund Freud im Geleitwort zu August Aichhorns Buch „Verwahrloste Jugend“ (1925) festgehalten, „daß der Erzieher psychoanalytisch geschult sein soll, weil ihm sonst das Objekt seiner Bemühung, das Kind, ein unzugängliches Rätsel bleibt. Eine solche Schulung wird am besten erreicht, wenn sich der Erzieher selbst einer Analyse unterwirft, sie am eigenen Leibe erlebt. Theoretischer Unterricht in der Analyse dringt nicht tief genug und schafft keine Überzeugung“ (Aichhorn 1925, 8).

Weinberg sieht für die SozialpädagogInnen als größte Herausforderung in den stationären Jugendhilfen bei traumatisierten Kindern, sich nicht in die Bindungsdynamik der „besseren Eltern“ hineinziehen zu lassen (vgl. ebd., 250f).

3.4.3 Die Selbstfürsorge als Anforderungskriterium in der stationären Fremdunterbringung

Zur Problematik der Selbstfürsorge aus der Sichtweise von Weiß:

„Möglichkeiten der Selbstfürsorge

- *Erhöhte Selbstaufmerksamkeit*
- *Akzeptanz von Leiden*
- *Wahrnehmen und Ausagieren der beeinträchtigenden Gefühle*
- *Regenerieren durch körperliche Aktivitäten*
- *Urlaub und häufiger Umgebungswechsel*
- *Gegengewicht zur Arbeit mit solch gravierender Schwere wie Lehren, Schreiben, Tätigkeitswechsel*
- *Darauf achten, sich privat und beruflich nicht zu überlasten*
- *Physische Selbstfürsorge, Schlaf, Ernährung, Bewegung*
- *Schöne Umgebung*
- *Kreativer Ausdruck*
- *Entspannung, Naturkontakt, Meditation*
- *Gute Beziehungen“* (ebd., 205).

Weiß sieht bei der Selbstfürsorge die Verhinderung von Burnout⁴⁵ als zentrales Anliegen. Durch die Konfrontation mit den Leiden der Kinder und Jugendlichen gilt es, eine stellvertretende Traumatisierung nicht entstehen zu lassen. Sich auf die Lebensgeschichten von traumatisierten Kindern und Jugendlichen einzulassen bedeutet auch, dass die Problematik der Berufstätigkeit in das Privatleben einwirken kann. Hier eine zufriedenstellende Balance zu finden ist die persönliche Aufgabe an die PädagogInnen (vgl. ebd., 202ff).

Michaela Huber meint zu diesem Punkt für TraumatherapeutInnen, der für SozialpädagogInnen genauso betrachtet werden kann: „Für sich selbst liebevoll zu sorgen, wird nicht nur Ihnen gut tun, sondern auch ihre Schutzbefohlenen erleichtern [„Soooo sehr scheine ich Sie ja nicht runterzuziehen!‘] und ihnen ein gutes Vorbild sein. Wie wollen Sie jemandem beibringen, für ihr inneres verletztes Kind gut zu sorgen, wenn Sie es selbst nicht für ihr eigenes tun? Das wirkt wenig überzeugend. Und umgekehrt: Wenn Sie selbst eine Ausstrahlung haben, nicht nur achtsam und liebevoll, sondern auch kraftvoll und wehrhaft zu sein, fördern Sie bei der KlientIn den Eindruck, dass Wut und andere ‚powervolle‘ Gefühle ebenso einen Platz in dieser Welt haben wie Leises und Zartes. Und wenn Sie mit ihr lachen können, so dass sie merkt: Die TherapeutIn lacht nicht über mich, sondern vielleicht über sich, über die Komik in der Situation und auf jeden Fall mit mir

⁴⁵ „Syndrom, das emotionale Erschöpfung von sozialen Fachkräften durch ihren Beruf beschreibt, auf den Verlust der Beziehung zu den KlientInnen (Distanziertheit) und auf den Verlust von Leistungszufriedenheit hinweist. Als mögliche Ursachen werden Arbeitsumwelt und persönliche Merkmale benannt, ergänzt durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen und soziales Umfeld (Weiß 2008, 224).

zusammen – das hilft mehr als tausend Worte, eine Distanz zu den Qualen zu finden“ (Huber 2003b, 295).

Neben den Grundkompetenzen (Sachkompetenz, Selbstreflexion und Selbstfürsorge) stellt Teamarbeit eine weitere Grundkompetenz in der stationären Fremdunterbringung dar, weil gute Teamarbeit als qualitatives Merkmal in der sozialpädagogischen Arbeit mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen von grundlegender Bedeutung ist und sozialpädagogische Einzelkämpfer/in sich in dieser komplexen Arbeit als wirkungslos erweisen. Die Reflexionsfähigkeit des Teams bestimmt größtenteils die qualitative Beziehungsarbeit. Deshalb wird die Teamarbeit als vierte Grundkompetenz hier dargestellt.

3.4.4 Teamarbeit als Anforderungskriterium in der stationären Fremdunterbringung

Wenn in einer sozialpädagogisch-psychotherapeutischen Wohngemeinschaft (KIWOZI) 10 Kinder und Jugendliche von 13 BetreuerInnen (multiprofessionelles Team) von 8 bis 23 Uhr in einer Doppelbesetzung (meist 1 Frau und 1 Mann) betreut werden, die aus ihrer Individualität auch unterschiedliche Wahrnehmungen, Sichtweisen, Normen und Werte verinnerlicht haben, so stellt die notwendige Teamarbeit eine hohe professionelle Anforderung an alle SozialpädagogInnen dar. Im Instrument Teamsupervision können gruppenspezifische Konflikte im Team angesprochen und reflektiert werden. In der zusätzlich regelmäßigen Fallsupervision können neben der wöchentlichen Teamsitzung vertiefend die unterschiedlichen Sichtweisen, Wahrnehmungen der Kinder und Jugendlichen für die Entwicklung von verbindlichen Betreuungskonzepten im Team abgeklärt werden. Bedingt durch die Doppelbesetzung gibt es einen zusätzlichen Austausch in Form von Intervision und Absprachen. Alle diese Reflexionsmaßnahmen sind notwendig, um trotz möglicher Spaltungsinszenierungen, sich anbahnender Krisen und den jeweiligen Auffälligkeiten professionell arbeiten zu können (vgl. Kiwozi-Team 2004, 11ff).

Für Weiß bedeutet Teamarbeit: „Die Reflexion der Auswirkungen von Übertragungen und Gegenübertragungen auf das Team verhindert Spaltungen und Schuldzuweisungen und

ermöglicht die Handlungsfähigkeit der einzelnen Pädagoginnen und Pädagogen als Team“ (ebd., 209).

Sie sieht im Team eine schützende Instanz sowohl für die BetreuerInnen als auch für die traumatisierten Kinder und Jugendlichen. Ein funktionierendes Team mahnt bei sich überfordernden KollegInnen die eigenen Grenzen ein und hat dadurch eine korrektive Wirkung. Das Team stellt durch die gegenseitige Unterstützung eine Kraftquelle für alle Beteiligten dar (vgl. ebd., 209f).

Für Streeck-Fischer zeichnet sich Teamarbeit als Aushandeln von notwendigen Regulierungen im interkollegialen Raum aus, indem die Reinszenierungen und Wahrnehmungen der Konflikte reflektiert werden. Dieser interkollegiale Raum ist aber auch geprägt vom Störungsbild des Kindes oder des Jugendlichen und der inneren Repräsentation des Miteinanders der unterschiedlichen Personen. Für sie stellt die Kultur der gegenseitigen Hilfe und Unterstützung der Teammitglieder eine zentrale Bedeutung in der Behandlung dar (vgl. Streeck-Fischer 2006, 248).

Mit den Anforderungskriterien Sachkompetenz, Selbstreflexion, Selbstfürsorge und Teamarbeit wurden die aus meiner Sicht wichtigsten qualitativen Anforderungen an die SozialpädagogInnen in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen dargestellt. Mit dem Blick auf primäre und sekundäre Qualitäten ist Selbstfürsorge - durch die hauptsächlich subjektiven Anforderungen - zu den sekundären Qualitäten zu zählen. Es liegt in der Verantwortung jeder Sozialpädagogin und jedes Sozialpädagogen, hier für sich Sorge zu tragen. Die Aspekte Sachkompetenz, Selbstreflexion und Teamarbeit sind als wichtige Strukturelemente der stationären Fremdunterbringung sowohl dem Bereich der primären Qualitäten als auch dem der sekundären Qualitäten zuzuordnen. Nur in der Einbeziehung der subjektiven Wahrnehmungen und somit der sekundären Qualitäten erhält der Begriff Qualität bei den SozialpädagogInnen Gestalt. Es gilt, im folgenden Kapitel die qualitativen institutionellen Rahmenbedingungen zu beleuchten.

3.5 Qualitative Anforderungen an die institutionellen Rahmenbedingungen in der Arbeit mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Fremdunterbringung

Von den zuvor beschriebenen qualitativen Anforderungen an die SozialpädagogInnen kann man schon indirekt die grundlegenden qualitativen Anforderungen an die institutionellen Rahmenbedingungen ableiten. In diesem Zusammenhang sollte klargestellt sein, dass die sozialpolitische Einsicht, Rahmenbedingungen für schwer traumatisierte Kinder und Jugendliche schaffen zu wollen, die Grundvoraussetzung darstellt, diese überhaupt zu ermöglichen.

3.5.1 Räumliche qualitative Anforderungskriterien in der stationären Fremdunterbringung

Zum Schutz vor gegenseitigen Grenzverletzungen und Grenzüberschreitungen sind Einzelzimmer für jedes/n Kind/Jugendlichen eine wichtige Voraussetzung. Die persönliche Rückzugsmöglichkeit mit einem eigenen Schlüssel und die Spiegelung des inneren Zustandes in der Gestaltung des Zimmers, stellen weitere Aspekte für die Forderung nach einem Bereitstellen von Einzelzimmern für die Kinder/Jugendlichen dar (vgl. Kiwozi-Team 2004, 12f).

