WZPP®

WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Traumapädagogik/ Traumazentrierte Fachberatung (DeGPT/FVTP)

Modul 9a/9b:

Vertiefung - Traumapädagogik

WZPP® - WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Alfred-Delp-Straße 2	Tel Büro 07965-802 7258	www.wzpp.de
D- 73430 Aalen	Tel Praxis 07965-802 7259	info@wzpp.de

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Inhalt

1. Einführung: Lernziele und roter Faden der Vertiefung 6
2. Traumapädagogik: Anwendungsfelder, Geschichte und Ziele 7
Geschichte und theoretische Grundlagen der Traumapädagogik 7
Pädagogische Perspektiven miteinander verbinden 7
Konzeptionelle Ansätze und ihre praktische Verbindung 8
Ziele der Traumapädagogik 9
Forschung, Wirksamkeit und Qualität im Alltag 9
Eine kleine, nachvollziehbare Alltagsevaluation 10
3. Traumapädagogik, Traumafachberatung und Traumapsychotherapie: Gemeinsamkeiten und Unterschiede 11
Gemeinsamkeiten 11
Warnzeichen für zusätzliche medizinische, psychotherapeutische oder krisenbezogene Hilfe 12
Unterschiede: Interventionen nach Auftrag und Qualifikation einordnen 12
Zusammenarbeit und rechtliche Abgrenzung 14
4. Therapeutisches Milieu und traumapädagogische Alltagspraxis 15
Bindungs- und beziehungsorientierte Praxis 15
Bindungsfallen erkennen und Beziehung reparieren 16
Eigene Bindungs- und Beziehungserfahrungen reflektieren 16
Übertragung, Gegenreaktion und belastete Hilfesysteme 16
Interaktionsanalyse in fünf Schritten 17
Dissoziative Phänomene im pädagogischen Alltag 17
Vorbeugen und Orientierung unterstützen 17
Selbstbemächtigung und Resilienz im Alltag fördern 18
Rituale und Kreativität als heilsame Alltagserfahrung 19
5. Institutionelle Bedingungen und traumaspezifische Konzeption 20
Traumaspezifische Konzeption: Team, Leitung und Kooperation 20
Traumapädagogische Standards institutionell umsetzen 21
Haltung in überprüfbare Abläufe übersetzen 21
Strukturelle Bedingungen für Beziehung und Resilienz 21
Aktuelle Zahlen mit ihrem Aussagebereich lesen 22
6. Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern 23
Vertiefung 1: Schule und Förderschulbereich 25
Vertiefung 2: Stationäre und teilstationäre Jugendhilfe 25
Vertiefung 3: Ambulante Jugendhilfe 26

Eigener Transfer: Frühe Hilfen und Frühbereichsheime 27
7. Pädagogische Prozessplanung und begleitende Beratung 28
Klärung der Rahmenbedingungen und inneren Strukturen 28
Kontaktaufnahme 28
Anamnese 28
Hypothesenbildung 29
Stabilisierendes Arbeiten je nach Auftrag 29
Abschluss 30
8. Lebenslinie: freiwillige Biografiearbeit 31
Vorgehen 31
9. Traumapädagogische Gruppenarbeit 32
Traumafolgen und Gruppendynamik gemeinsam betrachten 32
Soziale Angst und sichere Gruppenreflexion 32
Positive Peerkultur und Schutz vor Mobbing 32
Wechselwirkung von Team und Peergruppe 33
10. Gruppendynamik: historische Modelle zur Reflexion 34
Wann sprechen wir von einer Gruppe? 34
Gründungsphase 34
Anfangsphase 34
Komplikationen bei der Gruppenfindung 35
Illusion einer konfliktfreien Gruppenidentität nach Bion 35
Das Riemann-Thomann-Kreuz 35
Das Riemann-Thomann-Kreuz in Bezug auf Gruppen 36
Themen als Zwickmühle 38
Rollen im Gruppenfeld 38
Psychologische Rollen 38
Gruppendynamische Rollen 39
11. Traumasensible Elternarbeit 40
Belastungen, Bewältigung und Schutzfaktoren gemeinsam erkunden 40
Häusliche Gewalt systemisch verstehen und Verantwortung klar halten 40
Lebensweltorientierte Elternarbeit in stationären Settings 41
Besuchskontakte sicher vorbereiten, begleiten und auswerten 41
Loyalität, Schuld, Scham und kulturelle Normen besprechbar machen 42
Praxisübung: ein sicheres Elterngespräch und ein Besuchsplan 42
12. Diagnostik und Screening – Instrumente fachgerecht einordnen 43
Essener Trauma-Inventar für Kinder und Jugendliche (ETI-KJ): historischer DSM-IV-Bezug 43

PTBS-Abklärung bei Kindern und Jugendlichen 43
Essener Trauma-Inventar für Erwachsene (ETI): instrumentgebundene Auswertung 44
Aktuelle PTBS-Diagnostik 44
Child Report of Post-Traumatic Symptoms (CROPS) 44
Parent Report of Post-traumatic Stress Symptoms (PROPS) 45
Praxisübung: Screeningergebnisse rückmelden 45
Historisches Arbeitsblatt zu Veränderungsambivalenz 46
PROPS – historische Fassung als Lehrbeispiel 47
CROPS – Selbstbericht als Lehrbeispiel 48
13. Historischer Lehrfall: Fallvorstellung nach dem Schema der Qualifizierung Traumapädagogik 49
1. Basisdaten 49
2. Anamnese 49
2.1 Familienklima 49
2.2 Mittlerfaktoren 51
2.3 Entwicklung der Ich-Funktionen 52
2.4 Transgenerationale Traumaweitergabe 53
2.5 Diagnostische Befunde 53
3. Die individuelle Belastung des Kindes 54
3.1 Prätraumatische Ausgangslage 54
3.2 Was ist passiert? Wann ist es passiert? Was waren die Umstände der traumatischen Erfahrungen? 54
3.3 Wie bewertet das Kind die Geschehnisse? 54
3.4 Welche Mechanismen des Selbstschutzes hat das Kind angewandt, welche Widerstandsformen hat es entwickelt? 55
3.5 Für wen hat das Kind Verantwortung übernommen? 55
3.6 Die Beziehungen unter Gleichaltrigen sowie das schulische Umfeld 55
3.7 Der Einfluss von traumabezogener Tabuisierung der Bezugspersonen 55
4. Traumabezogene Diagnostik 56
4.1 Welche entwicklungspsychologischen Beeinträchtigungen hat das Kind entwickelt? 56
4.2 Welche traumabezogenen Auswirkungen kannst du beschreiben bzw. wurden bereits diagnostiziert? 57
4.3 Beschreibe Übertragungen, Reinszenierungen und deine Gegenreaktionen; beschreibe die Gegenreaktionen im Team 59
5. Ressourcen des Kindes, der Herkunftsfamilie und des Umfeldes 59
5.1 Körperliche, soziale und psychische Stabilität 59
5.2 Talente 59
5.3 Glauben, spirituelle Ressourcen 60

5.4 Selbstwirksamkeitsüberzeugungen 60
6. Einfluss kultureller Bindungen bei Migrationshintergrund 60
7. Persönliche Belastung, Belastung des Teams 60
Persönliche Belastung 60
Belastungen des Teams 60
8. Hilfeplanung 60
8.1 Welche Interventionen erfolgten? 60
8.2 Welche Hilfen sind jetzt nötig bzw. sinnvoll? 61
9. Ergebnisse der Fallarbeit im Rahmen der traumapädagogischen Ausbildung 61
Den Lehrfall in eine aktuelle pädagogische Planung übersetzen 62
Literatur zum Lehrfall 62
14. Arbeitsvorlage zur traumapädagogischen Fallreflexion 63
1. Basisdaten 63
2. Anamnese und aktuelle Lebenssituation – Quellen und offene Fragen trennen 63
2.1 Familienklima 63
2.2 Mittlerfaktoren 63
2.3 Entwicklung der Ich-Funktionen 63
2.4 Mögliche intergenerationale Belastungswege und vorhandene Schutzfaktoren 63
2.5 Diagnostische Befunde 63
3. Die individuelle Belastung des Kindes 63
4. Traumabezogenes Fallverstehen und Schnittstelle zur Diagnostik 64
5. Übertragungen, Reinszenierungen und eigene Gegenreaktionen; Gegenreaktionen im Team 64
6. Ressourcen des Kindes, der Herkunftsfamilie und des Umfeldes 64
7. Kulturelle und soziale Bezüge, Sprache, Diskriminierung und selbst benannte Zugehörigkeiten 64
8. Persönliche Belastung, Belastung des Teams 64
9. Hilfeplanung 64
10. Ergebnisse, Rückmeldung des jungen Menschen und nächste Schritte 65
15. Transferauftrag und Lernkontrolle 66
16. Literatur 67

1. Einführung: Lernziele und roter Faden der Vertiefung

Dieses Modul vertieft den Schwerpunkt Traumapädagogik nach Abschnitt 6b des DeGPT/FVTP-Curriculums 2025. Aufbauend auf den Basismodulen geht es um sichere Lebensbedingungen, Beziehungen, Selbstbemächtigung und gesellschaftliche Teilhabe. Wir verbinden die vorhandenen Abschnitte zu Milieu, Ritualen, Prozessplanung und Gruppenarbeit mit institutioneller Verantwortung, Elternarbeit und drei intensiver bearbeiteten Handlungsfeldern. Der historische Lehrfall dient anschließend dazu, Beobachtung, fachliche Befunde, Deutung und Handlungsschritte zu unterscheiden.

Am Ende können Sie traumapädagogische Konzepte fachlich einordnen, Haltung in Regeln und Beteiligung übersetzen, Beziehungs- und Gruppendynamik reflektieren, bei dissoziativen Phänomenen schonend Orientierung unterstützen und eine sichere Zusammenarbeit mit Familien planen. Sie können für Schule, stationäre beziehungsweise teilstationäre und ambulante Jugendhilfe einen begründeten Handlungsplan entwickeln sowie Nutzen und Grenzen anhand konkreter Rückmeldungen prüfen.

Die Praxisvignetten außerhalb des historischen Lehrfalls sind ausdrücklich konstruierte Übungsbeispiele. Sie illustrieren Entscheidungen und behaupten keine nachträglichen Tatsachen über Kevin. Übungen bleiben freiwillig; persönliche Traumaoffenlegung ist keine Voraussetzung. Sie ersetzen keine tatsächlich durchgeführte Praxis, Supervision oder Zertifizierungsprüfung.

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

2. Traumapädagogik: Anwendungsfelder, Geschichte und Ziele

Traumapädagogik findet ihre Anwendung in sämtlichen pädagogischen Bereichen (stationäre, teilstationäre und ambulante Jugendhilfe, Kindertagesstätten, Kindergärten, Schulen, Beratungsstellen, Jugendhäuser, aufsuchende Jugendarbeit, Pflegestellen, Jugendamt und weitere Felder). Je nach Setting werden neben traumaspezifischen Aspekten das System, die Finanzierung und Dauer, die Rahmenbedingungen (Zeit, Auftrag, Ort), Freiwilligkeit oder verpflichtender Kontext sowie Alter, Gender, kulturelle Bezüge, kognitive und kommunikative Voraussetzungen und Einzel- oder Mehrpersonensetting berücksichtigt.

Geschichte und theoretische Grundlagen der Traumapädagogik

Die Traumapädagogik knüpft an ältere pädagogische Fragen nach sicherem Alltag, tragfähigen Beziehungen, Mitbestimmung und verstehendem Umgang mit schwer belasteten Kindern an. Milieutherapeutische und psychoanalytisch-pädagogische Traditionen, Heilpädagogik, Bindungs- und Entwicklungsforschung sowie emanzipatorische und systemische Ansätze bringen unterschiedliche Perspektiven ein. Im deutschsprachigen Raum wurden diese Verbindungen besonders seit den 1990er- und 2000er-Jahren unter dem Begriff Traumapädagogik weiterentwickelt. Wilma Weiß verband in „Philipp sucht sein Ich“ 2003 Traumaverstehen und Selbstbemächtigung; Schmid und Kolleg:innen begründeten 2007 die Entwicklung und Evaluation traumapädagogischer Konzepte in der stationären Jugendhilfe (Weiß, 2003; Schmid et al., 2007).

Die ersten verbandlichen Standards für die stationäre Kinder- und Jugendhilfe erschienen 2011. Die 2025 gemeinsam von FVTP und chTP herausgegebene zweite Auflage aktualisiert den fachlichen Orientierungsrahmen. Diese Entwicklung beschreibt eine pädagogische Fachrichtung und deren Qualitätsanspruch. Sie ist nicht gleichbedeutend mit dem Wirksamkeitsnachweis jeder darunter angebotenen Methode (FVTP/chTP, 2025).

Pädagogische Perspektiven miteinander verbinden

Perspektive	Beitrag zum Fallverstehen	Konsequenz für die Praxis
Heilpädagogisch	Entwicklungs- und Lernvoraussetzungen, Barrieren, Fähigkeiten und Assistenzbedarf.	Aufgaben zugänglich gestalten; Kommunikation unterstützen; Erfolg nicht an ein einheitliches Entwicklungsniveau binden.
Systemisch	Wechselwirkungen zwischen Person, Familie, Peers, Fachkräften und institutionellen Regeln.	Mehrere Sichtweisen einholen; veränderbare Bedingungen und eigene Beiträge zum Muster prüfen.
Milieubezogen	Alltägliche Beziehungen, Räume, Abläufe und gemeinsame Tätigkeiten.	Sicherheit und Lernen beim Essen, Schlafen, in Übergängen und in Freizeit verlässlich gestalten.

Perspektive	Beitrag zum Fallverstehen	Konsequenz für die Praxis
Emanzipatorisch	Rechte, Machtverhältnisse, Teilhabe und selbst gewählte Ziele.	Entscheidungsspielräume offenlegen, Beschwerden ermöglichen und diskriminierende Strukturen verändern.
Psychoanalytisch-pädagogisch	Bedeutung von Beziehungserwartungen, Ambivalenz und emotionalen Gegenreaktionen.	Deutungen als Hypothesen reflektieren; subjektive Resonanz nicht als Beweis über die Lebensgeschichte verwenden.

Die Perspektiven werden hier als ergänzende Denkangebote genutzt. Keine erklärt allein das Verhalten eines Kindes. Die gemeinsame Leitfrage lautet: Was braucht dieser junge Mensch in dieser Situation, und welchen Beitrag müssen die beteiligten Erwachsenen und Strukturen leisten?

Konzeptionelle Ansätze und ihre praktische Verbindung

Ansatz	Leitfrage	Pädagogische Umsetzung
Pädagogik des sicheren Ortes	Was erhöht tatsächliche und subjektiv erlebte Sicherheit?	Schutz, Vorhersehbarkeit, verständliche Regeln und erreichbare Bezugspersonen; auch Sicherheit der Fachkräfte und institutionelle Verantwortung einbeziehen.
Pädagogik der Selbstbemächtigung	Wie gewinnt die Person Verständnis und Einfluss auf ihr Erleben und Handeln?	Wahrnehmen, benennen, entscheiden und erproben; Hilfeholen als Kompetenz anerkennen.
Resilienzorientierung	Welche inneren, sozialen und materiellen Ressourcen tragen in dieser Lebenssituation?	Stärken und Beziehungen nutzen, Chancen schaffen und Belastungsbedingungen verändern.
Gruppenzentrierter Ansatz	Wann entstehen Zugehörigkeit und hilfreiche Peerbeziehungen, wann Druck oder Ausgrenzung?	Kooperative Aufgaben, freiwillige Reflexion, Schutz vor Peergewalt und verantwortliche Gruppenleitung.
Systemische Traumapädagogik	Welche Wechselwirkungen stabilisieren Belastung oder ermöglichen Veränderung?	Familie, Schule, Jugendhilfe und Sozialraum abgestimmt einbeziehen; Gewaltverantwortung dabei nicht relativieren.
Fachkräfte als Teil des Konzepts	Was löst der Kontakt bei mir aus, und wie beeinflusst mein Handeln die Situation?	Eigene Grenzen, Bindungserfahrungen und Macht reflektieren; verlässliche Team- und Leitungsunterstützung organisieren.

Übung: Wählen Sie eine Alltagssituation, etwa das Aufstehen, einen Schulbeginn oder eine Besuchsrückkehr. Formulieren Sie aus drei Perspektiven jeweils eine Frage. Entscheiden Sie

dann gemeinsam mit der betroffenen Person über einen kleinen nächsten Schritt. Der Ansatzvergleich soll Handlungsmöglichkeiten erweitern und keine zusätzliche Etikettierung erzeugen (DeGPT/FVTP, 2025).

Ziele der Traumapädagogik

Je nach Kontext und Auftrag verfolgt die Traumapädagogik unter anderem folgende Ziele:

- Pädagogik des sicheren Ortes (explizit und implizit)
- Angebot positiver, korrigierender, vertrauens- und bindungsfördernder Beziehungserfahrungen in einem sicheren Rahmen
- Stärkung der Selbstwahrnehmung für Empfindungen und Gefühle
- Hilfen zur Emotions- und Impulsregulierung
- Förderung der Mentalisierungsfähigkeit
- Psychoedukation und Unterstützung zur kognitiven Einordnung der Ereignisse
- Aktivierung von Bewältigungsstrategien und Selbstbemächtigung durch freiwillige Biografiearbeit, Selbstverstehen und passende Alltagshilfen. Verantwortung und Entscheidungsmöglichkeiten werden alters- und situationsangemessen geteilt; Hilfebedürftigkeit und notwendige Assistenz werden anerkannt.
- Unterstützung des Selbstausdrucks und der Gestaltungskraft
- Die jungen Menschen sollen als handelnde Subjekte zunehmend Einfluss auf ihr Leben nehmen können. Automatisch erlebte Stressreaktionen werden verständlich gemacht, ohne sie als eigenständig handelnde „Traumanetzwerke“ oder unveränderbare Hirnmechanismen zu erklären.
- Wiederkehrende belastende Interaktionsmuster erkennen, gegenwärtige Gefährdung stoppen und sichere Alternativen entwickeln. Eine vermutete Reinszenierung bleibt eine zu prüfende Deutung.
- Unterstützung im Umgang mit Loyalitätskonflikten gegenüber der Herkunftsfamilie, ohne Zugehörigkeit oder Trennung von Beziehungen vorzugeben.

Forschung, Wirksamkeit und Qualität im Alltag

Wir unterscheiden fachliche Plausibilität, ethische Qualitätsstandards, Erfahrungen aus der Praxis und empirisch geprüfte Wirkungen. Eine positive Erfahrung mit einer Person kann einen hilfreichen Ansatz zeigen; sie beweist noch keine allgemeine Wirksamkeit. Traumapädagogik umfasst unterschiedliche institutionelle und methodische Bestandteile. Ergebnisse eines Programms lassen sich deshalb nicht automatisch auf alle Angebote übertragen.

Der Schweizer Modellversuch zur Implementierung traumapädagogischer Konzepte berichtete 2017 über fünf Modelleinrichtungen und neun Vergleichseinrichtungen. In die Verlaufsuntersuchung wurden 54 junge Menschen aus den Modelleinrichtungen und 84 aus den Vergleichseinrichtungen einbezogen. Der Bericht beschreibt positive Entwicklungen in verschiedenen Bereichen, besonders bei Fachkräften und institutioneller Umsetzung. Die Einrichtungen wurden ausgewählt; unterschiedliche Ausgangslagen, kleine Teilgruppen, Personalwechsel und Ausfälle begrenzen kausale Aussagen und Übertragbarkeit. Eine beobachtete Veränderung beweist daher nicht, welcher einzelne Konzeptbestandteil sie verursacht hat (Schmid et al., 2017).

Ein 2025 veröffentlichter AHRQ-Bericht suchte internationale vergleichende Studien zu „Trauma Informed Care“ bis 19.07.2024. Zwölf Studien erfüllten die Einschlusskriterien; sieben davon betrafen stationäre oder ambulante Kinder- und Jugendhilfe. Die Autor:innen bewerteten das Verzerrungsrisiko aller eingeschlossenen Studien als hoch und die Evidenz für klientenbezogene Gesundheitswirkungen als unzureichend. Unerwünschte Wirkungen waren nicht systematisch erhoben. Das ist kein Nachweis fehlenden Nutzens, sondern eine Grenze der verfügbaren Wirksamkeitsaussagen. Die untersuchten internationalen TIC-Modelle sind zudem nicht identisch mit jeder deutschsprachigen traumapädagogischen Konzeption (Nguyen-Feng et al., 2025).

Lebensweltorientierte Hilfe zielt auch auf Schutz, stabile Beziehungen, Lernen, Wohnen, Zugehörigkeit und selbstbestimmte Teilhabe. Diese Ergebnisse werden nicht allein an einer Symptomskala gemessen. Für eine behandlungsbedürftige PTBS wird zusätzlich der Zugang zu leitliniengerechter Behandlung ermöglicht; pädagogische Unterstützung und Psychotherapie erfüllen miteinander verbundene, eigenständige Aufgaben (DeGPT, 2026).

Eine kleine, nachvollziehbare Alltagsevaluation

- Mit dem jungen Menschen ein bedeutsames Ziel wählen, zum Beispiel einen verlässlichen Schulbeginn oder einen Besuchskontakt mit einer erreichbaren Ansprechperson. Ausgangssituation und Zeitpunkt festhalten.
- Den geplanten Beitrag der Fachkräfte und der Institution benennen: Wer tut was, wie oft und bis wann? Zugleich Belastung und Einverständnis prüfen.
- Wenige passende Merkmale verfolgen: Rückmeldung des jungen Menschen, konkrete Teilnahme, sichere Beziehungskontakte, Eskalationen oder Beschwerden. Häufigkeiten benötigen einen Bezugszeitraum und gegebenenfalls einen Nenner, beispielsweise Vorfälle pro 100 Betreuungstage.
- Bei der gemeinsamen Auswertung auch Verschlechterungen, Ausfälle und ungewollte Folgen erfassen. Veränderungen nicht vorschnell der Methode zuschreiben; andere Hilfen, Umzüge, Erkrankung oder Personalwechsel können mitwirken.
- Weiterführen, anpassen oder beenden und den Grund dokumentieren. Ergebnisqualität umfasst auch, ob Beteiligung, Schutz und Beschwerden tatsächlich möglich waren.

Übung: Zwei Gruppen haben nach einer Fortbildung weniger dokumentierte Krisen. Sammeln Sie mindestens drei alternative Erklärungen, etwa eine veränderte Belegung, geänderte Dokumentation oder Personalwechsel. Welche zusätzliche Information wäre nötig, um die Entwicklung sinnvoll zu beurteilen?

3. Traumapädagogik, Traumafachberatung und Traumapsychotherapie: Gemeinsamkeiten und Unterschiede

In Traumapädagogik und Traumafachberatung werden Theorien und Forschungserkenntnisse der Psychotraumatologie auf die Pädagogik mit ihren bewährten Theorien, Methoden und Erfahrungen übertragen, insbesondere auf die Heilpädagogik.

Pädagogische und beratende **Berufsgruppen** sind gewohnt und geübt, mit den Beeinträchtigungen der traumatisierten Menschen im Alltag konfrontiert zu sein und deren **Verbesserung als direktes Ziel** in der Hilfe- und Beratungsplanung zu berücksichtigen.

Gemeinsamkeiten

Traumapädagogik, traumazentrierte Fachberatung und Traumapsychotherapie können sich in einer abgestimmten Versorgung ergänzen. Gemeinsam sind unter anderem Beziehungsgestaltung, verständliche Information, Ressourcenorientierung und Selbstbestimmung. Wirkung und Zuständigkeit hängen vom Auftrag, der konkreten Anwendung und der Qualifikation ab; aus einer ähnlichen Methode folgt keine Gleichheit der Aufgaben oder Wirksamkeitsnachweise.

Mehr Selbstverantwortung und Autonomie der Klientinnen und Klienten ist ein zentrales Ziel aller drei Bereiche.

