



Universität Innsbruck

Fakultät für Bildungswissenschaften

Institut für Erziehungswissenschaften

WEGE INS VERTRAUEN

Traumapädagogische Arbeit mit jungen Frauen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden

Das Wohnhaus 'Reethira' in Stainz/Steiermark

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades eines

Master of Arts

eingereicht von

Tanja Kreinig, BA

bei Prof. Dr. Michaela Ralser

im Februar 2018

INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|--|----|
| Vorwort | 5 |
| | |
| 1. Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)..... | 7 |
| 1.1. Historie der Borderline-Persönlichkeitsstörung | 7 |
| 1.2. Was ist eine Borderline-Persönlichkeitsstörung?..... | 9 |
| 1.2.1. DSM-IV/ICD-10 | 9 |
| 1.2.2. Angst, Sozialverhalten/Delinquenz, Drogenmissbrauch..... | 12 |
| 1.3. Abwehrmechanismen | 14 |
| 1.3.1. Spaltung..... | 14 |
| 1.3.2. Primitive Idealisierung | 15 |
| 1.3.3. Projektive Identifizierung..... | 16 |
| 1.3.4. Verleugnung | 17 |
| 1.3.5. Omnipotenzgefühle vs. Entwertung | 18 |
| 1.4. Genese der Borderline-Persönlichkeitsstörung – ein Exkurs in die Ent- wicklungspsychologie | 19 |
| 1.4.1. Bindung/Bindungstypen..... | 20 |
| 1.4.2. Entwicklung von Reflexionsfunktion und Mentalisierung | 22 |
| 1.4.3. Ungünstige Entwicklung der Bindung und Mentalisierungsfähigkeit | 24 |
| 1.4.4. Zusammenhänge mit der Symptomatik der Borderline-Persön- lichkeitsstörung | 26 |
| 1.5. Borderline-Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter..... | 28 |
| | |
| 2. Borderline-Persönlichkeitsstörung und Trauma | 31 |
| 2.1. Was ist ein Trauma? | 31 |
| 2.2. Vernachlässigung/Misshandlung/Missbrauch..... | 33 |
| 2.3. Sind Betroffene einer Borderline-Persönlichkeitsstörung traumatisiert?..... | 35 |

| | | |
|--------|---|----|
| 3. | Traumapädagogik | 38 |
| 3.1. | Der Traumabegriff in der Pädagogik..... | 38 |
| 3.2. | Die „Pädagogik des sicheren Ortes“ | 40 |
| 3.2.1. | Der „Sichere Ort“ | 40 |
| 3.2.2. | Der emotionale Dialog..... | 41 |
| 3.2.3. | Der geschützte Handlungsraum | 43 |
| 3.3. | Traumapädagogisches Vorgehen | 45 |
| 3.3.1. | Sicherheit herstellen..... | 45 |
| 3.3.2. | Trauma- und Problembewältigung unterstützen..... | 47 |
| 3.3.3. | Integration in den Lebensalltag..... | 48 |
| 3.4. | Ziele der Traumapädagogik..... | 48 |
| 3.4.1. | Korrektur der Bindungserfahrungen | 48 |
| 3.4.2. | Partizipation | 49 |
| 3.4.3. | Selbstbemächtigung | 52 |
| 3.4.4. | Lebensfreude..... | 55 |
| 3.5. | Jungen vs. Mädchen – geschlechtliche Unterschiede | 56 |
| 3.6. | Pädagogische Arbeit mit Jugendlichen mit einer Borderline-Persönlich- keitsstörung | 59 |
| 4. | Empirische Untersuchung..... | 61 |
| 4.1. | Ein Umriss qualitativer Forschung..... | 61 |
| 4.2. | Untersuchungsgegenstand: Das Wohnhaus ‚Reethira‘ | 62 |
| 4.3. | Erhebungsmethode: Das problemzentrierte Interview | 64 |
| 4.3.1. | Ablauf eines problemzentrierten Interviews | 66 |
| 4.4. | Auswertungsmethode: Die qualitative Inhaltsanalyse | 67 |
| 4.4.1. | Ablauf einer qualitativen Inhaltsanalyse..... | 68 |
| 4.5. | Durchführung der Untersuchung..... | 71 |
| 5. | Auswertung und Ergebnisse | 72 |
| 5.1. | Kategorie 2: Herausforderungen | 74 |
| 5.2. | Kategorie 3: Traumapädagogische Arbeit..... | 77 |

| | |
|---|-----|
| 5.2.1. Subkategorie Grundwerte | 77 |
| 5.2.2. Subkategorie Betreuerinnen-Klientinnen-Beziehung | 80 |
| 5.3. Kategorie 4: Interventionen..... | 81 |
| 5.4. Kategorie 5: Angehörige | 86 |
| 5.4.1. Subkategorie Angehörigenarbeit | 86 |
| 5.4.2. Subkategorie Herausforderungen in der Angehörigenarbeit | 87 |
| 5.5. Kategorie 6: Ziele | 89 |
| 5.6. Kategorie 7: Verbesserungen | 91 |
| 5.7. Kategorie 8: Was hilft der Mitarbeiterin persönlich?..... | 92 |
| 5.8. Kategorie 9: Was nimmt die Mitarbeiterin aus der Arbeit mit? | 94 |
| | |
| 6. Zusammenfassung & Diskussion der Ergebnisse | 95 |
| | |
| 7. Fazit | 100 |
| | |
| Literatur | 104 |
| | |
| Eidesstattliche Erklärung..... | 112 |

VORWORT

Menschen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, gelten als schwierig im Umgang, als launisch und unberechenbar, man sagt ihnen eine schlechte Therapierbarkeit nach – kurzum: Sie scheinen keinen wirklich guten Ruf in zu genießen. Diese Zuschreibungen und die intensive Begegnung mit einer - wie ich später erfuhr - betroffenen Person weckten in mir das Interesse, die vorliegende Arbeit zu verfassen, einen vertieften Blick zu riskieren und die Frage zu stellen, wie man Menschen mit der Diagnose Borderline in einem pädagogischen Kontext angemessen und hilfreich begegnen könnte.

ExpertInnen gehen heute davon aus, dass eine Vielzahl von Personen, denen eine Borderline Störung attestiert wird, in ihrer Kindheit traumatische Erfahrungen gemacht haben. Diese können - wenn die Umweltbedingungen ungünstig sind - schwerwiegende Folgen für das Leben der Betroffenen haben, insbesondere hinsichtlich der Gestaltung ihrer interpersonalen Beziehungen. Aufgrund dieser häufigen Traumatisierungen entstand die Idee, mich im Rahmen der vorliegenden Arbeit auch mit dem Ansatz der Traumapädagogik auseinander zu setzen.