Großzügige räumliche Gegebenheiten für die Freizeitgestaltung aber auch für die Betreuungspersonen (Büros, Besprechungszimmer, Nachtdienstzimmer) sind Grundlage für ein gegenseitiges Wohlbefinden in der professionellen Arbeit mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen (vgl. ebd., 2ff).

3.5.2 Die personelle Besetzung (Personalschlüssel) als qualitatives Anforderungskriterium in der stationären Fremdunterbringung

Die personelle Besetzung repräsentiert als stärkster Kostenfaktor den heikelsten Punkt bei der Umsetzung der notwendigen Rahmenbedingungen für die Betreuung von schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Fremdunterbringung. Sparsamkeit bei diesem Punkt bedeutet hier die Negierung der notwendigen

professionellen Rahmenbedingungen für das sozialpädagogische Arbeiten mit dieser Klientel.

Eine Doppelbesetzung bei acht bis zehn Kindern/Jugendlichen ist hier eine Voraussetzung, um professionell und verantwortungsbewusst mit dieser Klientel arbeiten zu können. Das bedeutet die Umsetzung des Betreuungsschlüssels 1:1 (1 Kind/Jugendlicher : 1 SozialpädagogIn) (vgl. Kiwozi-Team 2004).

Eine Doppelbesetzung wäre außerdem die personelle Grundvoraussetzung, um die notwendige äußere und innerer Sicherheit für traumatisierte Kindern Jugendliche in der stationären Fremdunterbringung aus Sicht der Traumatherapie zu ermöglichen (siehe Kap. 3.2, 52ff).

Die Schaffung von Traumatherapie durch außenstehende PsychotherapeutInnen, die in professioneller Vernetzungsarbeit mit dem sozialpädagogischen Betreuungsteam in Verbindung stehen, wäre eine weitere Grundanforderung an die institutionellen Rahmenbedingungen, wenn die sozialpädagogische Arbeit mit traumatisierter Klientel entwicklungsfördernd und damit qualitativ hochwertig sein soll (vgl. Weinberg 2005, 246ff).

Neben der personellen Besetzung gibt es noch weitere qualitative Anforderungskriterien, die ich im folgenden Kapitel ausführen werde.

3.5.3 Weitere qualitative Anforderungskriterien an die institutionellen Rahmenbedingungen

Die Finanzierung der Reflexionshilfen wie Einzel-, Team- und Fallsupervision, therapeutische Fort- und Weiterbildung, Klausuren und die Kosten für externe Psychotherapeuten stellen hier ein weiteres institutionelles Qualitätskriterium dar (vgl. Kiwozi-Team 2004, 11ff).

Als zusätzliches qualitatives Angebot sind Outdoor-Aktivitäten, die sich bei vielen Kindern und Jugendlichen als Meilensteine in ihrer Biografie erweisen, von großer Bedeutung (vgl. ebd., 29ff).

Die Vernetzungsarbeit mit diversen Ämtern, Behörden, Spitälern, PsychotherapeutInnen und heilpädagogischen Stationen bis zu den Nachbarn sind ebenfalls qualitative Anforderungen an die institutionellen Rahmenbedingungen (vgl. ebd., 48f).

Einen wichtigen Teil in der qualitativen Arbeit mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen stellt die Eltern- und Angehörigenarbeit dar (vgl. Weinberg 2005, 246ff).

Die Problematik der Ausschließung von Kindern und Jugendlichen bedingt durch Rückfälle bei traumatischen Reinszenierungen bedarf auch einer Überprüfung der institutionellen Rahmenbedingungen. Hier möchte ich auf das Kapitel 1 bei den sexuell missbrauchten und schwer misshandelten Mädchen 2005 hinweisen. In dieser Gruppe hatten 50% der Mädchen mehrere Heimunterbringungen hinter sich.

Auch bei der Betrachtung von qualitativen Anforderungskriterien der institutionellen Rahmenbedingungen wird die enge Verflochtenheit von primären und sekundären Qualitäten aus philosophischer Betrachtung deutlich. Selbst die baulichen Gegebenheiten bekommen eine Bedeutung im Zusammenhang mit subjektiven Empfindungen. Das Einzelzimmer als Rückzugsort und Schutz vor Grenzverletzungen und Grenzüberschreitungen stellt ein wichtiges Qualitätskriterium für das/den Kind/Jugendlichen in seiner subjektiven Empfindlichkeit dar. Die notwendige Finanzierung (Personal, Reflexionshilfen u.a.) bedeutet prinzipiell die Voraussetzung, dass diese primären und sekundären Qualitäten überhaupt zur Entfaltung gelangen können.

Kurz zusammengefasst hat das Kapitel Qualität in der stationären Fremdunterbringung unter Bezugnahme auf traumatisierte Kinder und Jugendliche die notwendigen Anforderungen an SozialpädagogInnen und an institutionelle Rahmenbedingungen dargelegt. Großzügige räumliche Gegebenheiten, ausreichende personelle Besetzung und Reflexionsfähigkeit auf sehr hohem Niveau, stellen Grundvoraussetzungen dar, um qualitative sozialpädagogische Arbeit bei schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen leisten zu können.

Im folgenden Kapitel wird aus den bisherigen Ausführungen die zentrale Fragestellung – unter Bezugnahme auf welche Aspekte Qualität in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in stationärer Fremdunterbringung gewährleistet werden kann – beantwortet. Als Überleitung werden nun die ersten drei Kapitel kurz zusammengefasst.

3.6 Zwischenresümee

Das erste Kapitel hat am Beispiel des Vergleichs des Datenmaterials 1995 und 2005 im Krisenzentrum Nußdorf bei Heimunterbringungen aufgezeigt, dass es zu einer beinahe Vervierfachung der Anzahl schwer traumatisierter jugendlicher Mädchen innerhalb von 10 Jahren gekommen ist. Ausgehend von der Annahme, dass im männlichen Jugendlichenbereich und im Kinderbereich eine annähernd gleiche Entwicklung vorliegen würde, hat dieses Beispiel verdeutlicht, dass zunehmend *schwer traumatisierte* Kinder und Jugendliche in der stationären Fremdunterbringung untergebracht sind.

Im zweiten Kapitel wurde der aktuelle Forschungsstand der Traumatherapie hinsichtlich schwerer Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen skizziert und dabei die hohen Anforderungen an die SozialpädagogInnen in der stationären Fremdunterbringung bei dieser Problematik herausgearbeitet.

Im dritten Kapitel wurde mit Hilfe der Unterscheidung zwischen primären und sekundären Qualitäten die Problematik der stationären Fremdunterbringung von schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen beleuchtet. Von grundlegender Bedeutung ist dabei die Tatsache, dass subjektive Wahrnehmungen als sekundäre Qualitäten in engem Zusammenhang stehen mit den primären Qualitäten, die z.B. äußere Rahmenbedingungen oder vorgegebene Strukturen sozialpädagogischer Arbeit darstellen. In diesem Kontext sind die notwendigen qualitätsfördernden Rahmenbedingungen für die stationäre Fremdunterbringung zu bedenken, die einen hohen personellen Aufwand für die äußere Sicherheit, darunter sind z.B. gewaltpräventive Maßnahmen, zu verstehen und dichte, zeitaufwendige Reflexionshilfen für die innere Sicherheit der Kinder und Jugendliche benötigen. Aus der Sichtweise der Traumatherapie sind äußere und innere Sicherheit grundlegenden Anforderungskriterien, um mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen qualitativ gut arbeiten zu können.

Die Beantwortung der leitenden Forschungsfrage, welche Schlussfolgerungen nun in Bezug auf die Gewährleistung von qualitativer Arbeit für traumatisierte Kinder und Jugendliche in der stationären Fremdunterbringung zu ziehen sind, wird Thema des vierten und abschließenden Kapitels dieser Diplomarbeit sein.

4. Unter Bezugnahme auf welche Aspekte kann Qualität in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in stationärer Fremdunterbringung gewährleistet werden?

Zuerst werden in diesem Kapitel ausgewählte Probleme in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen näher dargestellt. Anschließend werden, ausgehend von der Sichtweise der Traumatherapie, die qualitativen Merkmale seitens der SozialpädagogInnen beschrieben. Es folgt die Darstellung von Qualitätsmerkmalen, die institutionelle Rahmenbedingungen auszeichnen, um qualitativ hochwertige Arbeit mit schwer traumatisierter Klientel ermöglichen zu können. Außerdem werden in diesem Kapitel aus dem bisher Gesagten neue Aspekte für den Qualitätsdiskurs erläutert. Zuletzt werden abschließende Gedanken diese Diplomarbeit beenden.

4.1 Ausgewählte Probleme, die sich in der Arbeit mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Fremdunterbringung ergeben

In diesem Kapitel wähle ich einige Störungsbilder aus, bei denen es sich um typische Problembereiche aus der stationären Fremdunterbringung handelt. Hier werden sie näher beschrieben, um in einem folgenden Kapitel auf die jeweils dafür notwendigen Erfordernisse eingehen zu können.