Gemeinsame alltagsbezogene Entwicklungsziele können sein:

- Stärkung von Selbstbewusstsein
- Durchsetzungsfähigkeit
- Fähigkeit zur Selbstfürsorge
- Abgrenzungsfähigkeit
- Fähigkeit, Bedürfnisse bewusst zu erleben und zu äußern
- Distanz zu handelndem Agieren
- Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion
- Selbstbemächtigung
- Affektdifferenzierung und -regulierung
- Gemeinsame Überprüfung von Selbst- und Fremdwahrnehmungen unter Berücksichtigung tatsächlicher Gefahren und Beziehungserfahrungen
- Zukunftsvisionen wagen

Pädagogische, beratende und therapeutische Fachkräfte erheben vorhandene Ressourcen, stärken hilfreiche Kompetenzen und unterstützen passende nächste Schritte. Im pädagogischen Alltag werden sichere, freiwillig vereinbarte Erfahrungen ermöglicht. Die gezielte Exposition zur Behandlung einer Traumafolgestörung gehört in eine dafür qualifizierte heilkundliche Behandlung; reale Gefahren, Grenzen und ein begründeter Rückzug werden nicht als bloße Vermeidung abgewertet.

Alle drei Bereiche können zur Reflexion der eigenen Sicht und zur Einnahme anderer Perspektiven anregen. Wahrnehmungen werden gemeinsam geprüft; die Fachkraft setzt ihre Interpretation nicht automatisch als die richtige durch.

Bisherige Bewältigungsversuche werden in ihrem damaligen Kontext gewürdigt. Manche Verhaltensweisen können heute neue Schwierigkeiten verursachen. Ihre Funktion wird gemeinsam erkundet; nicht jedes Problem muss eine Trauma- oder Überlebensstrategie sein.

Psychoedukation vermittelt verständliches Wissen über mögliche Traumafolgen, Ressourcen und Regulation. Was eine Person aktuell benötigt, wird individuell geprüft; pädagogische Stabilisierung ist keine allgemeine vorgeschaltete Pflichtphase, die den Zugang zu indizierter Psychotherapie verzögern soll (DeGPT, 2026).

Für helfende Berufsgruppen sind Innehalten, Verstehen und Reflektieren wichtig. Belastendes oder gefährdendes Verhalten wird ernst genommen und begrenzt; niemand muss Gewalt grenzenlos aushalten. Kenntnisse über mögliche Schutzfunktionen, reflektierte Gegenreaktionen, Supervision, Selbstfürsorge und verlässliche institutionelle Unterstützung gehören zusammen.

Ebenso wichtig sind **geeignete institutionelle Rahmenbedingungen**, die ermöglichen, dass sich alle Bereiche und Hierarchieebenen innerhalb der Institutionen auf eine gemeinsame Grundhaltung verständigen, die den „Geist“ der Einrichtung trägt.

Warnzeichen für zusätzliche medizinische, psychotherapeutische oder krisenbezogene Hilfe

- Suizidgedanken, Suizidabsichten oder suizidale Handlungen
- Zunehmendes selbstverletzendes Verhalten oder Kontrollverlust bei Substanzkonsum
- Akute psychotische Symptome (z. B. Wahn, Halluzinationen) oder deutliche Desorientierung
- Erhebliche körperliche Gefährdung, etwa kritisches Untergewicht bei einer Essstörung
- Zunehmende dissoziative Beschwerden, z. B. bei Täterkontakt oder überwältigenden Belastungsreizen

Bei akuter erheblicher Selbst- oder Fremdgefährdung, Bewusstseinsstörung, schwerer Intoxikation oder körperlicher Gefährdung wird unverzüglich professionelle Notfallhilfe organisiert, bei unmittelbar bedrohlicher Lage über 112. Bis zur Übergabe werden Anwesenheit, Schutz und klare Zuständigkeit gesichert, soweit dies ohne eigene Gefährdung möglich ist. Ob ambulante, stationäre oder intensivmedizinische Versorgung notwendig ist, entscheidet die zuständige medizinische Beurteilung.

Freiheitsentziehung ist keine pädagogische Standardintervention. Sie setzt eine einschlägige Rechtsgrundlage, Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit sowie die vorgesehenen gerichtlichen Verfahren voraus. Bei Minderjährigen regelt insbesondere § 1631b BGB die familiengerichtliche Genehmigung; landesrechtliche Regelungen können zusätzlich relevant sein. Eine Krisenaufnahme wird mit Kontinuität der Bezugspersonen, abgestimmter Übergabe und tragfähiger Rückkehrplanung verbunden.

Unterschiede: Interventionen nach Auftrag und Qualifikation einordnen

Die folgende Übersicht ordnet Interventionen und Ziele nach pädagogisch-beratendem und psychotherapeutischem Auftrag.

Intervention oder Ziel	Pädagogischer und beratender Auftrag	Psychotherapeutischer Auftrag
Psychoedukation	Verständliche Information über Belastung, Ressourcen und Hilfewege.	Störungsbezogene Information im diagnostisch begründeten Behandlungsplan.
Äußere Sicherheit und Alltagsfunktionen	Schutz, Wohnen, Versorgung, Lernen, soziale Teilhabe und Tagesstruktur gemeinsam sichern.	Mit sozialer Versorgung abstimmen; reale Gefährdung bei der Behandlung berücksichtigen.
Stabilisierung und Selbstregulation	Passende alltagsbezogene Fertigkeiten freiwillig anbieten und ihre Wirkung beobachten.	Individuell erforderliche Regulationshilfe in die Behandlung integrieren.
Ich-Funktionen / Kompetenzen	Beobachtbare Fähigkeiten wie Planen, Orientierung, Impulssteuerung und Hilfeholen fördern.	Gegebenenfalls strukturbezogene Diagnostik und Behandlung.
Distanzierung und innere Sicherheit	Gegenwartsorientierung und selbstgewählte Pausen unterstützen.	Belastungsregulation und störungsspezifische Interventionen abstimmen.
Imagination	Eine freiwillige positive Vorstellung als Alltagshilfe erproben; keine Entspannung erzwingen.	Indikationsbezogener Einsatz im Behandlungsplan.
Anteile- oder Innere-Kind-Modell	Alltagsnahe Ambivalenzen und Selbsttröstung als Metaphern besprechen; keine verborgenen Erinnerungen unterstellen.	Spezifische Behandlung bei entsprechender Qualifikation; keine suggestive Erinnerungsrekonstruktion.
Aufdeckende Arbeit / Täterintrojekt-Begriff	Negative Selbstbewertungen oder Konflikte verstehen; kein Nachweis einer Tat oder einer inneren Person aus einem Modell.	Gezielte Behandlung krankheitswertiger Folgen nur fachlich begründet; historische Tatsachen werden auch hier nicht aus Symptomen abgeleitet.
Traumakonfrontation / EMDR-Traumabearbeitung	Spontane Mitteilungen annehmen und aktuelle Unterstützung klären. Keine Expositionsbehandlung einer Störung ohne heilkundliche Befugnis.	Traumafokussierte Behandlung entsprechend Qualifikation, Indikation, Einwilligung und Leitlinie.
Psychodynamische Deutung	Eigene Resonanzen und Interaktionshypothesen reflektieren, ohne Deutungen aufzudrängen.	Gegebenenfalls Bestandteil einer qualifizierten psychotherapeutischen Behandlung.

Zusammenarbeit und rechtliche Abgrenzung

Traumapädagogik, traumazentrierte Fachberatung und Traumapsychotherapie unterstützen unterschiedliche, miteinander abgestimmte Aufgaben. Pädagogische Beziehung, Teilhabe und Alltagsbewältigung bleiben eigenständige Ziele; bei einer behandlungsbedürftigen Störung wird der Zugang zu qualifizierter Diagnostik und Therapie unterstützt.

Für die rechtliche Abgrenzung zählt das konkrete Ziel und nicht allein ein Methodenname. Pädagogische Unterstützung, Beratung zu Lebensproblemen, Ressourcenübungen und gemeinsame Reflexion werden durch einen traumabezogenen Inhalt nicht automatisch zu Psychotherapie. Gezielte Diagnostik oder Behandlung einer psychischen Störung mit Krankheitswert setzt hingegen die erforderliche heilkundliche Befugnis und entsprechende Fachkompetenz voraus. Die Weiterbildung allein schafft diese Befugnis nicht (PsychThG § 1; HeilprG § 1).

4. Therapeutisches Milieu und traumapädagogische Alltagspraxis

Kinder verfügen je nach Alter, Entwicklungsstand und Unterstützung über unterschiedliche Möglichkeiten, belastende Erfahrungen einzuordnen. Wiederholte Gewalt im vertrauten Umfeld kann Selbstbeschuldigung, Scham, Misstrauen oder die Erwartung begünstigen, keine Hilfe zu erhalten. Solche Deutungen sind nicht bei allen Kindern vorhanden und legen ihren Lebensweg nicht fest. Verlässliche Beziehungen und sichere Alltagserfahrungen können neue Erwartungen und Handlungsmöglichkeiten ermöglichen (vgl. Beckrath-Wilking et al., 2013).

Leben pädagogische Fachkräfte einen fürsorglichen, empathischen, autoritativen (nicht autoritären) Erziehungsstil und kommunizieren sie konstruktiv mit den Kindern, indem sie z. B. aktiv zuhören, Du-Botschaften vermeiden, konstruktiv loben, kritisieren und ermutigen, können sie zu positiven Rollenmodellen für die Kinder werden.

Traumapädagoginnen sollten die Besonderheiten traumazentrierter Gesprächsführung beachten, dabei eine altersentsprechende Sprache, Spiele und Materialien einbeziehen (evtl. Handpuppen). Ressourcenreiche Momente, Stärken, bisherige Bewältigungsstrategien und hilfreiche Beziehungen sollten exploriert werden, etwa: „Wie war das, als du Radfahren gelernt hast? Wie hast du es geschafft, es immer wieder zu versuchen? Wer hat dir dabei geholfen?“

Eine tragfähige Beziehung erleichtert, belastende Themen anzusprechen. Erzählt ein Kind spontan, wird ruhig zugehört und sein Erleben gewürdigt. Im pädagogischen Auftrag werden keine detaillierten Traumaerinnerungen eingefordert; offene Fragen beziehen sich auf aktuellen Schutz, Bedarf und Unterstützung. Schutzklärung, fachliche Diagnostik und gegebenenfalls forensische Befragung behalten ihre jeweils eigene Aufgabe (siehe Basismodul 5).

Die Pädagogin oder der Pädagoge zeigt sich als verlässliche Bezugsperson, nimmt die Sicht des Kindes ernst und wahrt seine Rechte. Zusagen bleiben realistisch, Entscheidungen transparent und Grenzen nachvollziehbar. Akzeptanz der Person schließt klare Grenzen gegenüber Gewalt ein. Psychoedukation kann Wissen, Entlastung und Orientierung fördern.

Klare schützende Regeln werden mit den Beteiligten entwickelt, verständlich begründet und verlässlich umgesetzt. Übergriffe werden beendet; Beschämung, willkürliche Strafen und Gewalt werden nicht als pädagogische Mittel eingesetzt.

Belastende Verhaltensweisen werden konkret beschrieben und mögliche Funktionen gemeinsam geprüft. Vermutete Reinszenierungen sind keine gesicherten Ursachen. Bei Gefährdung wird frühzeitig und verhältnismäßig begrenzt; nach der Beruhigung folgen gemeinsame Klärung, gegebenenfalls Wiedergutmachung und die Anpassung des Krisenplans.

Bindungs- und beziehungsorientierte Praxis

Eine korrigierende Beziehungserfahrung entsteht, wenn im Alltag wiederholt verlässlich, respektvoll und nachvollziehbar gehandelt wird. Dazu gehören ein realistisches Kontaktangebot, ein angekündigter Dienstwechsel, erreichbare Vertretung, ernst genommene Grenzen und die Reparatur eines Missverständnisses. Beziehung bedeutet weder erzwungene Nähe noch die Übernahme einer Ersatzelternrolle. Ein Kind darf mehrere wichtige Beziehungen haben und eine angebotene Nähe ablehnen.

Bindungsfallen erkennen und Beziehung reparieren

Mögliche Dynamik	Gefahr für die Beziehung	Fachlich hilfreicher nächster Schritt
Die Fachkraft möchte die einzige Person sein, die das Kind versteht.	Exklusivität, Abhängigkeit und Überlastung.	Bezug und Vertretung verbindlich gestalten; weitere sichere Kontakte unterstützen.
Eine Absage wird als persönliche Ablehnung erlebt.	Die Fachkraft zieht sich gekränkt zurück oder verstärkt den Druck.	Eigenen Impuls reflektieren; Wahlmöglichkeiten anbieten und das Kontaktangebot verlässlich wiederholen.
Nach einem guten Kontakt folgt ein heftiger Konflikt.	Der Fortschritt wird als Täuschung abgewertet.	Situation und aktuelle Auslöser prüfen; Schutz sichern, Beziehung und Regelverletzung getrennt bearbeiten.
Eine Zusage wird nicht eingehalten.	Vertrauen wird durch Rechtfertigung oder Schuldzuweisung zusätzlich belastet.	Fehler benennen, sich angemessen entschuldigen und eine realistische neue Absprache treffen.

Die möglichen Dynamiken sind Reflexionshypothesen und keine diagnostischen Merkmale des Kindes. Auch unter hoher Belastung bleibt die Fachkraft für ihr Handeln verantwortlich. Verlässlichkeit zeigt sich in wiederholten kleinen Erfahrungen, nicht in einem einmaligen Versprechen (DeGPT/FVTP, 2025; FVTP/chTP, 2025).

Eigene Bindungs- und Beziehungserfahrungen reflektieren

Einzelreflexion mit frei wählbarer Offenlegung: Wie wurden in meinem Leben Nähe, Hilfeholen, Fehler und Trennung beantwortet? Bei welchem Verhalten reagiere ich schnell mit Retten, Kontrollieren, Rückzug oder dem Wunsch, besonders wichtig zu sein? Welche körperlichen Frühzeichen bemerke ich? Wählen Sie anschließend eine berufliche Situation und formulieren Sie eine konkrete Schutzmaßnahme: vor einer Zusage Rücksprache halten, eine Vertretung ankündigen oder nach einer Eskalation eine kurze Entlastung organisieren. Persönliche Traumageschichten werden nicht in der Lerngruppe eingefordert; bei eigener starker Belastung stehen passende Unterstützung und Supervision zur Verfügung.

Übertragung, Gegenreaktion und belastete Hilfesysteme

Frühere Beziehungserfahrungen können aktuelle Erwartungen beeinflussen. Gleichzeitig wirken reale Bedingungen: Personalwechsel, Lärm, unklare Zuständigkeiten, Diskriminierung oder tatsächliche Grenzverletzungen. Übertragung und Gegenreaktion sind deshalb Möglichkeiten des Verstehens und kein Beweis, dass eine Beschwerde nur aus der Vergangenheit stammt.

Mit „traumaorganisiertem System“ wird hier ein Muster bezeichnet, in dem Bedrohungserleben, Hilflosigkeit und wiederkehrende Alarmreaktionen zunehmend die Zusammenarbeit bestimmen. Beispielsweise folgen auf eine Krise widersprüchliche Regeln, gegenseitige Schuldzuweisungen und noch mehr Kontrollmaßnahmen. Der Begriff ist eine Arbeitshypothese für die Organisation, keine Diagnose einer Institution oder ihrer Mitglieder.

Interaktionsanalyse in fünf Schritten

1. **Beobachtung:** Was wurde tatsächlich gesagt oder getan? Kontext, zeitliche Abfolge und Informationsquelle beschreiben; Deutungen zunächst daneben notieren.
2. **Perspektiven:** Was könnte der junge Mensch erlebt haben? Was sagt er selbst? Was fühlten und taten Fachkräfte und Peers? Welche Sicht fehlt?
3. **Bedingungen:** Welche Regel, Personalbesetzung, Übergabesituation oder Machtposition beeinflusste den Verlauf? Welche aktuelle Gefahr muss unabhängig von jeder Deutung beendet werden?
4. **Alternative:** Eine kleine Änderung auswählen, die bei den Erwachsenen oder Strukturen ansetzt, zum Beispiel eine angekündigte Vertretung und eine einheitlich erklärte Pausenregel.
5. **Prüfung:** Rückmeldung einholen, Wirkung beobachten und den Plan im Team überprüfen. Belastung der Fachkraft braucht Entlastung und gegebenenfalls Supervision; das Kind ist nicht für die Selbstfürsorge des Teams zuständig.

Übung in Dreiergruppen: Person A schildert einen begrenzten anonymisierten Alltagskonflikt, B trennt Beobachtung und Hypothese, C achtet auf institutionelle Bedingungen und Rechte. Nach dem Rollenwechsel formuliert jede Person einen eigenen Beitrag zur Deeskalation. Diese Lernübung wird nicht als absolvierte curriculare Fallsupervision ausgewiesen.

Dissoziative Phänomene im pädagogischen Alltag

Mögliche Hinweise sind ein plötzlich veränderter Gegenwartsbezug, ein wie eingefroren wirkender Blick, deutlich eingeschränkte Ansprechbarkeit, Erinnerungslücken oder das berichtete Gefühl, Körper oder Umgebung seien unwirklich. Solche Zeichen sind unspezifisch: Erschöpfung, Medikamente, Intoxikation, neurologische oder andere medizinische Ursachen müssen je nach Situation mitgeprüft werden. Fachkräfte beschreiben, was sie sehen, statt aus Unaufmerksamkeit allein eine Dissoziation zu diagnostizieren (DeGPT, 2026).

Dissoziative Reaktionen können als unwillkürliche Bewältigungsreaktion auf Überforderung verstanden werden; das erklärt nicht jeden Zustand und ersetzt keine Diagnostik. Im Alltag können Lernen, Erinnerung an Absprachen, Wegeorientierung, Körperpflege und Kontakte erschwert sein. Eine fehlende Erinnerung wird nicht automatisch als Lüge oder absichtliche Regelverletzung bewertet.

Vorbeugen und Orientierung unterstützen

- In ruhigen Phasen gemeinsam frühe Warnzeichen, passende Sprache, hilfreiche Sinnesreize und ein Stoppsignal vereinbaren. Ein kleiner Orientierungsplan enthält Name der Bezugsperson, Ort, nächsten Schritt und erreichbare Unterstützung.
- Kurze äußere Achtsamkeit anbieten: mit offenen Augen drei Dinge im Raum ansehen, den Kontakt der Füße zum Boden wahrnehmen oder einen selbstgewählten Gegenstand ertasten. Innere Körperbeobachtung, Augen schließen oder Atemübungen können auch belasten; sie bleiben wählbar.
- Im aktuellen Zustand zuerst die Umgebung sichern, eine ruhige ansprechende Person bestimmen und Reize reduzieren. Name, eigenen Namen und gegenwärtigen Ort nennen: „Ich bin hier. Wir sind im Gruppenraum.“ Kurze Sätze und genügend Antwortzeit verwenden.
- Mit Zustimmung einen vertrauten äußeren Reiz oder eine kleine Handlung anbieten: einen Gegenstand ansehen, die Sitzposition verändern oder gemeinsam zum Fenster schauen.

Keine überraschende Berührung, kein Festhalten zur Regulation, keine schmerzhaften Reize, keine Beschämung und kein erzwungenes Erinnern.

- Reaktion beobachten. Nicht mechanisch immer stärkere Reize einsetzen. Bei erstmaliger oder ungewöhnlicher Bewusstseinsstörung, fehlender ausreichender Ansprechbarkeit, Verletzung, auffälliger Atmung oder anderer akuter medizinischer Gefahr Notfallhilfe organisieren. Wiederkehrende beziehungsweise anhaltende Zustände brauchen qualifizierte Abklärung und einen abgestimmten Plan.
- Nach der Reorientierung ruhig den nächsten überschaubaren Schritt vereinbaren. Später mit der Person prüfen, was hilfreich oder unangenehm war; Auslöser, Verlauf und Unterstützung sachlich dokumentieren. Eine ausführliche Traumaerzählung ist keine Bedingung für Hilfe.

Rollenspiel ohne simulierte Traumaerinnerung: Eine Person stellt eine kurze Unterbrechung des Kontakts dar und kann jederzeit abbrechen. Die zweite übt ruhige Ansprache und zwei Wahlmöglichkeiten. Die dritte beobachtet Zustimmung, Tempo und Sprache. Anschließend werden Wirkung, Grenzen und medizinische Warnzeichen besprochen. Niemand muss einen eigenen dissoziativen Zustand vorführen.

Selbstbemächtigung und Resilienz im Alltag fördern

Selbstbemächtigung verbindet Selbstverstehen und Selbstakzeptanz mit konkreten Einflussmöglichkeiten. Eine hilfreiche Rückmeldung lautet beispielsweise: „Dein Körper reagiert gerade stark. Wir können gemeinsam herausfinden, was du brauchst.“ Sie erklärt die Reaktion, ohne sie als unveränderbares Wesen der Person zu definieren. Die Person entscheidet mit, welche Unterstützung sie nutzen möchte.

Bereich	Alltagsnahe Erkundung	Möglicher nächster Schritt
Selbstverstehen und Selbstakzeptanz	Was bemerke ich vor, während und nach einer schwierigen Situation? Was gelingt bereits?	Eine einfache Situationskarte mit Auslöser, Körperzeichen, Handlung und hilfreicher Unterstützung erstellen.
Sinnes- und Körperwahrnehmung	Welche Geräusche, Nähe, Bewegung oder Materialien sind angenehm, neutral oder belastend?	Einen selbstgewählten Sinnesreiz erproben und auch das Nichtmögen als wichtige Information aufnehmen.
Selbstregulation und Co-Regulation	Was kann ich allein, wobei hilft eine vertraute Person?	Ein kleines Repertoire üben: Pause erbitten, Raum wechseln, Bewegung oder Kontakt aufnehmen.
Ressourcen und Zugehörigkeit	Welche Menschen, Orte, Fähigkeiten, Interessen und materiellen Hilfen tragen?	Eine erreichbare Bezugsperson, ein passendes Freizeitangebot oder praktische Unterstützung verbindlich sichern.

Bereich	Alltagsnahe Erkundung	Möglicher nächster Schritt
Selbstwirksamkeit	Wo kann meine Entscheidung sichtbar etwas verändern?	Eine überschaubare Aufgabe oder Gruppenentscheidung mit echter Wahl und nachvollziehbarer Rückmeldung ermöglichen.

Resilienz ist kein fester Persönlichkeitsbesitz und keine Pflicht, schädliche Bedingungen auszuhalten. Ressourcen können je nach Situation verfügbar sein oder fehlen. Förderlich ist, Erfolge zu ermöglichen, Unterstützung zu sichern und strukturelle Belastungen zu verringern.

Übung: Erstellen Sie gemeinsam eine Ressourcenkarte mit persönlichen, sozialen, kulturellen und materiellen Ressourcen. Wählen Sie eine vorhandene Ressource zur Nutzung und eine bisher fehlende Unterstützung, für deren Organisation eine erwachsene Person Verantwortung übernimmt.

Rituale und Kreativität als heilsame Alltagserfahrung

Kinder brauchen Rituale in ihrem Alltag und die Besonderheit von Festtagen. Alltagsrituale, wie sich einen guten Morgen zu wünschen und mit einem gemeinsamen Frühstück den Tag zu beginnen, sind für viele Kinder nicht selbstverständlich. Sie beinhalten weiter die Strukturierung des Tages, der Woche, Monate und der Jahreszeiten. Die Kinder sollten die Gelegenheit bekommen, dabei ihre Kreativität zu entfalten, wie z. B. bei der Wahl ihrer Kleidung, beim persönlichen Gestalten ihrer Kinderzimmer, bei der Vorbereitung von Geburtstagsfeiern, beim Schmücken des Weihnachtsbaumes, Basteln von Faschings- bzw. Karnevalskostümen, Bemalen von Ostereiern.