Die Traumapädagogik will Menschen, und vor allem junge Menschen, die Traumatisches erlebt haben, darin unterstützen, ihre Erfahrungen zu verarbeiten und ihren Weg ins Leben – ihren Weg zurück ins Vertrauen – zu finden. Die vorliegende Arbeit stellt nun die Frage, wie man mit jungen Menschen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, in einem traumapädagogischen Setting arbeiten und sie auf ihrem Weg begleiten kann.

Das erste Kapitel der vorliegenden Arbeit widmet sich demnach der Borderline-Persönlichkeitsstörung, kurz als BPS bezeichnet, und bietet nach einem Streifzug durch deren Geschichte Informationen über die Symptomatik und die Abwehrmechanismen, die mit dem Krankheitsbild einhergehen. Ebenfalls wird die Vergabe der Diagnose BPS im Kindes- und Jugendalter bzw. deren Angemessenheit diskutiert.

Das zweite Kapitel setzt sich mit dem Begriff des Traumas auseinander, definiert ihn und setzt ihn in Bezug zum Erscheinungsbild der BPS.

Einblicke in die Grundsätze der Traumapädagogik bietet das dritte Kapitel. Es verortet zu aller erst den Traumabegriff in der Pädagogik und geht dann auf die spezielle Grundhaltung ein, die der traumapädagogischen Arbeit zugrunde liegt. Ebenfalls bietet es Informationen über konkrete Vorgehensweisen und die Ziele, die in der Arbeit mit traumatisierten jungen Menschen erreicht werden sollen. Zum Schluss geht dieses Kapitel auf die Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen ein, die sich aus den bisherigen Erfahrungen zweier Autorinnen in der traumapädagogischen Arbeit ergeben haben.

Das vierte Kapitel widmet sich der empirischen Untersuchung, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit durchgeführt wurde. Nach einem kurzen Blick in die neuere Entwicklungsgeschichte der qualitativen Forschung beschreibt es zunächst den Untersuchungsgegenstand, nämlich das Wohnhaus ‚Reethira‘, eine traumapädagogische Wohngruppe für junge Frauen. Des Weiteren werden das problemzentrierte Interview als Erhebungs- und die qualitative Inhaltsanalyse als Auswertungsmethode vorgestellt und die Durchführung der Untersuchung umrissen.

Die Auswertung bzw. die aus diesem Prozess hervorgegangenen Ergebnisse legt das fünfte Kapitel dar. Es listet die „gefundenen“ Kategorien auf und beschreibt sie ausführlich.

In der Zusammenfassung, die das sechste Kapitel beinhaltet, werden die Ergebnisse nochmal kurz zusammengefasst und auch mit den theoretischen Ausführungen aus den ersten Kapiteln in Bezug gesetzt und diskutiert.

Ein Fazit wird im siebten und letzten Kapitel gezogen. Ebenfalls wird die Verortung des Forschungsthemas in der Erziehungswissenschaft dargelegt und diskutiert.

1. BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

1.1. Historie der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Bereits im Jahr 1844, so Dulz & Schneider (1996), tauchte der Borderline-Begriff, damals ‚borderland‘ genannt, bei Hughes zum ersten Mal auf. In den folgenden Jahren entstanden zwei Strömungen bezüglich der Einordnung der heutigen BPS. So wurde sie einmal zu den Psychopathien gezählt; Bleuler (1916, zit nach Dulz & Schneider, 1996) beschrieb einige Gruppen von Patienten, deren Symptome stark an eine Borderline-Störung erinnern, wie folgt:

„Die Erregbaren reagieren auf Einflüssen von außen in ganz akuter Weise übertrieben stark, und zwar in Form von höchstens einige Stunden dauernden Wutanfällen, Verzweiflung mit Selbstmord, Angstanfällen oder auch stuporösen Zuständen.“ (Bleuler, 1916, S 422 ff, zit. nach Dulz & Schneider, 1996, S 4)

„Die Streitsüchtigen ... Alle Handlungen anderer, die ihren eigenen Ansprüchen entgegen wirken, empfinden sie als Bosheiten, als persönliche Beleidigungen.“

(Bleuler, 1916, S 422 ff, zit. nach Dulz & Schneider, 1996, S 4)

Die zweite Strömung zählte die BPS zu den Hysterien. Vertreter dieser Strömung waren beispielsweise Freud oder Kraepelin, die beide den Begriff Borderline zwar nicht explizit verwendeten, jedoch die Borderline-Störung exakt beschrieben, nur eben anders bezeichnet. (Dulz & Schneider, 1996) Emil Kraepelin (1915, zit nach Dulz & Schneider, 1996) beispielsweise beschrieb diese Patienten-Gruppe in seinem Lehrbuch über die Hysterie folgendermaßen:

„Sie ritzen sich ein wenig am Arm, machen Anstalten, sich auf einer Brücke zu entkleiden, über die Brüstung zu springen, schlingen ein Taschentuch, einen Bindfaden, das Strumpfband um den Hals, stoßen mit dem Kopfe gegen die Wand, legen ein Messer unter das Kopfkissen, kaufen

sich einen Revolver ... Vielfach kündigen die Kranken ihre selbstmörderischen Absichten vorher an, schreiben rührende Abschiedsbriefe.“ (Kraepelin, 1915, S 1570, zit. nach Dulz & Schneider, 1996, S 5)

Im Jahr 1938 veröffentlichte Adolf Stern, ein niedergelassener Psychoanalytiker, den ersten umfassenden und heute noch weitgehend gültigen Artikel, der sich explizit mit der BPS befasst. ‚Psychoanalytic investigation and therapy of borderline groups of neuroses‘ beinhaltet sowohl eine Beschreibung der Psychodynamik als auch der Therapie (Dulz & Schneider, 1996). Er stellte zudem fest, dass einige seiner PatientInnen nicht in das damals übliche Klassifikationssystem passten, das dazu diente, eine Neurose von einer Psychose zu unterscheiden. Robert Knight griff diese Idee auf und erweiterte in den Jahren 1953 bzw. 1954 den Begriff ‚borderline‘ - ‚Grenzlinie‘ - indem er ihn nicht nur wie bisher auf die Abgrenzung der Störung zu einer Neurose bezog, sondern auch eine Abgrenzung zu einer Psychose als wichtig erachtete.

In den folgenden Jahren wurde der Begriff ‚borderline‘ eher *„recht und schlecht in der Peripherie der psychiatrischen Begriffsbildung mitgeschleppt“* (Gunderson, 2005, S 28) und zur Beschreibung untypischer, schwieriger Patienten benutzt, ohne dass es jedoch merkliche Fortschritte in seiner Weiterentwicklung gegeben hätte. Diese folgten erst Ende der 60er Jahre; es gab in dieser Zeit drei voneinander unabhängige Untersuchungen betreffend die Borderline-Diagnose, die diese ins Zentrum der Aufmerksamkeit rückten.

