

Traumazentrierte Pädagogik

Von der Entwicklung einer Kultur des Sicheren Ortes

(Festvortrag anlässlich des 10-jährigen Bestehens der Johanniter Tagesgruppen in Neuwied)

Jochen Uttendörfer

Durch die Erkenntnisse aus der Psychotraumatologie, der Neurophysiologie und Neurobiologie sowie der Hirnforschung – um einfach einmal die wesentlichen Forschungsrichtungen aufzuzählen, die multidisziplinär in diesem neuen Ansatz zusammenwirken - haben sich Fakten ergeben, an denen eine zeitgemäße Pädagogik nicht vorübergehen kann. Ich bin der Überzeugung und diese will ich Ihnen in meinem Vortrag nahe bringen: Eine zeitgemäße, traumazentrierte Pädagogik, in der die neuen Erkenntnisse einfließen, vermag bei Kindern, deren Entwicklung durch Traumatisierung blockiert ist, die Potentiale für Entwicklung wieder frei zu räumen!

Ich biete Ihnen in meinem Vortrag als **erstes** eine Zusammenfassung wesentlicher **Forschungsergebnisse** an, die eine Relevanz für eine traumazentrierte Pädagogik haben. Zur Unterstützung bediene ich mich hierbei einiger Folien.

Zum zweiten will ich Ihnen dann skizzieren, welche **Effekte** sich aus den Forschungserkenntnissen auf **eine wirkungsvolle Pädagogik**, und das bedeutet: auf jeden Fall eine traumaschützende Wirkung, im günstigsten, Fall eine traumaauflösende Wirkung ableiten lassen. Exemplarisch skizziere ich Ihnen unser Curriculum „Traumazentrierte Pädagogik“ und leite daraus ab wie eine daran orientierte Pädagogik in ihrer Persönlichkeit gestörte Kinder und Jugendliche zu erreichen vermag.

Als letztes will ich Ihnen dann darlegen, welche **Implikationen sich aus einer Traumazentrierten Pädagogik** ableiten lassen, die die Kultur einer Jugendhilfeeinrichtung im fruchtbaren Sinn beeinflussen können und wie dadurch Bedingungen für Stabilisierung, Heilung und Entwicklung begünstigt werden. Hierzu werde ich Ihnen davon berichten, wie wir in unseren Jugendhilfeeinrichtungen, das ist der Ev. Jugendhof MLK in Traben-Trarbach, das ist die Ev. Erziehungshilfe Velden und das Haus Niedersburg in Boppard, alle unter der Trägerschaft der Rheinischen Gesellschaft für Innere Mission und Hilfswerk in Leichlingen, in den letzten Jahren dabei sind, unsere Pädagogik mit dem neuen Wissen anzureichern.

Ich beginne mit den **neuen Erkenntnissen**.

Ein Auslöser für Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der Psychotraumatologie waren in den 80 er Jahren die Folgen des Vietnamkrieges: auffällig gehäuft fanden ehemalige Soldaten nicht in das normale Familien- und Berufsleben zurück, weil sie an verschiedensten psychischen und körperlichen Krankheiten

litten, die nicht therapierbar schienen. Die Symptome dieser seelischen Erkrankungen waren u. a.:

- Schlafstörungen (beim Einschlafen, Durchschlafen, Aufwachen)
- Leichte Reizbarkeit bis hin zu extremen Wutanfällen
- Ein dynamisch sich ausbreitendes Vermeidungsverhalten bis hin zum Abbruch aller sozialen Beziehungen
- Übersensible Wahrnehmungen – beispielsweise reichte dem Vietnamveteran ein Türeschlagen aus, um heute an den Schuss erinnert zu werden, der damals dem Kameraden neben sich den halben Kopf zerfetzte. Diese durch das „Türeschlagen“ erinnerten Bilder – 20 Jahre alt – lassen heute noch eine ganze Kaskade von äußerst belastenden Beschwerden im Körper und im Befinden des Betroffenen ablaufen.
- Mangelnde Konzentration, nicht selten in einem Umfang, dass noch junge Menschen vorzeitig verrentet werden mussten, weil sie den Anforderungen am Arbeitsplatz nicht mehr nachkommen konnten
- „Flashbacks“, das sind immer wieder blitzlichtartig und bruchstückhaft auftauchende Wahrnehmungen von Erinnerungen lange zurück liegender Ereignisse aus dem Krieg oder der Traumasituation, mit der schlimmen Folge, dass diese „flashbacks“ die gleichen emotionalen Befindlichkeiten auszulösen vermögen, wie seinerzeit die Ereignisse der realen Kriegssituation.

Wenn ich hier von „Kriegsveteranen“ spreche, können Sie ebenso gut eine Mehrzahl von Kindern und Jugendlichen unserer Jugendhilfeeinrichtungen einsetzen, die z. B. lange nach der Trennung/Scheidung noch die Schreie der vom Vater geschlagenen Mutter hören oder selber immer wieder an Schmerzen von Missbrauch oder Misshandlung erinnert werden und in deren Folge in ihrem Verhalten die gleichen Symptome beobachtet werden können, wie ich sie oben aufgezählt habe.

Zusammengefasst nennt man diese Ansammlung von Symptomen, auch wenn nur einige davon im Verhalten von Menschen beobachtbar sind: Posttraumatisches Belastungssyndrom (abgekürzt: PTBS)

Auf der Ebene der therapeutischen Behandlung dieser Menschen mussten sich die Klienten und die Therapeuten mit der Erfahrung auseinandersetzen, dass Klienten in Therapien zwar lernten, wie man die im Körper ablaufenden Prozesse wahrnehmen und darüber sprechen konnte. Übereinstimmend wurde aber auch berichtet, dass die Fähigkeit, darüber zu sprechen, keinen Einfluss auf die Verarbeitung der traumatischen Erfahrung hatte. Kurz: Es war nicht möglich, mit den **sprachgebundenen therapeutischen Verfahren** eine Linderung bei den traumatisierten Vietnamveteranen herbei zu führen.

Ähnliche Erfahrungen können wir Therapeuten aus unserer therapeutischen Arbeit im Jugendhilfebereich bestätigen.