Manche Kinder und Jugendliche hatten wenig Gelegenheit, bestimmte Alltagsfertigkeiten, Naturerfahrungen oder kulturelle Aktivitäten kennenzulernen. Andere bringen umfangreiche Kompetenzen mit, die im neuen Umfeld zunächst übersehen werden. Gemeinsam wird erfragt, was vertraut ist, Freude macht und noch gelernt werden möchte. Fehlende Erfahrungen werden nicht aus Herkunft, Unterbringung oder Traumabelastung pauschal unterstellt.

Hier können traumapädagogische Konzepte und die Nutzung des therapeutischen Milieus nachholend heilsames Erleben fördern.

Traumapädagogische Konzepte in der Kinder- und Jugendhilfe müssen sich am Alltag der Kinder orientieren. „Das therapeutische Milieu findet hauptsächlich in Situationen des wirklichen Lebens statt“ (Redl, 1971, S. 42). Dazu gehören das gemeinsame Essen, die Unterstützung beim Aufstehen am Morgen, das Vorlesen von Gutenachtgeschichten zum Einschlafen, Spiele und Abenteuer im Freien und die Übernahme von altersgemäßen Arbeiten im Haushalt.

Das therapeutische Milieu ermöglicht neue entwicklungsfördernde und heilsame Alltagserfahrungen. Denn Leben und Lernen der Kinder und Jugendlichen finden wesentlich außerhalb der Therapiestunde statt. Die Kooperation von Therapeutinnen und Therapeuten mit pädagogischen Fachkräften und weiterem Fachpersonal einer Einrichtung kann die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen wirksam unterstützen.

Rituale werden gemeinsam darauf geprüft, ob sie Zugehörigkeit und Vorhersehbarkeit fördern. Feste können unterschiedliche kulturelle, religiöse oder nichtreligiöse Bedeutungen haben und auch belastende Erinnerungen ansprechen. Beteiligte wählen mit, was sie feiern, gestalten oder auslassen möchten. Gewohnheiten der Herkunftsfamilie werden erfragt, ohne eine vermeintlich „richtige“ Familienkultur vorzugeben.

5. Institutionelle Bedingungen und traumaspezifische Konzeption

Regeln, Spielräume und nicht verhandelbare Schutzgrenzen werden im Team geklärt und den jungen Menschen verständlich erklärt. Unterschiede in ihrer Handhabung können Verunsicherung und Konflikte begünstigen. Das Team überprüft deshalb seine Absprachen, statt widersprüchliche Praxis allein als „Spaltung“ durch Klient:innen zu erklären. Vorhersehbarkeit schließt begründete individuelle Lösungen ein.

Die beteiligten Hilfen klären mit dem jungen Menschen und den rechtlich zuständigen Personen, wer welche Aufgabe übernimmt und welche Informationen dafür erforderlich sind. Kooperation bedeutet keinen unbegrenzten Datenaustausch. Einwilligung beziehungsweise gesetzliche Befugnis, notwendiger Umfang, Schutzinteressen und verständliche Rückmeldung werden geprüft und dokumentiert (SGB VIII §§ 61–65; KKG § 4).

Traumaspezifische Konzeption: Team, Leitung und Kooperation

Institutionen, die traumabelastete Menschen begleiten, benötigen ein tragfähiges fachliches Konzept. Dazu gehören ein bedarfsgerechter Stellenplan, passende Qualifikation, Supervision und ein Alltag, der Ressourcen, Teilhabe, Schutz sowie unterschiedliche Regulations- und Beziehungsbedürfnisse berücksichtigt.

Therapie und Beratung brauchen ein wohlwollendes Umfeld, in dem sich alle Mitarbeitenden sowohl eingebunden fühlen als auch individuell entfalten können.

Damit belastende Hilfeprozesse innerhalb eines Teams und einer Institution konstruktiv bewältigt werden können und nicht „bis zur Erschöpfung“ ausgehalten werden müssen, ist ein offenes, unterstützendes Klima innerhalb des Teams erforderlich.

Wichtig ist, dass die Leitung hinter dem Konzept und dem Team steht. Alle Hierarchieebenen entwickeln es mit Fortbildung, Reflexion und verbindlichen Entscheidungen weiter. Eine einzelne Fortbildung ersetzt kein institutionelles Traumakonzept. Einzelne engagierte Fachkräfte können Impulse geben; nachhaltige Umsetzung erfordert jedoch Zuständigkeiten, Ressourcen und Unterstützung der Organisation.

Zu berücksichtigen ist auch die **Kooperation** zu und zwischen den Fachdisziplinen im Team wie Medizin, Psychologie, Pädagogik, Sozialpädagogik, Sonderpädagogik, Fachpflege, Geburtshilfe u. a. Die **Aufgaben und Grenzen** der jeweiligen Berufsgruppen sollten klar benannt werden. Auch die Rahmenbedingungen müssen eindeutig definiert und verbindlich sein. **Struktur** gibt Halt und Schutz auch für das Team. Wichtig ist die **Transparenz** von Planungsprozessen. Krisenpläne müssen erarbeitet und allen Teammitgliedern bekannt sein.

Die Kooperation mit anderen Einrichtungen wie Ambulanzen, Tageskliniken, stationären Einrichtungen, niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Einrichtungen wie Jugendämtern, Jugendgericht, Jugendrichter, Jugendgerichtshilfe, justiziellen Hilfen, Straffälligenhilfe, Bewährungshilfe, Einrichtungen der Jugendhilfe, ambulanter und stationärer Familienhilfe, Kinderheimen, Wohngruppen, Hebammen, Mutter-Kind-Einrichtungen u. Ä. sollte geregelt und vernetzt sein.

Traumapädagogische Standards institutionell umsetzen

Die zweite Auflage der Standards von FVTP und chTP aus 2025 verbindet Grundhaltung, pädagogische Praxis, institutionelle Qualität und Vernetzung. Sie betont die Erfahrungsexpertise junger Menschen: Ihre Rückmeldungen sollen Entscheidungen mitgestalten. Zum Haltungsrahmen gehören verstehende Annäherung an den guten Grund, Wertschätzung, Beteiligung, Transparenz und Raum für Freude. Diese Standards sind ein fachlicher Orientierungsrahmen; ein individuell besuchter Kurs belegt noch keine Umsetzung in einer Einrichtung (FVTP/chTP, 2025).

Haltung in überprüfbare Abläufe übersetzen

Alltagssituation	Verbindliche Umsetzung	Prüffrage aus Sicht des jungen Menschen
Eine Regel gilt für alle.	Zweck, unverhandelbare Schutzgrenze und mögliche individuelle Ausnahmen erklären; Überprüfung ermöglichen.	Verstehe ich die Regel und kann ich eine faire Ausnahme ansprechen?
Gewalt oder Grenzverletzung tritt auf.	Schutz herstellen, betroffene Person unterstützen, sachlich dokumentieren, zuständige Stellen einbeziehen und nachbesprechen.	Werde ich geschützt und ernst genommen, auch wenn die Grenzverletzung von einer Fachkraft ausgeht?
Eine Entscheidung betrifft mein Leben.	Reale Wahlmöglichkeiten, Grenzen der Entscheidung und den weiteren Weg transparent machen; barrierearme Kommunikation nutzen.	Was darf ich selbst entscheiden, wer entscheidet sonst und wie kann ich widersprechen?
Eine Beschwerde wird geäußert.	Erreichbare interne und unabhängige externe Wege, vertrauliche Bearbeitung und Rückmeldung sichern.	Kann ich mich ohne Vergeltung beschweren und erfahre ich, was daraus folgt?

Für betriebserlaubnispflichtige Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sind Schutz vor Gewalt, Selbstvertretung und Beteiligung sowie Beschwerden innerhalb und außerhalb der Einrichtung Bestandteil der gesetzlichen Anforderungen nach § 45 SGB VIII. Bei gewichtigen Anhaltspunkten für Kindeswohlgefährdung richtet sich das Vorgehen nach dem jeweiligen Schutzauftrag, insbesondere § 8a SGB VIII beziehungsweise § 4 KKG; unterschiedliche Berufsrollen und vereinbarte Verfahren werden beachtet.

Strukturelle Bedingungen für Beziehung und Resilienz

- **Platzierungs- und Beziehungskontinuität planen:** Übergänge vorbereiten, wichtige Kontakte sichern, Informationen verständlich übergeben und unnötige Hilfeabbrüche vermeiden. Ein Wechsel kann dennoch notwendig sein, wenn Schutz oder bedarfsgerechte Versorgung anders nicht erreichbar sind.
- Gruppengröße und Personalbesetzung am tatsächlichen Unterstützungsbedarf ausrichten. Verlässliche Präsenz und Rückzugsmöglichkeiten müssen auch in Krisen erreichbar sein; eine einzige universell optimale Gruppengröße lässt sich nicht aus dem Curriculum ableiten.

- Regelmäßige Einzel- oder Inselzeiten mit einer Bezugsperson verbindlich einplanen. Sie dienen dem Kontakt und selbst gewählten Anliegen und werden nicht als Belohnung bei Wohlverhalten entzogen.
- Beteiligung an Hilfeplanung und Entscheidungen in verständlicher, wahrnehmbarer Form ermöglichen. Hilfeplanziele, Zuständigkeiten und regelmäßige Überprüfung werden mit dem jungen Menschen und den zuständigen Personen erarbeitet (§ 36 SGB VIII).
- **Fachkräfte sichern:** realistische Arbeitsbelastung, qualifizierte Vertretung, geschützte Reflexionszeit, Supervision, Einarbeitung und verlässliche Leitung. Selbstfürsorge ergänzt diese Bedingungen, ersetzt sie aber nicht.

Praxisauftrag: Prüfen Sie einen Wochenplan und einen Krisenablauf Ihrer Einrichtung. Markieren Sie, wo Beteiligung, Einzelzeit, Rückzug, Vertretung und Beschwerde tatsächlich erreichbar sind. Benennen Sie eine Lücke, die das Team bearbeiten kann, und eine strukturelle Entscheidung, die Leitung oder Kostenträger benötigt.

Aktuelle Zahlen mit ihrem Aussagebereich lesen

Für Deutschland meldete Destatis im August 2026 für das Datenjahr 2025 rund 79.800 festgestellte Kindeswohlgefährdungen bei rund 268.300 Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII. Gezählt werden behördliche Verfahren beziehungsweise deren Ergebnisse; dies ist keine repräsentative Prävalenz aller Gewalterfahrungen und keine Zahl diagnostizierter Traumafolgestörungen. Veränderungen können sowohl Gefährdungen als auch Erkennen, Melden und Bearbeiten widerspiegeln. Die Zahlen begründen Aufmerksamkeit für Schutzstrukturen, erlauben aber keine Diagnose eines einzelnen Kindes (Destatis, 2026).

6. Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern

Dieses Modul bearbeitet drei Felder intensiver: Schule und Förderschulbereich, stationäre beziehungsweise teilstationäre Jugendhilfe sowie ambulante Jugendhilfe. Sie knüpfen an die vorhandenen Milieu-, Gruppen- und Fallbeispiele an. Frühe Hilfen werden als eigenes Feld mit einem zusätzlichen Transferbeispiel aufgenommen. Die folgende Übersicht macht weitere Anwendungsmöglichkeiten und jeweils eine zentrale Schnittstelle sichtbar (DeGPT/FVTP, 2025).

Handlungsfeld	Pädagogischer Schwerpunkt	Wichtige Abstimmung
Kindergarten	Verlässliche Übergänge, Spiel, Co-Regulation und kindgerechte Beteiligung.	Eltern, Fachberatung, Frühförderung und gegebenenfalls Kinderschutz.
Schule und Förderschulbereich	Lernzugang, Zugehörigkeit, vorhersehbare Abläufe und angemessene Unterstützung.	Klassenleitung, Schulsozialarbeit, Sonderpädagogik, Schulpsychologie und Sorgeberechtigte.
Frühbereichsheime und frühe Hilfen	Versorgung, feinfühlige Antwort auf kindliche Signale, Kontinuität der Betreuung.	Gesundheitsversorgung, Familienhebammen, Frühförderung und Jugendhilfe.
Pflegekinderhilfe	Zugehörigkeit, Herkunftsbezüge, Unterstützung der Pflegepersonen und sichere Kontakte.	Pflegekinderdienst, Sorgeberechtigte, Vormundschaft und Herkunftsfamilie.
Ambulante Jugendhilfe	Alltagsnahe Unterstützung im Lebensumfeld, gemeinsam gewählte Ziele und Schutz.	Familie, Jugendamt, Schule und örtliches Hilfenetz.
Öffentliche Jugendhilfe	Verständliche Beteiligung, Schutzklärung und bedarfsgerechte Hilfeplanung.	Leistungserbringer, unabhängige Beratung, Gesundheitswesen und gegebenenfalls Familiengericht.
Stationäre und teilstationäre Jugendhilfe	Sicheres Milieu, tragfähige Beziehungen, Peergruppe und Übergänge.	Herkunftsfamilie, Jugendamt, Schule und Behandlung.
Frauenhäuser und Beratung	Schutz, Orientierung und eigenständige Unterstützung von Kindern.	Gewaltschutzberatung, Jugendhilfe und rechtliche Hilfe; Aufenthaltsort vertraulich behandeln.
Krisen- und Übergangssettings	Schnell erreichbare Orientierung, Grundversorgung und verlässliche Übergabe.	Aufnehmende Stelle, Notfallversorgung und bisherige Bezugspersonen.

Handlungsfeld	Pädagogischer Schwerpunkt	Wichtige Abstimmung
Straffälligenhilfe und Forensik	Verständliche Regeln, Würde, Perspektiven und Beteiligung innerhalb des rechtlichen Rahmens.	Justiz, Bewährungshilfe und qualifizierte Behandlung; Schutz- und Kontrollauftrag offenlegen.
Stationäre und ambulante Drogenhilfe	Beziehung, alltagsbezogene Stabilisierung und erreichbare Hilfen.	Suchtmedizin, Psychotherapie und Notfallversorgung; Intoxikation medizinisch einordnen.
Hilfen für geflüchtete Menschen	Orientierung, Sprache, Bildung, soziale Sicherheit und Zugehörigkeit.	Qualifizierte Sprachmittlung, Sozial- und Rechtsberatung, Schule und Gesundheitsversorgung.
Somatische Pflege und Alten-/Seniorenpflege	Vorhersehbare Pflegehandlungen, Zustimmung, Biografie und Selbstbestimmung.	Pflege, Medizin, Angehörige und vertretungsberechtigte Personen.
Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie	Pädagogischer Alltag und Teilhabe während und nach Behandlung.	Behandlungsteam, Klinikschule, Familie und Jugendhilfe; gemeinsame Ziele und getrennte Zuständigkeiten.
Psychiatrie / Psychotherapie	Alltagskompetenzen, Teilhabe und soziale Beziehungen.	Behandlung, Sozialdienst, betreutes Wohnen und selbst gewählte Bezugspersonen.
Wohnungslosenhilfe	Existenzsicherung, erreichbarer Kontakt und Orientierung ohne hohe Zugangshürden.	Wohnhilfen, Sozialleistungen, Gesundheits- und gegebenenfalls Suchthilfe.
Berufsintegration psychisch belasteter Menschen	Passende Anforderungen, verlässliche Rückmeldung und reale Mitentscheidung.	Betrieb, Rehabilitation, Arbeitsvermittlung und Behandlung nach abgestimmtem Informationsbedarf.
Hilfen bei körperlichen und geistigen Einschränkungen	Barrierearme Kommunikation, Assistenz, Schutz und selbstbestimmte Entscheidungen.	Bezugsassistenz, Rehabilitation, Medizin und unterstützte Kommunikation.
Weitere psychosoziale Felder	Auftrag, Zielgruppe, Machtverhältnisse und Grenzen ausdrücklich bestimmen.	Zuständige Schutz-, Beratungs- und Versorgungsangebote vor dem Einsatz einer Methode klären.

Vertiefung 1: Schule und Förderschulbereich

Konstruierte Vignette: Mina, 11 Jahre, verlässt bei lautem Streit im Klassenraum ihren Platz und bleibt im Flur. Anschließend fehlen ihr Teile der Aufgabe. Eine Traumadiagnose liegt der Lehrkraft nicht vor. Andere Schüler:innen beginnen, das Verhalten nachzuahmen und Mina auszulachen. Ziel ist, Sicherheit, Lernzugang und Zugehörigkeit wiederherzustellen; eine Traumageschichte muss dafür nicht erhoben werden.

- **Akut:** Eine bekannte erwachsene Person stellt ruhigen Kontakt her, lässt Abstand und bietet einen überschaubaren nächsten Schritt an. Die übrige Gruppe wird beaufsichtigt; Spott und Grenzverletzung werden beendet. Bei ungewöhnlich eingeschränkter Ansprechbarkeit gilt der medizinische Krisenplan.
- **Mit Mina klären:** „Was war gerade schwierig? Was hilft dir, die nächste Aufgabe zu beginnen?“ Ein vereinbartes Pausensignal und ein erreichbarer Rückzugsplatz werden so gestaltet, dass eine Rückkehr möglich bleibt. Der Rückzugsort ist keine Strafisolation.
- **Lernen zugänglich machen:** Aufgabe in kurze Schritte gliedern, mündliche und schriftliche Information verbinden, fehlende Inhalte ohne Beschämung nachreichen und vorhersehbare Übergänge schaffen. Förderbedarf und gegebenenfalls formelle schulische Anpassungen werden nach den jeweiligen Landesregelungen mit den zuständigen Stellen geprüft.
- **Beziehung und Peers:** Verlässliche kurze Kontaktzeit vereinbaren. Mit der Klasse Regeln für Respekt, Hilfeholen und unterschiedliche Bedürfnisse bearbeiten, ohne Minas private Geschichte zum Unterrichtsthema zu machen. Eine Peerunterstützung erfolgt freiwillig und ersetzt keine Aufsicht.
- **Kooperation:** Schule, Sorgeberechtigte und gegebenenfalls Schulsozialarbeit, Sonderpädagogik oder Schulpsychologie stimmen Zuständigkeiten und notwendige Informationen ab. Wenn gewichtige Anhaltspunkte für Gefährdung vorliegen, den geltenden Schutzweg nutzen; Lehrkräfte haben nach § 4 KKG Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft.
- **Überprüfen:** Mina und die Lehrkraft wählen ein konkretes Ziel, beispielsweise den Einstieg in eine überschaubare Aufgabe nach einer Pause. Nach einem vereinbarten Zeitraum werden Teilnahme, subjektive Sicherheit, Belastung und ungewollte Folgen besprochen. Die Unterstützung wird nicht vom Offenlegen einer Diagnose abhängig gemacht.

Praxisübung: Entwerfen Sie einen Unterrichtsbeginn mit drei vorhersehbaren Schritten und zwei echten Wahlmöglichkeiten. Spielen Sie ein Gespräch von fünf Minuten mit Mina. Beobachter:innen prüfen, ob Lernanspruch, Schutz und Beteiligung zusammenkommen. Reflexion: Wo könnten Überbehütung, Ausschluss vom Unterricht oder ein öffentliches Sonderetikett entstehen? Welche Strukturänderung entlastet die ganze Klasse?

Vertiefung 2: Stationäre und teilstationäre Jugendhilfe

Konstruierte Vignette: Leo, 14 Jahre, lebt in einer Wohngruppe. Nach einem Wechsel der Bezugsperson gerät er beim Abendessen in Streit und wirft einen Stuhl. Einige junge Menschen sind verängstigt, andere feuern ihn an. Im Team werden Ausschluss und unbegrenztes Nachgeben als gegensätzliche Lösungen diskutiert. Ziel ist unmittelbarer Schutz bei verlässlicher Beziehung und gemeinsam tragfähigen Regeln.

- **Akut schützen:** Gefahrenbereich räumen, andere junge Menschen betreuen, Unterstützung nach dem Krisenplan hinzuziehen und möglichst mit einer ruhigen ansprechenden Person kommunizieren. Das Team vermeidet Zuschauerdruck. Körperliche Eingriffe sind keine

Standardmethode der Regulation; jede Notfallmaßnahme benötigt ihre rechtlichen und fachlichen Voraussetzungen.

- **Nach Beruhigung getrennt zuhören:** Leo und betroffene Peers erhalten Raum für ihre Sicht, ohne Rechtfertigungszwang oder gemeinsame Konfrontation. Verletzungen und Schäden werden versorgt beziehungsweise dokumentiert. Schutz und Verantwortungsübernahme werden mit einer respektvollen Haltung verbunden.
- **Beziehungswechsel bearbeiten:** Was war angekündigt? Welche Kontakte können bleiben? Wer ist verlässlich zuständig, wenn die bevorzugte Person ausfällt? Eine Übergangsplanung mit Namen, Zeiten und Vertretung ist konkreter als das Versprechen, niemals wieder verlassen zu werden.
- **Milieu und Regeln prüfen:** Lautstärke, Sitzordnung, Übergänge, Wahl bei Speisen und erreichbare Pause werden mit der Gruppe betrachtet. Gewaltgrenzen bleiben verbindlich. Wiedergutmachung erfolgt passend, freiwillig im Kontakt mit Betroffenen und ohne Demütigung; sie ist keine Bedingung für Grundversorgung oder Beziehung.
- **Institutionelle Passung sichern:** Leitungsverantwortung, angemessene Besetzung, regelmäßige Inselzeit und externe Beschwerdemöglichkeit festlegen. Hilfeplanung mit Jugendamt und Sorgeberechtigten berücksichtigt, welche Unterstützung eine tragfähige Platzierung braucht. Ein notwendiger Wechsel wird vorbereitet und nicht als Sanktion inszeniert.
- **Team lernen lassen:** In einer Interaktionsanalyse werden Alarm, Ärger, Retterimpulse und uneinheitliche Reaktionen besprochen. Die Gruppe braucht nachvollziehbare Information zum weiteren Ablauf, aber keine vertraulichen Falldetails. Überprüft werden Schutz, verlässliche Kontakte, Beteiligung und erneute Konfliktsituationen.

Praxisübung: Erstellen Sie für die Vignette einen Plan mit drei Spalten: Sofortschutz, Beziehungs- und Milieuarbeit, institutionelle Entscheidung. Benennen Sie pro Schritt eine zuständige Person und eine überprüfbare Rückmeldung. Reflektieren Sie: Welche Forderung liegt in der Verantwortung der Leitung? Was wäre ein begründeter Hilfebedarf statt einer Strafe? Übertragen Sie den Plan anschließend auf eine reale anonymisierte Situation Ihres Arbeitsfeldes.

Vertiefung 3: Ambulante Jugendhilfe

Konstruierte Vignette: Bei einer sozialpädagogischen Familienhilfe erklärt ein Vater, seine achtjährige Tochter müsse „endlich funktionieren“. Das Kind schweigt, die Mutter wirkt erschöpft. Termine fallen häufig aus; die Familie hat wenig Geld und wenig Unterstützung. Es gibt noch keine geklärte Gefährdungseinschätzung. Ziel ist ein erreichbarer, transparenter Hilfeprozess, der Alltagsentlastung und den eigenständigen Schutz des Kindes verbindet.

- **Auftrag und Macht offenlegen:** Freiwillige Hilfe, vereinbarte Ziele, Berichtspflichten und die Grenzen der Vertraulichkeit verständlich erklären. Für Hausbesuche klären, wer dabei ist, ob ungestörtes Sprechen möglich ist und wie alle Beteiligten einen Termin sicher beenden können.
- **Perspektiven erfassen:** Eltern und Kind erhalten geeignete eigene Gesprächsmöglichkeiten. Konkrete Situationen, Anforderungen und vorhandene Stärken erfragen. Schweigen oder Terminabsagen werden nicht automatisch als Widerstand, Dissoziation oder Beweis von Gewalt gedeutet.