Die erste wurde von Otto Kernberg (1967, zit nach Gunderson, 2005) durchgeführt. Er definierte, so Gunderson (2005), die Borderline-Persönlichkeitsorganisation und grenzte sie so von den psychotischen und den neurotischen Persönlichkeitsorganisationen ab. Zudem nannte er verschiedene Kriterien, beispielsweise eine fehlende oder schwache Ausbildung der Identitätsbildung, das Auftreten von primitiven Abwehrmechanismen wie zB. der Spaltung und eine unter Stress vorübergehend aussetzende Realitätsprüfung und gewährleistete so einen konzeptuellen Fortschritt in der psychoanalytischen Lehre sowie eine logische Struktur und Grundlage für ein Klassifikationssystem. Im Jahr 1980 wurde die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung in das offizielle Klassifikationssystem der American Psychiatric Association (DSM-III) und zwölf Jahre später auch in die 10. Revision der International Classification of Diseases and Related Health Problems der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10) aufgenommen. (Gunderson, 2005)

1.2. Was ist eine Borderline-Persönlichkeitsstörung?

1.2.1. DSM-IV/ICD-10

Es existiert eine Reihe von Darstellungen im Bezug auf die Symptomatik, die einer BPS zugrunde liegt, jedoch bezieht sich die vorliegende Arbeit zunächst auf das Klassifikationssystem DSM-V der American Psychiatric Association (2015) sowie der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) der WHO (2011). Im Anschluss an die Aufzählung werden andere, ebenfalls relevante Aspekte, die Dulz & Schneider (1996) einbringen, hinzugefügt.

Das DSM-V listet die folgenden 9 Kriterien in der Reihenfolge ihres diagnostischen Stellenwertes auf. Da aus Platzgründen die Beschreibung der Symptomatik der BPS möglichst kurz gehalten werden muss, werden diese Kriterien zu Beginn nahezu wörtlich übernommen und anschließend durch Aspekte ergänzt, die Gunderson (2005) im jeweiligen Zusammenhang anführt.

1. Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu verhindern (Hier sind keine selbstverletzenden oder suizidalen Handlungen eingeschlossen, diese werden in Kriterium 5 behandelt.)

Jede drohende Trennung oder Zurückweisung ist mit großer Angst und auch Wut für die Betroffenen verbunden und kann zu grundlegenden Veränderungen führen, was die Affekte, das Denken und auch das Verhalten angeht, sogar in Situationen, die nur eine zeitlich begrenzte Trennung in Aussicht stellen, wie etwa das Ende einer Therapiestunde.

Ebenfalls steht das Selbstbild der Betroffenen in engem Zusammenhang mit einem möglichen Verlassenwerden, denn dies führt sehr häufig zu der Annahme, dass sie ‚böse‘ seien und man sich deswegen von ihnen trennt. (American Psychiatric Association, 2015) Nicht zwangsläufig erleben die PatientInnen diese Angst bewusst, viele agieren die Reaktion auf darauf in einer Weise aus, dass sie die eigentliche Angst nicht mehr wahrnehmen. (Gunderson, 2005)

2. Ein Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist

Ein sehr wichtiges Charakteristikum der Borderline-Pathologie stellt die Unfähigkeit des/der PatientIn dar, von ihren Bezugspersonen ein ganzheitliches Bild zu zeichnen, das all ihre Eigenschaften, sowohl gute als auch schlechte, integriert. Es kommt zu einer intrapsychischen Spaltung, was bedeutet, dass eine Person, von denen sich der/die PatientIn beispielsweise Versorgung oder Schutz erwartet, ausschließlich idealisiert wahrgenommen werden kann, solange sie nach den Wünschen und Bedürfnissen des/der PatientIn handelt. Tut sie das nicht, dreht sich das Bild und es kommt zur Entwertung. (Gunderson, 2005)

3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung

Bei Menschen, die an einer BPS leiden, liegt meist ein äußerst instabiles Selbstbild vor, das heißt, die Wahrnehmung ihrer Selbst und auch ihre Wertvorstellungen und Anschauungen unterliegen plötzlichen und unvermittelten Veränderungen. (American Psychiatric Association, 2015) Sie werden mitunter in einem so hohen Maß von den Menschen um sie herum bestimmt und beeinflusst, dass Betroffene das Gefühl haben, über keine eigene Identität zu verfügen. (Gunderson, 2005)

4. Impulsivität

(Auch hier sind keine selbstverletzenden oder suizidalen Handlungen gemeint, diese werden in Kriterium 5 behandelt.)

Betroffene neigen zu impulsiven Handlungen in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen wie beispielsweise unverantwortlicher Umgang mit Geld, Glücksspiele, Ess- oder Sexualverhalten. (American Psychiatric Association, 2015) Diese selbstschädigende Tendenz stellt für Gunderson (2005) ein Charakteristikum der impulsiven Handlungen dar, die im Rahmen einer BPS auftreten.

5. Suizidale oder selbstverletzende Handlungen

Selbstmorddrohungen und selbstverletzendes Verhalten, beispielsweise sich zu schneiden oder zu brennen, kommen im Rahmen einer BPS sehr häufig vor; sie bewirken oft ein Gefühl der Entlastung für die Betroffenen. 8-10 % der PatientInnen vollenden den Suizid. (American Psychiatric Association, 2015)

6. Affektive Instabilität

Menschen, die an einer BPS leiden, neigen zu plötzlich auftretenden Stimmungswechseln (Herpertz & Saß, 2000, 2001), wodurch die oft dysphorische Grundstimmung der Betroffenen unterbrochen werden kann durch Episoden der Wut, Verzweiflung oder Angst, möglicherweise aufgrund einer erhöhten Reaktivität gegenüber zwischenmenschlichen Belastungen. (American Psychiatric Association, 2015)

7. Chronische Gefühle von Leere (American Psychiatric Association, 2015)

8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren

Dies kann sich in heftigen Wutausbrüchen äußern, sowohl verbaler als auch körperlicher Natur, häufig dann, wenn eine Bezugsperson als zurückweisend erlebt wird. Nach den Wutausbrüchen verspüren die Betroffenen häufig Scham- oder Schuldgefühle, wodurch ihre Annahme, ein schlechter Mensch zu sein, verstärkt werden kann. (American Psychiatric Association, 2015)

9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome (American Psychiatric Association, 2015)

Im ICD-10 wird die BPS als ein Unterpunkt der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung geführt, welche sich durch impulsive Handlungen und eine labile emotionale Stimmung auszeichnet. Es wird zwischen einem impulsiven Typ (F60.30), bei dem hauptsächlich ein Mangel an Impulskontrolle sowie emotionale Instabilität festgestellt werden kann, und dem Borderline-Typ (F60.31) unterschieden. Auch hier wird emotionale Instabilität als ein Kriterium genannt, ebenfalls die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen sowie Angst, verlassen

zu werden, die zu immer wiederkehrenden emotionalen Krisen und mitunter auch selbstschädigenden oder suizidalen Handlungen führen kann. Ebenfalls werden ein unklares Selbstbild und ein chronisches Gefühl der Leere angeführt. (WHO, 2011)

1.2.2. Angst, Sozialverhalten/Delinquenz, Drogenmissbrauch

Dulz & Schneider (1996) beschreiben weitere Symptome, die im Rahmen einer BPS auftreten bzw. auf das Vorliegen einer solchen hinweisen können. Da sie für ein Verstehen des Verhaltens der Betroffenen ebenfalls relevant erscheinen, werden sie an dieser Stelle ergänzend angeführt.