Eine ganze Reihe von Wissenschaftlern fand nun parallel zu diesen bedrückenden Erfahrungen heraus, wie ein Gehirn auf neurobiologischer und auf neurophysiologischer Basis Stressinformationen oder Informationen über belastende Ereignisse speichert aber nicht verarbeitet.

Mit Hilfe neuer Untersuchungsverfahren, beispielhaft sei hier die Positions-Emissions-Tomografie (PET) erwähnt, können die Areale im Gehirn aufgezeichnet werden, die aktiv sind, wenn beispielsweise die betroffene Person ihre Traumageschichte erzählt bekommt. So lässt sich rekonstruieren und beobachten, dass im Gehirn beim Erzählen der Traumageschichte und bei den dadurch ausgelösten Erinnerungen, die Amygdalastruktur, ich nenne sie künftig das Alarmzentrum, im wahrsten Sinne Alarm schlägt und durch die Ausschüttung körpereigener Hormone und Neurotransmitter den Körper auf Alarm einstellt:

- ❖ Adrenalin und Noradrenalin stellen die notwendige Körperspannung bereit sollte es zum Kampf oder zur Flucht kommen.
- ❖ Eine Zunahme von Dopamin sorgt dafür, dass ein Maximum an motorischer Beweglichkeit zur Verfügung steht;
- ❖ eine erhöhte Cortisolausschüttung erhöht den Angstpegel, der wiederum elementar wichtig dafür ist, dass der auf Alarm eingestellte Organismus hochwachsam reagiert.
- ❖ Die Ausschüttung körpereigener Endorphine wiederum sorgt für eine Verminderung des Schmerzempfindens, damit ein Organismus auch bei Verletzung noch in der Lage ist, sich trotz großer Wunden z. B. nach einem Autounfall, in Sicherheit zu bringen.

Traumatisierungen - und hier vor allem sequentielle, also solche, die sich über einen längeren Zeitraum erstrecken – haben zur Folge, dass einzelne oder alle neurochemischen Parameter auf Dauer zu hoch oder zu tief eingestellt bleiben und so dafür sorgen, dass kleinste Trigger an Traumaerinnerungen, immer wieder die ganze Kaskade belastenden Empfindens im Körper auszulösen vermögen. (Bspl. „Schmerzunempfindlichkeit“; Bspl.: ADS)

Neben diesen biochemischen Vorgängen im Körper geschieht auf der physiologischen Ebene etwas weiteres Wichtiges: das Alarmzentrum sorgt bei Gefahr dafür, dass das Sprachzentrum (Brocca'sches Zentrum) und Teile des Hippocampus – in dem unsere Erinnerungen gespeichert sind – abgeschaltet werden. In seiner praktischen Konsequenz bedeutet das, dass die sprachlichen und kognitiven Fähigkeiten eines Organismus eingeschränkt sind bis hin zur völligen Sprachlosigkeit, oder allgemein: das Denken wird bei Gefahr abgeschaltet.

Wir kennen diesen Prozess alle und drücken diesen Mechanismus intuitiv in Schrecksituationen durch den Gebrauch der Redewendung „**Das hat mir aber jetzt die Sprache verschlagen!**“ aus.

Für das Überleben des Organismus bei Gefahr und bei Stress ist dieses Abschalten von Sprach- und Erinnerungszentren durch das Alarmzentrum zuallererst eine überlebensnotwendige Maßnahme: Das Gehirn entledigt sich in Gefahrenmomenten, wo es auf blitzschnelles Entscheiden und Handeln ankommt, von allem unnützen Ballast, so, dass nur die Zentren funktionsfähig bleiben, die blitzschnelles Reagieren garantieren.

Würde der Neandertaler im Angesicht eines Bären erst überlegen und mögliche Entscheidungen auf Vor- und Nachteile seines Handelns kognitiv abwägen, wäre er in dieser Zeit des Überlegens vom Bären gefressen worden. Es gab andere Gründe dafür, dass der Neandertaler ausstarb!

In der Gefahr ist es für den Organismus überlebenswichtig, schnell zwischen den biologisch bei allen Säugetieren angelegten Verhaltensvarianten bei Stress, nämlich „Kämpfen oder Fliehen“ entscheiden zu können.

Eine Konsequenz dieser Überlebensmechanik des Abschaltens von Sprache und Erinnerung für die Alltagspädagogik ist, dass Kinder oder Jugendliche, die sich nach „Ausrastern“ wieder beruhigt haben, d. h. ihnen stehen wieder sämtliche kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten zur Verfügung, im Gespräch mit dem Erzieher versprechen, „nie wieder“ jemanden anzugreifen oder „nie wieder“ weg zu laufen. Sobald jedoch erneut Stress auftritt, durch Stress an Traumaerfahrungen getriggert wird, ist diese kognitive Vereinbarung – wie wir jetzt wissen – abgeschaltet, vergessen und der gleiche Ausraster passiert erneut. Auf Erzieher, die mit ihren Kindern viel auf der appellativen Ebene arbeiten, wirkt sich dieses Brechen von Vereinbarungen nicht selten so belastend aus, dass darüber die Kontakte zum Kind zerbrechen.

Forscher haben weiter herausgefunden, dass ein Gehirn von stark stressbelasteten Menschen Traumainformationen nicht angemessen verarbeiten kann. Traumainformationen sind quasi in bestimmten Arealen des Gehirns unverarbeitet „stecken geblieben“ oder „eingefroren“ und verhindern, dass aktuelle, neue Informationen nicht mehr oder nur noch eingeschränkt verarbeitet werden können. Wie genau das „Stecken bleiben“ funktioniert hat die Forschung noch nicht entschlüsselt.

Die Konsequenzen daraus, wie traumatisch bedingt im Gehirn „stecken gebliebene“ Informationen Spracherwerbs- und Sprachstörungen, schulisches Lernen beeinträchtigen und Lernbehinderungen entstehen lassen, sind bis heute noch nicht annähernd überblickt.