4.1.1 Grenzverletzungen und Grenzüberschreitungen

Ein Aspekt zieht sich wie ein roter Faden durch die Beschreibungen in den vorigen Kapiteln (Fallbeispiele Kap. 2.3, 44ff, die Forderung nach Einzelzimmern Kap. 3.5.1, 64, aber auch die Hinweise aus der Neurobiologie Kap. 2.2, 36 [Peichl]): Dies ist jener der Grenzverletzungen und Grenzüberschreitungen, der bei schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen eine dominierende Verhaltensweise darstellt. Sich bei solchen Verhaltensweisen bewusst zu sein, dass sie primär als Folge der schweren Traumatisierung zu sehen sind, ist insofern wichtig, als im aktuellen Anlassfall psychodynamische

Verstrickung vermieden werden muss. Andererseits sind klare Grenzziehungen von Seiten der SozialpädagogInnen wichtig, weil sie als Lernbeispiel für ein „Nein“ einem anderen Menschen gegenüber fungieren können (vgl. Fallbeispiel Sara, Kap. 2.3, 43ff).

4.1.2 Störungen gemäß dem Heinerth-Schema

Im Heinerth-Schema (Kap.2.1, 33), finden sich in der Spalte des genetisch gesteuerten motorischen Programms Kämpfen und Kontrollieren, in der Beschreibung der Persönlichkeitsstörungen - die sich herauskristallisieren, wenn Traumatisierung im frühen Kindesalter geschah - die Symptome mangelhafte Impulskontrolle, Gewalt und Delinquenz. Die genannten Symptome gehören zum typischen Verhaltensmuster der schwierigen Klientel in der stationären Fremdunterbringung und drücken damit die vielschichtige Problematik der Kinder und Jugendlichen aus.

Im Heinerth-Schema wird aber auch in der Spalte „Fliehen und Vermeiden“ jene Klientel der stationären Fremdunterbringung beschrieben, die Gefahr läuft, durch die Konzentrierung der SozialpädagogInnen auf nach Außen agierende Kinder und Jugendliche vergessen zu werden; es sind dies die „still leidenden“ Kinder und Jugendlichen (vgl. Kap. 1.1.4.2, 19). Das Symptom der Angst als Ausdruck schwerer Traumatisierung sollte eine besondere Beachtung bei fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen finden. Die Symptome Panik, Paranoia und Regression finden im Gegensatz zur Angst sehr wohl schon jetzt verbreitet ihre Aufmerksamkeit bei den SozialpädagogInnen.

Aus der Spalte Erstarren und Absterben als genetisch gesteuertes Programm mit den Symptomen des Selbstzweifels und schwerer Depression finden sich auch immer mehr Kinder und Jugendliche innerhalb der stationären Fremdunterbringung (vgl. Kap.1.1.4.1, 18 und 1.1.4.2, 19). Bei dieser Problematik ist eine enge Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie unbedingt notwendig, da sich eine zusätzliche medikamentöse Behandlung möglicherweise als hilfreich und notwendig für die Betroffenen erweist.

Aus dem genetisch gesteuerten Programm des Täuschens und Rationalisierens dürfte lt. der Erhebung der Daten in Kap. 1 dieser Arbeit eher eine Minderheit in der stationären

Fremdunterbringung vertreten sein. Kinder und Jugendliche mit den Symptomen Wahn und Spaltung sind eher in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu finden, währenddessen das Symptom der Konversion auch eine Problematik in der Fremdunterbringung darstellt. Es handelt sich dabei z.B. darum, dass gewisse Körperstellen nicht gespürt werden können, oder von dauerhaften Schmerzen in Körperbereichen, in denen nach gründlichen Untersuchungen organisch nichts gefunden wurde, berichtet wird (vgl. Kap. 1.1.4.3, 21).

4.1.3 Selbstverletzendes Verhalten

Auf ein Problemfeld, das zwar in Kapitel 1 bei der Beschreibung der traumatisierten Mädchen im Krisenzentrum Nußdorf ein oft genanntes Symptom darstellte, aber bisher nicht speziell thematisiert wurde, möchte ich als Nachtrag eingehen. Es geht um die Problematik des selbstverletzenden Verhaltens (SVV), das sich vor allem bei Jugendlichen in der stationären Fremdunterbringung immer wieder zeigt.

Ulrich Sachsse als Pionier auf diesem Gebiet und Autor zahlreicher Publikationen im deutschsprachigen Raum stellt zu diesem Thema fest: „Zusammenfassend lässt sich sagen, dass SVV einerseits innerseelisch zur Kompensation defizitärer Ich-Funktionen wie ein Medikament eingesetzt wird, andererseits als neurotische Kompromissbildung bei innersystemischen Konflikten wirksam wird. Gleichzeitig ist es eine Möglichkeit zur narzisstischen Reparatur, die ständig verfügbare und meist einzige Möglichkeit, sich narzisstisch wieder aufzurichten. Das Symptom wird wirksam, wenn andere Versuche, in einer Überlastungssituation der drohenden Fragmentierung entgegenzuwirken, versagt haben. Wird SVV verhindert, können die Patientinnen von optischen Flashbacks, Pseudohalluzinationen oder einem Zustand anaklitischer Depression bzw. objektloser Depersonalisation überflutet werden“ (Sachsse 2004, 88).

4.1.4 Drogenkonsum

Offen bleibt in dieser vorliegenden Arbeit die Problematik des legalen und illegalen Drogenkonsums als „Selbstheilungs- und/oder Kompensationsversuch“ bei schwer

traumatisierten Jugendlichen in der stationären Fremdunterbringung. Die Betrachtung dieses Themas verdient den Rahmen einer eigenen Diplomarbeit.

Nach der Beschreibung von ausgewählten Störungen bzw. Problematiken, die in der Arbeit mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen in stationärer Fremdunterbringung immer wieder auftreten, werden im folgenden Kapitel jene Aspekte der Qualitätsanforderungen an die SozialpädagogInnen dargestellt, die notwendig sind, damit qualitatives Arbeiten mit dieser Klientel gewährleistet werden kann.

4.2 Schlussfolgerungen bezüglich den Anforderungen an die Arbeit von SozialpädagogInnen mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Fremdunterbringung zur Gewährleistung von Qualität

Grundsätzlich gelten hier alle im Kapitel 3.4 (60-65) herausgearbeiteten Anforderungskriterien. Zusammengefasst bedeutet dies, dass Sachkompetenz, Selbstreflexion, Selbstfürsorge und Teamarbeit jene Qualitäten darstellen, die qualitätsvolles Arbeiten der SozialpädagogInnen beziehend auf schwer traumatisierte Kinder und Jugendliche auszeichnen. Damit diese Kriterien wirksam werden, bedarf es der Bereitschaft, sich auf die Klientel der schwer traumatisierten Kinder und Jugendlichen, auf sich selbst und auf die oft mühsame und zeitraubende Arbeit mit den KollegInnen einzulassen. Es sollte in diesem Zusammenhang auch festgehalten werden, dass die in Kap. 3.4 aufgezeigten Kriterien ein anzustrebendes Ideal-Bild darstellen, damit qualitätsvolles sozialpädagogisches Arbeiten gewährleistet werden kann. Ich werde in den folgenden Unterkapiteln diese Punkte noch einmal kurz zusammengefasst aufzeigen. Beginnen werde ich jedoch mit einer kurzen Zusammenfassung der qualitativen Voraussetzung für schwer traumatisierte Kinder und Jugendliche aus Sicht der Traumatherapie, in der auch auf die Problembereiche aus Kap. 4.1 eingegangen wird.

4.2.1 Sozialpädagogisches Arbeiten in der stationären Fremdunterbringung aus Sicht der Traumatherapie

Grundsätzlich wurde im Kap. 3.2, 52ff dieser Problembereich erörtert, ich möchte hier noch eine weitere Überlegung dazu darlegen.

Für Michala Huber gelten bei stationärer Behandlung oder Heimunterbringung folgende Kriterien: „Die Klinik oder das Heim müssen eine klare Struktur haben, um dem Kind Schutz zu bieten vor seinen/ihren destruktiven Impulsen, die gegen ihn/selbst oder andere gerichtet sein können, sowie vor Retraumatisierung durch andere Heimbewohner oder Patienten.

Pflegepersonal, das mit dissoziativen Kindern und Jugendlichen zu tun hat, sollte grundlegend vertraut mit dissoziativen oder posttraumatischen Reaktionen sein und wissen, wie man Kindern helfen kann bei Flashbacks oder posttraumatisch verursachter Angst.

Ein Zugang, der sich nur auf das beobachtete Verhalten bezieht, wird in den meisten Fällen inadäquat sein. Diese Art der Annäherung wird keine Unterstützung dabei sein, die Gefühle herauszufinden, die zu dem destruktiven Verhalten geführt haben. Es ist wichtig, dem Kind dabei zu helfen, sich auf entsprechende künftige Ereignisse vorzubereiten, so dass das Kind die notwendige Selbstkontrolle für ein weniger restriktives Umfeld bekommt.

Im Setting wird enge Zusammenarbeit mit ambulanten Kindertherapeuten, den für Kinderschutz zuständigen Sozialarbeitern [protective services workers] oder gesetzlichen Vertretern empfohlen, um bei der Entlassung für einen glatten Übergang zu sorgen“ (Huber 2003b, 378f).

Huber und andere TraumatherapeutInnen meinen damit, dass in der stationären Fremdunterbringung die Hauptaufgabe der SozialpädagogInnen darin liegt, bei schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen einen sicheren und stabilen Lebensraum zu schaffen, um mögliche destruktive Reinszenierungen hintan zu halten (vgl. Kap.3.2, 52ff).

Damit ist aber auch gemeint, mit Symptomen von schwerer Traumatisierung, z.B. selbstverletzendem Verhalten, akzeptierend und nicht reaktiv angstvoll umzugehen, um aus der Gegenübertragung keine Retraumatisierung zu provozieren (vgl. Sachsse 2004, 80ff).