- **Alltagsentlastung erarbeiten:** Mit der Familie eine kleine, realistische Routine auswählen, etwa einen vorhersehbaren Morgen mit Aufgabenverteilung. Materielle Not, fehlende Betreuung, Sprache oder Krankheit werden als eigenständige Unterstützungsbedarfe bearbeitet; Armut allein ist keine Misshandlung.
- **Elterliche Fähigkeiten fördern:** Die Wirkung klarer, gewaltfreier Regeln, aufmerksamen Zuhörens und gemeinsamer positiver Zeit an einer konkreten Alltagssituation besprechen und erproben. Bei weiterem Bedarf passende evidenzbasierte Elternprogramme oder Behandlung vermitteln; kein vollständiges Programm durch einzelne unsystematische Tipps ersetzen (WHO, 2023).
- **Schutz klären:** Konkrete Hinweise, Quellen und Unsicherheiten dokumentieren. Nach dem vereinbarten Verfahren eine insoweit erfahrene Fachkraft hinzuziehen und Kind sowie Sorgeberechtigte beteiligen, soweit der Schutz dadurch nicht gefährdet wird. Bei dringender Gefahr wird nicht bis zum nächsten Regeltermin gewartet (§ 8a SGB VIII; § 4 KKG).
- **Gemeinsam prüfen:** Ein für das Kind bedeutsames Ziel, ein Elternziel und den Schutzauftrag getrennt festhalten. Nach einem vereinbarten Zeitraum besprechen, was leichter oder belastender geworden ist. Kooperation mit Schule, Jugendamt und anderen Hilfen erfolgt auf geklärter Grundlage und mit dem notwendigen Informationsumfang.

Praxisübung: Formulieren Sie eine kurze Auftragsklärung, die Hilfe und Schutzverantwortung verständlich benennt. Entwickeln Sie anschließend eine Woche mit einer alltagsnahen Entlastung, einer kindlichen Wahlmöglichkeit und einer verantwortlichen Ansprechperson. Reflexion: Welche Information ist tatsächlich beobachtet? Welche Annahme beruht auf Ihrem eigenen Familienbild? Wie bliebe Hilfe erreichbar, wenn die Familie einen Vorschlag ablehnt?

Eigener Transfer: Frühe Hilfen und Frühbereichsheime

Frühe Hilfen richten den Blick besonders auf die ersten Lebensjahre und die Unterstützung werdender beziehungsweise junger Eltern. Sie verbinden Gesundheitswesen und psychosoziale Unterstützung; ein freiwilliges frühes Angebot und ein erforderliches Kinderschutzverfahren werden transparent unterschieden (KKG §§ 1, 3, 4). In Frühbereichsheimen sind außerdem Kontinuität der Betreuung, überschaubare Wechsel und die Begleitung von Trennungen bedeutsam.

Konstruierte Kurzvignette: Eine Mutter mit einem sechs Monate alten Kind berichtet, bei längerem Schreien innerlich „weg“ zu sein. Die Fachkraft fragt nach dem konkreten Ablauf, aktueller Versorgung und erreichbarer Unterstützung. Sie beobachtet mit Zustimmung eine überschaubare Alltagssituation, würdigt gelingende Reaktionen und hilft, frühe Überlastungszeichen sowie eine verlässliche Entlastungsperson zu benennen. Auffälligkeiten von Gesundheit, Versorgung oder Ansprechbarkeit werden durch geeignete Fachstellen abgeklärt. Die Mutter erhält Unterstützung, ohne eine eigene Traumageschichte erzählen zu müssen; der Schutz des Kindes bleibt eigenständig zu prüfen.

Transferaufgabe: Entwerfen Sie mit der Mutter einen einfachen Plan: Woran merke ich Überlastung? Wer übernimmt oder unterstützt rechtzeitig? Welche Versorgung ist gesichert? Wie erreiche ich fachliche Hilfe? Für Kindergarten und Tagesbetreuung übertragen Sie dieselbe Logik auf eine Eingewöhnung: wenige vorhersehbare Bezugspersonen, erkennbare Abschiedsrituale, kindliche Signale ernst nehmen und Elternrückmeldung einbeziehen. Ein erzwungenes Aushalten von Trennung ist kein Beweis für gelungene Selbstregulation.

7. Pädagogische Prozessplanung und begleitende Beratung

Klärung der Rahmenbedingungen und inneren Strukturen

- In welchem Rahmen bin ich tätig?
- Finanzierung/Zeit/Örtlichkeit
- Beratungsvertrag notwendig?
- Schweigepflicht?
- Netzwerk? Notfallnummern?
- Was ist meine Klientelgruppe und welche Besonderheiten hat diese?
- Was muss ich auf Grund meiner Klientelgruppe beachten? (Kultur, Sprache, Rechtliches …)
- Einzel-/ Gruppensetting
- Wer hat welchen Auftrag? (junger Mensch, Sorgeberechtigte, System, Fachkraft etc.)
- Wie ist meine innere Haltung (Übertragung/Gegenübertragung)?

Kontaktaufnahme

- Wie sind Termine möglich? Offene Sprechstunde, Terminvereinbarung etc.
- Beziehungsaufbau: ressourcenorientiert, angenehme Atmosphäre, Bindungsstil beachten, Auftrag klären (Kunde, Besucher, Klagender)
- Transparenz aufzeigen, maximaler Kontrast zur traumatischen Situation, Vertraulichkeit schaffen
- Auftrag/Erwartungen klären – realistische Möglichkeiten aufzeigen
- Symptome und Verhalten als mögliche Bewältigungsversuche verstehen; alternative Erklärungen und aktuelle Bedingungen mitprüfen.
- **Methodik:** Pacing und Leading, auf Gegenübertragungsimpulse achten, reflektiertes versus reflexhaftes Handeln

Anamnese

- Trauma-/ Ressourcenlandkarte
- Lebenslinie/Biografiearbeit
- Genogrammarbeit
- Funktion und Kontext erkunden: Welchen nachvollziehbaren Grund könnte das Verhalten haben? Welche gegenwärtigen Anforderungen, Lernbedingungen, Erkrankungen oder Schutzbedürfnisse kommen ebenfalls infrage?
- Beobachtungen und Beschwerden auftragsgemäß erfassen; fachlich gestellte Diagnosen mit Quelle und Zeitpunkt übernehmen, nötige weitere Abklärung veranlassen.
- Psychoedukation
- **Methodik:** Stresstoleranzfenster beachten, Regulationsstrategien (Skills, Achterbahn-Metapher), Mentalisieren, Sicherer Ort, Tresorübung

Hypothesenbildung

- Was habe ich verstanden?
- Was wurde konkret beobachtet oder berichtet? Welche Funktion ist plausibel, welche Alternativen sind offen, und welche zusätzliche Abklärung ist nötig?
- Was hat das mit der Lebensgeschichte zu tun? Die Welt aus den Augen des jungen Menschen sehen …
- Welche Ziele, Anliegen und Erwartungen hat wer? Was ist mein Auftrag, und kann ich ihm gerecht werden?
- Welche Ressourcen haben der junge Mensch und das System?
- Was braucht der junge Mensch, um sein Ziel zu erreichen? Ist das Ziel realistisch? Was könnten Zwischenziele sein?
- Sind unterschiedliche Wünsche, Selbstbewertungen oder innere Konflikte erkennbar? Ein Anteile- oder Introjekt-Modell kann freiwillig als Metapher dienen; es beweist keine verborgene Person, Erinnerung oder historische Ursache.
- Was kann der junge Mensch heute wahrnehmen, benennen, regulieren und reflektieren? Welche Hilfen sind dabei nötig? Zeitpunkte früher Belastungen werden nur entsprechend gesicherter oder als solche gekennzeichneter berichteter Angaben übernommen. Motivation, Ziele und Unterstützungsbedarf werden gemeinsam geklärt.
- Ist das System sicher? Besteht Täterkontakt? Was ist rechtlich zu beachten?
- Ist das System unterstützend? Müssen Netzwerke aktiviert werden?
- Reinszenierungen im Kontakt/System?
- Methoden zur gemeinsamen Verständigung: Soziogramm, Organigramm, Ressourcenlandkarte, Skalierungs- und Zukunftsfragen, Reframing und freiwillige systemische Positionsarbeit. Darstellungen und Rollenaufstellungen sind Ausdruck gegenwärtiger Sichtweisen, kein Beweis für verdeckte Familienereignisse. Eigene Übertragungs- und Gegenreaktionshypothesen werden reflektiert.

Stabilisierendes Arbeiten je nach Auftrag

- Stabilisierungsarbeit (verschiedene Übungen siehe Modul 2), besonders auf Körperebene
- Triggerkontrolle, Notfallkoffer, Achtsamkeitsübungen
- Freiwillige Biografie- und Narrativarbeit zur Orientierung, Ressourcenwahrnehmung und Alltagsgestaltung; keine angeleitete Traumaexposition im nichtheilkundlichen Auftrag.
- Belastende Bewertungen im aktuellen Alltag gemeinsam prüfen und hilfreiche Alternativen erproben.
- Psychoedukation
- Lösungsorientiert arbeiten, Selbstbestimmung und benötigte Unterstützung verbinden und Überforderung vermeiden.
- System bzw. Gruppe im Blick haben, bei Bedarf beraten und Netzwerke aktivieren
- **Methodik:** Transparenz, Selbstwirksamkeit fördern, Kontrolle beim Gegenüber lassen, maximaler Kontrast zum Trauma, Begleiten, eigene Impulse reflektieren (immer wieder eigene innere Haltung überprüfen), Spiegeln

Abschluss

- Wie kann eine Beendigung gut gestaltet werden?
- Notfallprophylaxe
- Wo kann erneut Unterstützung aktiviert werden? Netzwerke
- Wo liegen die Grenzen der Beratung? Wann kann wohin weiterverwiesen werden?

8. Lebenslinie: freiwillige Biografiearbeit

Das Legen einer Lebenslinie ist eine freiwillige Form der Biografiearbeit. Sie kann auf Papier gestaltet oder mit Seil, Steinen, Blumen und selbstgewählten Symbolen gelegt werden. Ziel ist ein für die Person hilfreicher Überblick über ausgewählte Erfahrungen, Beziehungen, Stärken und Übergänge. Eine vollständige Lebensgeschichte oder die Erinnerung an belastende Einzelheiten ist nicht erforderlich. Lücken dürfen bleiben.

Vorgehen

1. Ein Seil wird ausgelegt. Die Person wählt einen passenden Anfang und einen überschaubaren Zeitraum. Schwangerschaft und Geburt dürfen nur als bekannte oder von anderen berichtete biografische Angaben markiert werden; die jeweilige Quelle wird benannt. Sie sind keine Aufforderung, vorgeburtliche oder früheste Erinnerungen zu erzeugen.
2. Der junge Mensch entscheidet selbst, welche wichtigen Ereignisse bis heute er markieren möchte. Blumen und Steine können für angenehme beziehungsweise belastende Erfahrungen stehen; andere Symbole, neutrale Ereignisse und ambivalente Bedeutungen sind ebenso möglich. Das Auslassen oder Entfernen eines Symbols bleibt erlaubt.
3. Beim Betrachten werden vor allem hilfreiche Beziehungen, Kompetenzen und Unterstützung erkundet: „Wer oder was hat geholfen?“ Belastende Details müssen nicht erläutert werden. Bei Überforderung wird eine Pause vereinbart und die Aufmerksamkeit in die Gegenwart gelenkt.
4. Zum Abschluss betrachtet die Person, was heute bedeutsam ist: Was habe ich gelernt? Welche Strategien helfen heute, welche möchte ich verändern? Was ist der nächste selbstgewählte Schritt? Vor dem Ende werden Gegenwartsorientierung und die nächste erreichbare Unterstützung geklärt; die Person entscheidet über Aufbewahrung oder Entfernen der Darstellung.

9. Traumapädagogische Gruppenarbeit

Traumafolgen und Gruppendynamik gemeinsam betrachten

Schwierigkeiten der Emotionsregulation, ein negatives Selbstbild und belastete Beziehungserwartungen können das Miteinander erschweren. Gleichzeitig verändern Rückmeldungen der Gruppe, Anerkennung, Regeln und Ausgrenzung das Erleben des Einzelnen. Gruppenkohäsion kann Zugehörigkeit fördern; sie kann auch als Anpassungsdruck wirken. Soziale Fähigkeiten werden deshalb in sicheren Situationen erprobt, während die Leitung Machtverhältnisse und Schutz verantwortet. Aus einer Gruppenschwierigkeit wird keine komplexe PTBS diagnostiziert.

Soziale Angst und sichere Gruppenreflexion

Wer soziale Bewertung fürchtet, braucht keine öffentliche Traumaoffenlegung oder spontane Redeprüfung. Einstieg über eine kleine Aufgabe, ein Tandem, schriftliche Rückmeldung oder Beobachten kann Teilnahme ermöglichen. Die Person entscheidet über ihren Beitrag; das Ziel bleibt ein zugänglicher Weg in Beteiligung, kein dauerhafter Ausschluss. Bei ausgeprägter Beeinträchtigung wird eine passende klinische Abklärung beziehungsweise Behandlung unterstützt.

Ein kurzer Gruppencheck kann drei freiwillige Fragen nutzen: Was hat heute geholfen? Was war schwierig? Was wünschen wir uns für das nächste Mal? Antworten dürfen gesprochen, geschrieben oder mit Symbolen gegeben werden. Regeln und Abläufe können in einem anonymen Stimmungsbild bewertet werden. Ein Soziogramm mit personenbezogenen Ablehnungen wird nicht öffentlich ausgestellt. Die Leitung meldet zurück, welche Veränderung möglich ist und was begründet unverändert bleibt.

Positive Peerkultur und Schutz vor Mobbing

Positive Peerkultur bedeutet gegenseitige Anerkennung, freiwillige Hilfe und kooperative Aufgaben mit unterschiedlichen Rollen. Junge Menschen werden dabei nicht zu Hilfstherapeut:innen oder Aufsichtspersonen. Verantwortung für Schutz, faire Regeln und Grenzsetzung bleibt bei den Fachkräften. Stärke zeigt sich auch darin, Hilfe zu holen und eine Grenze zu akzeptieren.

- **Gemeinsam konkrete Regeln entwickeln:** keine Demütigung, keine Weitergabe privater Geschichten oder Bilder, kein Zwang zu Nähe, Geständnissen oder Gruppentreue. Digitale Räume und Ausschluss aus Gruppenchats mitdenken.
- Bei wiederholter Abwertung oder Machtungleichgewicht nicht vorschnell einen gleichberechtigten Streit annehmen. Betroffene getrennt und geschützt anhören, aktuelle Gefahr beenden, Informationen sichern und verantwortliche Fachpersonen einbeziehen.
- Für betroffene junge Menschen eine erreichbare Ansprechperson und ein überprüfbares Schutzarrangement vereinbaren. Sie müssen nicht vor der Gruppe beweisen, wie belastet sie sind, oder einer Versöhnung zustimmen.
- Mit den beteiligten Peers und der Gruppe Handlungsalternativen, Verantwortungsübernahme und verlässliche Grenzen bearbeiten. Zwangsmediation oder eine Konfrontationsrunde kann Machtungleichgewicht verstärken. Wirkung und mögliche Vergeltung nach der Intervention weiter beobachten.

Übung: In einer konstruierten Wohngruppensituation erhält ein Kind wiederholt den Namen „Psycho“ und wird aus einem Chat ausgeschlossen. Erarbeiten Sie getrennt einen Schutzplan für das Kind, einen Leitungsplan und eine spätere Gruppenaufgabe. Prüfen Sie, ob Ihre Lösung die Verantwortung bei den Erwachsenen belässt und zugleich Beteiligung ermöglicht.

Wechselwirkung von Team und Peergruppe

Uneinheitliche Regeln, unklare Informationen und erschöpfte Fachkräfte können Konflikte verstärken. Umgekehrt können häufige Krisen, Peergewalt und starke Polarisierung im Team Druck erzeugen. „Spaltung“ oder „Teamburnout“ sind dabei beschreibende Arbeitsbegriffe, keine ausreichende Erklärung. Das Team trennt aktuelle Gefährdung, individuelle Belastung und organisatorische Probleme, nutzt eine gemeinsame Interaktionsanalyse und fordert nötige Leitungsentscheidungen ein. Die folgenden historischen Gruppenmodelle erweitern die Reflexion; sie sind keine festen Entwicklungs- oder Persönlichkeitstests.

10. Gruppendynamik: historische Modelle zur Reflexion

Die folgenden Abschnitte lehnen sich an das Handbuch der Gruppenleitung von Stahl (2017) an, etwa mit den Begriffen „persönlicher Zielpool“ und „Gruppentopf“, dem Gruppenfeld und den Rollen in Gruppen. Die Modelle dienen der gemeinsamen Reflexion; sie beschreiben keine festen Gruppen- oder Persönlichkeitstypen.

Wann sprechen wir von einer Gruppe?

Eine Gruppe entsteht durch aufeinander bezogene Interaktionen, ein Zugehörigkeitsgefühl und gemeinsam entwickelte oder vorgegebene Erwartungen und Regeln. Ein gemeinsames Ziel kann verbinden; bloße Anwesenheit oder ein gleiches Ziel allein beschreibt die Dynamik noch nicht ausreichend.

Wer einer Gruppe beitritt oder ihr angehört, bringt meist mehrere persönliche Ziele mit. Der Begriff „persönlicher Zielpool“ dient hier als Reflexionshilfe: Welche sachlichen und zwischenmenschlichen Anliegen sind bedeutsam oder dringlich? Passende Ziele können Motivation und Zugehörigkeit unterstützen. In verpflichtenden Settings, bei sozialer Angst, Gruppendruck oder negativen Erfahrungen kann Teilnahme trotz wichtiger Ziele schwierig bleiben.

Art der persönlichen Ziele:

- sachlich (Inhalte der Gruppenaktivität) und zwischenmenschlich (Qualität des Miteinanders)
- Persönliche Bedeutsamkeit der Ziele
- Dringlichkeit von Zielen: vordringlich und nachgeordnet

Die Ziele der Einzelnen müssen sich im „Gruppentopf“ miteinander arrangieren. Aus diesem Gewimmel einen Schwarm zu formen – das ist die Aufgabe des Gruppenprozesses.

Gründungsphase

- **Ausschreibung:** Welche offiziellen Ziele gehen daraus hervor?
- Konventionen als Ausgangspunkt (Sitzordnung, Pausenordnung, Kleiderordnung, Ansprache etc.)
- Separation (Abgrenzung nach außen durch offizielle Ziele und Konventionen)
- Risiko ausgrenzender Feindbilder erkennen und begrenzen.
- Faire Zugewandtheit und transparente Rollen der Leitung; besonderer Schutzbedarf darf berücksichtigt werden.

Anfangsphase

- Nährboden für Übertragungsphänomene: anhand von Schlüsselreizen übertragen wir durch Erfahrung gewonnene Muster auf eine bestimmte Situation
  - Menschenkenntnis
  - Lebenserfahrung
  - Wiederbelebte Vergangenheit

In der Gruppe angekommen ist man, wenn Gewissheit besteht über:

- menschliche Grundregeln
- offizielle Ziele
- die Zugehörigkeit zur Gruppe

Komplikationen bei der Gruppenfindung

- Zerfall der Gruppe durch unklare Ziele
- Blockade bei der Aufstellung von Konventionen
- Unzufriedenheit durch unterschiedliche Ausprägungen des Sicherheitsbedürfnisses innerhalb der Gruppe
- Fehlstart durch überhastetes Forming
- Langeweile durch überdehntes Forming

Im Phasenmodell nach Tuckman (1965) bezeichnet „Forming“ eine erste gemeinsame Orientierung und „Storming“ die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Interessen. Gruppen können Phasen überspringen, wiederholen oder gleichzeitig verschiedene Prozesse zeigen. Das Modell dient der Reflexion, nicht der Vorhersage eines festen Ablaufs.

Auf die Phase des Sich-Kennenlernens im Verbindenden folgt häufig eine konflikthafte Zeit des Sich-Kennenlernens im Trennenden.

Illusion einer konfliktfreien Gruppenidentität nach Bion

Bion (1961) beschrieb drei unbewusste „Grundannahmen“, mit denen Gruppen der Arbeit an ihrer eigentlichen Aufgabe ausweichen können. Sie dienen hier als Reflexionsfolie, nicht als Diagnose einer Gruppe:

- **Kampf-Flucht-Grundannahme:** Identifizierung der Gruppe über eine von allen wahrgenommene externe Bedrohung, der durch Angriff, Verteidigung oder Flucht begegnet wird
- **Paarbildungs-Grundannahme:** Identifizierung mit der Gruppe über eine von allen geteilte messianische Hoffnung (auf Erlösung, Befreiung etc.)
- **Abhängigkeits-Grundannahme:** Identifizierung über die von allen akzeptierte Abhängigkeit von einem versorgenden Führer

Das Riemann-Thomann-Kreuz

Das Modell geht auf die vier Grundformen der Angst nach Riemann (1961) zurück. Thomann und Schulz von Thun (1988) entwickelten daraus das Kreuz mit den Achsen Nähe–Distanz und Dauer–Wechsel für Beratung und Klärungshilfe (Schulz von Thun Institut, o. J.).

- Dimensionen: Abgegrenztheit (Nähe–Distanz) und Berechenbarkeit (Dauer–Wechsel)
- Vier Pole des Kreuzes: Nähe, Distanz, Dauer und Wechsel
- Individuelles „seelisches Heimatgebiet“ (siehe unten)
- Beziehungsdynamische Grundprinzipien: „komplementäre Gegenbewegung“ und „konflikthafte Polarisierung“

Jeder Mensch muss sich im Verlauf seines Lebens immer wieder mit allen vier Forderungen auseinandersetzen:

- Abgrenzung, Beziehungsfähigkeit, Dauerhaftigkeit und Wandlungsbereitschaft

Ebenso mit den durch sie geweckten existenziellen Grundängsten:

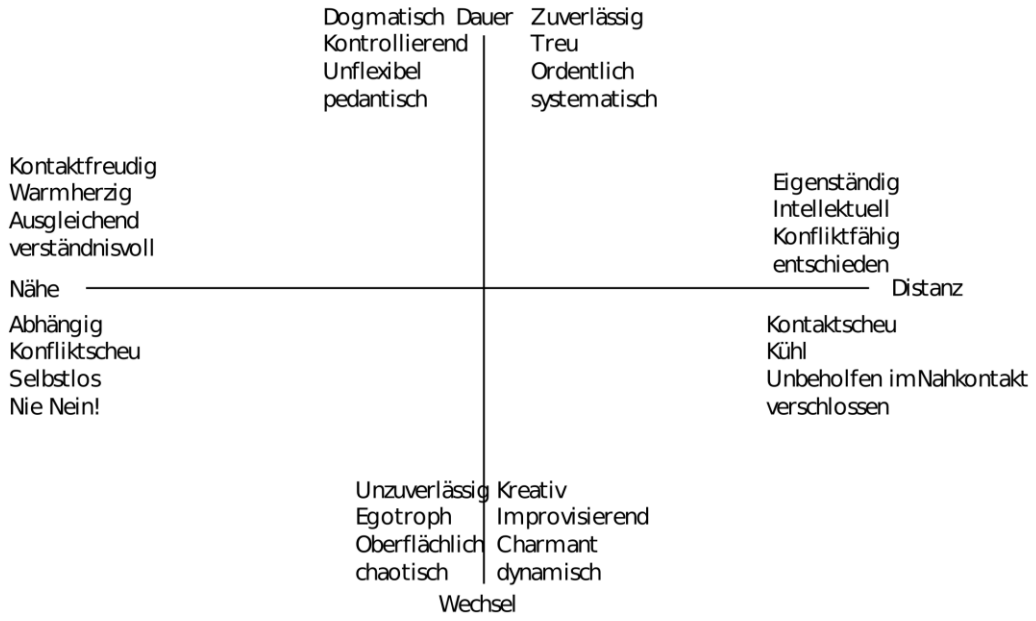
- vor Einsamkeit, Selbstverlust, Unbeweglichkeit und Chaos

Im Riemann-Thomann-Modell werden den vier Grundorientierungen beispielhaft folgende Bereiche zugeordnet; dies sind keine nachgewiesenen Symptomursachen oder Diagnosen:

- Verhaltensweisen (z. B. Kontaktstil)
- Einstellungen (z. B. Vorlieben und Abneigungen)
- Wertvorstellungen (z. B. Prinzipien und Ideale)
- Kompetenzen
- Ängste

Als „seelisches Heimatgebiet“ bezeichnet das Modell einen individuell vertrauten Bereich im Spannungsfeld von Nähe, Distanz, Dauer und Wechsel.