Das Grausame an dieser evolutionär angelegten Mechanik des Abschaltens von Sprechen und Denken, die – wie oben ausgeführt – dem Überleben in

Gefahrensituationen dient, ist, dass sie eine Verarbeitung der Traumafolgen erschwert wenn nicht gar unmöglich macht, da der Zugang zu den Traumainformationen über Sprache unterbrochen ist. Eine weitere nicht zu unterschätzende Konsequenz leitet sich aus diesem Fakt ab: wir sollten anerkennen, dass unsere Möglichkeiten, traumatisierte Kinder mit Sprache zu erreichen, recht beschränkt sind!

Schlimmer noch: ähnliche Reize heute, die an die Traumasituation von damals erinnern, reichen aus, um diese stecken gebliebenen Informationen zu reaktivieren und jedes Mal wird die ganze Kaskade von neurochemischen Abläufen in Gang gesetzt, die dafür sorgt, dass die betroffene Person erstarrt, wegläuft oder aggressiv reagiert, im schlimmen Fall alles kurz und klein schlägt, also das tut, was es während der Traumasituation nicht zu tun im Stande war.

Wem fallen da nicht bestimmte Jungen und Mädchen unserer Einrichtungen ein?

Immer wenn ich eine Hand hebe um diese einem Jungen auf die Schultern zu legen, um ihm etwas Wohlwollendes zu sagen, duckt sich dieser Junge unter meiner Hand weg, zeigt vielleicht eine Schreckreaktion und geht auf Distanz zu mir.

Ich verstehe heute: Die nicht verarbeitete, quasi „stecken gebliebene“ Traumainformation des Jungen ist, dass eine sich hebende Hand einmal massiv Schmerzen zugefügt hat und – in der Wahrnehmung des Jungen - meine sich *heute* hebende Hand mit der Erinnerung der Schläge des Stiefvaters von vor drei Jahren verbindet. Wenn ich den Jungen heute in den Arm nehmen möchte, triggert meine sich hierzu hebende Hand die alte nicht verarbeitete Traumaerinnerung und löst die dazu gehörende Schutzreaktion aus: Schutz suchen durch wegducken, Angst, Schmerzunempfindlichkeit und möglicherweise eine aggressive oder gewaltvolle Reaktion.

Nun gibt es seit den 80er Jahren eine recht hoffnungsvolle Entwicklung im therapeutischen Umgang mit traumatisierten Menschen. **Francine Shapiro**, USA, entwickelte ein Verfahren, das in der Lage ist, diese so genannten „stecken gebliebenen“ oder „eingefrorenen“ Traumainformationen im Gehirn auch nach langen Zeiträumen wieder zur Verarbeitung zu bringen. Sie entdeckte an sich selbst nach einem stressbelasteten Ereignis, dass regelmäßige schnelle rechts-links Augenbewegungen in der Lage sind, stressbedingte Erinnerungen zu verarbeiten. Sie verfeinerte diese Methode und nannte diese Methode später EMDR (Eye Movement Desentization and Reprocessing).

Auch hier ist mit PET untersucht und belegt worden, wie durch die Augenbewegungen und bestimmten Vorstellungen – ich komme gleich darauf zurück – durch die Überkreuzverschaltungen der Nervenbahnen des Sehnervs im Gehirn beim Schauen nach links die rechte Gehirnhälfte innerviert wird und beim Schauen nach rechts die linke Gehirnhälfte. Dazu ist es notwendig zu wissen, dass in der **linken Gehirnhälfte** die Sprache verarbeitenden Zentren

liegen und im **rechten Teil des Gehirns** mehr die Zentren, die die Emotionen verarbeiten, u. a. auch das Alarmzentrum.

Bei der Anwendung von EMDR wird der Traumatisierte nun aufgefordert sich das belastende Ereignis auf 4 sensorischen Ebenen zu erinnern:

- ❖ Er soll sich eine **visuelle Erinnerung** als Bild oder als Film aus seiner Traumageschichte vorstellen;
- ❖ gleichzeitig soll er sich dazu einen **negativen Satz** bilden, der zu seiner Person in der Traumaerinnerung passt (z. B. „Ich bin hilflos!“),
- ❖ des weiteren soll er auch einen **positiven Satz** erfinden, der dann gut passen würde, wenn er sich vorstellt, die Traumasituation sei endlich verarbeitet (z. B. „Ich kann mich zur Wehr setzen!“).
- ❖ Er soll weiterhin noch einmal die **Emotionen** vergegenwärtigen, die ihn überkommen, wenn er das Trauma erinnert. (Oft tauchen dann die gleiche Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, der Ekel und andere Gefühle auf, die auch während der Traumatisierung vorhanden waren.)
- ❖ Zu guter letzt soll er wahrnehmen, wo in seinem **Körper** er diese Emotionen jetzt am deutlichsten spürt.

Dieser Ablauf geschieht in einer sich immer wiederholenden Form nach einem Protokoll bei allen Traumatisierten, die mit EMDR behandelt werden.

Mit diesen **Informationen aus den visuellen, den auditiven, den emotionalen und den körperlichen** Verarbeitungszentren im Gehirn soll der Betroffene dann den Augenbewegungen des Therapeuten folgen. Häufig treten dann noch einmal starke Affekte auf: die Traumasituation wird noch einmal durchlebt und durch die Augenbewegungen, sprich: durch die Innervationen mit der rechten und linken Gehirnhälfte werden dann die stecken gebliebenen Traumaerfahrungen integriert, also verarbeitet. Der Klient merkt es oft daran, dass die bislang bedrohlichen Bilder verblassen oder den bedrohlichen Gedanken an das Trauma folgen langsam ungefährlichere oder gar humorvolle Gedanken.

EMDR ist mittlerweile so gut auf seine Wirksamkeit untersucht, dass diese Methode, obwohl es sie bei uns in Deutschland gerade einmal 10 Jahre gibt, ansteht, in den Katalog der von den **Krankenkassen** bezahlten Verfahren mit aufgenommen zu werden.

Auf ein wichtiges Element der Traumabehandlung muss ich jedoch noch etwas ausführlicher eingehen, da sich hieraus enorme Implikationen für unsere Traumazentrierte Pädagogik ergeben. Bevor mit Traumatisierten EMDR gemacht wird ist es wichtig mit diesen Personen einen **Sicheren Ort** zu installieren.