Aus Sicht der Traumatherapie bedarf es einer hohen Sensibilität, um mit schwer traumatisierter Klientel adäquat umzugehen, d.h. von SozialpädagogInnen wird eine hohe Fachkompetenz eingefordert, damit Sicherheit und Stabilität für die schwer traumatisierten Kinder und Jugendlichen gewährleistet wird. Die Realisierung der Kriterien Sicherheit und Stabilität ist aus Sicht der Traumatherapie jene Qualität, die notwendig ist, damit qualitätsvolles sozialpädagogisches Arbeiten mit traumatisierter Klientel als solches bezeichnet werden kann (vgl. Kap. 2.1, 28ff und Kap. 3.2, 52ff).

In den folgenden Kapiteln werden diese qualitativen Anforderungskriterien noch einmal zusammengefasst.

4.2.2 Sachkompetenz bzw. Aus- und Weiterbildung von SozialpädagogInnen

Ein Basiswissen über Psychotraumatologie, neben Grundkenntnissen der Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene, ist hier die notwendige Anforderung. Grundwissen über sexuellen Missbrauch und über die Gewaltdynamik sind weitere Voraussetzungen für sozialpädagogische Arbeit. Um verantwortungsvoll mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen arbeiten zu können, gilt es, sich immer wieder neu Wissen anzueignen und am Wissenstand der Forschung teilzuhaben.

Die Ausbildungsstätten und Fortbildungsinstitute sind aufgefordert, die Vermittlung und Integrierung von Wissen über Traumatisierungen und die Auswirkungen von Kindesmisshandlungen voranzutreiben, um ein mögliches Burnout der SozialpädagogInnen bei der komplexen Arbeit mit schwer traumatisierter Klientel durch sekundäre oder stellvertretende Traumatisierung präventiv erfolgreich entgegenzuwirken. Ein „Halbwissen“ schadet in seiner Konsequenz allen Beteiligten in der stationären Fremdunterbringung.

Die Vernetzungsarbeit mit ambulanten TraumatherapeutInnen und anderen Fachpersonen z.B. aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie, bedeutet ein weiteres Anforderungsfeld für SozialpädagogInnen zusätzlich zum permanenten internen Austausch bei dem qualitativen Kriterium der Sachkompetenz (vgl. Kap. 3.4.1, 60f). Neben Sachkompetenz stellen Selbstreflexion und Selbstfürsorge der SozialpädagogInnen weitere Qualitätsmerkmale dar,

die eine qualitätsvolle Arbeit mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Fremdunterbringung gewährleisten können. Im folgenden Kapitel werden die Qualitätskriterien Selbstreflexion und Selbstfürsorge noch einmal kurz dargestellt.

4.2.2 Selbstreflexion und Selbstfürsorge von SozialpädagogInnen

Obwohl schon Sigmund Freud 1925 im Geleitwort bei August Aichhorn Selbsterfahrung für Heimerzieher eingefordert hatte, ist dies bis heute nicht ernst genommen worden. Die Umsetzung dieser Forderung würde sowohl den SozialpädagogInnen als auch den schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen zugute kommen. Gerade die Reflexion der Gegenübertragungsgefühle ist in der qualitativen Arbeit mit schwer traumatisierter Klientel von großer Bedeutung. Zu diesem Punkt möchte ich aus meiner zwanzigjährigen Erfahrung als nebenberuflicher Supervisor anmerken, dass Einzel- und Teamsupervision eine notwendige langjährige Selbsterfahrung in Einzel- und Gruppentherapie nicht ersetzen können und auch auf dieser Ebene lediglich ein „Halbwissen“ über sich bedeuten. Die gängige Praxis, diesen Bereich durch Teamsupervision und Einzelsupervision abzudecken, ist sehr stark anzuzweifeln, obwohl hier klargestellt werden soll, dass Einzel- und Teamsupervision unverzichtbare Elemente im Reflexionsprozess der sozialpädagogischen Arbeit bedeuten.

Die hohen Anforderungen durch die schwer traumatisierten Kinder und Jugendlichen in der stationären Fremdunterbringung an die Kompetenz der Selbstreflexion der SozialpädagogInnen verlangen, dass schon in der Ausbildung zum/zur Sozialpädagogen/in Grundlegendes geleistet werden soll. D.h., die Umsetzung von Selbsterfahrung in Einzel- und Gruppentherapie während der Ausbildung zum/zur Sozialpädagogen/in stellt ein weiteres Kriterium dar, um qualitatives Arbeiten mit schwer traumatisierter Klientel in der stationären Fremdunterbringung gewährleisten zu können (vgl. Kap. 3.4.2, 61f).

Eine umfangreiche Selbsterfahrung bietet auch die Grundlage für das Qualitätskriterium Selbstfürsorge, die als zentrales Hauptaugenmerk die Verhinderung von Burnout durch sekundäre bzw. stellvertretende Traumatisierung hat, entstanden durch das Einlassen auf die Lebensgeschichten (Konfrontation mit tiefem Leid) der schwer traumatisierten Kinder und Jugendlichen (vgl. Kap. 3.4.3, 62f). Für Huber ist eine stellvertretende

Traumatisierung dann gegeben, „wenn eine Helferin auch ohne eigene Traumaerfahrung die Traumaerfahrungen der Klientin sozusagen aufnimmt und in sich entsprechende Symptome produziert, die der Posttraumatischen Belastungsstörung und in sich entsprechenden körperlichen Folgesymptomen der Traumatisierung entsprechen“ (Huber 2003b, 285).

Es gilt, dieser stellvertretenden Traumatisierung erst gar nicht Raum zu geben. Hierzu meint Weiß: „Um eine stellvertretende Traumatisierung zu vermeiden, sind erhöhte Selbstaufmerksamkeit für körperliche Signale, Versuche, Worte für die eigenen Erfahrungen und Gefühle zu finden, das eigene Niveau an Behaglichkeit zu regeln und zu lernen, überwältigende Gefühle zu vermindern, ohne in Abwehr abzugleiten, mögliche und notwendige Schutzmaßnahmen“ (Weiß 2008, 204).

Selbsterfahrung und Selbstfürsorge sind notwendige Voraussetzungen auf Seiten der SozialpädagogInnen, um qualitatives sozialpädagogisches Arbeiten bei schwer traumatisierten Klientel zu ermöglichen und damit zu gewährleisten. Sozialpädagogische Arbeit in der stationären Fremdunterbringung bedeutet aber auch grundsätzlich „Arbeiten im Team“, deshalb wird im folgenden Kapitel auf Teamarbeit Bezug genommen.

4.2.3 Teamarbeit

In der Qualität Teamarbeit spiegeln sich die qualitativen Kompetenzen der einzelnen Teammitglieder wider. Erst im Zusammenspiel der unterschiedlichen Kräfte, bedingt durch die unterschiedlichen Wahrnehmungen der Personen, die in Teamsupervision, Fallsupervision, Teambesprechungen u. a. interkollegialem Austausch professionell reflektiert werden, wird die Teamarbeit qualitativ sichtbar gemacht. Die gemeinsam erarbeiteten Zielvorstellungen der SozialpädagogInnen in der Arbeit mit schwer traumatisierter Klientel schaffen gegenseitige Verbindlichkeiten, der sich entwickelnde gegenseitige Klärungsprozess wirkt in der Regel positiv auf die Teamatmosphäre.

Das Team stellt für die SozialpädagogInnen, aber auch für die schwer traumatisierte Klientel eine schützende Instanz dar. Ein gutes Team dient als Kraftquelle für alle Beteiligten. In einem funktionierendem Team werden sich überfordernde

SozialpädagogInnen eingebremst und an ihre Grenzen erinnert. Sich in Teamprozessen die notwendige Zeit für intensive, wenn auch zeitraubende Auseinandersetzungen zu nehmen wird meist mit gegenseitiger, wohlwollender Wertschätzung belohnt (vgl. Kap.3.4.4. 64f). Ein positives Klima in der Teamarbeit stellt somit ein weiteres wichtiges Qualitätsmerkmal dar, um die Arbeit mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Fremdunterbringung gewährleisten zu können.

Ausgehend von der Sichtweise der Traumatherapie, welche Qualitätsmerkmale es braucht, damit sozialpädagogische Arbeit mit schwer traumatisierter Klientel gewährleistet werden kann, und der Auflistung von Sachkompetenz, Aus- und Weiterbildung, Selbsterfahrung und Selbstfürsorge sowie Teamarbeit kommen wir jetzt zu den qualitativen institutionellen Rahmenbedingungen, die notwendig sind, damit die Qualitäten der SozialpädagogInnen überhaupt wirksam sein können.

4.3 Schlussfolgerungen bezüglich sozialpädagogisch-institutioneller Rahmenbedingungen, die sich qualitätsfördernd in der Arbeit mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Fremdunterbringung auswirken können

In diesem Kapitel werden neben den räumlichen Bedingungen die personellen Bedingungen thematisiert, die für eine Gewährleistung qualitativen Arbeitens notwendig sind.

4.3.1 Räumliche Ressourcen in der stationären Fremdunterbringung

Großzügige räumliche Gegebenheiten für die Kinder/ Jugendlichen einerseits und für die SozialpädagogInnen andererseits sind die qualitative Grundlage, um einen gegenseitig respektvollen Umgang miteinander zu ermöglichen.

Einzelzimmer für jedes Kind/jeden Jugendlichen sind insofern von qualitativer Bedeutung, als es durch die Gruppendynamik bei schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu gegenseitigen Grenzverletzungen und Grenzüberschreitungen kommen kann, und daher ein

eigenes Zimmer eine nötige Rückzugsmöglichkeit darstellt. Das Einzelzimmer bietet außerdem die Möglichkeit für intime Gespräche und ist dadurch eine wertvolle Hilfe bei einer eventuell notwendigen Krisenintervention. In der Gestaltung des Zimmers spiegelt sich der innere Zustand des Kindes/Jugendlichen wider (vgl. Kiwozi-Team 2004 und Kap. 3.5.1, 65).