- Angst

Menschen, die an einer BPS leiden, behaupten nach außen hin oft, vor nichts und niemandem Angst zu haben. Sie können oftmals erst, wenn sie sich in der therapeutischen Beziehung angenommen und akzeptiert fühlen und nicht befürchten, dass ihnen ihre Angst als Schwäche ausgelegt wird, einen Blick hinter diese furchtlose Fassade zulassen und von einer Angst berichten, die nichts Bestimmtes betrifft, die mitunter als sehr bedrohlich erlebt werden kann und immer vorhanden ist; Dulz & Schneider (1996) beschreiben sie als eine chronische, frei flottierende, das heißt, eine allgemeine, nicht definierbare oder auf das Eintreten eines bestimmten Ereignisses bezogene Angst. Immer wieder gibt es aber auch PatientInnen, die ihre Angst so sehr verleugnen, dass sie sie zu Beginn einer Therapie nicht bewusst wahrnehmen können. Ihnen wird es erst im weiteren Verlauf möglich, die Angst überhaupt zu empfinden.

Dulz & Schneider (1996) sehen diese Angst als das zentrale Symptom der BPS an, dem in der Behandlung Rechnung getragen werden muss. Auch ist sie für das Entstehen diverser Abwehrmechanismen verantwortlich, auf die zu einem späteren Zeitpunkt noch genauer eingegangen wird.

- Sozialverhalten/Delinquenz

Das Sozialverhalten eines/einer BPS-PatientIn wird laut Dulz & Schneider (1996) entscheidend durch die an den Tag gelegten Abwehrmechanismen bestimmt. Oft leben Betroffene sozial isoliert, obgleich viele PatientInnen sich nur schwer von anderen Menschen trennen können und die Einsamkeit und Trauer nach einer Trennung wie kaum etwas anderes fürchten.

Häufig kommt es auch zu delinquentem Verhalten, vor allem bei PatientInnen mit einer schwereren Ausprägung der BPS. Dulz & Schneider (1996) werten das als prognostisch ungünstiges Zeichen. Oft tritt es gegen Ende einer stationären Therapie auf mit dem Zweck, den geplanten Abschied von der Station und die damit verbundenen Gefühle nicht aushalten zu müssen und sich außerdem die Möglichkeit zu nehmen, für einen weiteren Therapieversuch, der möglicherweise glücklicher verlaufen würde, zurück auf die Station zu kommen.

- Drogenmissbrauch

Der ebenfalls sehr häufig zu beobachtende Drogenmissbrauch unterscheidet sich in den meisten Fällen von dem Suchtverhalten reiner Drogenabhängiger. Menschen, die an einer BPS leiden, konsumieren die verschiedensten Substanzen, jedoch nicht in der Absicht, einen Rausch herbei zu führen, sondern eher, um eine diffuse Angst und innere Leere zu vermeiden; so nutzen die Drogen also „*nicht dem Erzeugen eines ‚positiven‘, sondern dem Vermeiden eines ‚negativen‘ Gefühls.*“ (Dulz & Schneider, 1996, S 31) Die Tatsache, dass auch nach einem Misslingen dieses Versuches, sich besser zu fühlen, immer wieder zu Drogen gegriffen wird, hat laut Dulz & Schneider (1996) damit zu tun, dass BPS-PatientInnen oft nicht in der Lage sind, vergangene Erfahrungen zu speichern und so nicht umhin können, ihnen eigentlich schon bekannte Fehler ein weiteres Mal zu begehen.

Neben dieser vielfältigen Symptomatik nimmt aber auch die Art der Abwehr, derer sich Menschen mit einer BPS bedienen, großen Einfluss auf ihr Verhalten, weshalb für das Verstehen dieses Verhaltens auch ein Wissen um die verschiedenen Formen der Abwehr notwendig erscheint. Aus diesem Grund geht der nächste Abschnitt auf verschiedene, für die BPS typische Abwehrmechanismen ein.

1.3. Abwehrmechanismen

Die Abwehrmechanismen, so Werner & Langenmayr (2005), trennen das Bewusste vom Unbewussten ab. In der psychoanalytischen Theorie, in der denselben eine hohe Bedeutung zukommt, geht man davon aus, dass das Verhalten eines Menschen stets aus einem Konflikt zwischen dem Es und dem Ich resultiert und die Abwehrmechanismen als eine Art Schutz fungieren gegen aufkommende Triebansprüche und damit verbundene Vorstellungen und Affekte, die möglicherweise Unlust erzeugen. Werner & Langenmayr (2005) sehen Abwehrmechanismen an sich nicht als etwas Pathologisches, sondern als völlig normales Bewältigungsgeschehen an. Auch Dulz & Schneider (1996) sind der Ansicht, dass ein Zurückgreifen auf verschiedenste Abwehrmechanismen einen für jeden Menschen notwendigen und zur Aufrechterhaltung der psychischen Unversehrtheit unabdingbaren Prozess darstellt. Vor allem in belastenden Situationen kommen auch bei psychisch gesunden Menschen Mechanismen der Abwehr zum Tragen.

Als im Bezug auf die BPS relevant beschreiben sowohl Leichsenring (2003) als auch Dulz & Schneider (1996) verschiedene Abwehrmechanismen, die folgend genauer betrachtet werden.

1.3.1. Spaltung

Leichsenring (2003) bezieht sich auf Kernberg, der zwei wesentliche Entwicklungsaufgaben für ein Kind bzw. dessen Ich in seinen frühen Jahren sieht. Zum einen hat es zu lernen, zwischen den Repräsentanzen von Selbst und Objekt zu unterscheiden, die es aus der Verinnerlichung von Objektbeziehungen, also den Beziehungen zu seinen Bezugspersonen, ableiten kann. Der zweite Entwicklungsschritt besteht darin, „gute“ und „böse“, also libidinös und aggressiv besetzte Selbst- bzw. Objektrepräsentanzen zu integrieren, das heißt, zu verinnerlichen, dass sowohl das Selbst als auch ein Objekt sowohl „gute“ als auch „böse“ Anteile haben kann und diese gegensätzlichen Affekte und Vorstellungen miteinander in Beziehung zu setzen. Auf diese Art entsteht, so Spitz (1960, zit nach Leichsenring, 2003), eine ganze, vollständige Selbst- bzw. Objektrepräsentanz.