Dieser Sichere Ort wird gebraucht, um nach der anstrengenden und oft belastenden Traumaverarbeitung durch EMDR (oder andere Methoden, die es

mittlerweile gibt) dorthin zu gehen um sich wieder sicher zu fühlen. Und „sicher fühlen“ heißt immer auch „ich habe die Kontrolle!“ über das was in mir passiert. Oft ist die Erfahrung, mit dem Sicherem Ort „flashbacks“ oder emotionale Erinnerungen kontrollieren zu können und damit deren beängstigende Wirkungen abzumildern, eine zentrale Erfahrung in der Traumaverarbeitung der betroffenen Personen: Erst das Gefühl von Kontrolle gibt dem Traumatisierten die Sicherheit, die ihm durch die Traumaerinnerungen immer wieder genommen werden.

(Bspl.: Junge – Lehmloch)

Ein sicherer Ort ist eine Imagination, eine Vorstellung oder eine Erfindung, meistens visueller Art, mit Hilfe unserer Fähigkeiten zur Phantasie über einen Ort, an dem sich die Person, wenn sie sich dahin begibt, ganz sicher fühlt. Sie hat ihn mit Hilfe der eigenen imaginativen Fähigkeiten selbst oder unter Anleitung des Traumapädagogen erfunden und sich diesen sicheren Ort möglichst intensiv auf verschiedenen sensorischen Kanälen vorgestellt.

Ich lade Paul ein, sich zu seinem Sicherem Ort zu „beamen“: Paul **sieht** also das Baumhaus, das er sich als sicheren Ort gewählt hat. Er kann dort **hören** wie der Wind durch die Blätter raschelt, vielleicht hört er sogar Vögel piepsen und er **spürt** die Wärme der Sonne, die auf ihn in seinem Baumhaus scheint. Je umfangreicher und intensiver die Beteiligung der sensorischen Ebenen am Sicherem Ort – übersetzt: je mehr Verarbeitungszentren eines Gehirns an der Erschaffung des Sicherem Ortes beteiligt sind, umso größer ist die beruhigende Wirkung des Sicherem Ortes. Die Wirkung wird meistens in einer Leichtigkeit, Unbeschwertheit und vor allem im Stopp der Erinnerungen aus der Traumaerfahrung oder auch in einem Ablenken von Unangenehmen erfahren.

Spontan nutzt jeder von uns diese Fähigkeit beim Tagträumen. Ich erinnere mich teilweise noch gerne an meine Tagträume als Jugendlicher während des Englischunterrichts. Viele Szenen aus Karl May Büchern, die ich damals verschlang, lebten während des Englischunterrichts in mir auf. Ich musste aber auch einen Preis dafür zahlen: meine Schulzeit verlängerte sich um ein Jahr. Dieses persönliche Beispiel ist nichts anders als ein Sicherer Ort: mit Hilfe meiner imaginativen Fähigkeiten, schützte ich mich vor der von mir als unangenehm erlebten englischen Sprache – diese war für ich nur mit Blamage und Misserfolg verbunden - und einem als ungerecht erlebten, zum Sadismus neigenden Englischlehrer.

Wie machtvoll Imaginationen zur Traumaheilung eingesetzt werden können, zeigte Luise Reddemann, eine der exponiertesten Traumaexpertinnen in Deutschland. Sie hat in ihrer Klinik in Bielefeld zuletzt nur noch mit imaginativen Techniken gearbeitet und auf jegliche Exposition von Traumaerfahrungen verzichtet. Damit war sie überaus erfolgreich.

2. Teil: Effekte einer Traumazentrierten Pädagogik

Hier setzt nun meine Frage an – und ich leite damit über zum zweiten Teil meiner Ausführungen über: **Wie muss eine Pädagogik beschaffen sein, die Kinder und Jugendliche unserer Jugendhilfeeinrichtungen mit Traumaerfahrungen zu erreichen vermag?**

Wie kann ich die Grundzüge einer Behandlung von Traumatisierten – wie sie beispielsweise im EMDR kurz skizziert wurden – in die Pädagogik transferieren?

Ich selbst habe 1999 eine EMDR Ausbildung absolviert und danach weitere Traumamethoden erlernt. Diese Ausbildungen haben mich noch einmal in der Form begeistert, dass mir dabei viele Kinder, Jugendliche und Erwachsene meiner eigenen therapeutischen Praxis durch den Sinn gingen:

- Ich wusste plötzlich, was ich in problematischen Situationen hätte anders machen können, wenn ich es damals schon gewusst hätte;
- Mir kamen Ideen, warum ein Junge zu einem Mädchen auf das Zimmer geht und es missbraucht (er reinszeniert etwas selbst Erfahrenes);
- Ich habe gelernt sehr viel symptomzentrierter zu fragen. („Wo sind Dir solche Handlungen schon einmal passiert?“; „Wo hast Du solche Gefühle schon einmal erlebt?“; „Wo sind Dir solche Körpersensationen, unter denen Du leidest, schon einmal begegnet?“)
- Mir fiel ein, was ich besser hätte sein lassen sollen, wenn ich es gewusst hätte, um einen therapeutischen Prozess besser gestalten zu können.

Diese ganzen Erfahrungen flossen dann ab 2000 in die Idee ein, auch die Erzieher, die ja im Vergleich zu den Therapeuten rund um die Uhr mit den Kindern und Jugendlichen zusammenarbeiten und -leben, an solchen Erfahrungen Teil haben zu lassen. Wir wollten den Erziehern ein Rüstzeug für einen zielgerichteten Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen vermitteln.

Und nicht zuletzt erhofften wir Therapeuten uns für unsere therapeutische Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen kompetentere Unterstützung seitens der Erzieher.

In unserem **Curriculum Traumazentrierte Pädagogik** vermitteln wir den Teilnehmern zum einen das Wissen über Traumata und Traumafolgen, das sie heute in stark verkürzter Form dargeboten bekamen.