Mit dieser Metapher lässt sich fragen, wann eine Situation genügend Zugehörigkeit, Abgrenzung, Berechenbarkeit oder Veränderung ermöglicht und wann sie als zu viel oder zu wenig erlebt wird. Bedürfnisse können sich je nach Situation, Beziehung und Lebensphase verändern. Ein einzelnes Verhalten ordnet Menschen keinem festen Typ zu.

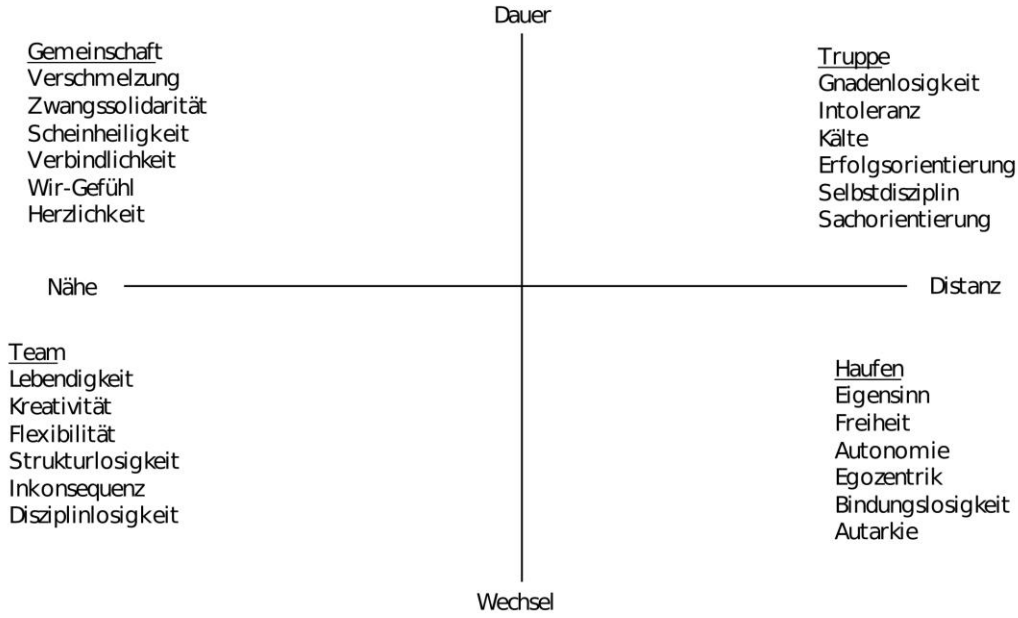


Das Riemann-Thomann-Modell wird hier als Reflexionshilfe verwendet. Nähe, Distanz, Dauer und Wechsel können bei derselben Person je nach Situation unterschiedlich wichtig werden. Die Eigenschaftswörter der Grafik illustrieren mögliche Ausprägungen und Übertreibungen; sie sind keine klinischen Diagnosen und keine gemessenen, unveränderlichen Personentypen. Quelle zum Modell: Schulz von Thun Institut (o. J.).

Das Riemann-Thomann-Kreuz in Bezug auf Gruppen

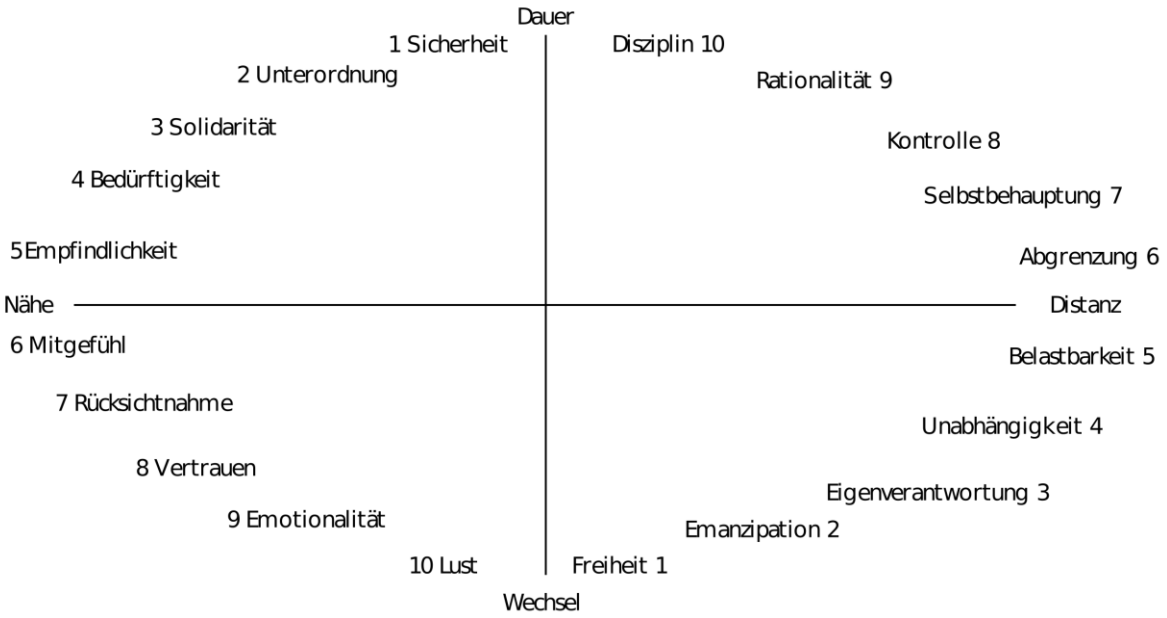
- **Gemeinschaft (Dauer/Nähe-Anteile):** starkes Zusammengehörigkeitsgefühl; Verschmelzung, Zwangssolidarität, Scheinheiligkeit, Verbindlichkeit, Wir-Gefühl, Herzlichkeit

- **Truppe (Dauer/Distanz-Anteile):** klare Hierarchie, sachlich-förmlicher Umgangsstil; Gnadenlosigkeit, Intoleranz, Kälte, Erfolgsorientierung, Selbstdisziplin, Sachorientierung
- **Team (Wechsel/Nähe-Anteile):** lockerer, herzlicher Umgang; Lebendigkeit, Kreativität, Flexibilität, Strukturlosigkeit, Inkonsequenz, Disziplinlosigkeit
- **Haufen (Wechsel/Distanz-Anteile):** distanzierter und unverbindlicher Umgang; Eigensinn, Freiheit, Autonomie, Egozentrik, Bindungslosigkeit, Autarkie



Die Gruppenbezeichnungen in dieser Grafik sind zugespitzte Modellbegriffe. Sie dienen dem Gespräch über Kooperation, Struktur, Freiheit und Zugehörigkeit. Menschen und Teams sollen damit nicht festgelegt oder abgewertet werden. Für die Praxis sind beobachtbare Situationen und veränderbare Bedingungen zu beschreiben.

Themen als Zwickmühle



Die Ziffern in der „Zwickmühlen"-Grafik kennzeichnen Positionen der Zeichnung. Sie sind keine normierten Testwerte. Leitfrage für die Reflexion: Wie lassen sich in dieser konkreten Situation unterschiedliche Bedürfnisse nach Verlässlichkeit, Veränderung, Nähe und Abstand berücksichtigen? Quelle zum Modell: Schulz von Thun Institut (o. J.).

Rollen im Gruppenfeld

Rollenerwartungen können Gruppensituationen überschaubarer machen. Zugleich können feste Zuschreibungen das Verhalten einengen; Rollen werden deshalb als veränderliche Beziehungsmuster betrachtet.

- Als „psychologische Rollen" bezeichnet das folgende historische Raster Zuschreibungen wie „Streber" oder „Clown". Sie erklären keine psychische Veranlagung und dürfen Personen nicht dauerhaft festlegen.
- **Gruppendynamische Rollen:** Rollen, die durch ihren Einfluss auf das sachliche und zwischenmenschliche Gruppengeschehen, ihre gruppendynamische Macht, beschrieben werden (Führer, Mitläufer…)

Psychologische Rollen

Beispiele historischer Rollenbezeichnungen sind „der Kleine", „der Gerechte", „der Einsichtige", „der Fleißige", „der Karrieredenker", „der Eigenbrötler", „der Emotionale", „der Versager", „der Clown", „der Frühreife" und „der Rebell". In der Reflexion wird geprüft, wer solche Etiketten vergibt und welche Folgen sie haben; abwertende Bezeichnungen werden nicht zur Ansprache von Gruppenmitgliedern verwendet.

Das Modell beschreibt ein Zusammentreffen persönlicher Handlungsmöglichkeiten mit den Erwartungen der Gruppe. Aufmerksamkeit, Zugehörigkeit, Anerkennung oder Schutz können Rollen begünstigen. Welche Motive tatsächlich vorliegen, wird nicht vorab unterstellt; auch Hierarchie, Diskriminierung und eingeschränkte Wahlmöglichkeiten prägen die Position.

Nicht jede Rolle bringt den gleichen Lohn, und unterschiedliche Menschen bevorzugen unterschiedliche Währungen der Belohnung: Während sich der eine durch Duldung bereits reichlich beschenkt sieht, ruht der andere nicht eher, als er alle Aufmerksamkeit auf sich ziehen konnte.

Relativität der Rolle: Jedem Menschen steht aufgrund seines Heimatgebietes ein breites Verhaltensrepertoire offen, aus dem er stimmungs- und situationsgemäß auswählen kann. Diese Bandbreite versetzt uns grundsätzlich in die Lage, angesichts eines spezifischen Gruppenzusammenhangs unterschiedliche Rollen zu spielen.

Unsere Rollenwahl hängt aber nicht nur von unserem eigenen Heimatfeld ab, sondern ebenso sehr von dem Gruppenfeld, auf dessen Hintergrund es wirksam wird. So kann z. B. ein mäßig nähebedürftiger Mensch in einer Gruppe, deren Feld stark distanzgeprägt ist, mit seiner aufgeschlossenen Art in die Nähe des „Softies“ geraten, während er in einer anderen Gruppe, die sich eher ein warmes Nest bereitet, als „kühler Kopf“ gilt.

Die Rollenvergabe in einer Gruppe liefert immer zwei Informationen: eine über den Spieler und eine zweite über das Gruppenfeld.

Manchmal wiederholen sich enge Beziehungsmuster in verschiedenen Gruppensituationen. Frühere Erfahrungen, aktuelle Erwartungen und Reaktionen anderer können daran beteiligt sein. Reflexion fragt, wie das Muster gemeinsam unterbrochen und das Handlungsspektrum erweitert werden kann, ohne der Person eine zwanghafte Rollenwahl oder alleinige Verantwortung zuzuschreiben.

Gruppendynamische Rollen

Beispiele: Führer, Mitläufer, Außenseiter, Sündenbock.

- Informelle Führung kann entstehen, wenn eine Person Themen aufgreift, die in der Gruppe bedeutsam sind. Einfluss kann aber auch mit Druck, Abhängigkeit oder Angst zusammenhängen. Die Leitung prüft deshalb, wessen Interessen hörbar sind und wer geschützt werden muss.
- **Der Mitläufer:** Er lässt sich im thematischen Strom treiben und tritt hinter den inoffiziellen Führer zurück. Sein Einfluss manifestiert sich v. a. in seiner Zurückhaltung. Er verzichtet darauf, der Gruppe eigene Impulse zu geben und verkörpert seinerseits keine zusätzlichen markanten Themen. Sein Hauptziel in der Gruppe ist nicht die Schaffung eines von ihm geprägten Klimas, sondern das Dazugehören.
- Eine als „Außenseiter“ bezeichnete Person ist möglicherweise wenig eingebunden oder vertritt abweichende Themen. Diese Position kann durch Ausgrenzung entstehen und ist nicht automatisch selbst gewählt.
- Als „Sündenbock“ bezeichnet das Modell eine Person, der die Gruppe Probleme oder bedrohliche Themen zuschreibt. Ausgrenzung kann kurzfristig scheinbare Einigkeit erzeugen, schädigt aber Sicherheit und Teilhabe. Die Leitung unterbricht Abwertung und Peergewalt und bearbeitet die gemeinsame Dynamik, statt die Zuschreibung zu bestätigen.

Wenn eine vertraute Rolle trotz belastender Folgen wiederholt eingenommen oder zugewiesen wird, können Angst vor unbekannten Beziehungen, Zugehörigkeitswünsche und Erwartungen der Gruppe beteiligt sein. Das ist eine prüfbare Interaktionshypothese und keine Diagnose eines „neurotischen Rollenträgers“. Veränderung betrifft die Person, die Peergruppe und das Verhalten der Fachkräfte.

11. Traumasensible Elternarbeit

Elternarbeit verbindet die Rechte und Bedürfnisse des Kindes mit erreichbarer Unterstützung der Eltern. Eine eigene Traumafolgestörung oder psychische Erkrankung kann etwa Aufmerksamkeit, Belastbarkeit oder Regulation erschweren, belegt aber keine fehlende Erziehungsfähigkeit. Fähigkeiten werden konkret, situationsbezogen und unter Berücksichtigung verfügbarer Hilfe betrachtet. Eine intergenerationale Belastung ist möglich, aber weder zwangsläufig noch aus fehlenden Erinnerungen oder einem auffälligen Kind abzuleiten.

Belastungen, Bewältigung und Schutzfaktoren gemeinsam erkunden

Relevante Fragen betreffen aktuelle Gewalt, unzureichende Versorgung, anhaltende Überforderung, schwere unbehandelte Erkrankung oder Intoxikation, soziale Isolation und fehlende Unterstützung. Armut, Herkunft oder eine Diagnose allein sind keine Vernachlässigung. Belastungen und Schutzfaktoren werden gemeinsam mit beobachtbaren Folgen und konkretem Hilfebedarf erfasst. Stabile Familienbeziehungen, verlässliche andere Erwachsene, Geschwisterbeziehungen und erreichbare materielle Hilfe können wichtige Ressourcen sein.

Familien gehen unterschiedlich mit Stress um: Manche reden viel, andere vermeiden Themen, organisieren den Alltag sehr streng oder ziehen sich zurück. Es wird gefragt, was diese Bewältigung kurzfristig ermöglicht und was sie das Kind kostet. Geheimhaltung oder Verneinung kann mit Angst, Loyalität, Scham oder Schuld zusammenhängen; sie beweist weder, dass ein Verdacht zutrifft, noch, dass nichts geschehen ist. Die Fachkraft verlangt kein Geständnis und lässt Schutzmaßnahmen nicht von einem Schuldeingeständnis abhängig werden.

Ein hilfreicher Gesprächsbeginn mit hochbelasteten Eltern verbindet Anerkennung und Klarheit: „Sie beschreiben sehr viel Belastung. Gleichzeitig braucht Ihr Kind heute eine verlässliche Versorgung. Lassen Sie uns festhalten, was Sie selbst übernehmen können und welche Unterstützung sofort nötig ist.“ Kurze Termine, verständliche Sprache, konkrete Aufgaben und passende Erwachsenenhilfe können den Zugang erleichtern. Ein Elternprogramm mit geprüfter Wirksamkeit wird bei Bedarf vermittelt; seine Indikation und Durchführung bleiben qualifikationsgebunden (WHO, 2023).

Häusliche Gewalt systemisch verstehen und Verantwortung klar halten

Häusliche Gewalt beeinflusst Beziehungen, Versorgung, Angst, Loyalität und die Möglichkeiten, frei zu sprechen. Ein systemischer Blick untersucht diese Wechselwirkungen, ohne Verantwortung für Gewalt auf das betroffene Kind oder den gewaltbetroffenen Elternteil zu verlagern. Gemeinsame Gespräche sind ungeeignet, wenn sie Einschüchterung, Kontrolle oder Vergeltung ermöglichen. Dann werden sichere getrennte Kontakte, vertrauliche Kommunikationswege, Fachberatung und das erforderliche Schutzverfahren organisiert.

Bei eigener Gewaltausübung eines Elternteils wird die Eltern-Kind-Beziehung neu auf Sicherheit und Verantwortungsübernahme ausgerichtet. Das Kind muss weder verzeihen noch Nähe herstellen, um Hilfe zu erhalten. Geprüft werden konkret: Welche Gefahr besteht? Welche Veränderungen sind beobachtbar und verlässlich? Wer schützt bei erneuter Grenzverletzung? Welche Beziehung ist unter diesen Bedingungen für das Kind tragfähig? Elternberatung,

Schutzplanung und gegebenenfalls Behandlung der Erwachsenen haben unterschiedliche Aufgaben.

Lebensweltorientierte Elternarbeit in stationären Settings

Nach § 37 SGB VIII sollen Eltern bei Hilfen außerhalb der Familie beraten und unterstützt werden; ihre Beziehung zum Kind und eine tragfähige Lebensperspektive werden gefördert. Dies bedeutet keinen automatischen Vorrang einer Rückkehr unabhängig von Schutz und Entwicklung. Im Alltag können sichere Beiträge der Eltern erhalten bleiben: vertraute Rituale, Wissen über Vorlieben, eine verabredete Beteiligung am Schulalltag oder gemeinsame überschaubare Tätigkeiten. Rollen, Rechte, Grenzen und die Zusammenarbeit mit Sorgeberechtigten beziehungsweise Vormundschaft werden verständlich geklärt.

Der sichere Rahmen gilt für Kind, Eltern, Fachkräfte und weitere Anwesende. Vor einem Gespräch werden Ort, Beteiligte, Sprache beziehungsweise qualifizierte Sprachmittlung, Zeit, Vertraulichkeit und Abbruchmöglichkeiten vereinbart. Adressen oder Schutzorte werden nicht unbedacht weitergegeben. Fachkräfte versprechen keine absolute Sicherheit, sondern benennen die tatsächlich verfügbaren Schutzmaßnahmen.

Besuchskontakte sicher vorbereiten, begleiten und auswerten

Phase	Konkrete Aufgaben
Vorbereitung	Aktuelle Schutzlage, kindliche Sicht, Zuständigkeit und rechtliche Regelung klären. Ziel, Ort, Begleitung, An- und Abreise, Dauer, erlaubte Kontakte und Stoppsignal vereinbaren. Kindgerecht erklären, wer bei Problemen handelt.
Begleitung	Ansprechbar und im vereinbarten Umfang aufmerksam bleiben. Wahl und Grenzen des Kindes beachten. Tatsächliche Interaktionen beschreiben; keine Aussage über innere Motive aus einem einzelnen Blick oder Spiel ableiten.
Bei Belastung oder Grenzverletzung	Pause, Abstand oder Beendigung nach dem Schutzplan ermöglichen. Bei unmittelbarer Gefahr Schutz- beziehungsweise Notfallmaßnahmen veranlassen. Beobachtungen, Aussagen, Maßnahmen und informierte Zuständige dokumentieren.
Nachbesprechung	Kind und Eltern getrennt in geeigneter Weise befragen: Was war angenehm, schwierig oder beängstigend? Was braucht es jetzt? Dem Kind Ruhe und Rückkehr in den Alltag ermöglichen; keine Befragung nach verborgenen Tatdetails.
Auswertung und Anpassung	Beobachtungen vor, während und nach dem Kontakt zusammenführen. Nachreaktionen können verschiedene Ursachen haben; sie sind kein automatischer Gewaltnachweis. Den weiteren Plan mit den zuständigen Stellen prüfen, Risiken nicht verharmlosen und Änderungen verständlich rückmelden.

Das Familiengericht kann nach § 1684 Absatz 4 BGB Umgang zum Wohl des Kindes einschränken oder ausschließen und begleitete Kontakte anordnen. Pädagogische Fachkräfte ändern eine gerichtliche Regelung nicht eigenmächtig; sie sichern bei akuter Gefahr den Schutz

und leiten begründeten Änderungsbedarf unverzüglich an die zuständigen Stellen weiter. Begleiteter Umgang ist kein allgemeiner Sicherheitsnachweis: Seine konkrete Gestaltung und die aktuelle Situation bleiben zu prüfen.

Loyalität, Schuld, Scham und kulturelle Normen besprechbar machen

Kinder dürfen Eltern lieben und zugleich Schutz vor deren Verhalten brauchen. Eine hilfreiche Haltung vermittelt: „Du musst dich hier nicht gegen einen Menschen entscheiden, um über etwas Schwieriges sprechen zu dürfen.“ Eltern können Unterstützung erhalten, während Gewalt klar benannt und begrenzt wird. Abwertungen der Herkunftsfamilie, Konkurrenz um die wichtigste Beziehung und die Verwendung des Kindes als Bote werden vermieden.

Erziehungsnormen, Familienrollen, Religion und Zugehörigkeit werden erfragt statt zugeschrieben. Was gilt in dieser Familie als respektvoll? Wer darf entscheiden? Welche Werte sind dem Kind selbst wichtig? Unterschiedliche Perspektiven werden ernst genommen; Schutzrechte und Gewaltfreiheit bleiben verbindlich. Sprachmittlung soll Verständigung ermöglichen, ohne Kinder zu Dolmetscher:innen für belastende Erwachsenenangelegenheiten zu machen.

Praxisübung: ein sicheres Elterngespräch und ein Besuchsplan

Konstruierte Vignette: Eine Mutter wünscht nach einer stationären Unterbringung längere Besuche. Ihr zwölfjähriger Sohn freut sich zunächst, zieht sich danach aber häufig zurück. Die Mutter erlebt die Begleitung als Misstrauen. Es ist noch unklar, was die Nachreaktion bedeutet. In Dreiergruppen werden die Rollen Elternteil, Fachkraft und beobachtende Person gewechselt. Die Perspektive des Kindes wird aus einer vorbereiteten, neutral formulierten Karte einbezogen; niemand spielt eine eigene Gewalterfahrung.

1. Zuerst Mutter und Kind in getrennten geeigneten Gesprächen nach konkreten Erfahrungen und Wünschen fragen. Unsicherheit über die Nachreaktion ausdrücklich offenlassen.
2. Einen Kontakt mit überprüfbaren Bedingungen entwerfen: Ziel, Vorbereitung, Begleitperson, Stoppsignal, Transport, Rückkehr und Nachbesprechung. Zuständige Entscheidungsstellen und Grenzen der eigenen Rolle benennen.
3. Im Rollenspiel Unterstützung und Schutz klar aussprechen, ohne Schuld zu verteilen oder eine unbelegte Erklärung zu behaupten. Die beobachtende Person achtet auf Partizipation, verständliche Sprache und den Umgang mit Scham.
4. Auswerten: Was wäre ein tatsächlicher Hinweis auf Gefährdung? Welche alternativen Erklärungen sind möglich? Welche Rückmeldung des Kindes verändert den Plan? Welche Verantwortung liegt bei Eltern, Einrichtung, Jugendamt und gegebenenfalls Gericht?

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

12. Diagnostik und Screening – Instrumente fachgerecht einordnen

Die folgenden Instrumente gehören zur Entwicklungsgeschichte traumabezogener Diagnostik und bleiben als Lehrmaterial erhalten. Ein Screening strukturiert Hinweise; eine Diagnose erfordert eine fachlich qualifizierte Gesamtabklärung. In der pädagogischen Praxis werden nur Verfahren eingesetzt, die zum Auftrag, Alter, Sprachverständnis und zur eigenen Qualifikation passen. Zweck, freiwillige Teilnahme, Datenschutz und Rückmeldung werden vorher erklärt.