Während bei Menschen, die an einer BPS leiden, laut der Ansicht einiger Autoren wie beispielsweise Kernberg (1983, zit nach Leichsenring, 2003) oder auch Dulz & Schneider (1996) der erste dieser beiden Entwicklungsschritte mehr oder weniger gelungen ist, weist die Vollendung des zweiten Schrittes, das heißt, die Integration der „guten“ und „bösen“ Anteile, schwere Defizite auf, wodurch der Abwehrmechanismus der Spaltung entsteht. Dadurch können Betroffene „gute“ und „böse“ Selbst- und Objektrepräsentanzen aktiv voneinander getrennt halten. So werden die *„[...] ‚guten‘ Introjekte und der darauf aufbauende Ich-Kern vor der Zerstörung durch die ‚bösen‘ Introjekte geschützt und eine Generalisierung von Angst vermieden [...]“* (Leichsenring, 2003, S 24).

Kernberg (1983, zit nach Leichsenring, 2003) sieht als zentralen Aspekt der Spaltung die Tatsache an, dass diese libidinös bzw. aggressiv besetzten Anteile zwar aktiv getrennt, jedoch nicht aus dem Bewusstsein ausgeschlossen werden. Sie erscheinen lediglich abgetrennt voneinander im bewussten Erleben, was dazu führt, dass der/die Betroffene keinen Widerspruch erlebt, wodurch sich das extreme Umschlagen der Gefühle und Vorstellungen sowohl im Bezug auf äußere Objekte als auch auf sich selbst erklären lässt, das bei Menschen, die an einer BPS leiden, sehr häufig zu beobachten ist.

Sowohl Kernberg (1967, 1983, zit nach Leichsenring, 2003) als auch Steinberger (2016) sind der Ansicht, dass die Spaltung den zentralen Abwehrmechanismus der Borderline-Persönlichkeitsstörung darstellt und sich in Verbindung mit weiteren Abwehrmechanismen beobachten lässt, die anschließend genauer beschrieben werden.

1.3.2. Primitive Idealisierung

Eng mit der Spaltung verbunden scheint die primitive Idealisierung. Menschen, die an einer BPS leiden, tendieren laut Kernberg (1978) dazu, bestimmte Objekte aus ihrer Umwelt, also äußere Objekte, zu ‚guten‘ Objekten zu machen und über- bzw. allmächtige Objektimages zu kreieren in der Hoffnung, durch sie vor der als feindlich phantasierten Welt Schutz zu erhalten. Kernberg (1978) betont, dass diese Idealisierung nicht den Zweck einer wirklichen Wertschätzung des Objektes erfüllt, sondern lediglich seine Benutzbarkeit als Beschützer vor der bösen

und gefährlichen Welt sicherstellen soll. Auch empfindet der/die PatientIn keinerlei Aggression gegen das idealisierte Objekt, weder bewusst noch unbewusst, ebenso wenig wie sich ein Auftreten von Schuldgefühlen aufgrund dieser nicht wahrgenommenen Aggression oder auch eine Art von Besorgnis um das Objekt feststellen lässt.

Dulz & Schneider (1996) weisen zudem auf den engen Zusammenhang der primitiven Idealisierung mit dem Phänomen der Entwertung hin, nachdem erstere keinerlei Konstanz aufweist. So kann ein vermeintlich ‚gutes‘ Objekt innerhalb weniger Augenblicke zu einem schlechten, nutzlosen Objekt werden und die Idealisierung übergangslos in eine totale Entwertung münden.

1.3.3. Projektive Identifizierung

Charakteristisch für die Borderline-Störung, so Kernberg (1978), verfolgt die projektive Identifizierung nicht nur den Zweck, ungeliebte ‚böse‘ Aspekte des Selbst auszulagern, sie sozusagen an jemand anderen abzugeben, wenngleich das auch ihre Hauptaufgabe darstellt. Anders als bei einer klassischen Projektion, bei der die betroffene Person sich selbst in keinerlei Zusammenhang mit den projizierten Anteilen sieht und diese ihm/ihr eher als fremd und beängstigend erscheinen, führt die projektive Identifizierung, und hier liegt ihre zweite Aufgabe, zu einer Identifikation mit dem Objekt und den ausgelagerten eigenen Anteilen; in der Literatur wird sie deshalb auch oft als ‚Identifizierung mit dem Angreifer‘ bezeichnet.

Kernberg (1978) weist darauf hin, dass der besondere Charakter dieser Art von Projektion zu einer Schwächung der Ich-Grenze des/der PatientIn führen kann. Dies hat zur Folge, dass er/sie sich mit dem betreffenden Objekt identifiziert und *„eine empathische Beziehung zu dem mittlerweile bedrohlich gewordenen Objekt die Angst vor der eigenen projizierten Aggression weiterhin aufrechterhält und noch verstärkt.“* (Kernberg, 1978, S 51) Aufgrund dessen versuchen Betroffene, das Objekt zu beherrschen bzw. zu kontrollieren, um einen durch diese eigenen aggressiven Impulse ausgelösten Angriff zu verhindern und auch notfalls selbst anzugreifen, um einer Zerstörung durch das ‚böse‘ Objekt zu entgehen.

Auf diese Weise schaffen sich Menschen, die an einer BPS leiden, selbst eine Welt voller gefährlicher Objekte, die nach Rache sinnem und vor denen es sich zu verteidigen und zu schützen

gilt, so Kernberg (1978). Oftmals wird dies laut Dulz & Schneider (1996) noch verstärkt, indem die Person, auf die die aggressiven Anteile projiziert wurden, diese Gefühle auch wirklich erlebt und dementsprechend handelt, das heißt, dem/der PatientIn tatsächlich mit aggressivem Verhalten begegnet.

1.3.4. Verleugnung

Dulz & Schneider (1996) definieren den Mechanismus der Verleugnung als ein unbewusst ablaufendes Ausblenden von Tatsachen, die einer betroffenen Person eigentlich bekannt sind. Dies kann oft so weit führen, dass sowohl die betreffende Tatsache als auch damit verbundene Emotionen tatsächlich nicht abrufbar sind. Aufgrund dessen passiert es häufig, dass Menschen, die an einer BPS leiden, bestimmte Situationen auf eine ihnen bekannte Weise lösen, obwohl diese wiederholt zu einem Scheitern geführt hat. Durch eine Konfrontation kann zwar oftmals ein Erinnern und damit auch eine Einsicht erreicht werden, jedoch ist der/die PatientIn nicht in der Lage, diese Erfahrungen ausreichend zu integrieren, so Dulz & Schneider (1996).