Dieses **Wissen** schafft einerseits die Grundlage dafür, dass die Erzieher ihre Kinder und Jugendlichen besser verstehen, die Sinnhaftigkeit auch von bizarren Verhaltensformen leichter nachvollziehen können. Dieses achtsamere Verstehen von ehemals merkwürdigem Verhalten schafft mehr Distanz, ohne dass dadurch die Nähe verloren geht. Erzieher sind durch diese Achtsamkeit vor burn-out Prozessen geschützt. Auch für die Kinder und Jugendliche im Umgang mit

ihren Erziehern ist diese Distanz oft heilsam, da achtsamere Verhaltensweisen von Erziehern weniger die Traumaerinnerungen der Kinder triggern werden.
(Bspl.: Linden)

Trainiert wird im Curriculum anhand eines **Traumascreeenings** (FOLIE) - das wir aus dem ICD 10 abgeleitet haben - das Erkennen von PTBS und das Einschätzen traumatischer Belastung.

Der ICD ist ein durch die internationale Forschergemeinschaft verbindlich festgelegter Katalog, in dem nieder gelegt ist, was an Verhaltensformen gegeben sein muss, damit eine Diagnose, z. B. die der PTBS, gestellt werden kann. Unser TraumaScreening ist eine Hilfe für die Erzieher, schnell einschätzen zu können, ob sie es mit Traumatisierung zu tun haben oder nicht.

(Untersuchung: 70 %)

Damit geht einher, und das ist eine Herausforderung für die Jugendhilfe, dass wir zu realisieren haben, dass in unseren Einrichtungen in der Mehrzahl traumatisierte Kinder und Jugendliche leben, auf die die Diagnose PTBS oder DIS passen. In der eben erwähnten Untersuchung gab es in 80 Akten 3 x die Diagnose PTBS, keinmal die Diagnose DIS! Dafür aber jede Menge Hinweise auf komplexe und sequentielle Traumatisierung durch andauernde Gewalterfahrung oder sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung die nahe legen, dass Traumafolgeerkrankungen bei einer Mehrzahl unserer Kinder und Jugendlichen vorliegen.

Herz- und Kernstück der Ausbildung zum Traumapädagogen ist jedoch die ausführliche Auseinandersetzung mit dem Konzept des **Sicheren Ortes** und damit verbunden ein Bewusstwerden und Training der eigenen imaginativen, bildhaften Fähigkeiten sowie die Ermutigung der Erziehern in ihrer pädagogischen Praxis verstärkt imaginative Prozesse bei ihren Kindern zu fördern. Die Teilnehmer erfinden – so sie ihn nicht schon haben - und erfahren durch Demonstrationen der Dozenten, in Selbsterfahrung und in eigenen Übungen ihren eigenen Sicheren Ort und werden angehalten, diesen in Übungen untereinander immer wieder in Szene zu setzen und auszubauen.

Einen umfänglichen Raum nimmt dabei immer wieder die Auseinandersetzung mit den Bedingungen des eigenen Arbeitsplatzes ein, wobei immer wieder überprüft wird, inwieweit der **äußere Sichere Ort** einer Einrichtung, einer Wohngruppe, eines Teams sicher genug sind, auch einen Inneren Sicheren Ort entstehen zu lassen. Es geht um eine Überprüfung z. B. des Ausmaßes an Gewaltfreiheit einer Einrichtung, um den Rahmen von Regeln und Konsequenzen bei Gewalt und Missbrauch und anderen Regelüberschreitungen durch Kinder und Jugendliche, inwieweit Kinder z. B. vor weiterer Gewalt oder Missbrauch auch durch das Elternhaus geschützt sind, aber auch um Dinge, wie die Gestaltung von Atmosphäre einer Einrichtung und seiner Gruppen.

Zentrale Prämisse ist dabei immer wieder - und deren Wichtigkeit kann nicht oft genug betont werden - **ohne einen äußeren sicheren Ort kann kein innerer Sicherer Ort** entstehen.

Mit unserem Wissen verstehen wir jetzt: Bedingungen eines unsicheren äußeren Ortes triggern in traumatisierten Kinder und Jugendlichen immer wieder an unverarbeiteten Traumaerfahrungen, laden Kinder und Jugendliche ein, zu zerstören oder zu vermeiden und verstören zwischen ihnen und Erziehern gerade gewonnene Vertrauenspotentiale, bis hin zum Kontaktabbruch, sei es durch Weglaufen, durch Entlassung oder Psychiatrisierung. Die Kinder und Jugendlichen bedienen sich an unsicheren äußeren Orten gehäuft der biologisch angelegten Optionen „Kämpfen“ oder „Vermeiden“, die, wie wir nun wissen, dem Überleben dienen, die jedoch zum Zeitpunkt der Traumatisierung nicht genutzt werden konnten.

Nicht selten kommen Erzieher in dieser Ausbildung beim Erlernen ihres eigenen Sicheren Ortes in Kontakt mit eigenen unverarbeiteten kleineren, manchmal auch größeren Traumata. Dies ist keine Katastrophe. Erzieher machen die hilfreiche und erleichternde Erfahrung, durch das Anwenden des eigenen inneren sicheren Ortes nun vermehrt Kontrolle auch über die Auswirkungen der Traumatisierung auf sich selbst zu gewinnen. Auch dies: ein nicht zu unterschätzender Faktor zum Schutz vor burn-out.

Und nichts erhöht einen Transfer von Lerninhalten in die Praxis so sehr, wie eine emotional gestützte Verankerung dieser Lerninhalte in die Persönlichkeit!

Immer wieder verweisen wir auf eine von **Neugier** geprägte Haltung gegenüber dem Kind und laden dazu ein, eine Haltung, die von der Einstellung getragen wird, „Ich weiß, was gut für mein Kind ist!“ gegenüber einer neugierigen Haltung zurückzustellen.