Neben den räumlichen Bedingungen, die eine unterschätzte qualitative Wirkung auf alle Beteiligten in der stationären Fremdunterbringung haben, aber für die Arbeit mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen als ein wichtiges Qualitätsmerkmal bezeichnet werden können, bedeutet die personelle Besetzung ein weiteres Qualitätskriterium, das im folgenden Kapitel vorgestellt wird.

4.3.2 Personelle Besetzung/Betreuungsschlüssel bzw. Finanzierung des erhöhten Personalaufwands in der stationären Fremdunterbringung

Die ausreichende personelle Besetzung stellt für die Gewährleistung der qualitativen Arbeit bei schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen die wichtigste Voraussetzung dar, um Rahmenbedingungen in der stationären Fremdunterbringung als hochqualitativ bezeichnen zu können.

Bei 8 bis 10 Kindern/Jugendlichen, die größtenteils schwer traumatisiert sind, ist eine Doppelbesetzung eine Grundanforderung in der sozialpädagogischen Betreuungsarbeit. Die Doppelbesetzung sollte wenn möglich gemischtgeschlechtlich sein, damit sowohl ein Mann als auch eine Frau als Ansprechpartner bzw. –partnerin zur Verfügung steht (vgl. Kiwozi-Team 2004, und Kap. 3.5.1, 65). Eine Doppelbesetzung bei dieser Gruppengröße stellt auch eine gewaltpräventive Maßnahme dar, um die Sicherheit aller Beteiligten, neben den Kindern und Jugendlichen auch die der SozialpädagogInnen, zu ermöglichen (vgl. Kap. 1.1.4.1, 18 und 1.1.4.2, 19f).

Um diese qualitative personelle Grundanforderung umsetzen zu können, ist von einem Betreuungsschlüssel 1:1 (ein/e Kind/Jugendliche/r : ein/e Sozialpädagoge/in) auszugehen. Dies würde für die meisten sozialpädagogischen Einrichtungen eine enorme personelle Aufstockung bedeuten, da zum Beispiel in den sozialpädagogischen Mag Elf

Einrichtungen (Wohngemeinschaften) der Betreuungsschlüssel bei 1:2 liegt, d.h. es sind vier SozialpädagogInnen als BetreuerInnen zuständig für acht Kinder/Jugendliche.

Die Umsetzung der geforderten Aufstockung würde demnach eine hohe finanzielle Belastung für die Träger der Betreuungseinrichtungen bedeuten. Der Diskurs mit den sozialpolitisch Verantwortlichen bezüglich einer Erhöhung des finanziellen Aufwandes in der stationären Fremdunterbringung stellt aus meiner Sicht die größte Herausforderung dar, um im Sinne der schwer traumatisierten Kinder und Jugendlichen die notwendigen qualitativen Rahmenbedingungen für die sozialpädagogische Arbeit zu schaffen.

Bei diesem Punkt ist auch eine angemessene Bezahlung der sozialpädagogischen Arbeit von grundlegender Bedeutung. Eine geringe Bezahlung von SozialpädagogInnen würde sich vermutlich demotivierend und somit qualitätssenkend auswirken.

Einerseits stellt die Finanzierung des notwendigen sozialpädagogischen Personals eine große Herausforderung an die sozialpolitisch Verantwortlichen dar, andererseits müssen auch die notwendigen Reflexionshilfen zeitlich und finanziell bereitgestellt werden, damit qualitativ hohe sozialpädagogische Arbeit geleistet werden kann. Diese Thematik wird im folgenden Kapitel dargelegt.

4.3.3 Zeitliche und finanzielle Förderung der sozialpädagogischen Reflexionshilfen bzw. finanzielle Förderung von Traumatherapie

Einzel- und Teamsupervision, Fallsupervision, therapeutische Fort- und Weiterbildung und Klausuren stellen jene institutionellen Qualitätsmerkmale dar, die hohe Qualität bei schwer traumatisierten Klientel gewährleisten sollen. Zusätzlich bedarf es bei dieser Klientel die Ermöglichung von Traumatherapien für die Betroffenen (vgl. Kap.3.3.2, 57 und Kap. 3.5.3, 67).

Dies alles bedeutet für die institutionellen Rahmenbedingungen eine weitere finanzielle Belastung. Es ist realistisch davon auszugehen, dass die notwendige finanzielle Mehrbelastung auf Widerstand treffen wird. Deshalb möchte ich im folgenden Kapitel einige Argumente für die Gestaltung veränderter Rahmenbedingungen darlegen.

4.3.4 Überlegungen für die Veränderung der institutionellen Rahmenbedingungen

In diesem Kapitel möchte ich einige Argumente für Veränderungen in den institutionellen Rahmenbedingungen aufzeigen, die notwendig sind, damit die komplexe Problematik der schwer traumatisierten Klientel in qualitativ hochstehender Weise behandelt werden kann.

Dem Bestreben im sozialpädagogischen Bereich (z.B. in der Wiener Jugendwohlfahrt), mit so geringen Kosten wie möglich das Auslangen zu finden, ist mit dem Argument entgegenzutreten, dass schwer traumatisierte Kinder und Jugendliche in der stationären Fremdunterbringung besonderer Pflege bedürfen, was sich nicht mit einem generellen „Sparauftrag“ vereinen lässt. Da im Falle der Nicht-Bewältigung des Traumas die Kosten nicht mit dem Aufenthalt in der Jugendwohlfahrt enden, sondern unter Umständen erst wirklich beginnen, bedeuten diese Menschen als Dauer-Kostenfaktor bis zum „Tod“ für die Gesellschaft eine finanzielle Belastung. Psychiatrieaufenthalte, Gefängnisaufenthalte, Sozialhilfe, etc. als Folgekosten nichtbearbeiteter psychischer Konflikte in der stationären Fremdunterbringung, gerade im Zusammenhang mit schwerer Traumatisierung sind Kosten, die die Gesellschaft und somit die sozialpolitisch Verantwortlichen zu bedenken haben. Deshalb stellt sich die Frage, ob es nicht gerechtfertigt ist, in die qualitativ verbesserten Rahmenbedingungen für die stationäre Fremdunterbringung und in die Finanzierung von möglicherweise langfristiger Traumatherapie zu investieren.

Michaela Huber meint zu diesem Punkt: „Seien wir realistisch, fordern wir das Unmögliche. Oder besser: Halten wir unsere positive Utopie aufrecht und fordern das durchaus Machbare. Denn wer traumatisierte Menschen adäquat unterstützt, spart Geld für Psychiatrien, Gefängnisse, Krankenhäuser, Arbeits- und Sozialämter. Der Gewinn? Wie wäre es mit so etwas Altmodischem wie der Verwirklichung dessen, was Menschen ausmachen kann und nie aus der Mode kommen darf: ‚Humanität‘?!“ (Huber 2003b, 299).

Im Übrigen wies schon Sigmund Freud 1896 auf die Problematik der Generationsweitergabe durch die Übertragungsbeziehung beim sexuellen Missbrauch von Kindern hin, im Widerspruch zur damaligen wissenschaftlichen Überzeugung der erblichen Disposition bei dieser Problematik (vgl. Kap. 2.1, 29f).

Der hohe Anstieg bei der Anzahl von schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Fremdunterbringung in den letzten Jahren (1995 mit 12,28% auf 2005 mit 45,59% im Krisenzentrum Nußdorf für den weiblichen Jugendlichenbereich, vgl. Kap.1.1.5, 22ff) gebietet die Schaffung grundlegend verbesserter Rahmenbedingungen.

Laut Forschungen aus der Traumatherapie liegt die qualitative Anforderung an die institutionellen Rahmenbedingungen innerhalb stationärer Fremdunterbringung in der Schaffung der äußeren Sicherheit (vgl. Kap. 3.2, 52ff). Mit dieser Argumentation stützt die Traumatherapie den notwendigen hohen personellen Aufwand, der die Voraussetzung darstellt, damit schwer traumatisierte Kinder und Jugendliche mit einem „Immunschuttschild“ nicht in der Problematik einer chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung „fixiert“ bleiben (vgl. Kap. 2.1, 28ff).

Für Weiß können die persönlichen Grundkompetenzen der SozialpädagogInnen nur wirken, wenn die notwendigen Rahmenbedingungen bereitgestellt werden: „Die Institution und die Gesellschaft haben letztendlich Sorge dafür zu tragen, dass der professionelle Umgang mit traumatisierten Mädchen und Jungen sowohl diesen nützt als auch den PädagogInnen selbst nicht schadet“ (Weiß 2008, 175).

Zusammenfassend stellen großzügige räumliche Gegebenheiten, personelle Doppelbesetzung (Mann/Frau), die Finanzierung der Reflexionshilfen und eine Heranziehung von TraumatherapeutInnen, weiters die Bereitstellung der notwendigen zeitlichen Ressourcen für SozialpädagogInnen und eine angemessene Bezahlung jene institutionellen Rahmenbedingungen dar, die gewährleisten, dass eine Arbeit mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Fremdunterbringung als qualitativ wertvoll bezeichnet werden kann (vgl. Kap. 3.5, 65ff).

Im folgenden Kapitel wird der Frage nachgegangen, welche neuen Aspekte die vorliegende Arbeit für den Qualitätsdiskurs bringt und wo sich diese einordnen lassen.

4.4 Welche neuen Aspekte lassen sich aus dieser Arbeit für den Qualitätsdiskurs ableiten?

Die in dieser Arbeit beschriebene Sichtweise, den Qualitätsbegriff von der schwer traumatisierten Klientel ausgehend zu beschreiben, stellt insofern einen neuen Aspekt in der Qualitätsdebatte dar, als sich der Legitimationsdruck hinsichtlich Qualität auf Seiten der SozialpädagogInnen relativiert und die Herstellung notwendiger institutioneller Rahmenbedingungen ins Zentrum der Betrachtung rückt.