Kernberg (1978) beschreibt zudem das Phänomen der ‚wechselseitigen Verleugnung‘ zweier völlig unterschiedlicher und oft im Gegensatz zueinander stehender Bewusstseinsbereiche; hier dient die Verleugnung sozusagen als Unterstützung des Spaltungsprozesses. In diesem Fall treten in einem/einer Betroffenen Emotionen, Wahrnehmungen oder Gedanken im Bezug auf ein bestimmtes Ereignis, eine Person oder auch sich selbst auf, und er/sie weiß, dass diese im totalen Gegensatz dazu stehen, was er/sie vielleicht zu einem anderen Zeitpunkt über das gleiche Ereignis, die gleiche Person oder sich selbst gedacht, gefühlt oder wahrgenommen hat; möglicherweise kommt er/sie wenig später auch wieder zum Ausgangszustand zurück. Diese Gegensätze sind ihm/ihr bewusst, jedoch ist er/sie nicht in der Lage, sie emotional miteinander in Verbindung zu bringen. (Kernberg, 1978)

Des Weiteren erwähnt Kernberg (1978) in Zusammenhang mit der BPS noch eine andere Form der Verleugnung, die bei BPS-Betroffenen sehr häufig auftritt und bei der eine Emotion mithilfe einer zur Gänze gegensätzlichen Emotion verleugnet wird, um so mit einem als bedrohlich erlebten Affekt nicht konfrontiert zu sein. Als Beispiel führt er hier die manische Verleugnung einer Depression an. (Kernberg, 1978)

1.3.5. Omnipotenzgefühle versus Entwertung

Menschen, die an einer BPS leiden, neigen dazu, sich in eine von Größenphantasien bestimmte Welt zurückzuziehen, um sich so eine scheinbare Unabhängigkeit zu erschaffen und nicht von anderen gekränkt oder verlassen werden zu können, so Dulz & Schneider (1996). Viele Betroffene haben dies in ihrer Wahrnehmung oder auch real wieder und wieder erlebt und versuchen so, sich gegen diese schmerzliche Erfahrung zu schützen. Sie nehmen sich als omnipotent wahr, was unter anderem auch dazu führt, dass andere abgewertet und der Kontakt mit ihnen als unnötig empfunden wird.

Nicht selten kommt es so zu einer hoffnungslosen Überschätzung der eigenen Fähigkeiten, so Dulz & Schneider (1996). Das darauf zwangsläufig folgende Scheitern lässt das Gefühl der Omnipotenz in totale Selbstentwertung umschlagen, auf die jedoch ebenso schnell wieder eine Phase der Größenphantasien folgen kann.

Nach dieser Darstellung der Symptomatik, die einer BPS zugrunde liegt, und auch der in diesem Zusammenhang relevanten Abwehrmechanismen befasst sich der nächste Abschnitt nun mit der Genese der BPS und stellt die Frage, unter welchen Umständen ein Mensch sie möglicherweise entwickeln kann.

1.4. Genese der Borderline-Persönlichkeitsstörung – ein Exkurs in die Entwicklungspsychologie

Welche Faktoren genau dafür verantwortlich sind, dass ein Mensch im Laufe seines Lebens an einer BPS erkrankt, scheint bislang nicht eindeutig geklärt (Dulz & Schneider, 1996); ebenfalls zweifeln einige Autoren wie beispielsweise Kindl et al (2015) oder auch Renneberg et al (2003) an der Existenz einer spezifischen Ursache einer BPS. Sie gehen davon aus, dass verschiedene dispositionelle Faktoren zusammen spielen, die das Auftreten einer BPS begünstigen können. So spielen neben biologischen Dispositionen, beispielsweise bestimmten Persönlichkeitseigenschaften wie Impulsivität oder Hyperaktivität, die möglicherweise das Risiko, eine BPS zu entwickeln, erhöhen, auch noch eine Reihe anderer Faktoren eine Rolle.

Renneberg et al (2003) sprechen in diesem Zusammenhang von „*spezifischen Lernerfahrungen in sogenannten invalidierenden Umfeldern*“ (Renneberg et al, 2003, S 1) wie familiengeschichtliche Aspekte, Erziehungsstile und sonstige Umweltbedingungen. Auch Kindl et al (2015) gehen von einem Zusammenspiel dispositioneller Faktoren und aversiver Erlebnisse in der Kindheit aus. So können beispielsweise psychische Erkrankungen der Eltern oder auch ein inkonsistenter Erziehungsstil das Auftreten einer BPS bei Kindern begünstigen. (Renneberg, 2003)

Ein besonderes Augenmerk liegt jedoch bei sehr vielen Autoren wie beispielsweise Kindl et al (2015), Renneberg et al (2003), Hofmann (2002) oder auch Fonagy et al (2004) auf Erfahrungen wie Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellem Missbrauch, die sehr viele Betroffene in ihrer Kindheit gemacht haben; dies und im Zusammenhang damit der Aspekt einer möglichen Traumatisierung wird im folgenden Kapitel genauer erläutert. Den Grund, aus dem aus solchen Erfahrungen eine BPS entstehen kann, sehen all die eben genannten Autoren vor allem darin, dass Erfahrungen dieser Art große Auswirkungen auf das Bindungsverhalten eines Kindes und in der Folge auf die Gestaltung seiner Beziehungen im Laufe seines Lebens haben bzw. darauf, dass durch eben diese Bindungserfahrungen sehr viele borderline-typische Verhaltensweisen zustande kommen können. Aus diesem Grund soll auch in der vorliegenden Arbeit ein besonderes Augenmerk auf die Bindungstheorie gelegt und zunächst einige theoretische Grundlagen erläutert werden. Im Anschluss daran werden mögliche Zusammenhänge mit einer BPS aufgezeigt.

1.4.1. Bindung/Bindungstypen

„Bindung kann definiert werden als das gefühlsmäßige Band, welches eine Person oder ein Tier zwischen sich selbst und einem bestimmten anderen knüpft – ein Band, das sie räumlich verbindet und das zeitlich andauert.“ (Ainsworth & Bell, 1974, in Grossmann & Grossmann, 2003, S 243)

Es existieren vielfältige Ansichten bezüglich der Funktion, welche die Bindung eines Kindes an seine Bezugsperson, in den meisten Fällen handelt es sich dabei um seine Mutter, erfüllt. Bowlby (2006) beispielsweise verweist auf eines seiner Werke aus dem Jahr 1964, in welchem er den Schutz und das Beschütztwerden vor Raubtieren als den hauptsächlichen Grund für die Bindung angibt. Murphy (1964, zit. nach Bowlby, 2006) schreibt hingegen, dass die Bindung dem Kind die Möglichkeit bietet, gewisse überlebensnotwendige Verhaltensweisen zu lernen. Betrachtet man hingegen den Nutzen der Bindung unter dem Aspekt der Persönlichkeitsentwicklung, so stellt sie laut Fonagy et al (2004) einen maßgeblichen Bestandteil der Entwicklung einer psychischen Realität dar.