Um Kinder aus dem eingefrorenen Traumazustand herausführen zu können wird Erziehern vermittelt, ihren Vermutungen und Phantasien, die sie über ihre Kinder haben, zu vertrauen und diese wie ihr Handwerkszeug anzusehen. Tun sie dies, ist es ihre Aufgabe, die Vermutungen und Annahmen auf ihren Wahrheitsgehalt hin zu überprüfen. Hierzu üben wir mit den Erziehern, ihre **Vermutungen** über die Kinder **in Fragen zu kleiden** und diese dem Kind in günstigen Gelegenheiten zu stellen. Beispielsweise Kinder mit Schlafstörungen – ein Indikator für unverarbeitete Traumata – vor dem zu Bett gehen ritualisiert zu fragen, was sie denn „innerlich sehen, wenn sie die Augenlider herunterklappen?“ oder was sie „mit ihrem inneren Ohr hören, wenn es leise wird?“ oder „was sie in ihrem Körper fühlen, wenn es ruhig wird?“, dass es ihnen dann schwer macht, in den Schlaf zu kommen.

Kinder haben in der Regel solche Fragen noch nie gestellt bekommen und wissen meistens zuerst keine Antwort darauf. Sie lernen jedoch durch wiederholtes Fragen, auch im Vertrauen auf die Richtigkeit der Ideen ihre

Erzieher, ihre Wahrnehmung in die Richtung der gestellten Fragen zu fokussieren. Erzieher sind dann immer wieder überrascht, welche Antworten sie häufig auf solche Fragen erhalten, wenn sie nur einfühlsam und hartnäckig genug ihre Fragen den Kindern stellen. Wenn sie ihren Vermutungen vertrauen und wissen wollen, ob diese stimmen. Nicht selten berichten Kinder von Fragmenten ihrer Traumaerfahrungen.

An solchen Stellen bietet sich an, dem Kind bei der Findung und Ausgestaltung seines inneren sicheren Ort anzuleiten und den sie dann aufsuchen können, wenn sie wieder von Traumaerinnerungen überschwemmt werden. Sie kommen dann leichter in den Schlaf.

Um zu guten, d. h. passenden Vermutungen über den Sinn eines Verhaltens von Kindern zu kommen, lernen Erzieher wie Detektive, sich mit Hilfe ihres Wissens über Traumafolgen auf die Suche nach den **Triggern** zu machen, den minimalen, von außen oft nicht erkennbaren Auslösern für Traumafolgereaktionen.

Viel stärker als es viele Erzieher bislang gewohnt waren, lassen sich Kinder und Jugendliche mit einer von Neugier geprägten Haltung über die Methode des **Fragen Stellens** partizipatorisch an ihren persönlichen Entscheidungen und damit an ihrer Entwicklung beteiligen, denn in jeder Frage ist eine Information über das Kind enthalten aber die Entscheidung sich mit der Frage auseinanderzusetzen, bleibt beim Kind. Wenn ich das Kind frage „Was siehst Du vor Deinem inneren Auge, wenn es dunkel wird?“ kommt beim Kind die Information an: „Der Erzieher glaubt, ich sehe etwas, wenn es dunkel wird!“ Dabei bleibt die Verantwortung darüber, ob es die Information in der Frage – z. B. „Mein Erzieher weiß etwas von dem Schlimmen“ – annehmen will und darauf eingeht oder es sie ablehnt. Ist die Frage von einer nicht zutreffenden Vermutung geleitet, wird das Kind Unverständnis signalisieren. Trifft die Vermutung in der Frage beim Kind den Kern, kann es passieren, dass das Kind weint und der Erzieher weiß, was er dann trostvolles zu tun hat.

Was Erzieher beim Fragen stellen lernen müssen, ist *aushalten zu können*, keine Antwort zu erhalten. Das kann kränkend sein.

Ausführlich setzen sich Erzieher mit den Fragen um den Wechsel vom Opferstatus zum Täterstatus bei Kindern im Verlauf ihrer Entwicklung und mit der **Täterproblematik** auseinander. In diesem Zusammenhang wird auf Krankheitsbilder eingegangen, die in unseren Jugendhilfeeinrichtungen ebenfalls vorkommen, jedoch kaum bekannt sind: es geht um Symptomatiken wie Borderline-Störungen oder Dissoziative Identitätsstörungen.

Ein letzter inhaltlicher Baustein des Curriculums Traumazentrierte Pädagogik ist die Einführung in die Methodik des Geschichten Erfindens und Erzählens in der **Geschichten-Werkstatt**. Wir knüpfen mit diesem Seminar an

Basisfähigkeiten von Erziehern an, die die meisten bereits in ihrer Ausbildung kennen lernten.

Mit den Erziehern wird die Fähigkeit trainiert, Geschichten zu erfinden, die ein schönes Ende haben. Hierdurch wird die Fähigkeit des Gehirns trainiert, Imaginationen zu konstruieren. Geschichten erfinden und Geschichten erzählen dockt dabei an der Fähigkeit an, auch einen eigenen sicheren inneren Ort zu konstruieren.

Zugrunde liegende Überlegung ist hierbei unser Wissen über das Funktionieren unseres Gedächtnisses. Dieses ist in einem großen Teil des Hippocampus im Gehirn angesiedelt.

Vereinfacht gesagt sind alle Erinnerungsformen in drei Abteilungen des Hippocampus organisiert und gespeichert:

- dem episodischen Gedächtnis,
- dem biografischen Gedächtnis und
- dem narrativen Gedächtnis.

Sie erinnern sich an den ersten Teil meiner Ausführungen: ich vermittelte Ihnen hier, dass ein Gehirn bei starkem Stress die Sprache steuernden und generierenden Zentren abschaltet, neben dem Brocca'schen System auch die Gedächtnisspeicher des Hippocampus. Praktisch bedeutet das in Bezug auf das Erzählen einer Geschichte folgendes:

Mit der Erfindung einer Traumageschichte, selbstverständlich eine mit einem guten Ausgang, biete ich dem durch die Geschichte in Alarm versetzten Traumatisierten eine Lösung quasi von außen an, auf die er selbst – mangels blockierter sprachlicher und gedächtnisbezogener Fähigkeiten - nicht kommen kann. (Mit PET-Untersuchungen lässt sich sichtbar machen, wie durch das Erzählen der Traumageschichte das Alarmzentrum angeschaltet und die Sprachzentren abgeschaltet wird und wie das schöne Ende einer Traumageschichte diese Regionen wieder aktiviert.)