Essener Trauma-Inventar für Kinder und Jugendliche (ETI-KJ): historischer DSM-IV-Bezug

Das ETI-KJ wurde zur Erfassung traumatischer Ereignisse und posttraumatischer Beschwerden auf der Grundlage des DSM-IV entwickelt. Die veröffentlichte Beschreibung umfasst 53 Items und eine Selbstbeurteilung für 12- bis 17-Jährige (Tagay et al., 2007).

Die frühere Auswertung unterscheidet das objektive Ereigniskriterium A 1 und das damalige subjektive Reaktionskriterium A 2. Diese DSM-IV-Struktur darf nicht unverändert auf DSM-5-TR oder ICD-11 übertragen werden.

Insbesondere ist die frühere Forderung nach drei dissoziativen Symptomen für eine akute Belastungsstörung kein aktuelles allgemeines Diagnosekriterium. Symptomanzahl, Antwortschwelle und Zuordnung dürfen nur der tatsächlich verwendeten Instrumentfassung und ihrem Manual entnommen werden.

Der historische Bezug auf die ersten vier Wochen beschreibt den DSM-IV-Instrumentstand. Im DSM-5-TR setzt die akute Belastungsstörung eine Symptomdauer von drei Tagen bis zu einem Monat voraus; die Kriterien unterscheiden sich von denen der PTBS (APA, 2022).

Belastung und Alltagsbeeinträchtigung werden zusätzlich erfragt. Ein Fragebogenwert ersetzt weder das klinische Gespräch noch die Prüfung anderer Erklärungen, körperlicher Ursachen und aktueller Gefährdung.

PTBS-Abklärung bei Kindern und Jugendlichen

Ein auffälliger ETI-KJ-Befund begründet weiteren Abklärungsbedarf. Die im älteren Skript genannten DSM-IV-Symptomgruppen und Summenregeln sind keine aktuelle eigenständige Diagnoseanleitung. Bei einer heutigen Fragestellung werden altersgerechte Verfahren passend zu DSM-5-TR beziehungsweise ICD-11 und die qualifizierte klinische Beurteilung gewählt.

Ein aktuelles Beispiel ist der CATS-2 für 7- bis 17-Jährige, der Symptome nach DSM-5 und ICD-11 einschließlich komplexer PTBS erfasst. Auch hier bleiben Screening, gegebenenfalls vorläufige algorithmische Zuordnung und klinische Diagnosestellung getrennte Schritte (Sachser et al., 2022).

Essener Trauma-Inventar für Erwachsene (ETI): instrumentgebundene Auswertung

Historischer Bezug und heutige Verwendung

Auch das ETI für Erwachsene basiert laut Testverlag auf DSM-IV. Es kann Ereignisse, Beschwerden und ihren Verlauf strukturiert erfassen; für die Auswertung sind Originalmanual, Fassung, Bezugszeitraum und Anwenderqualifikation maßgeblich (Tagay und Senf, 2014).

Die damalige Aufteilung in Intrusion, Vermeidung, Übererregung und Dissoziation bleibt eine Beschreibung des Instruments. Sie ist nicht mit den heutigen Kriterien einer akuten Belastungsstörung oder PTBS gleichzusetzen.

Zeitkriterien werden passend zum gewählten Diagnosesystem geprüft. Kurz nach einem Ereignis stehen Sicherheit, praktische Hilfe und bei Bedarf medizinische beziehungsweise psychotherapeutische Abklärung im Vordergrund; eine starke unmittelbare Reaktion allein ist noch kein Nachweis einer psychischen Störung.

Für die pädagogische Dokumentation genügt eine nachvollziehbare Beschreibung: verwendete Fassung und Datum, berichtete Beschwerden, relevante Alltagsbeeinträchtigung, aktueller Unterstützungsbedarf und vereinbarter nächster Schritt.

Aktuelle PTBS-Diagnostik

DSM-5-TR und ICD-11 unterscheiden sich in Ereignisdefinition, Symptomstruktur und weiteren Kriterien. Deshalb keine gemischten Algorithmen aus DSM-IV-Fragebogen, DSM-5-TR-Schwellen und ICD-11-Diagnosebezeichnung bilden (APA, 2022; WHO, 2024).

Eine fachgerechte Abklärung erfasst Ereignisbezug, Art und Dauer der Beschwerden, Beeinträchtigung, Ressourcen, Begleiterkrankungen und Differentialdiagnosen. Der pädagogische Auftrag wird davon getrennt festgehalten (DeGPT, 2026).

Ein positives Screening ist ein Gesprächs- und gegebenenfalls Überweisungsanlass. Ein unauffälliger Summenwert schließt eine relevante Belastung oder eine akute Gefährdung nicht aus.

Child Report of Post-Traumatic Symptoms (CROPS)

Entwicklung und erste Validierung: Greenwald und Rubin (1999).

CROPS ist ein Selbstbeurteilungs-Screening mit 26 Items für 7- bis 17-Jährige. Es erfasst ein breites Spektrum von Beschwerden in den vergangenen sieben Tagen und kann Veränderungen über die Zeit beschreiben (NCTSN, o. J.-a).

Die Bearbeitung ist kurz; bei Verständnisproblemen wird neutral unterstützt. Auswertung und Interpretation setzen Vertrautheit mit dem Instrument voraus.

- Ein einfacher Summenwert wird ermittelt.
- „gar nicht“ = 0 Punkte, „etwas“ = 1 Punkt, „sehr“ = 2 Punkte

Der häufig genannte Wert von 19 Punkten ist laut Instrumentbeschreibung ein Hinweis auf klinischen Abklärungsbedarf. Er bestätigt weder eine akute Belastungsreaktion noch eine PTBS. Aussagekraft und Schwellen hängen auch von Fassung, Sprache und Untersuchungspopulation ab (NCTSN, o. J.-a).

Eine unmittelbar nach einer Sitzung geänderte Antwort auf Fragen zur vergangenen Woche belegt keinen sofortigen Therapieerfolg. Verlaufsmessungen erfolgen in sinnvollen Abständen bei gleichem Bezugszeitraum; subjektives Befinden, Alltag und andere Informationsquellen werden einbezogen.

Parent Report of Post-traumatic Stress Symptoms (PROPS)

Entwicklung und erste Validierung: Greenwald und Rubin (1999).

PROPS wird von Eltern oder anderen geeigneten Bezugspersonen ausgefüllt. Die NCTSN-Beschreibung nennt 32 Items, 7- bis 17-Jährige und die vergangenen sieben Tage. Der im Skript erhaltene historische Scan enthält 30 Items; diese Fassungen nicht stillschweigend vermischen (NCTSN, o. J.-b).

- Ein einfacher Summenwert wird ermittelt.
- „gar nicht“ = 0 Punkte, „etwas“ = 1 Punkt, „sehr“ = 2 Punkte

Der genannte Wert von 16 Punkten zeigt in der Instrumentbeschreibung klinischen Abklärungsbedarf an. Er ist keine eigenständige ABR-/PTBS-Diagnose. Für die konkrete Fassung gelten deren Manual und Validierungsgrundlagen.

Eltern- und Kindberichte können voneinander abweichen, weil sie unterschiedliche Perspektiven erfassen. Abweichungen werden besprochen; sie beweisen weder eine falsche Aussage noch fehlende Belastung. Veränderungen des PROPS allein belegen keinen spezifischen oder sofortigen EMDR-Effekt.

Praxisübung: Screeningergebnisse rückmelden

Eine Jugendliche berichtet im CROPS 21 Punkte, ihre Bezugsperson im PROPS 10 Punkte. Formulieren Sie eine Rückmeldung ohne Diagnose: „Du berichtest Belastungen, die wir genauer verstehen sollten.“ Fragen Sie nach aktuellen Schwierigkeiten, Sicherheit, Ressourcen und der unterschiedlichen Wahrnehmung. Vereinbaren Sie bei anhaltender Beeinträchtigung eine qualifizierte Abklärung. Ein niedriger Elternwert entkräftet den Selbstbericht nicht. Ein vereinbarter Nachmesszeitpunkt orientiert sich am Bezugszeitraum des Instruments, nicht am Wunsch, eine einzelne Sitzung zu bestätigen.

Historisches Arbeitsblatt zu Veränderungsambivalenz

ARBEITSBLATT BLOCKIERENDE SELBSTÜBERZEUGUNG

Das Problem, das ich lösen möchte -

	Nach meinem Gefühl absolut wahr ---->------>------>------>absolut falsch 1	2	3	4	5	6
Es ist mir peinlich, dieses Problem zu haben.						
Ich werde dieses Problem niemals bewältigen.						
Ich bin mir nicht sicher, ob ich dieses Problem bewältigen möchte.						
Wenn ich dieses Problem löse, wird mir etwas fehlen.						
Mir fehlt die Stärke oder die Willenskraft, um dieses Problem zu lösen.						
Wenn ich wirklich über dieses Problem sprechen würde, würde etwas Schlimmes passieren.						
Das ist ein Problem, das nur jemand anders lösen kann.						
Sollte ich dieses Problem jemals lösen, würde ich ein Stück von meinem wahren Ich verlieren.						
Ich will nie wieder über dieses Problem nachdenken.						
Ich sollte dieses Problem lösen, aber ich tue nicht immer, was ich soll.						
Ich mag Menschen, die dieses Problem haben lieber als Menschen, die es nicht haben.						
Es könnte gefährlich für mich sein, dieses Problem zu bewältigen.						
Immer wenn ich versuche, über dieses Problem nachzudenken, schweifen meine Gedanken ab.						
Ich behaupte, dieses Problem lösen zu wollen, tue es aber nie.						
Es könnte für jemand anderen schlecht sein, wenn ich dieses Problem bewältige.						
Wenn ich dieses Problem bewältige, ist es für immer weg: Es gibt keinen Weg zurück.						
Ich verdiene es nicht, dieses Problem zu bewältigen.						
Dieses Problem ist zu groß für mich.						
Wenn ich dieses Problem bewältigen würde, ginge das gegen meine Moralvorstellungen.						
Es gibt jemanden in meinem Leben, der dieses Problem hasst.						
Es hat auch etwas Gutes, dieses Problem zu haben.						
Ehrlich gesagt: ich habe gar kein Problem.						
Ich habe dieses Problem schon so lange - ich werde es niemals ganz lösen.						
Ich muss noch warten, bis ich dieses Problem lösen kann.						
Wenn ich dieses Problem löse, könnte ich dadurch viel verlieren.						
Wenn ich dieses Problem löse, dann vor allem wegen jemand anderem.						

QUELLENANGABE

Popky, A.J., Smoking Protocol, EMDR Annual Conference, Sunnyvale, Ca., 1994.

Historisches Arbeitsblatt aus dem vorhandenen Lehrmaterial; dortiger Herkunftshinweis: A. J. Popky, Smoking Protocol, EMDR Annual Conference, Sunnyvale, 1994. Die Skalen sind hier keine validierte Traumadiagnostik und liefern keine Diagnose oder Kausalbeweise. In der pädagogischen Reflexion können ausgewählte, selbst gewählte Aussagen ein Gespräch über Sorgen, Nutzen und Hindernisse einer Veränderung eröffnen. Nicht passende Aussagen dürfen ausgelassen werden. Keine vorgegebene Aussage wird als verborgene Wahrheit unterstellt.

PROPS – historische Fassung als Lehrbeispiel

Ausgefüllt von:_____ Datum:_____

Elternfragebogen PROPS

Wie gut beschreiben die folgenden Aussagen über Zustände oder Eigenschaften das Verhalten Ihres Kindes **in der letzten Woche**?
Wenn die Aussage gar nicht zutrifft, kreuzen Sie den ersten Kreis an. Wenn eine Aussage etwas zutrifft, kreuzen Sie bitte den mittleren Kreis an. Wenn sie sehr zutrifft, kreuzen Sie den letzten Kreis an.
Lassen Sie bitte keine Aussage aus, selbst wenn Sie sich nicht sicher sind. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

	gar nicht	*etwas*	*sehr*
traurig oder deprimiert	O	O	O
vermeidet frühere Interessen	O	O	O
Konzentrationsschwierigkeiten	O	O	O
denkt an schlechte Erlebnisse	O	O	O
fühlt sich schuldig	O	O	O
schaltet ab	O	O	O
macht sich Sorgen	O	O	O
nervös	O	O	O
Schlafstörungen	O	O	O
Alpträume oder schlechte Träume	O	O	O
Bauchschmerzen	O	O	O
Kopfschmerzen	O	O	O
zieht sich zurück	O	O	O
Stimmungsschwankungen	O	O	O
besorgt / ängstlich	O	O	O
wiederholt die gleichen Spiele oder Aktivitäten	O	O	O
klammert sich an Erwachsene	O	O	O
unbegründete Ängste	O	O	O
in Probleme/Konflikte verwickelt	O	O	O
fühlt sich ungerecht behandelt	O	O	O
gereizt / reizbar	O	O	O
überwachsam	O	O	O
Prügeleien	O	O	O
kommandiert Gleichaltrige	O	O	O
ängstlich	O	O	O
leicht zu erschrecken	O	O	O
aufbrausend	O	O	O
streitet	O	O	O
geheimnistuerisch	O	O	O
gleichgültig	O	O	O
(16)	0 P	1P	2P

Erhaltene historische 30-Item-Fassung; die NCTSN-Instrumentbeschreibung führt eine spätere 32-Item-Fassung. Auswertung nur passend zur tatsächlich verwendeten Fassung und ihrem Manual. Die Angabe „16“ ist ein Screeninghinweis auf Abklärungsbedarf, keine Diagnosegrenze. Bezugszeitraum: vergangene Woche. Quelle: Greenwald und Rubin (1999); NCTSN (o. J.-b).

CROPS – Selbstbericht als Lehrbeispiel

Name:_____ Datum:_____

Fragebogen für Kinder und Jugendliche CROPS

Wie gut treffen folgende Aussagen auf Dich **in der letzten Woche** zu? Wenn die Aussage gar nicht zutrifft, kreuze den ersten Kreis an. Wenn die Aussage etwas zutrifft, kreuze den mittleren Kreis an. Wenn die Aussage sehr zutrifft, kreuze den letzten Kreis an.
Lass bitte keine Aussage aus, selbst wenn Du Dir nicht sicher bist. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

	gar nicht	*etwas*	*sehr*
Ich fühle mich traurig oder deprimiert.	O	O	O
Ich habe zu nichts Lust.	O	O	O
Ich kann mich nur schwer konzentrieren.	O	O	O
Ich denke an schlechte Dinge, die passiert sind.	O	O	O
Ich glaube ich bin schuld daran, wenn schlechte Dinge passieren.	O	O	O
Ich schalte ab, wenn man mit mir redet.	O	O	O
Ich mache mir Sorgen, das etwas Schlimmes passieren wird.	O	O	O
Ich bin nervös und zappelig.	O	O	O
Mir fällt es schwer, abends einzuschlafen.	O	O	O
Ich träume schlecht oder habe Alpträume.	O	O	O
Ich bekomme Bauchschmerzen.	O	O	O
Ich bekomme Kopfschmerzen.	O	O	O
Ich fühle mich ganz allein.	O	O	O
Ich habe Tagträume.	O	O	O
Ich versuche, schlechte Dinge, die passiert sind, zu vergessen.	O	O	O
Ich vermeide Sachen, die mich an schlimme Ereignisse erinnern.	O	O	O
Ich tue Dinge, um sicher zu gehen, das nichts Schlimmes passiert.	O	O	O
Ich tue Dinge, für die ich wahrscheinlich zu alt bin.	O	O	O
Ich fühle mich krank oder habe Schmerzen.	O	O	O
Ich fühle mich müde oder schlapp.	O	O	O
Ich fühle mich eigenartig oder anders als die anderen Kinder.	O	O	O
Ich habe das Gefühl, etwa stimmt nicht mit mir.	O	O	O
Ich fühle mich wie verhext oder wie ein Pechvogel.	O	O	O
Dinge regen mich auf und machen mich verrückt.	O	O	O
Ich bin auf der Hut vor schlechten Dingen, die geschehen könnten.	O	O	O
(19)	0 P	1P	2P

CROPS mit 26 Items; Bezugszeitraum: vergangene Woche. Der Wert 19 weist in der Instrumentbeschreibung auf klinischen Abklärungsbedarf hin und bestätigt keine PTBS. Der Bogen ersetzt kein Gespräch über Ereignisbezug, Beeinträchtigung, Sicherheit und andere Erklärungen. Quelle: Greenwald und Rubin (1999); NCTSN (o. J.-a).

13. Historischer Lehrfall: Fallvorstellung nach dem Schema der Qualifizierung Traumapädagogik

Der folgende Lehrfall wird aus dem früheren Skript übernommen. Jahreszahlen, Lebensumstände, berichtete Diagnosen und Behandlungen beziehen sich auf den damaligen Fallverlauf und sind keine Angaben zum heutigen Zustand. Beobachtungen, Aussagen von Beteiligten, historische fachliche Befunde und Deutungen werden unterschieden. Fachlich nicht tragfähige Kausalitäts- und Prognoseaussagen sind präzisiert; neue Fallereignisse werden nicht ergänzt.

Arbeitsauftrag: Markieren Sie in einem Abschnitt vier Arten von Information: direkt beobachtet, von einer benannten Quelle berichtet, fachlich diagnostiziert und als Hypothese formuliert. Welche Sicht des jungen Menschen fehlt? Welche aktuelle Schutzfrage wäre in einer heutigen Fallbesprechung vorrangig zu klären? Begründen Sie einen konkreten pädagogischen nächsten Schritt, ohne aus dem Text eine neue klinische Diagnose zu stellen.

1. Basisdaten

Kevin B., Jahrgang 1999.

Über Auffälligkeiten in der Schwangerschaft und während der Geburt gibt es keinerlei Daten. Kevin ist altersgemäß entwickelt. Aufgrund einer Wespenallergie musste Kevin in den letzten Jahren im vierwöchigen Turnus zur Desensibilisierung, die er regelmäßig und selbständig wahrgenommen hat.

Kevin ist seit dem 11.03.2011 in der Intensivgruppe „Haus 7“ des Kinder- und Jugenddorfes untergebracht. In der Gruppe werden 6 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 9 und 13 Jahren betreut. Gleichzeitig besucht er die Schule, eine zum Kinder- und Jugenddorf gehörende Heimsonderschule für Erziehungshilfe mit den Bildungsgängen Förderschule – Werkrealschule.

2. Anamnese

2.1 Familienklima

Kevin ist als zweites Kind von Frau R. in eine konfliktreiche, sich in der Auflösung befindliche Familie hineingeboren. Von Kevins leiblichem Vater (wohnhaft in Norddeutschland) trennt sich die Mutter (*1975), bevor Kevin geboren wird.

Kevin besucht einen Regelkindergarten, wechselt allerdings sehr schnell wegen Verhaltensauffälligkeiten in einen integrativen Kindergarten.

Nach Einschulung in eine Volksschule zum Schuljahr 2005/06 erfolgt im ersten Schuljahr ein Umzug und ein Besuch der Volksschule am neuen Wohnort.

In Klasse 3 erfolgt eine Umschulung in ein sonderpädagogisches Förderzentrum mit Heimunterbringung (Kinderdorf in N.).

Vorausgegangen war der empfohlene stationäre Aufenthalt nach einer ambulanten Krisenintervention. Gründe für die Aufnahme waren vornehmlich selbst- und fremdaggressive Verhaltensweisen, sowohl in der Schule als auch zu Hause, besonders gegenüber der jüngeren Halbschwester. „… Konflikte seiner Eltern als auch Albträume belasten ihn …“

Im Oktober 2009 Wechsel der Gruppe wegen körperlicher Übergriffe.

Im Mai 2010 Entlassung aus dem Kinderdorf wegen provokanten, aggressiven Verhaltens in Verbindung mit häufiger Abwesenheit und Autoaggression (Ritzen…).

Von Mai bis Juli 2010 erneuter stationärer Aufenthalt in der KJP. Im Anschluss erfolgt bis März 2011 eine Unterbringung in einer Clearingstelle.

Ab 11.03.2011 Aufnahme im Kinder- und Jugenddorf, Intensivgruppe „Haus 7“.

Vater

Bis heute sucht der Vater (*1969) keinen Kontakt zu Kevin, sondern nur zu dessen älterem Bruder Jan (*1996). Nur dieser wird häufig von den Großeltern väterlicherseits in den Ferien eingeladen, da nur Jan von ihnen akzeptiert wird. Bei Kevin sind in der Beziehung zu seinem Bruder deutlich ambivalente Strukturen festzustellen. Auf der einen Seite ist er eifersüchtig auf Jan und hat häufig Konflikte mit ihm, auf der anderen Seite scheint er sich insgeheim nach einem „großen Bruder“ zu sehnen. Dies zeigt sich deutlich an seinem „suchenden Umgang“ mit älteren Jugendlichen, die er dann scheinbar scherzhaft „mein großer Bruder“ nennt. Jan erfährt momentan eine 1:1-Betreuung in einer anderen Stadt aufgrund eines Gerichtsbeschlusses und kommt nicht nach Hause.

Mutter

Dem Bericht zufolge hat die Mutter von Kevin sowohl durch den Kindsvater als auch durch den darauffolgenden zweiten Lebenspartner massive körperliche und sexuelle Gewalt erfahren. Ob daraus eine Traumafolgestörung entstanden ist, lässt sich aus dem Fallbericht nicht feststellen.

Nach der Trennung vom leiblichen Vater von Kevin erfolgen ein Umzug und im Jahr 2000 die Scheidung. Im selben Jahr heiratet die Mutter Herrn F. (verst. 2010); es folgen die Geburten von Lukas (*2000) und Marie (*2001).

Nach einer Mutter-Kind-Kur (11–12/2003) erfolgt die Trennung von Herrn F. und die Flucht in ein Frauenhaus. Die Ehe mit Herrn F. wird 2004 geschieden. Während des Aufenthaltes im Frauenhaus lernt die Mutter von Kevin Herrn R. (*1964) kennen.

2005 erfolgt die Hochzeit mit Herrn R.

Dieser bringt seinen Sohn mit geistiger Behinderung, der ebenfalls Kevin heißt (*1997), mit in die Ehe. Sein älterer Sohn Andre (*1990) lebte bei seiner geschiedenen Frau. (verstorben im Februar 2013)

Im Fallbericht werden schwere körperliche und psychische Gewalterfahrungen durch den inzwischen verstorbenen ersten Stiefvater und dessen Alkoholprobleme beschrieben. Betroffen waren dem Bericht zufolge besonders die Kinder aus der ersten Beziehung. Kevin äußert sich ablehnend über ihn und nennt Gewalt und Trinken als Gründe. Aus seiner Äußerung lässt sich nicht sicher ableiten, wie ihn der Tod des Stiefvaters emotional berührt.

Zum damaligen Stiefvater Herrn R. wird eine ambivalente Beziehung beschrieben: Kevin freut sich über gemeinsame Aktivitäten und begleitet ihn zur Arbeit; zugleich wird der Stiefvater als streng erlebt. Ob mit dem beschriebenen „großen Respekt“ Angst verbunden ist, bleibt zu klären. Berichte aus Beurlaubungen und auffälliges sexualisiertes Verhalten nach Besuchskontakten geben Anlass, den Schutzbedarf fachlich zu prüfen. Das Verhalten allein beweist weder fortgesetzte Gewalt noch eine bestimmte Tat oder Täterperson.

Der jetzige Stiefvater weigerte sich lange Zeit, sich aktiv in die Familienarbeit mit einzubringen. Dies hat sich jedoch geändert, er nimmt an den Hilfeplanungen aktiv teil. Er ist geradlinig, hat Standpunkte und kann sich in Kevin hineinversetzen.

Die beschriebenen familiären Belastungen und die Überforderung der Mutter können die verlässliche Versorgung früher Bedürfnisse erschwert haben. Unsicherheit und wechselnde Nähe-Distanz-Regulation sind mögliche Arbeitshypothesen. Ein desorganisierter Bindungstyp oder eine klinische Bindungsstörung lässt sich aus dieser biografischen Darstellung allein nicht diagnostizieren.