Zur Untersuchung der kindlichen Bindungsqualität hat Mary Ainsworth Ende der 1960er Jahre das Experiment der ‚Fremden Situation‘ (‚Strange Situation‘) als valide und reliable Untersuchungsmethode eingeführt. An der Untersuchung beteiligt sind ein Kind im Alter zwischen 12 und 18 Monaten, seine Mutter und eine fremde Person, durchgeführt wird sie in einem eigens eingerichteten Spielzimmer, das weder die Mutter noch das Kind jemals vorher gesehen haben und das so eine fremde Situation darstellt. Durch zwei kurze Trennungen von der Mutter soll das Bindungsverhalten des Kindes aktiviert und klassifiziert werden. Anhand der verschiedenen Reaktionen bzw. Verhaltensweisen der Kinder konnte man zunächst die folgenden drei Kategorien zur Klassifizierung des Bindungsverhaltens herausarbeiten (Brisch, 2006):

- Sicher gebundene Kinder (‚secure‘, Bindungstyp B)

Sie zeigen bei beiden Trennungen von ihrer Mutter deutliches Bindungsverhalten, indem sie ihr nachfolgen, sie auch für längere Zeit suchen und freudig auf ein Wiedersehen reagieren, die Arme nach ihr ausstrecken und von ihr getröstet werden wollen. Im Allgemeinen beruhigen sie

sich schnell wieder und setzen die Exploration des Raumes fort. (Brisch, 2006) Sicher gebundene Kinder, so Hofmann (2002) haben gelernt, dass sie sich auf ihre Bezugsperson verlassen und ihre Bedürfnisse ohne Angst äußern können und dass auf diese auf feinfühlig Art und Weise eingegangen wird.

- Unsicher-vermeidend gebundene Kinder („avoidant“, Bindungstyp A)

Laut Brisch (2006) zeigen diese Kinder sehr wenig deutliches Bindungsverhalten, sie protestieren meist sehr wenig, wenn die Mutter den Raum verlässt, eher bleiben sie sitzen und setzen ihr Spiel fort. Manchmal lässt sich ein Registrieren des Verschwindens der Mutter nur dadurch erkennen, dass das Kind ihr mit den Augen folgt. Auch bei ihrer Rückkehr zeigen sie sich nicht sehr interessiert und bringen ihr eher Ablehnung entgegen. Meist kommt auch kein enger Körperkontakt zustande. Diese Kinder, so Hofmann (2002) haben gelernt, dass ihre Bezugspersonen häufig nicht verfügbar sind, sobald sie Kummer oder ein Bedürfnis nach Trost äußern. Zuwendung erhalten sie nur dann, wenn sie aktives Bindungsverhalten unterdrücken und beispielsweise brav alleine spielen.

- Unsicher-ambivalent gebundene Kinder („ambivalent“, Bindungstyp C)

Bei der Trennung von der Mutter weinen diese Kinder heftig und scheinen unter großem Stress zu stehen. Auch bei der Rückkehr der Mutter sind sie schwer wieder zu beruhigen und brauchen geraume Zeit, um wieder in eine stabile emotionale Verfassung zu gelangen. Oft sind sie auch nach mehreren Minuten nicht in der Lage, zum Spielen zurück zu kehren. Sie verlangen einerseits nach intensivem Körperkontakt, zeigen sich währenddessen aber andererseits aggressiv ihren Müttern gegenüber, so Brisch (2006). Diese Kinder haben laut Hofmann (2002) kein konsistentes Bild vom Verhalten ihrer Bezugsperson verinnerlicht, sie haben gelernt, dass sie einmal zur Verfügung steht und ein anderes Mal wieder nicht, sie können sich nicht auf sie verlassen. Das Bindungssystem bleibt so fortlaufend aktiviert in ständiger Angst vor einer Trennung, was zur Folge hat, dass eine Exploration kaum noch möglich ist.

- Unsicher-desorganisiert/desorientiert gebundene Kinder (Bindungstyp D)

Man stieß im Rahmen der Untersuchung der Fremden Situation immer wieder auf Kinder, die in keines dieser drei Muster passten. Infolge dessen entwickelten Main & Solomon (1986, zit. nach Brisch, 2006) diesen vierten Bindungstyp, um ihn als zusätzliche Codierung zu den drei bestehenden Bindungsmustern zu vergeben, beispielsweise auch an Kinder, die nur über kurze Episoden dieses desorganisierte Verhalten zeigen. Diese Kinder zeichnen sich durch ein wenig konstantes Bindungsverhalten aus, etwa laufen sie zur Mutter hin, bleiben auf halbem Weg stehen und laufen wieder weg. Ihre Bewegungen können auch plötzlich erstarren als würden sie einfrieren, was als ‚freezing‘ bezeichnet wird. (Brisch, 2006)

Fonagy et al (2004) beschreiben zudem stereotype Verhaltens- und Bewegungsmuster wie beispielsweise ein Anschlagen des Kopfes oder in die Hände klatschen. Diese Kinder erwecken den Anschein, als würden sie trotz der Anwesenheit ihrer Bezugsperson versuchen, der Situation zu entfliehen. Diese Person scheint für die Kinder Beruhigung und Angst gleichzeitig zu bedeuten, was wiederum in ihrem Bindungssystem für starke Widersprüche sorgt.