An diesem dritten Teil des Erinnerungsspeichers, dem narrativen Gedächtnis, in dem die biografischen und episodischen Elemente zu einer gesamten Lebensgeschichte in verbalisierter Form gespeichert und verdichtet sind, setzt die Geschichten-Werkstatt an. ErzieherInnen sollen wieder lernen, mit und für die Kinder Geschichten zu erfinden, die in verfremdeter Form die Traumageschichte des Kindes beinhaltet. Allerdings mit dem Unterschied, dass die erfundene Geschichte im Gegensatz zu der realen des Kindes ein schönes Ende, eine Lösung hat. Diese wird dem Kind dann erzählt, oder das Kind liest sie selber. Der Effekt dieser neuen Geschichte ist der, dass sie im Kind Optionen für Heilung anrührt. (Bspl.: Bobath-Therapie)

Geschichten erzählen ist eine hervorragende Möglichkeit, auch Kinder zu erreichen, die zu Zeiten traumatisiert wurden als ihnen noch keine Sprache zur Verfügung stand. (Bspl.: Mutter ADS – Der Wolf und die 7 Geislein;)

Zu guter letzt wird im Curriculum an zwei Tagen **Supervision** angeboten, in dem die Teilnehmer die gelernten Inhalte vertiefen, trainieren und ihre Erfahrungen aus der Praxis noch einmal zur Diskussion stellen können.

Auf freiwilliger Basis treffen sich die Teilnehmer zwischen den Seminaren, abhängig von der Region aus der sie kommen, in **Peergruppen**, um miteinander gelerntes zu üben und zu vertiefen. In den Peergruppen, wird die Vertiefung des eigenen sicheren Ortes geübt. Dies ist wichtig, da Erzieher immer wieder alte Gewohnheiten überwinden müssen, um beispielsweise die in einem etwas anderen Sprachduktus dargebotene Präsentation des Sicheren Ortes einzuüben.

Wir führen 3 Monate nach jedem Abschluss eines Curriculums eine Befragung nach dem Transfer der Inhalte durch. Aus den Ergebnissen lässt sich konstant ablesen, dass die Erzieher vor allem in zweierlei Hinsicht von dem Curriculum profitieren:

- Das neue Wissen schafft ein besseres Verständnis für die Prozesse die in traumatisierten Kindern und Jugendlichen aber auch zwischen Erziehern und Kindern ablaufen. Dadurch entsteht ein Stück Distanz, aus der heraus sich sicherer handeln lässt.
- Erzieherlernen durch das Curriculum besser für sich in Bezug auf ihre Psychohygiene zu sorgen. Sie können z. B. nach dem Dienst „leichter abschalten“ oder brauchen in ihrer Freizeit „nicht mehr so oft an den Dienst zu denken“. (Das war ein Ergebnis, mit dem wir anfangs nicht gerechnet hatten)

Ich leite nun über zum 3. Teil meiner Überlegungen:

Eine Kultur des Sicheren Ortes

Immer wieder fiel auf, dass nicht jeder Traumatisierte zwangsweise eine PTBS oder eine andere Traumafolgeerkrankung entwickelt. Von einzelnen KZ-Überlebenden ist bekannt, dass sie nach dem Schrecklichen der Lagertortur durchaus in der Lage waren, ein normales Leben zu führen.

An diesen außergewöhnlichen Erfahrungen anknüpfend wurde umfassend immer wieder untersucht, worin sich die Personengruppen unterscheiden, die durch ein Trauma oder eine Reihe von Traumatisierungen an PTBS erkrankten im Gegensatz zu denjenigen, die nach schrecklichen Ereignissen von selbst heilten und gesund blieben.

Die Forschung fand übereinstimmend heraus, dass diejenigen Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen, die nach Traumatisierungen gesund geblieben sind, sich von denen, die an Traumafolgen erkrankten, darin unterscheiden, dass erstere über ausreichende Fähigkeiten zur **Resilienz** verfügen: diese Kinder und

Jugendlichen kommen aus Familien mit stabilen und verlässlichen Bindungen und verfügen über ausreichend Selbstheilungskräfte.

Der Göttinger Neurobiologe Gerald Hüther nennt diese Fähigkeiten **protektive Faktoren**.

Unter protektiven Faktoren versteht Hüther – und das deckt sich in vielfältiger Hinsicht mit den Forschungen aus der Bindungs- und Resilienzforschung - folgende Fähigkeiten:

- Das Vertrauen des Kindes in anwesende Personen (Mutter, Vater, oder andere wichtige Bezugspersonen)
- Das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten (Wissen, Kompetenz, Kraft.....)
- Vertrauen in vorgestellte, erfundene Fähigkeiten (Glaube, Religion, Liebe, Schicksal, Esoterik.....)

Dieser letzte Faktor „Vertrauen in vorgestellte Fähigkeiten“ meint nichts anderes als das, was wir ErzieherInnen im Curriculum Traumazentrierte Pädagogik mit dem Training der Fähigkeiten ihrer imaginativen Kräfte bei der Erfindung ihres Sicheren inneren Ortes vermitteln und das sie dann ihren Kindern vermitteln. Es stellt sich ein *Baumhaus* vor (in dem es sicher ist) oder einen *Tresor*, in den es seine hässlichen Bilder packt oder Ich bin überzeugt, dass es so viele Ideen von einem sicheren Ort gibt, wie Menschen, die sich einen sicheren Ort erfinden.

Hüther und andere Forscher haben in zahllosen Forschungsarbeiten jedes Mal erneut belegen können, wie innere Bilder, also Phantasien und Imaginationen, das Befinden zu beeinflussen vermögen: bei Traumabildern äußerst negativ – das wissen wir jetzt; bei schönen und hoffnungsvollen Bildern: positiv. Hieraus erschließen sich jede Menge Handlungsoptionen.

Dahinter verbirgt sich so etwas wie ein Wissen darüber, dass jeder der Chef seines Gehirns ist und somit auch bestimmen kann, was und worüber er oder sie denkt.