Einen weiteren neuen Aspekt stellt die Betrachtungsweise aus dem philosophischen Blickwinkel von primären und sekundären Qualitäten dar. Diese „vergessene“ Sichtweise ermöglicht die Bedeutung der sekundären Qualitäten als ausschlaggebende Qualitäten für eine entwicklungsfördernde Arbeit im sozialpädagogischen Handlungsvollzug sichtbar zu machen, und sich dadurch von einer rein ökonomischen Sichtweise des Begriffs Qualität in der sozialpädagogischen Arbeit abzugrenzen.

Josef Bakic kritisiert die Ökonomisierung im Qualitätsdiskurs und stellt fest: „Qualitätsdiskurs, Dienstleistungsorientierung und Lebensbewältigung sind drei verflochtene Diskussionsstränge, die sich aufeinander beziehen, sich einer gemeinsamen Terminologie bedienen und historisch ineinander übergehen, ausgehend von der Lebensbewältigung⁴⁶, gefolgt von der Dienstleistungsorientierung, nun gezeichnet durch die Qualitätssicherung. Diese Diskurse sind auch als Folge der Ökonomisierung des Sozialen zu lesen“ (Bakic 2007, 14).

Die vorliegende Arbeit stellt den Versuch dar, Qualität von sozialpädagogischer Arbeit unter Bezugnahme auf die Problematik von schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen aufzuzeigen. Die sozialpädagogische Arbeit mit diesem Klientel stellt hohe qualitative Anforderungen an die institutionellen Rahmenbedingungen und hohe qualitative Anforderungen an die Kommunikationskompetenz der SozialpädagogInnen. Diese Problematik ernst zu nehmen bedeutet dabei aus dem bisher geführten Qualitätsdiskurs auszusteigen.

⁴⁶ Sie wird auch als ressourcenorientierte Sozialpädagogik bezeichnet.

Professionelles Arbeiten mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Fremdunterbringung bedeutet weiters eine hohe finanzielle Mehrleistung der Sozialpolitik für diesem Bereich. Neben dem hohen personellen Aufwand stellen die Bildungsaufgaben, die sowohl in Aus- und Weiterbildung notwendig sind, zusätzliche Herausforderungen dar. Eine verantwortungsvolle Jugendwohlfahrt kann sich an der Bewältigung dieser Aufgaben nicht vorbeiswindeln. Die Aufklärung der Bevölkerung über die finanzielle Mehrbelastung sollte im Sinne der betroffenen Kinder und Jugendlichen geführt werden.

Sobald der finanzielle Rahmen gesichert ist, könnten auch innovative Projekte die Möglichkeiten des sozialpädagogischen Handelns erweitern. Als Beispiel möchte ich bei schwer misshandelten und sexuell missbrauchten Kindern eine Umkehrung der Vorgehensweisen vorschlagen. Warum kommt das schwer misshandelte oder sexuell missbrauchte Kind in ein Krisenzentrum und warum nicht der Täter? Durch das Wegweiserecht wären die rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen, die Situation hier umzudrehen. Der Täter hätte die Möglichkeit, sich bei einem Aufenthalt in einem Krisenzentrum seiner Handlungen bewusst zu werden, während das Kind und die anderen Familienmitglieder durch eine dichte ambulante Betreuung gestützt würden. Die Umsetzung eines solchen täterorientierten Projekts ist jedoch nur bei finanziell gut ausgestatteten Rahmenbedingungen möglich. Die Erkenntnisse aus solch einem Projekt, das später auch im Rahmen einer Institution weitergeführt und weiterentwickelt werden könnte, würden wieder in den sozialpädagogischen Reflexionsprozess zurückfließen.

Im folgenden Kapitel möchte ich abschließende Gedanken für die Arbeit in der stationären Fremdunterbringung mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen anführen.

4.5 Abschließende Gedanken für die sozialpädagogische Arbeit in der stationären Fremdunterbringung mit schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen

Die vorliegende Arbeit hat versucht aufzuzeigen, dass die komplexe Problematik bei schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Fremdunterbringung andere Rahmenbedingungen benötigt, als sie bisher in den meisten Institutionen gegeben

sind. Aus der Analyse eines Teilbereiches im weiblichen Jugendlichenbereich (vgl. Kap. 1) ist aus dem Vergleich 1995 und 2005 eine fast Vervierfachung bei der Unterbringung von schwer traumatisierten Jugendlichen abzulesen, es bedarf jedoch in allen Bereichen der Jugendwohlfahrt weiterer wissenschaftlicher Untersuchungen, um hier zu einem scharfen Bild der gesellschaftlichen Entwicklungen zu gelangen.

Als Sozialpädagoge der Wiener Jugendwohlfahrt muss ich leider feststellen, dass unter Wissenschaftlichkeit in meinem Arbeitsbereich zur Zeit eine Wissenschaftlichkeit verstanden wird, die sich an wirtschaftlichen Kriterien orientiert und nicht an einer sozialpädagogischen Bildungswissenschaft. Eine Rückkehr zu den Humanwissenschaften wäre im Sinne des Jugendwohlfahrtsgesetzes aus meiner Sicht höchst angebracht.

Aus den persönlichen Erfahrungen bei der Arbeit in einer Doppelbesetzung wurde für mich deutlich, dass diese Maßnahme eine gewaltpräventive Wirkung hat, einerseits dergestalt, dass für die Jugendlichen selbst ein geschützter Rahmen gegeben werden kann, andererseits dass SozialpädagogInnen einander gegenseitig unterstützen können.

Körperliche Attacken auf SozialpädagogInnen (siehe Kap.1.1.4.1, 18; 1.1.4.2, 20 und 1.1.4.3, 21), sind heutzutage keine Seltenheit mehr. Diese Problematik sollte auch in der Öffentlichkeit publik gemacht werden, damit die Notwendigkeit einer Doppelbesetzung des Personals, die zusätzliche hohe Kosten von der Allgemeinheit der Bevölkerung verlangt, für diese auch nachvollziehbar ist.

Die Grundforderung von Michaela Huber, schwer traumatisierte Kinder und Jugendliche nach ihrem emotionalen Alter und nicht nach ihrem chronologischen Alter zu bewerten, hätte bei einer Umsetzung dieses Kriteriums große Folgen für die Jugendwohlfahrt (vgl. Kap. 3.2, 53). Gerade bei schwer traumatisierten Jugendlichen in der stationären Fremdunterbringung, die aus ihrer Problematik heraus destruktiv agieren (teilweise gewalttätig sind, Drogen konsumieren, Berufstätigkeit verweigern, etc.), wird das Ende der Betreuung in der Jugendwohlfahrt mit 18 Jahren konsequent umgesetzt. Diese „emotionalen Kleinkinder“ werden in der Regel mit 18 Jahren aus der Jugendwohlfahrt entlassen. Diese Problematik, Ausnahmen gibt es eigentlich nur für „gut funktionierende Jugendliche“ (Lehrlinge und Schüler), bedarf wissenschaftlicher Untersuchungen, um hier ein Problembewusstsein zu schaffen.

Zur Problematik, dass sexuell missbrauchte weibliche Jugendliche in der stationären Fremdunterbringung - wenn sie die Möglichkeit haben, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, diese zu 90% nach der ersten oder zweiten Sitzung abbrechen - ist meiner persönlichen Vermutung nach zu sagen, dass dieses Scheitern darin begründet ist, dass die PsychotherapeutInnen nicht traumatherapeutisch ausgebildet sind. Dies zeigt sich auch in der Tatsache, dass es in der Praxis keine Absprache mit den SozialpädagogInnen hinsichtlich der Kriterien Sicherheit und Stabilität gibt, die als Voraussetzung effektiver traumatherapeutischer Arbeit gelten. Auch hierzu wäre aus meiner Sicht eine wissenschaftliche Forschungsarbeit dringend notwendig.

Als in der stationären Fremdunterbringung der Mag Elf tätiger Sozialpädagoge fällt mir auf, dass neben dem Anstieg der Anzahl von schwer traumatisierten Jugendlichen auch Burnout bedingte Langzeitkrankenstände bei den SozialpädagogInnen immer häufiger werden. Ob es hier einen Zusammenhang gibt, wäre ebenfalls eine spannende Forschungsfrage.

Ich teile mit vielen SozialpädagogInnen der stationären Fremdunterbringung das Unbehagen, dass sich die Problematik unseres Berufsfeldes vom öffentlichen Bewusstsein abkoppelt, da uns die Hände durch die Verschwiegenheitspflicht gebunden sind und die Verantwortlichen aus unserem Arbeitsbereich leider kein Interesse zeigen, die Brisanz der negativen Veränderungen in der Jugendwohlfahrt in einem kritischen Licht öffentlich darzustellen, insbesondere um einen erhöhten finanziellen Bedarf zu argumentieren.

Für mich stellt die vorliegende Arbeit u.a. auch einen Rückblick auf meine 33jährige Berufstätigkeit dar, getragen von der Sorge, dass sich der erfüllende und spannende Beruf der/des Sozialpädagoge/in durch die permanente Entwertung im Sozialbereich und die damit verbundene hohe Fluktuation unter den KollegInnen zu einem Durchgangsberuf entwickelt, während die schwer traumatisierten Kinder und Jugendlichen in der stationären Fremdunterbringung SozialpädagogInnen brauchen, die sich in diesem Beruf in ihrer Persönlichkeit weiterentwickeln können und sich als Personen in der Beziehungsarbeit dauerhaft und präsent zeigen.