Der Bericht beschreibt Angst, Wut, aggressive Reaktionen und Hilflosigkeit sowie häufige Wechsel und Beziehungsabbrüche. Wie diese Erfahrungen im Einzelfall zusammenhängen, wird mit Kevin und den beteiligten Fachkräften geprüft. Sie legen seine weitere Entwicklung nicht fest.

2.2 Mittlerfaktoren

a) Prätraumatische Ausgangslage

Keine Angaben.

b) Geschlechtszugehörigkeit

Kevin ist ein Junge.

c) Nähe der Erwachsenen/Beziehung zur Täterin bzw. zum Täter

Im Fallbericht werden wiederholte Misshandlungen und unzuverlässige Beziehungserfahrungen im unmittelbaren familiären Umfeld beschrieben. Ihr Beginn und Verlauf sind anhand der vorhandenen Angaben zu unterscheiden. Eine lückenlose Feststellung „seit der Geburt bis heute“ ist damit nicht belegt.

d) Chronizität und Schwere der Misshandlungen

Der Bericht beschreibt wiederholte und länger andauernde Belastungen. Daraus folgt weder eine unveränderbare Schädigung noch eine lebenslang feststehende Traumafolgestörung.

Die beschriebenen Misshandlungen, Beziehungserfahrungen und Hilfeabbrüche können eine Erwartung begünstigen, dass Hilfe nicht verlässlich verfügbar ist. Ob Kevin dies selbst so erlebt, muss aus seinen Äußerungen und dem aktuellen Kontakt hervorgehen. Für die Einschätzung der Belastung werden Art, Dauer, Intensität, damalige Schutzmöglichkeiten und heutige Folgen getrennt betrachtet.

e) Emotionales Klima in der Familie

Als familiäre Belastungen werden Angst, Überforderung und unzureichende emotionale Versorgung beschrieben. Welche Auswirkungen sich bei Kevin zeigen, ist konkret und veränderungsoffen zu beobachten. Pauschale Zuschreibungen wie eine verfestigte „Verwahrlosung“ der Persönlichkeit sind daraus nicht ableitbar.

f) Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen

(siehe Genogramm im Anhang)

Trotz der Umstände und Schwierigkeiten, denen das familiäre System ausgesetzt war und ist, konnte Frau R. Kevin ihren Möglichkeiten entsprechend emotional und körperlich versorgen. Sie liebt ihre Kinder, ist jedoch mit der Erziehung selbst überfordert. Grenzen zu setzen fällt ihr leicht, doch oft fehlt ihr die Kraft, sie konsequent einzufordern. Immer wieder zeigt sich auch, dass Kevin in der Lage ist, sich sozial angemessen zu verhalten; grundlegende Kompetenzen und Wertvorstellungen sind vorhanden. Auffällig ist ein hohes Maß an Sensibilität für andere.

Kevin und seine Mutter werden als eng verbunden beschrieben; sie ist im Bericht eine wichtige kontinuierliche Bezugsperson. Gemeinsam erlebte Gewalt und Not sowie Sorgen um ihre Sicherheit können die Beziehung belasten. Der Begriff „symbiotisch“ wäre eine Deutung und ersetzt keine Beschreibung von Nähe, Abgrenzung, Versorgung und Verantwortungsübernahme.

Einige berichtete Verhaltensweisen können Anlass geben, die Beziehungssicherheit zwischen Kevin und seiner Mutter genauer zu betrachten; sie belegen keinen bestimmten Bindungstyp. Die Beziehungen zu den Großeltern werden unterschiedlich beschrieben: Ablehnung väterlicherseits, ein guter Kontakt zur Großmutter mütterlicherseits. Zum Patenonkel besteht gelegentlich Kontakt.

Zu seinem Bruder Jan hat er (s. 2.1) ein ambivalentes Verhältnis. Mit seinem jetzigen Stiefbruder Kevin teilt er sich an den Heimfahrwochenenden das Zimmer, was nach Berichten der Mutter in den vorangegangenen Hilfeplänen gut funktioniere. Über die beiden anderen Halbgeschwister berichtet er nicht; aus den Akten und Berichten ist ersichtlich, dass er sie gerne „manipuliert“ und „ärgert“. Auch von körperlichen Übergriffen wird berichtet (v. a. gegenüber Marie). Aktuell ist dies nicht mehr so. Insgesamt werden alle Kinder von Frau R. in medizinischen Gutachten als motorisch unruhig beschrieben; sie verlangten die ungeteilte Aufmerksamkeit der Mutter. Sich alleine zu beschäftigen, falle diesen Kindern sehr schwer.

Im Gruppenalltag können frühere Beziehungserfahrungen Kevins Erwartungen beeinflussen. Ob ein konkreter Konflikt damit zusammenhängt, ist eine gemeinsam zu prüfende Hypothese.

Kevins Möglichkeiten, Beziehungen im Gruppenalltag einzugehen und Kontakte zu knüpfen, können sowohl von früheren Erfahrungen als auch von aktuellen Anforderungen, den Reaktionen anderer und den Bedingungen der Einrichtung beeinflusst werden.

Die Vielzahl der Verweise und Ausschlüsse sowie die Berichte von Lehrkräften und Erziehenden zeigen, dass bisherige Hilfen keine ausreichend tragfähige Kontinuität erreicht haben. Sie beweisen nicht, dass Kevins Bindungsverhalten unveränderbar ist oder er Hilfe grundsätzlich nicht zulassen kann. Zu prüfen sind Passung, Schutz, Beteiligung und Verlässlichkeit der Angebote.

Historische Gutachtenpassage zur kritischen Reflexion: Im Ausgangsskript heißt es, Kevin „zwingt“ seine Helfer zu neuen Strategien, „erlaubt“ sich keine Veränderung und stelle Hilfen so auf die Probe, dass diese scheitern müssten. Diese Formulierungen dokumentieren damalige Deutungen der Helfenden; sie belegen weder Absicht noch eine alleinige Verantwortung Kevins für Beziehungsabbrüche. Fachlich wird gefragt, was beobachtbar geschah, wie Kevin die Situation erlebte, welche Reaktionen im Hilfesystem folgten und welche Bedingungen künftig veränderbar sind.

2.3 Entwicklung der Ich-Funktionen

Im psychoanalytischen Modell bezeichnet das „Ich“ unter anderem Funktionen des Wahrnehmens, Denkens, Planens und der Regulation von Gefühlen und Beziehungen. Für die pädagogische Fallarbeit werden solche Modellbegriffe in beobachtbare Fähigkeiten und konkreten Unterstützungsbedarf übersetzt.

Körper und Erleben im psychoanalytischen Modell

Freuds Aussage über die körperliche Verankerung des Ichs lässt sich hier sinngemäß aufgreifen. Schon eine Erkältung oder ein Zahnschmerz kann unser Erleben verändern und uns mit anderen Empfindungen auf die Welt blicken lassen. Wenn wir uns freuen, kann das Herz

schneller schlagen; wenn wir uns schämen, können wir rot werden. Körperreaktionen allein belegen keine bestimmte psychische Ursache oder Lebensgeschichte.

Für Kevin liegen laut den Basisdaten keine gesicherten Angaben zu Auffälligkeiten in Schwangerschaft und Geburt vor. Eine bereits pränatal einsetzende individuelle Traumatisierung lässt sich daher aus diesem Fallbericht nicht feststellen. Beschrieben werden Schwierigkeiten der Emotionsregulation und Beziehungsgestaltung; zugleich zeigen sich vorhandene Fähigkeiten und Lernmöglichkeiten. Unterstützungsbedarf wird an diesen konkreten Beobachtungen festgemacht.

2.4 Transgenerationale Traumaweitergabe

Zitat aus einem multidisziplinären Gutachten:

„… Frau R. hat in ihrer Vergangenheit viel Gewalt erlebt (durch ihre ehemaligen Ehemänner …)“

Zu einer möglichen eigenen Belastungsgeschichte der Mutter vor den Partnerschaften enthalten die zugänglichen Unterlagen keine ausreichenden Informationen. Eine entsprechende Vermutung bleibt offen und darf nicht als gesicherte Erfahrung dokumentiert werden.

Aus fehlenden biografischen Angaben lassen sich weder verdrängte Erinnerungen noch eine Dissoziation der Mutter ableiten. Mögliche intergenerationale Belastungswege betreffen beispielsweise aktuelle Erschöpfung, Beziehungsgestaltung, Angst und verfügbare Unterstützung. Ob sie hier wirksam sind, muss konkret geprüft werden; eine Weitergabe ist nicht zwangsläufig. Die im Bericht beschriebenen Zurückweisungen und Konflikte werden als eigenständige Belastungen ernst genommen.

Kevin tritt anfangs als freundliches, aufgeschlossenes Kind auf und verhält sich unauffällig, vordergründig angepasst und sucht körperliche Zuneigung bei den Erziehern. Es fällt jedoch auf, dass er keine festen Bindungen oder Freundschaften eingeht.

Im weiteren Verlauf der vergangenen Heimunterbringungen wirkt er einerseits hilflos, depressiv und resigniert, andererseits zeigt er latent aggressive Verhaltensweisen (v. a. auch verbaler Art), die sich sowohl nach innen als auch nach außen richten.

2.5 Diagnostische Befunde

Historisch übernommene fachliche Diagnosen von Kevin nach dem damaligen multiaxialen ICD-10-Schema:

- 1. Achse: F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
- 2. Achse: keine Angaben
- 3. Achse: durchschnittliche Intelligenz
- 4. Achse: keine Angaben
- 5. Achse: aktuelle psychosoziale Belastungsfaktoren
- 6. Achse: ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung

Im historischen Fallbericht aufgeführte Medikation im Zusammenhang mit der ADHS-Diagnostik:

Die damalige Notiz nennt Medikinet „0–0 mg–0“, Equasym retard „50 mg–0–0“ und Risperdal „0–0–0 mg“. Diese teils unklaren beziehungsweise mit Nullwerten versehenen Angaben werden nicht als aktuelle Einnahmeanweisung verwendet. Für die Versorgung sind ausschließlich der

ärztlich geprüfte aktuelle Medikationsplan, Wirkstoff, Formulierung und tatsächlich verordnete Dosis maßgeblich.

3. Die individuelle Belastung des Kindes

3.1 Prätraumatische Ausgangslage

Frau R. wird seit Jahren als stark belastet beschrieben; dem Bericht zufolge beantragte sie bereits 2004 sozialpädagogische Familienhilfe. Eine Heimunterbringung konnte sie sich zunächst nicht vorstellen. Ob sie bereits in ihrer eigenen Kindheit Gewalt erlebt hat, ist in den verfügbaren Unterlagen nicht ausreichend belegt. Dieser offene Punkt erlaubt keine Aussage über eine „prätraumatische Ausgangslage“ Kevins.

3.2 Was ist passiert? Wann ist es passiert? Was waren die Umstände der traumatischen Erfahrungen?

- Trennung vom leiblichen Vater
- 1999 Geburt Kevin
- Umzug (andere Stadt)
- 3/2000 Hochzeit mit Herrn F. und Geburt von Halbbruder Lukas
- 12/2001 Geburt von Halbschwester Marie
- 8/2003 Wechsel in integrativen Kindergarten wegen Verhaltensauffälligkeiten
- 11–12/2003 Mutter-Kind-Kur
- 12/2003 Trennung von Herrn F. und Flucht mit den vier Kindern ins Frauenhaus in der Nähe von Herrn R.
- 2004 Scheidung von Herrn F.
- 2005 Hochzeit mit Herrn R.; dieser bringt seinen Sohn mit geistiger Behinderung (ebenfalls Kevin) mit in die Ehe.
- 2005/06 Einschulung in die Volksschule
- 2006 Umzug mit Schulwechsel an die dortige Volksschule
- 12.11.2007–02.02.2008 stationärer Aufenthalt in der KJP in B.
- 6/2008 Kinderdorf M. und Besuch der „Schule am M.“ in N.
- 10/2009 Wechsel der Gruppe wegen körperlichen Übergriffen
- 5/2010 Entlassung aus dem Kinderdorf M.
- 25.05.–15.07.2010 zweiter stationärer Aufenthalt in der KJP in B.
- 15.07.2010–11.03.2011 Clearingstelle in W.
- 11.03.2011 Aufnahme im Kinderdorf in E., Intensivgruppe H 7

3.3 Wie bewertet das Kind die Geschehnisse?

Kevin berichtet nach der damaligen Darstellung nur wenig über belastende Erfahrungen. Das kann unterschiedliche Gründe haben, etwa fehlendes Vertrauen, Scham, Loyalität, Schutzbedürfnis, begrenzte Erinnerbarkeit oder den Wunsch, aktuell nicht darüber zu sprechen. Es beweist weder eine Abspaltung noch ein verborgenes Geheimnis. Sorgen um die Mutter werden als mögliches Thema behutsam angesprochen, ohne eine bestimmte Erklärung vorzugeben.

3.4 Welche Mechanismen des Selbstschutzes hat das Kind angewandt, welche Widerstandsformen hat es entwickelt?

- Vielfältiges sportliches Interesse und Betätigung
- Körperliche Arbeit (gröbere Arbeiten werden gegenüber den feinmotorischen bevorzugt)
- Rückzug (innerlich/äußerlich)
- Als mögliche Erklärung im Ausgangsskript genannt: Verdrängung/Dissoziation. Diese Hypothese wird von konkreten Beobachtungen und einer gegebenenfalls fachlich gestellten Diagnose getrennt.
- In Konflikten werden Widerstand und Schwierigkeiten beschrieben, andere Sichtweisen aufzunehmen; laut damaligem Bericht hatte sich dies bereits verbessert.
- Das Helfersystem verändert wiederholt seine Strategien; Anlass, Ablauf und Wirkung werden gemeinsam reflektiert.
- Kontrolle über das eigene Erleben könnte für Kevin Sicherheit bedeuten. Ob dies erklärt, weshalb Veränderungen schwierig sind, bleibt eine Hypothese; fehlender Fortschritt beweist kein absichtliches Verweigern von Veränderung.

3.5 Für wen hat das Kind Verantwortung übernommen?

Kevin übernimmt Verantwortung für die Mutter (siehe Punkt 2).

3.6 Die Beziehungen unter Gleichaltrigen sowie das schulische Umfeld

Anfangs zeigt sich Kevin als ein freundliches, aufgeschlossenes Kind und verhält sich sehr unauffällig und angepasst. Er integriert sich gut in die Gruppe und hat viele Kontakte aufgebaut. Feste Freundschaften, sowohl in der Schule als auch in der Peergroup bzw. im Heimbereich, geht er nicht ein. Meist dominant, selbstsicher und furchtlos auftretend, sucht er erfolgreich Kontakte zu Älteren, hier ist er ein Mitläufer. Es fällt ihm schwer, sich von anderen Jugendlichen abzugrenzen, er übernimmt schnell und unreflektiert deren Meinung.

Im Bericht wird beschrieben, dass Kevin sich gegenüber anderen profilieren möchte und dafür auch grenzüberschreitende Kontaktformen nutzt. Welche Absicht er damit verbindet, wird nicht als feststehend unterstellt. Pädagogisch werden zusätzliche Möglichkeiten für Zugehörigkeit, Anerkennung und Kontakt erprobt.

Kevin ist im Kinder- und Jugenddorf integriert, hat es aber dennoch nicht geschafft, dauerhafte Beziehungen zu Kindern zu knüpfen (s. o.).

3.7 Der Einfluss von traumabezogener Tabuisierung der Bezugspersonen

Zum damaligen Zeitpunkt wurden keine gesicherten aktuellen Übergriffe festgestellt. Zugleich enthält der Fallbericht Hinweise und offene Fragen nach Besuchskontakten. Daraus folgt ein sorgfältig dokumentierter Schutzklärungsbedarf; weder das Fehlen gesicherter Befunde noch auffälliges Verhalten allein klären die Frage abschließend.

4. Traumabezogene Diagnostik

4.1 Welche entwicklungspsychologischen Beeinträchtigungen hat das Kind entwickelt?

a) Belastende Erwartungen (Arbeitshypothesen)

Nur ausdrücklich dokumentierte Äußerungen werden als wörtliche Aussagen Kevins bezeichnet:

- Mir kann eh keiner helfen
- Nur in der Einsamkeit liegt meine Sicherheit
- Alle sind ungerecht
- Ich schaffe teilweise meine Vorsätze nicht
- Nähe macht mir (teilweise noch) Angst
- Ich kann nicht Vertrauen
- Ich verstehe mich manchmal selbst nicht
- Mir vertraut niemand

b) Beeinträchtigte Entwicklungskompetenzen

- Beschrieben werden Schwierigkeiten, unter Belastung Vertrauen, Emotionsregulation und Orientierung aufrechtzuerhalten. Eine geringe Störungstoleranz kann zu Eskalationen beitragen. Aus problematischem Verhalten lässt sich jedoch kein „schlecht entwickeltes Gewissen“ ableiten; moralisches Verständnis, Impulskontrolle, Situation und verfügbare Unterstützung sind getrennt zu betrachten.
- Der Bericht beschreibt unsicheres Verhalten in Beziehungen, Angst sowie wechselnde fürsorgliche und aggressive Reaktionen gegenüber jüngeren Kindern. Für einen damaligen Angstfragebogen wird der Prozentrang 93 angegeben; ohne genaue Testbezeichnung, Version, Normgruppe und Erhebungszeitpunkt ist dieser Wert hier nur als historisch übernommener Befund einzuordnen. Das Verhalten allein erlaubt keine Festlegung eines Bindungstyps.
- Im damaligen Berichtszeitraum werden Schwierigkeiten mit stabilen Beziehungen zu Gleichaltrigen und Betreuungspersonen beschrieben. Eine grundsätzliche oder dauerhafte Unfähigkeit folgt daraus nicht.
- Kevin hat kaum Vertrauen in seine Umwelt und die darin befindlichen Personen entwickeln können.
- Kevin lässt sich nach der Darstellung für sportliche Aktivitäten begeistern. Ohne Anleitung fällt ihm die Gestaltung seiner Freizeit häufiger schwer; einzelne Ideen oder Handlungen überschreiten Grenzen. Unterstützt werden deshalb zugängliche Freizeitmöglichkeiten, Wahlmöglichkeiten und verbindliche Begleitung.

c) Beeinträchtigte Belastbarkeit

- In der Alltagsbewältigung (häusliche Tätigkeiten, Ordnung, Zimmergestaltung) stellen Anforderungen für Kevin oft eine Belastung dar, die zur „Aufstockung“ seiner Energie und Wut führen können.
- In der Peergruppe orientiert sich Kevin laut Bericht stark an älteren Jugendlichen und überschreitet dabei teilweise Regeln. Ob er Regeln bewusst missachtet, sie unter Gruppendruck aus dem Blick verliert oder Unterstützung zum Abgrenzen braucht, ist im konkreten Ablauf zu klären.

d) Bindungsverhalten

Klare Strukturen mit wenigen, aber verlässlichen Regeln geben Kevin Sicherheit und Halt.

Die familiären Belastungen und eine wechselnde Verlässlichkeit von Regeln können Beziehungssicherheit erschweren. Das beobachtete Verhalten wird im Kontakt beschrieben; eine Klassifikation als „hochunsicher gebunden“ ist damit nicht automatisch gesichert.

In der Schule akzeptiert er seinen Klassenlehrer, welcher sehr klar und strukturiert in seinem Bereich arbeitet. In der Heimgruppe kann er seine Bedürfnisse oder Anliegen entsprechend deutlich mitteilen.

e) Gibt es Entwicklungskonsequenzen, die ein erhöhtes Risiko für eine erneute Traumatisierung bedeuten?

Zum damaligen Zeitpunkt wurde ein fortbestehendes Risiko weiterer belastender oder traumatisierender Erfahrungen gesehen. Diese Einschätzung verpflichtet das Hilfesystem zu Schutzplanung und regelmäßiger Überprüfung; sie ist keine feststehende Prognose über Kevin.

f) Sonstige Auffälligkeiten

Keine Angaben.

g) Somatoforme bzw. körperliche Auswirkungen

Blutbild und EEG sind unauffällig. Frühere Einschlafschwierigkeiten sind nicht mehr gegeben.

4.2 Welche traumabezogenen Auswirkungen kannst du beschreiben bzw. wurden bereits diagnostiziert?

Im Ausgangsskript aufgeführte Beschwerden und mögliche Begleitprobleme; sie sind für sich genommen keine PTBS-Diagnose:

- Rückzug
- Depressionen
- Bindungsbezogene Schwierigkeiten beziehungsweise eine gesondert fachlich zu prüfende Bindungsstörung
- Autoaggression (früher, momentan keine Anzeichen)
- Als Erklärung genannt: Verdrängung; kein eigenständiges PTBS-Diagnosekriterium

a) Historisches Erklärungsraster nach Levine und Kline

Die folgenden Begriffe und Beobachtungsbereiche wurden im Ausgangsskript anhand des Modells von Levine und Kline (2005) geordnet. Sie bleiben als Reflexionsmaterial erhalten. Kategorien wie „Kontraktion“ sind keine ICD- oder DSM-Diagnosen; Ablenkbarkeit allein belegt keine Dissoziation. Jede tatsächliche Beobachtung ist mit Zeitpunkt, Kontext und Quelle zu dokumentieren und gegebenenfalls fachlich abzuklären.

Chronische Übererregung

- Aggressives und vermeidendes Verhalten
- Regressives Verhalten
- Überaktivität
- Verstärktes Risikoverhalten
- Rückblenden

- Sich von gefährlichen Situationen angezogen fühlen

Dissoziation

- Leichte Ablenkbarkeit und Unaufmerksamkeit
- Gefühle von Getrenntsein und Isolation
- Abgeschwächte oder verringerte emotionale Reaktionen (erschwert Bindung)

Kontraktion

- Gefühle und Verhaltensweisen, die Hilflosigkeit zum Ausdruck bringen
- Vermeidungsverhalten

b) Developmental Trauma Disorder (DTD): historischer Konzeptvorschlag für die Fallreflexion

Developmental Trauma Disorder (DTD) ist ein von van der Kolk (2005) vorgeschlagenes Forschungs- und Fallverständniskonzept. Es ist keine eigenständige Diagnose in DSM-5-TR oder ICD-11. Die komplexe PTBS nach ICD-11 ist davon zu unterscheiden und verlangt ihre eigenen diagnostischen Kriterien. Die nachfolgenden Abschnitte des historischen Fallrasters dürfen deshalb nicht als bestätigte DTD- oder kPTBS-Diagnose gelesen werden (APA, 2022; WHO, 2024; DeGPT, 2026).

A) Exposition

Im Fallbericht werden wiederholte belastende und gewaltsame Erfahrungen im familiären Umfeld beschrieben. Über individuelle pränatale Traumatisierung und damalige subjektive Gefühle Kevins lassen die vorliegenden Angaben keine gesicherte Aussage zu. Ereignisse, berichtetes Erleben und heutige Symptome werden deshalb getrennt erfasst.

B) Ausgelöste Muster wiederholter Dysregulation als Reaktion auf Traumareize

Im damaligen Verlauf werden wechselnd angepasstes, freundliches und misstrauisches Beziehungsverhalten, Schwierigkeiten mit Nähe und Emotionsregulation sowie Belastungsspitzen beschrieben. Als pädagogische Aufgabe ergeben sich verlässlicher Schutz, Mitbestimmung und Unterstützung der Regulation. Das Ausgangsskript berichtet außerdem über als dissoziativ bezeichnete Zustände, die seltener geworden seien; eine genaue phänomenologische Beschreibung und diagnostische Quelle fehlen hier. Die historische Medikation ist kein Beleg für eine bestimmte traumatische Ursache.

C) Anhaltend veränderte Wahrnehmung und Erwartungen

Kevin zeigt sich Erwachsenen anfänglich höflich, freundlich, aufgeschlossen; gleichzeitig aber auch zurückhaltend, misstrauisch und abschätzend. Kevin verfügt nur teilweise über Selbstverantwortlichkeit und begibt sich schnell in grenzverletzende Bereiche.