An dieser Stelle verschränken sich noch einmal neurobiologische Erkenntnisse mit pädagogischen Maximen: **Eine Kultur des Sicheren Ortes** – und das ist das Neue an einer Traumazentrierten Pädagogik – **vermag bei Kindern und Jugendlichen** die in der familiären Sozialisation nicht vermittelten **protektiven Faktoren** – quasi von außen - **zu ersetzen**, wenn es gelingt die Umgebungsbedingen einer Erzieher-Kind-Beziehung, einer Gruppensituation aber auch den strukturellen Rahmen einer Jugendhilfeeinrichtung sicher zu gestalten.

Dabei ließen wir uns von der Überzeugung leiten, dass eine Bewegung „hin zu“ einem sicheren Ort eine stärkere Dynamik entfaltet als die bisherige Bewegung „weg von“ der Gewalt. „Weg von...“ sagt nämlich nichts darüber aus, wohin es geht!

Auf dem Hintergrund immer wieder statt findender Gewalt- und Missbrauchsakte von Kindern und Jugendlichen untereinander aber auch

gegenüber erwachsenen Bezugspersonen sind wir in der Vergangenheit lange an der Gewalt mit seinen ängstigen und schmerzvollen Auswirkungen wie in Trance haften geblieben. Wir versuchten Gewalt und Missbrauch zu verstehen (z. B. als grenzverletzende Täterhandlung) und entwickelten Strategien, wie von der Gewalt wegzukommen sei (beispielsweise durchliefen die Erzieher PART-Trainings und wir organisierten Anti-Gewalt-Trainings, bei hoffnungslosen Fällen entließen wir Kinder oder verlegten oder psychiatrisierten sie). Das diese Bedingungen für Kinder als extrem unsicherer wahrgenommen wurde, brauche ich wohl nicht mehr zu betonen. Aber es passte zu den Erfahrungen der Kinder. In all unseren Bemühungen blieb unsere Wahrnehmung auf Gewalt und Missbrauch ausgerichtet.

Durch die Auseinandersetzung mit den verheerenden Auswirkungen von Traumafolgen auf ihre Opfer in der Fokussierung auf die Traumazentrierte Pädagogik ist mit einer **Kultur des Sicheren Ortes** – aus der Einzelfallmethode für die Arbeit mit dem einzelnen abgeleitet – ein neues Wahrnehmungsfeld in den Blick der Mitarbeitenden der Jugendhilfe gelangt, die andere Kräfte freisetzt als es die Auseinandersetzungen mit den gewalt- und vermeidungsbezogenen Bedingungsparametern ermöglichten, die die Kinder mit ihren Symptomatiken in die Jugendhilfeeinrichtungen mitbringen.

Mit der Kultur eines Sicheren Ortes setzen wir, das sind die Erzieherteams, die Einrichtungsleitungen und die bereits überzeugten Kinder und Jugendlichen allen anderen Kindern und Jugendlichen von Beginn ihres Heimaufenthaltes an etwas entgegen, von dem Beruhigendes und Stabilisierendes ausgeht.

In unseren Einrichtungen ist anlässlich eines Erziehertages zum Thema „Gewalt“ und „Missbrauch“ vor über zwei Jahren die Idee geboren worden, den Sicheren Ort für alle in der Einrichtung arbeitenden und lebenden zu reflektieren. Es bildeten sich Arbeitskreise von Einrichtungsleitungen, von Erziehern und Erzieherinnen und Kindern, in der Regel den Gruppensprechern. In diesen AK's wurde fast ein Jahr lang beraten, ausgetauscht und gesammelt, was sich jeder wünscht und vorstellt, um sich an seinem Arbeitsplatz, in seiner Gruppe sicher fühlen zu können und optimal seine Kräfte entfalten zu können.

Durch die Arbeit dieser AK's wurde in den Einrichtungen eine Bewegung ausgelöst, in der sich die Idee vom Sicheren Ort zu einem Streben nach einer Kultur des Sicheren Ortes verdichtete.

Die Ergebnisse dieser Arbeit wurden – quasi als Nebenprodukt - in einer kleinen **Broschüre „Der sichere Ort“**, veröffentlicht. Hier wurde der Versuch gestartet, das Konzept des Sicheren Ortes für unsere Einrichtung auf den Ebenen von Leitung, pädagogisch Mitarbeitenden und Kinder und Jugendlichen konkret werden zu lassen und überprüfbar zu machen. (im Internet unter www.zentrum-lebenslanges-lernen.de einsehbar).

Wir wollten weg von der „Gewaltfreiheit“, in diesem Begriff steckt immer noch das Wort Gewalt und wollten alle MitarbeiterInnen von der Idee des Sicheren Ortes anstecken. Zu einem guten Teil ist uns das auch gelungen.

So gibt es im Ev. Jugendhof mittlerweile Gruppen in denen sich die Erzieherinnen mit ihren Kindern und Jugendlichen zusammen setzten, um in einer Reihe von Gruppengesprächen zu erarbeiteten, was in der Gruppe alles gegeben sein muss, wie ein Zusammenleben in einer Gruppe gestaltet sein sollte, damit sich die Kinder und Jugendlichen hier sicher fühlen können. Wir waren überrascht über den Einfallsreichtum und das persönliche Engagement auch der Kinder und Jugendlichen. Die Ergebnisse wurden - zum Teil künstlerisch attraktiv gestaltet – in der Gruppe für jeden sichtbar aufgehängt. Die Kinder und Jugendlichen erinnern sich selbst immer wieder an die Idee, sich unter dem Dach ihrer Gruppe „Wölfe“ ihre „Kultur des Sicheren Ortes“ zu gestalten. Die Erzieher berichteten, wie sich auch die Kinder untereinander mahnen, wenn es Übertretungen von den Vereinbarungen gibt. Und so überträgt sich das, was aus den Köpfen entstanden ist, langsam – und natürlich mit den üblichen Rückschlägen versehen – in die Herzen und wird zur heilsamen Gewohnheit.

Auf diesem Hintergrund sind Kinder und Jugendliche empfänglicher für das Vertrauen ihrer Erzieher und lernen leichter zu vertrauen. Und genau das ist die Basis, auf der Kinder und Jugendliche beginnen können auch an ihre Fähigkeiten zu glauben und Kompetenzen zur Gestaltung ihres Lebens – und nicht mehr ihres Überlebens - trainieren können

Ich bedanke mich für ihre Aufmerksamkeit.