5. Literaturverzeichnis

- Aichhorn, A. (1925): Verwaarloste Jugend. Die Psychoanalyse in der Fürsorgeerziehung. Internationaler Psychoanalytischer Verlag: Wien, 1931
- Bakic, J. (2007): „Qualitätssicherung, Dienstleistungsorientierung und Lebensweltorientierte Bewältigungshilfe – neue Tendenzen einer Sozialpädagogik ohne pädagogischen Anspruch?“ Dissertation, Universität Wien
- Bauer, J. (2007): Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. Wilhelm Heyne Verlag: München
- Brockhaus, der (1999): 11. Band, Pfe – Rog und 14. Band, Tan – Vir, F. A. Brockhaus GmbH, Leipzig – Mannheim 1998
- Brunner, E. J. (Hrsg.) (2005): Konzepte Pädagogischer Organisationsberatung. Aus dem Institut für Erziehungswissenschaft der Friedrich-Schiller-Universität Jena
- Datler, W. (1983): Was leistet die Psychoanalyse für die Pädagogik? Ein systematischer Aufriss. Jugend und Volk: Wien München
- Datler, W. (1995): Bilden und Heilen. Auf dem Weg zu einer pädagogischen Theorie Psychoanalytischer Praxis. Mathias Grünewald Verlag: Mainz
- Dörr, M., Müller, B. (Hrsg.) (2006): Nähe und Distanz. Ein Spannungsfeld Pädagogischer Professionalität. Juventa Verlag: Weinheim und München
- Falch, V. (2006): Wandlungen des Qualitätsbegriffs in der Disziplin Sozialpädagogik. Institutionelle historische Aspekte am Beispiel der MAG ELF. Diplomarbeit, Universität Wien
- Freud, S. (1991): Schriften zur Krankheitslehre der Psychoanalyse. Fischer Taschenbuch Verlag GmbH, Frankfurt am Main, 1991
- Fujiwara, E., Markowitsch, J. (2003): Das mnestiche Blockadesystem-hirnphysiologische Korrelate von Angst und Stress. In: Schiepek, G. (Hrsg.): Neurobiologie der Psychotherapie. Schattauer: Stuttgart New York
- Gabriel, Th., Winkler, M. (Hrsg.) (2003): Heimerziehung. Kontexte und Perspektiven. Reinhardt Verlag: München Basel
- Günder, R. (2007): Praxis und Methoden der Heimerziehung. Entwicklungen, Veränderungen und Perspektiven der stationären Erziehungshilfe. 3.völlig neu überarbeitete Auflage, Lambertus Verlag: Freiburg im Breisgau
- Hermann, J., (2006): Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und Überwinden. Jungfermann Verlag: Paderborn, 1. Auflage 2003
- Hofer, K. (2003): Aus dem sozialpädagogischen Berufsalltag. Erziehung ohne Netz und Peitsche. ÖGB Verlag: Wien
- Huber, M. (2003): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil 1. Jungfermann Verlag: Paderborn
- Huber, M. (2003): Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung, Teil 2. Jungfermann Verlag: Paderborn
- Kiwozi-Team, (2004): Konzeptband der sozialpädagogisch-therapeutischen Einrichtungen des Vereins KIWOZI. Schwechat Wien. homepage: www.kiwozi.at
- Köpp, C., Neumann, S. (2003): Sozialpädagogische Qualität. Problembezogene Analysen zur Konzeptualisierung eines Modells. Juventa Verlag: Weinheim und München
- Kügler, P. (2002): Die Philosophie der primären und sekundären Qualitäten. mentis Verlag: Paderborn
- Lamprecht, F. (Hrsg.) (2007): Wohin entwickelt sich die Traumatherapie? Bewährte

- Ansätze und neue Perspektiven. Klett-Cotta: Stuttgart
- Laplanche, J., Pontalis J.-B. (1989): Das Vokabular der Psychoanalyse. Suhrkamp Taschenbuch Verlag Wissenschaft, Frankfurt am Main, 9. Auflage, erste Auflage 1973
- Lauerer, K., Knapp, G. (Hrsg.) (2003): Sozialpädagogik in Österreich. Perspektiven in Theorie und Praxis, Hermagoras Verlag: Klagenfurt-Laibach-Wien
- Panksepp, J., (1998): Affective Neuroscience. The Foundations of Human and Animal Emotions. Oxford University Press: Oxford New York
- Peichl, J. (2007): Die inneren Trauma-Landschaften. Borderline. Ego-State. Täter-Introjekt. Schattauer: Stuttgart New York
- Roth, G (2003): Wie das Gehirn die Seele macht. In: Schiepek, G. (Hrsg.): Neurobiologie der Psychotherapie. Schattauer: Stuttgart New York
- Sachsse, U. (2004): Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. Schattauer: Stuttgart New York
- Schiepek, G. (Hrsg.) (2003): Neurobiologie der Psychotherapie. Schattauer: Stuttgart New York
- Schneider, U., Gödecke-Koch, T., Paetzold, W., Becker, H. und Emrich, H. (2003): Biologische Korrelate zur Erklärung von Persönlichkeitsstörungen. In: Schiepek, G. (Hrsg.): Neurobiologie der Psychotherapie. Schattauer: Stuttgart New York
- Schore, A (2003): Affektregulation und die Reorganisation des Selbst, übersetzt von Eva Rass. Klett-Cotta: Stuttgart 2007
- Speck, O. (1999): Die Ökonomisierung sozialer Qualität. Zur Qualitätsdiskussion in Behindertenhilfe und Sozialer Arbeit. Reinhardt: München Basel
- Streeck-Fischer, A. (2006): Trauma und Entwicklung. Frühe Traumatisierungen und Ihre Folgen in der Adoleszenz. Schattauer: Stuttgart New York
- Streeck-Fischer, A. (2007): Probleme in der Diagnostik und Behandlung traumatisierter Kinder und Jugendlicher. In: Lamprecht, F. (Hrsg.): Wohin entwickelt sich die Traumatherapie? Bewährte Ansätze und neue Perspektiven. Klett-Cotta: Stuttgart
- Steinmetz, G. (2003): Die institutionelle Lüge – Heimerziehung in Österreich 2000. Retrospektive, Status Quo und (un)mögliche Perspektiven. Diplomarbeit, Universität Wien
- Tomaschek, M. (2003): Sensorische Integration und das traumatisierte, fremduntergebrachte Kind. Sensorische Integrationstherapie als brauchbare Konstruktion an der Grenze von Entwicklungsförderung und Psychotherapie. Diplomarbeit, Universität Wien
- Van der Kolk, B., McFarlane, A., Weisaeth, L. (Hrsg.) (2000): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschungen zu posttraumatischem Streß sowie Traumatherapie. Paderborn: Junfermann
- Van der Kolk, B. (2007): Untersuchungen zur PTBS, übersetzt von Theo Kierdorf. In: Lamprecht, F (Hrsg): Wohin entwickelt sich die Traumatherapie? Bewährte Ansätze und neue Perspektiven. Klett-Cotta: Stuttgart
- Vogelsberger, M. (2006): Mit Eltern, Gruppen und Teams erfolgreich arbeiten. Sozialpädagogische Praxis. Band 7. Beltz Verlag: Weinheim und Basel
- Vogelmann, B. (2000): Qualität in der Heimerziehung. Eine Annäherung an die Thematik sowie der Versuch der Übertragung auf die Praxis von sechs burgenländischen sozialpädagogischen Wohngemeinschaften. Diplomarbeit, Universität Wien
- Weiß, W. (2008): Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. 4., überarb. Auflage. Juventa Verlag: Weinheim und München
- Weltgesundheitsorganisation (2000): Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, übersetzt und herausge-

- geben von H. Dilling (Lübeck), W. Mombour (München), M. H. Schmidt (Mannheim), unter Mitarbeit von E. Schulte-Markwort, 4. durchgesehene und ergänzte Auflage, Verlag Hans Huber: Bern Göttingen Toronto Seattle
- Wigger, A. (2007): Was tun SozialpädagogInnen und was glauben sie, was sie tun? Professionalisierung im Heimalltag. 2., überarb. Auflage. Barbara Budrich Verlag
- Winkler, M. (2003): Übersehene Aufgaben der Heimerziehungsforschung. In: Gabriel, Th., Winkler, M. (Hrsg.): Heimerziehung. Kontexte und Perspektiven. Reinhardt Verlag: München Basel
- Weinberg, D. (2005): Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Trauma-Intervention und traumabezogene Spieltherapie. Klett-Cotta Verlag: Stuttgart
- Zobel, M. (Hrsg.) (2006): Traumatherapie, Eine Einführung, Psychiatrie Bonn

Anhang

Befundbericht der Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters

Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Universitätskliniken
Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters
Department of Child and Adolescent Psychiatry
Vorstand: o. Univ. Prof. Dr. Max H. FRIEDRICH
A – 1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

Tel.Nr.: / Ambulanz DW
Kliniksekretariat DW 3012
Vorstandssekretariat DW
Fax. Nr. DW .

e-Mail:
http://

Ergeht an: - Wohngemeinschaft

Wien, am 2007

BEFUNDBERICHT - 2007
STATION

Claudia

geb.am 1990

wh:

Die o.g. Patientin war vom .2007 bis .2007 an der ho. Klinik in stat. Behandlung.