D) Beeinträchtigungen wichtiger Funktionsbereiche

Vor allem das längerfristige Eingehen und Aushalten von Nähe in Beziehungen ist bei Kevin stark beeinträchtigt. Kevin hat außerhalb der Gruppe zu Gleichaltrigen kaum soziale Kontakte.

c) Dissoziative Phänomene

Im Ausgangsskript sind an dieser Stelle keine konkreten Phänomene dokumentiert. Dies ersetzt keine Abklärung und ist mit der früheren Erwähnung dissoziativer Zustände gemeinsam zu prüfen.

d) Beeinträchtigungen durch Ängste bzw. Angststörungen

Kevins Leben ist in einigen Bereichen geprägt durch Furcht, Angst und Verletzung. Mittlerweile besitzt er für sich einen Lebensplan.

4.3 Beschreibe Übertragungen, Reinszenierungen und deine Gegenreaktionen; beschreibe die Gegenreaktionen im Team

Als mögliche Beziehungserwartungen und Interaktionshypothesen formuliert; keine gesicherten unbewussten Motive Kevins:

Die Angst …

- … vor Nähe und Beziehung
- … nicht adäquat geliebt zu werden
- … vor Hilflosigkeit, Sprachlosigkeit und Ohnmacht
- … vor Vernachlässigung
- … der Mutter nicht beistehen zu können

Gegenreaktionen im Lehrerteam/bei mir:

Gefühle von …

- Ratlosigkeit / Orientierungslosigkeit
- Verzweiflung
- Ohnmacht
- Hilflosigkeit
- Wut
- Trauer
- Lähmung
- Gleichgültigkeit
- Verständnislosigkeit
- Unsicherheit

5. Ressourcen des Kindes, der Herkunftsfamilie und des Umfeldes

5.1 Körperliche, soziale und psychische Stabilität

Kevin verfügt über eine sehr gute körperliche und gesundheitliche Stabilität. Seine Neugier und Zähigkeit in sportlich und bewegungstechnisch anspruchsvollen Sportarten kommen ihm hier zu Gute. Außer der Wespenallergie zeigt er keine körperlichen Erkrankungen.

In Drucksituationen zeigt sich sowohl bei Kevin als auch bei der Mutter eine psychische und soziale Instabilität.

5.2 Talente

Kevin ist motivierbar und ist sehr höflich und dankbar. Er besitzt einen sehr netten Humor und ist vielseitig interessiert. Er hat eine gute und schnelle Auffassungsgabe und kann seine Begeisterung (Fußball, Unternehmungen etc.) an Gruppenmitglieder weitergeben. Kevin besitzt einen ausgeprägten Wortschatz und kann sich treffend ausdrücken. Kevins Grundintelligenz ist durchschnittlich.

5.3 Glauben, spirituelle Ressourcen

Keine Angaben.

5.4 Selbstwirksamkeitsüberzeugungen

Kevin zeigt kaum Situationen, in denen er seine Selbstwirksamkeit erleben kann. Wenn die Klassenleitung nicht anwesend ist, passiert es oft, dass er andere beschimpft.

6. Einfluss kultureller Bindungen bei Migrationshintergrund

Keine Angaben.

7. Persönliche Belastung, Belastung des Teams

Persönliche Belastung

Die berichtende Fachkraft beschreibt spontane Sympathie für Kevin. Diese persönliche Reaktion wird als Teil der professionellen Selbstreflexion erfasst.

Sein Humor und seine Art lösen bei der berichtenden Fachkraft Sympathie aus; zugleich erlebt sie Schwierigkeiten, belastende Situationen ausgewogen einzuschätzen. Da sie nicht als Klassen- oder Fachlehrkraft mit ihm arbeitet, begegnet sie ihm häufig erst im Zusammenhang mit gravierenden Konflikten. Diese Auswahl der Begegnungen kann ihr Bild beeinflussen und wird in der Reflexion berücksichtigt.

Bei Begegnungen im Schulhaus beschreibt die Fachkraft Kevin als freundlich und höflich. Sein Lächeln löst bei ihr zugleich Eindrücke von Traurigkeit oder Verlorenheit aus. Solche Eindrücke sind eigene Resonanzen und erlauben keine Diagnose einer Depression oder eine Aussage darüber, ob ein Lächeln „aus dem Herzen“ kommt.

Die Fachkraft formuliert als eigene Beziehungshypothese: „Halt mich aus, wie ich bin – wenn du mich magst“. Der Satz ist keine belegte Äußerung Kevins. Er kann Anlass sein, über Zugehörigkeit, Grenzen und verlässliche Beziehungsgestaltung nachzudenken.

In Gesprächen mit dem Klassenlehrer, welcher eine Ausbildung zum systemischen Berater absolviert hat, tritt in manchen Situationen das Gefühl der Ratlosigkeit und der Hilflosigkeit in den Vordergrund.

Belastungen des Teams

Im Helfersystem werden Ohnmacht, Empörung, Verärgerung und Verzweiflung erlebt. Es entstehen unterschiedliche Sichtweisen und Handlungsimpulse. Begriffe wie „Manipulation“ oder „Spaltung“ werden als Deutungen geprüft: Welche konkreten Interaktionen, uneinheitlichen Regeln, Arbeitsbelastungen und Teamreaktionen tragen zum Verlauf bei? Die Verantwortung für Abstimmung und Schutz bleibt bei den Erwachsenen und der Institution.

8. Hilfeplanung

8.1 Welche Interventionen erfolgten?

Rechtliche Interventionen zum Schutz

- Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH)
- Heimunterbringungen (teilweise in einer Intensivgruppe), Clearingstelle

- Geregelte Umgangskontakte mit der Mutter und dem Stiefvater

Traumapädagogische Unterstützung

Im Alltag (siehe Punkte 3 und 4):

- Arbeit in der heilpädagogischen Gruppe
  - Im Gruppenalltag Grundhaltungen leben, wie Wertschätzung, Empathie, die Annahme des guten Grundes, Partizipation, Transparenz und Humor
  - Förderung des Selbstverstehens, der Selbstwirksamkeit und der Selbstregulation
- Immer wieder transparente, konstante, eindeutige Beziehungsangebote machen und korrigierende Beziehungserfahrungen möglich machen

In individuellen Förderstunden:

- Regelmäßiger, enger Einzelkontakt mit den Betreuerinnen und Betreuern

In einer Gruppe:

- **Arbeit in und mit der Gruppe:** soziales Kompetenztraining

Arbeit mit/an der Herkunftsfamilie

Die Arbeit mit der Herkunftsfamilie findet durch regelmäßige Gespräche und den therapeutischen Fachdienst der Einrichtung statt.

Psychiatrische Abklärung

Eine kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung und Diagnostik hat durch mehrere Personen stattgefunden (siehe 2.5; frühere Abklärungen).

Gesundheitliche Abklärung und Unterstützung

Keine Angaben.

Therapeutische Unterstützung

Im Rahmen des Fachdienstes, nicht regelmäßig

Unterstützung des Teams/der Bezugspersonen

Durch den therapeutischen Fachdienst (dreiwöchentlich)

8.2 Welche Hilfen sind jetzt nötig bzw. sinnvoll?

- Enge Zusammenarbeit zwischen Schule, Eltern und Gruppe

9. Ergebnisse der Fallarbeit im Rahmen der traumapädagogischen Ausbildung

- Kevin entwickelt immer größeres Selbstbewusstsein – woher kommt dies? Fühlt er sich „zum ersten Mal“ sicher oder weiß er „seine Mutter in Sicherheit“?
- Die momentane Phase der Pubertät erscheint bei ihm nicht problematisch. Er wirkt eher ruhiger und überlegter, mit vielen humorvollen Phasen.
- Die damalige Fallvorstellung bewertet die zu diesem Zeitpunkt geltende Kontaktregelung als passend. Diese historische Einschätzung ersetzt keine aktuelle, mit dem Kind und den zuständigen Stellen abgestimmte Gefährdungs- und Besuchskontaktprüfung.

Den Lehrfall in eine aktuelle pädagogische Planung übersetzen

Die folgende Aufgabe ergänzt keine neuen Tatsachen über Kevin. Sie nutzt die überlieferten Informationen, um heutige fachliche Fragen zu formulieren. Der historische ICD-10-Befund wird als damalige fachliche Diagnose erhalten; eine erneute Diagnose kann aus dem Skript nicht gestellt werden.

Überlieferte Information	Offene Frage	Mögliche pädagogische Konsequenz zur Prüfung
Mehrere Wechsel und Beziehungsabbrüche.	Wie wurden Übergänge gestaltet, welche Beziehungen waren hilfreich und was sagt Kevin selbst dazu?	Verlässliche Zuständigkeit, angekündigte Vertretung und einen konkreten Übergangsplan vereinbaren.
Sportliches Interesse, Humor und gute sprachliche Ausdrucksmöglichkeiten.	Welche Aktivitäten und Kontakte sind von Kevin selbst gewünscht und tatsächlich erreichbar?	Ressourcen in selbst gewählte Alltags- und Freizeitziele einbeziehen.
Unsichere Deutungen nach Besuchskontakten.	Welche Beobachtungen und Aussagen sind gesichert; welche Schutzfrage bleibt offen?	Besuchskontakt strukturiert vorbereiten und auswerten; Schutzverfahren gegebenenfalls aktivieren.
Starke Belastung und unterschiedliche Reaktionen im Helfersystem.	Welche Abläufe, Regeln und Arbeitsbedingungen beeinflussen die Interaktion?	Eine gemeinsame Interaktionsanalyse und erforderliche Leitungsentscheidungen organisieren.

Arbeitsauftrag: Wählen Sie einen Abschnitt des Falles und formulieren Sie ein Ziel aus Kevins möglicher Sicht ausdrücklich als zu klärende Frage, nicht als erfundenes Zitat. Ergänzen Sie einen Beitrag des Teams, einen Beitrag der Institution und ein Merkmal, an dem Kevin selbst eine Verbesserung erkennen könnte. Benennen Sie, welche weitere Information dafür nötig ist und auf welchem Weg sie ohne unnötige Traumaexploration gewonnen werden kann.

Literatur zum Lehrfall

- Perry, B. D. und Szalavitz, M. (2008). Der Junge, der wie ein Hund gehalten wurde. München: Kösel.
- Weiß, W. (2003). Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. Weinheim: Juventa (4. Aufl. 2008).

Weitere Internetquellen waren im Ausgangsskript nicht einzeln ausgewiesen. Fachliche Aktualisierungen dieser Lehrfassung sind im ergänzten Quellenverzeichnis dokumentiert.

14. Arbeitsvorlage zur traumapädagogischen Fallreflexion

Vorstellende Fachkraft:

Datum der Fallsupervision:

1. Basisdaten

Zu Beginn dokumentieren: Berichtsstand, Auftrag, beteiligte Personen und Zuständigkeiten, Perspektive des jungen Menschen, vorhandene Unterlagen, Quellen der Angaben, Einverständnis beziehungsweise Rechtsgrundlage und offene Schutzfragen. Für jede neue Deutung kennzeichnen, welche Beobachtung sie stützt und welche Alternative offenbleibt.

2. Anamnese und aktuelle Lebenssituation – Quellen und offene Fragen trennen

2.1 Familienklima

- Vater:
- Mutter:

2.2 Mittlerfaktoren

- Prätraumatische Ausgangslage
- Geschlechtszugehörigkeit
- Nähe der Erwachsenen/Beziehung zur Täterin bzw. zum Täter
- Chronizität und Schwere der Misshandlungen
- Emotionales Klima in der Familie
- Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen (z. B. Genogramm)

2.3 Entwicklung der Ich-Funktionen

2.4 Mögliche intergenerationale Belastungswege und vorhandene Schutzfaktoren

2.5 Diagnostische Befunde

Fachlich dokumentierte Diagnosen: Quelle, Datum, Klassifikationssystem und Version angeben. Das folgende multiaxiale ICD-10-Raster bildet den historischen Aufbau der Vorlage ab.

- 1. Achse: klinisch-psychiatrisches Syndrom
- 2. Achse: umschriebene Entwicklungsrückstände
- 3. Achse: Intelligenzniveau
- 4. Achse: körperliche Symptomatik
- 5. Achse: assoziierte abnorme psychosoziale Umstände
- 6. Achse: globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

3. Die individuelle Belastung des Kindes

1. Prätraumatische Ausgangslage

2. Welche Ereignisse sind bekannt oder berichtet? Was bleibt unklar? Nur für Schutz und Hilfeplanung erforderliche Angaben erheben; keine detaillierte Traumaerzählung verlangen.
3. Wie bewertet das Kind die Geschehnisse?
4. Welche Mechanismen des Selbstschutzes hat das Kind angewandt, welche Widerstandsformen hat es entwickelt?
5. Für wen hat das Kind Verantwortung übernommen?
6. Die Beziehungen unter Gleichaltrigen sowie das schulische Umfeld
7. Der Einfluss von traumabezogener Tabuisierung der Bezugspersonen

4. Traumabezogenes Fallverstehen und Schnittstelle zur Diagnostik

a) Welche entwicklungspsychologischen Beeinträchtigungen hat das Kind entwickelt?

- Traumabezogene Erwartungen
- Beeinträchtigte Entwicklungskompetenzen
- Beeinträchtigte Belastbarkeit
- Bindungsverhalten
- Gibt es Entwicklungskonsequenzen, die ein erhöhtes Risiko für eine erneute Traumatisierung bedeuten?
- Sonstige Auffälligkeiten
- Somatoforme bzw. körperliche Auswirkungen

b) Welche traumabezogenen Auswirkungen sind beschrieben bzw. bereits diagnostiziert?

Welche Beschwerden und Alltagsbeeinträchtigungen sind beobachtet oder berichtet? Welche Diagnosen wurden von wem gestellt? Was ist eine offene Hypothese, und welche fachliche Abklärung ist vereinbart?

5. Übertragungen, Reinszenierungen und eigene Gegenreaktionen; Gegenreaktionen im Team

6. Ressourcen des Kindes, der Herkunftsfamilie und des Umfeldes

- Körperliche, soziale und psychische Stabilität
- Talente
- Glauben, spirituelle Ressourcen
- Selbstwirksamkeitsüberzeugungen

7. Kulturelle und soziale Bezüge, Sprache, Diskriminierung und selbst benannte Zugehörigkeiten

8. Persönliche Belastung, Belastung des Teams

9. Hilfeplanung

- Welche Interventionen erfolgten?

  - Rechtliche Interventionen zum Schutz
  - Traumapädagogische Unterstützung
  - Arbeit mit/an der Herkunftsfamilie
  - Psychiatrische Abklärung
  - Gesundheitliche Abklärung und Unterstützung
  - Therapeutische Unterstützung
  - Unterstützung des Teams/der Bezugspersonen
- Welche Hilfen sind jetzt nötig bzw. sinnvoll?

10. Ergebnisse, Rückmeldung des jungen Menschen und nächste Schritte

Für die Auswertung festhalten: Welche Ziele wurden mit der Person vereinbart? Was wurde tatsächlich umgesetzt? Welche Rückmeldung gibt der junge Mensch selbst? Was hat sich im Alltag verbessert oder verschlechtert? Welche anderen Veränderungen könnten beteiligt sein? Welche Unterstützung wird fortgeführt, angepasst oder beendet, und wer übernimmt den nächsten Schritt?

15. Transferauftrag und Lernkontrolle

Bearbeiten Sie eine aktuelle anonymisierte pädagogische Situation aus einem der drei vertieften Felder. Legen Sie Auftrag, Schutzlage, Sicht der betroffenen Person, eigene Resonanzen, Ressourcen, eine begründete Intervention und eine institutionelle Voraussetzung dar. Planen Sie eine erreichbare Rückmeldung und einen Überprüfungstermin. Kennzeichnen Sie offen, welche Inhalte Sie lediglich planen und welche bereits umgesetzt und beobachtet wurden.

Zum Abschluss prüfen Sie: Kann ich Haltung in konkrete Regeln und Beteiligung übersetzen? Kann ich ein Beziehungsmuster reflektieren, ohne verborgene Motive zu behaupten? Kenne ich geeignete Orientierungshilfen und medizinische Grenzen bei möglicher Dissoziation? Kann ich Peergewalt begrenzen, Elternarbeit und Besuchskontakte sicher planen und Wirkung nachvollziehbar beurteilen? Offene Fragen werden in die dafür vorgesehene Supervision und weitere Praxisentwicklung eingebracht.

16. Literatur

Die Quellen der Aktualisierung und Ergänzung sind nachfolgend aufgeführt. Historische Modelle und ältere Instrumentfassungen werden im Text entsprechend eingeordnet. Für gegenwärtige diagnostische und klinische Aussagen gelten aktuelle Klassifikationen und Leitlinien. Abruf- und Bearbeitungsstand: 26.10.2026.

American Psychiatric Association (APA) (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Beckrath-Wilking, U., Biberacher, M., Dittmar, V. und Wolf-Schmid, R. (2013). Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch zur Psychotraumatologie im beratenden & pädagogischen Kontext. Paderborn: Junfermann.

Bion, W. R. (1961). Experiences in groups and other papers. London: Tavistock. (Deutsch: Erfahrungen in Gruppen und andere Schriften. Stuttgart: Klett, 1971)

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), insbesondere § 1631b (Freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen) und § 1684 Abs. 4 (Umgang des Kindes mit den Eltern). https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/ (Rechtsstand 26.10.2026).

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) (federführend) (2026). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Langfassung, Version 7.0, Fassung vom 27.02.2026. AWMF-Registernummer 155-001. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) und Fachverband Traumapädagogik (FVTP) (2025). Curriculum Traumapädagogik/Traumazentrierte Fachberatung. Gemeinsames Curriculum, Vertiefungsschwerpunkt 6b Traumapädagogik. https://www.degpt.de/fileadmin/all_user/download/weiterbildung-und-curricula/2025_FVTP_DeGPT_Curriculum_Traumapaedagogik_Traumazentrierte_Fachberatung.pdf

Fachverband Traumapädagogik (FVTP) und Schweizer Fachverband Traumapädagogik (chTP) (2025). Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe (2., überarbeitete Aufl., März 2025; 1. Aufl. 2011 durch die Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik). https://chtp.ch/download/111/Standards_Traumapdagogik_2025.pdf

Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG), insbesondere §§ 1, 3 und 4. https://www.gesetze-im-internet.de/kkg/BJNR297510011.html (Rechtsstand 26.10.2026).

Greenwald, R. und Rubin, A. (1999). Brief assessment of children’s post-traumatic symptoms: Development and preliminary validation of parent and child scales. Research on Social Work Practice, 9(1), 61–75. Autorenfassung/Abstract: https://www.ticti.org/publications/rops-1999/

Heilpraktikergesetz (HeilprG), insbesondere § 1. https://www.gesetze-im-internet.de/heilprg/__1.html (Rechtsstand 26.10.2026).

Levine, P. A. und Kline, M. (2005). Verwundete Kinderseelen heilen. Wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können. München: Kösel.

National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) (o. J.-a). CROPS – Child Report of Post-traumatic Symptoms. Instrumentbeschreibung. https://www.nctsn.org/measures/child-report-post-traumatic-symptoms (abgerufen am 26.10.2026).

National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) (o. J.-b). PROPS – Parent Report of Post-traumatic Stress Symptoms. Instrumentbeschreibung. https://www.nctsn.org/measures/parent-report-post-traumatic-stress-symptoms (abgerufen am 26.10.2026).

Nguyen-Feng, V. N., Ramirez, M., Behrens, K. L., Usset, T., Claussen, A. M., Parikh, R. R., Lee, E. K., Mendenhall, T., Wilt, T. J. und Butler, M. (2025). Trauma informed care: A systematic review (AHRQ Comparative Effectiveness Review, Publication No. 25-EHC007). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. https://doi.org/10.23970/AHRQEPCSRTRAUMA

Perry, B. D. und Szalavitz, M. (2008). Der Junge, der wie ein Hund gehalten wurde. München: Kösel. (Original: The boy who was raised as a dog, 2006)

Popky, A. J. (1994). Smoking protocol. Beitrag zur EMDR Annual Conference, Sunnyvale. Zitiert nach dem Arbeitsblatt im Lehrmaterial; Primärquelle nicht eingesehen.

Psychotherapeutengesetz (PsychThG), insbesondere § 1. https://www.gesetze-im-internet.de/psychthg_2020/BJNR160410019.html (Rechtsstand 26.10.2026).

Redl, F. (1971). Erziehung schwieriger Kinder. Beiträge zu einer psychotherapeutisch orientierten Pädagogik. München: Piper.

Riemann, F. (1961). Grundformen der Angst. Eine tiefenpsychologische Studie. München: Reinhardt.

Sachser, C. et al. (2022). The Child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2) – validation of an instrument to measure DSM-5 and ICD-11 PTSD and complex PTSD in children and adolescents. European Journal of Psychotraumatology, 13(2), 2105580. https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2105580

Schmid, M., Erb, J., Fischer, S., Kind, N. und Fegert, J. M. (2017). Implementierung, Evaluation und Verstetigung von traumapädagogischen Konzepten in sozialpädagogischen Institutionen des stationären Massnahmenvollzuges. Abschlussbericht für den Fachausschuss für die Modellversuche und das Bundesamt für Justiz, 31.03.2017. https://www.traumapaedagogik.ch/files/modellversuch-traumapaedagogik/abschlussbericht-modellversuch-traumapaedagogik.pdf

Schmid, M., Wiesinger, D., Lang, B., Jaszkowic, K. und Fegert, J. M. (2007). Brauchen wir eine Traumapädagogik? Ein Plädoyer für die Entwicklung und Evaluation von traumapädagogischen Handlungskonzepten in der stationären Jugendhilfe. Kontext, 38(4), 330–357.

Schulz von Thun Institut (o. J.). Das Riemann-Thomann-Modell. Modellbeschreibung des Instituts. https://www.schulz-von-thun.de/die-modelle/das-riemann-thomann-modell (abgerufen am 26.10.2026).

Sozialgesetzbuch Achtes Buch – Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII), insbesondere §§ 8a, 8b, 36, 37, 45 und 61–65. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/BJNR111630990.html (Rechtsstand 26.10.2026).

Stahl, E. (2017). Dynamik in Gruppen. Handbuch der Gruppenleitung (4. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2026). Jugendämter melden 10 % mehr Kindeswohlgefährdungen im Jahr 2025. Pressemitteilung Nr. 284 vom 13.08.2026. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2026/08/PD26_284_225.html

Tagay, S. und Senf, W. (2014). Essener Trauma-Inventar (ETI). Göttingen: Hogrefe. Verlagsbeschreibung: https://www.testzentrale.de/shop/essener-trauma-inventar.html (abgerufen am 26.10.2026).

Tagay, S., Düllmann, S., Hermans, E. und Senf, W. (2007). Essener Trauma-Inventar für Kinder und Jugendliche (ETI-KJ): Verfahrensbeschreibung. Universität Duisburg-Essen. https://www.uni-due.de/imperia/md/content/rke-pp/projekte/etikjbeschreibung.pdf

Thomann, C. und Schulz von Thun, F. (1988). Klärungshilfe. Handbuch für Therapeuten, Gesprächshelfer und Moderatoren in schwierigen Gesprächen. Reinbek: Rowohlt.

Tuckman, B. W. (1965). Developmental sequence in small groups. Psychological Bulletin, 63(6), 384–399. https://doi.org/10.1037/h0022100

van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. Psychiatric Annals, 35(5), 401–408. https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06

Weiß, W. (2003). Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. Weinheim: Juventa. (4. Aufl. 2008)

World Health Organization (WHO) (2023). WHO guidelines on parenting interventions to prevent maltreatment and enhance parent–child relationships with children aged 0–17 years. Geneva: WHO. ISBN 978-92-4-006550-5. https://www.who.int/publications/i/item/9789240065505

World Health Organization (WHO) (2024). Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. Geneva: WHO. ISBN 978-92-4-007726-3. https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263