DIAGNOSE: - Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (ICD 10: F 60.3)

Anamnese:

Aktuelle Anamnese:

Die Pat. gibt an, schon seit längerem an innerer Unruhe und Spannungsgefühlen zu leiden, die meist nach Streitigkeiten mit dem KV und der KM auftreten. Die Intoxikation erfolgte nach einem Telefonat mit dem KV mit Benzodiazepinen. Benzodiazepine nehme die Pat. seit Oktober 2006, allerdings betont sie auch, dass sie diese nicht regelmäßig einnehme. Die Benzodiazepine hätte sie vom Karlsplatz - diese wären dort einfach zu besorgen. Schon vor April 2006 habe die Pat. Kokain, Subutex und Heroin nasal konsumiert, am öftesten davon Kokain. Einmal hätte sie Heroin probiert. Letztlich konsumiere die Pat. manchmal auch Extacy-Tabletten. Die Substanzen werden lt. Pat. auch von anderen in der Wohngemeinschaft wo die Pat. seit anderthalb Jahren lebt, konsumiert. Die Pat. betont, dass sie seit September 2006 auch eine Lehre in als Kfz-Mechanikerin (AMS) begonnen habe und dies auch weitermachen wolle. Claudia ist derzeit in einer betreuten WG in , untergebracht, diese übersiedelt demnächst nach) Wien, . Die zuständige Sozialarbeiterin ist Fr. , Amt für Jugend und Familie Bezirk (Tel. .).

Psychiatrische Anamnese:

Drogenabusus seit dem 12. LJ (Extasy, 3x/w) bis 14. LJ, dann 1 Jahr clean, seit 15. LJ Kokain u.a., möchte weg; kein Alkohol, Nikotin seit 13. LJ; 7 Anzeigen wegen KV, eine bedingte Vorstrafe wegen KV; 2x SMB im Heim (8. und 14. LJ). Seit dem 12. LJ, Selbstverletzungen und Selbstmordgedanken . In letzter Zeit vermehrt traurig, Durchschlafstörungen, Flash-Backs. Bisher keine psychiatrische Therapie.

Fremdunterbringungen:

Im 3. Lebensjahr erstmals im Heim, nachdem die KM ihre Kinder zuhause eingesperrt hatte und „saufer“ war. Dann 2 Jahre beim KV, dann Krisenzentrum im Alter von 5-6a, dann bis 13a in der : . Danach abwechselnd beim kokainabhängigen KV, der sie auch misshandelte, Krisenzentrum, WGs im Bez., . Bez., dann . Bez.

Prä-/Peri-/Postnatalanamnese:

nicht erhebbar;

Frühkindliche Entwicklung:

nicht erhebbar;

Schule:

4a Volksschule, dann 2 Monate Sporthauptschule, dann umzugsbedingt KMS im . Bez. In der 4. Klasse Schulverweigerung nach Beschimpfungen durch Lehrer, hat aber pos. HS Abschluss. Derzeitige Schulbildung: Automechanikerlehre in (AMS Projekt)

Die Pat. gibt an 4 Jahre in der Volksschule gewesen zu sein, danach 2 Monate in der Sporthauptschule bis zum Juni 2006 war die Pat. in der Schule in , wo sie dann im Februar suspendiert wurde wegen Aggressionen gegen Mitschüler, vieler Fehlstunden und aufgrund dessen, dass die Pat. Lehrer beschimpft hätte. Danach hätte die Pat. dann im April 2x die Hauptschule im Bezirk besucht, dort wäre ihr ein Hauptschulabschlusszeugnis ausgehändigt worden;

Somatische Anamnese:

TA 2000, mehrere Autounfälle, verursacht durch die alkoholisierte KM.

Sozialanamnese:

KM: 36a, Friseurin, ROH Abusus; KV >40a, arbeitsunfähig wegen Herzerkrankung, Drogenabusus, mehrfach inhaftiert wegen Drogendelikte Die Eltern leben getrennt.

7 Geschwister (2 nicht von KM): , 27a, lebt bei Großmutter mütterl., dzt. inhaftiert wegen Drogenhandel; 20a, lebt bei Freund; 15a, hörbehindert, Heim; , 8a, bei der KM; , 10a, im Heim; , 9a, im Heim; , 6a, bei Pflegeeltern;

Zur Familie befragt, gibt die Pat. an, dass sie 6 Geschwister und eine Halbschwester hätte. Eine Schwester im Alter von 7 Jahren, von 9 Jahren und von 20 Jahren, die Halbschwester wäre 8,5 Jahre alt, sowie ein Bruder mit 10 Jahren, einen mit 15 Jahren und mit 28 Jahren. Die Pat. meint seit ca. 8,5 Jahren in Heimen aufgewachsen zu sein, dazwischen war die Pat. für 1,5 Jahren zu Hause beim KV, nachdem sie 7 Jahre in der gelebt hätte. Jetzt wäre sie seit 1,5 Jahren in der WG . Sie gibt an, keine regelmäßigen Kontakte zu ihren Eltern zu haben.

Aufnahmestatus:

Interner St.:

AZ unauff., EZ adipös,

Neurologischer St.:

grob klin. unauff.,

St.psychicus:

Die Pat. ist wach, klar, voll orientiert, im Gespräch relativ unkooperativ, gibt aber auf Befragung Antwort, ist im Gespräch nicht sehr redselig; Konzentration und Mnestic soweit beurteilbar unauff., Ductus formal und inhaltlich kohärent und zielführend, keine produktive Symptomatik explorierbar, Stimmungslage euthym, im gesamten Skalenbereich affizierbar, Antrieb unauff., derzeit keine konkreten Suizidideen explorierbar, jedoch im Längsschnitt als chronisch suizidal einzustufen; Biorhythmus unauff.;

Erhobene Befunde:

Laborbefunde: Ein Kumulativbefund liegt bei;

Befund der Unfallchirurgie (' .07): Diagnose: V. sciss. crur. dext. mult. superfic.;
Behandlung: Diphtherie-Tetanus-Auffrischung; Tetanusimpfstoff-Chargennummer A0307;
Wundkontrolle in 2 Tagen; Befund: Im Bereich des re. Unterschenkels knapp proximale des OSG
innenseitig finden sich mehrere oberflächliche Schnittverletzungen mit Steristrips versorgt,
Seitens der Pat. kein FK-Gefühl;

Stationärer Verlauf:

Die Pat. kommt zur Krisenintervention nach Medikamentenintoxikation mit Tresleen, Seroquel
und Lamictal. Der Auslöser für die Pat. stellte der drohende Verlust des Wohnplatzes in der
Wohngemeinschaft dar. Die Pat. sollte in eine andere Wohngemeinschaft
überstellt werden, dies wäre aber für die Pat. unerträglich, da sie sich von ihren Freundinnen
deshalb trennen müsse. Die Übernahme erfolgt nach Rücksprache mit dem SMZ
am .2007. Die Pat., wird bei bekannter Diagnose wieder neu auf
Tresleen und neuroleptisch auf Risperdal eingestellt. Es kommen sowohl sozial-pädagogische als
auch verhaltenstherapeutische (Skills) Techniken zum Einsatz. Weiteres wird mit der Pat.
Medikamententraining durchgeführt, um die Compliance der Pat. zu heben. Die Pat. wird in
gebessertem Zustand wieder entlassen und wird von
ambulant weiterbetreut. Nach Rücksprache mit der Station ist eine weitere stat. Aufnahme zum
weiterführenden verhaltenstherapeutischen Skills-Training planbar.

Weiteres Procedere:

- Medikamentösen Therapie
 - Tresleen 50 mg Tbl., 1-0-0
 - Risperdal 2mg Tbl., 0-0-1
 - Codipertussin Saft, 3-0-3 Löffel
 - Halset Lutschtabletten, 3x1
- Ambulante Therapie nach Rücksprache mit

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

MUW Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik am AKH
PK: Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

Lebenslauf

Alfred Zopf, geboren 17. 2. 1955 in Bad Ischl, aufgewachsen in Bad Goisern

Bildung/Ausbildung:

1961 – 1969 Volks- und Hauptschule in Bad Goisern

1969 – 1973 Handelsschule Bad Aussee

1975 – 1979 Externistenlehrgang für Heimerzieher (Bundesinstitut Baden)

1982 Berufsreifeprüfung für Pädagogik an der Universität Innsbruck

1982 WS 82/83 Studium Pädagogik und selbstgew. Fächer statt 2. Studienrichtung

1984 - 1987 Ausbildung zum psychoanalytischen Sozialtherapeuten (ÖAPS), Wien

1986 – 1988 Ausbildung zum Supervisor (Universität Salzburg, Hochschullehrgang)

1988 – 1990 Ausbildung in Emotionaler Reintegration bei Dr. Peter Bolen, Wien

1988 – 1995 (Aus)Bildung in Psychoanalyse im Wiener Psychoanalytischen Seminar bei
Dr. Klaus Rückert und Harald Picker, Wien

1992 Eintragung in die Psychotherapeutenliste des Gesundheitsministeriums

1995 – 1997 Ausbildung in Krisenintervention (ÖAGG/ÖGATAP) bei Dr. Claudius Stein
und DDr. Wolfgang Till, Wien

Beruflicher Werdegang:

1974/75 Erzieher an der Sporthauptschule der Schulbrüder (Stephaneum) in Bad Goisern

1975/78 Erzieher an der Höheren Technischen Lehranstalt für Holzwirtschaft Kuchl, Sbg.

1978/80 Erzieher im Caritas Jugendheim Steyr-Gleink, Oberösterreich

1980/82 Erzieher in Hard am Bodensee. Aufbau der ersten sozialpädagogischen Burschen
Wohngemeinschaft (Villa Jussel) des Instituts für Sozialdienste in Vorarlberg

Seit 1988 Sozialpädagoge der Mag Elf, Dezernat 6 im Bereich weibliche Jugendliche

Nebenberufliche Tätigkeiten:

Seit 1988 als Supervisor und Psychotherapeut

Ehrenamtliche Tätigkeiten:

1983/93 ehrenamtlicher Bewährungshelfer des Vereins Bewährungshilfe, Wien

Seit 1990 Vorstandsmitglied des Wilhelm Reich Institut, Wien

Seit 1998 Personalvertreter im Jugendlichenbereich