Dieser Bindungstyp findet sich vor allem bei Kindern aus klinischen Risikogruppen und Eltern, deren eigene Kindheit von traumatisierenden Erfahrungen geprägt war, ebenfalls in Familien, in denen Missbrauch bzw. Misshandlung oder die Vernachlässigung eines Kindes vorkommt. Auch ist es oft nach wiederholten Trennungserfahrungen eines Kindes zu beobachten. (Fonagy et al, 2004)

1.4.2. Entwicklung von Reflexionsfunktion und Mentalisierung

Laut Fonagy et al (2004) entwickelt ein Säugling erst nach und nach die Fähigkeit, sowohl seine eigenen als auch die Affekte anderer Menschen zu verstehen, er braucht dazu die Hilfestellung seiner Bezugsperson, die im Idealfall auf seine Äußerungen reagiert, sie entsprechend deuten und auch beantworten kann. Fonagy et al (2004) bezeichnen diesen Prozess als ‚Spiegeln‘, Osofsky (2000, 2001) spricht von einem ‚Mitschwingen‘ mit dem Säugling, welches ihn beim Verstehen seiner inneren Vorgänge unterstützen soll, von einem Teilen der Affekte mit der Bezugsperson. So lässt sich ein Säugling laut Fonagy et al (2004) beispielsweise am besten

trösten, wenn sie sein Gefühl sehr schnell widerspiegelt, dabei aber auch Affektausdrücke einfließen lässt, die mit der momentanen Emotion des Säuglings nicht vereinbar sind und so implizieren, dass er sie bewältigen kann. Sie nimmt auf diese Weise die Emotion des Kindes in sich auf und kann so seinen Zustand einerseits anerkennen und andererseits die Intensität der Emotion dämpfen. Sie gibt ihm seine Emotion auf eine Art und Weise zurück, in der er sie einordnen und mit einer Bedeutung versehen kann; es wird also die vorhandene eigene Repräsentanz des Gefühls mit der Repräsentanz der Mutter verknüpft, so Fonagy et al (2004). So lernt das Kind, sowohl seine eigenen Emotionen zu regulieren und zu kontrollieren als auch die Affektausdrücke von anderen Menschen richtig zu verstehen. Über diese Reaktionen entwickelt das Kind außerdem eine Repräsentanz von sich selbst und auch eine von der Bezugsperson, sogenannte innere Arbeitsmodelle entstehen. (Fonagy et al, 2004)

Zwar ist ein Säugling im Alter von einigen Monaten bereits in der Lage, das Verhalten seiner Bezugsperson einzuordnen bzw. vorherzusagen, jedoch ist seine Wahrnehmung dieser sozialen Kontingenzen noch rein teleologischer Natur, was bedeutet, dass er davon ausgeht, dass das Handeln des anderen rein zweckgerichtet ist. Er ist noch nicht in der Lage, dem anderen mentale Zustände wie beispielsweise Wünsche, Hoffnungen, Pläne oder Absichten zuzuschreiben bzw. diese zu repräsentieren. Fonagy et al (2004) betonen, dass auch Gefühle als mentale Zustände zu sehen sind, nachdem ja auch diese maßgeblichen Ausschlag für das Verhalten eines Menschen geben.

Dies lernt das Kind in der Zeit bis zu seinem dritten bzw. vierten Geburtstag, es entwickelt sich von diesem teleologischen hin zu einem intentionalen Standpunkt (Dennett, 1987, zit. nach Fonagy et al, 2004), was bedeutet, es erreicht die Fähigkeit, auf etwas Reales oder auch nur Vorgestelltes Bezug zu nehmen. Dies ermöglicht ihm die Vorhersage ebenso wie die Erklärung des Verhaltens anderer Menschen, indem er ihnen kausale, intentionale innere Haltungen wie beispielsweise Überzeugungen, Wünsche, Absichten oder eben auch Gefühle zuschreibt. Es erwirbt die Fähigkeit zur Mentalisierung, die man „als zentralen Mechanismus des ‚Prüfens sozialer (oder mentaler) Realität‘ bezeichnen kann [...]“ (Fonagy et al, 2004, S 349). Die meisten Vierjährigen sind sich demnach darüber im Klaren, dass das Verhalten ihrer Mitmenschen aus einer mentalen Repräsentation der Realität entsteht, also daraus, wie die Realität gesehen wird. Ebenfalls wissen sie, dass die Überzeugung, die zu diesem Verhalten führt, geändert werden kann. (Fonagy et al, 2004)

Der Erwerb dieser Fertigkeit stellt einen ausgesprochen wichtigen Entwicklungsschritt dar, aus dem Grund, dass die intentionalen Haltungen eines Menschen nicht nach außen offensichtlich, sondern lediglich aus einer Anzahl von situationseigenen Hinweisen zu erschließen sind. Ein Fehlen dieser Fähigkeit kann sich somit fatal auswirken bzw. im ungünstigsten Fall für die Entstehung einer Persönlichkeitsstörung maßgeblich sein. (Fonagy et al, 2004)

Nach dieser Darstellung einer positiven Entwicklung erläutert der nächste Abschnitt nun die Auswirkungen eines ungünstigen Verlaufes dieser Entwicklungsschritte und setzt sie mit einigen Aspekten der bereits beschriebenen Symptomatik der BPS in Verbindung.

1.4.3. Ungünstige Entwicklung der Bindung und der Mentalisierungsfähigkeit

- Unzureichende Entwicklung des Selbst-Gefühls

Der Bindungscharakter eines Kindes hat, so Fonagy et al (2004), auf die Entwicklung einer Repräsentation des Selbst einen wesentlichen Einfluss. So nimmt ein sicher gebundenes Kind durch das Spiegeln seiner Bezugsperson eigene innere Zustände wahr und wird von ihr als intentionales Wesen repräsentiert, was von dem Kind internalisiert wird und ein Selbst entstehen lässt. Osofsky (2000, 2001) weist in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung positiver Emotionen als Bestandteil der Beziehungserfahrungen eines Säuglings mit seiner Bezugsperson hin, die für die Entwicklung des Selbst-Gefühls unabdingbar sind. Diese positiven Emotionen müssen in einer sensiblen und entgegenkommenden Interaktion mit der Bezugsperson aktiviert werden. Ist ein Kind in dieser Interaktion hingegen sehr häufig negativen Affekten konfrontiert, kann die Entwicklung eines gesunden Selbst-Gefühls aufgrund einer mangelnden Ausgeglichenheit zwischen positiven und negativen Affekterfahrungen beeinträchtigt werden.

Gerade bei desorganisiert gebundenen Kindern kommt es vor, dass die Bezugspersonen auf deren Erregungszustände mit Hilflosigkeit und manchmal auch Feindseligkeit reagieren. In diesem Fall gelingt es ihnen nicht, die noch unbenannten inneren Zustände des Kindes gekonnt zu spiegeln, so Fonagy et al (2004). Sie bleiben weiterhin chaotisch und sind für das Kind nicht

einzuordnen. Sie können so nicht internalisiert werden, was das Entstehen einer Selbstrepräsentanz verhindert. Stattdessen verinnerlicht das Kind das Bild, das seine Bezugsperson in diesem Augenblick von ihm zeichnet, die Gefühle von Angst, Hilflosigkeit, mitunter auch Hass, die diese ihm gegenüber empfindet und die zu dem Bild eines anstrengenden und unkontrollierbaren Wesens führen, in seine Selbststruktur.

- Beeinträchtigung der Fähigkeit zu mentalisieren

Wie im vorherigen Abschnitt beschrieben sollte ein Kind im Laufe seiner ersten drei bis vier Lebensjahre lernen, die eigene innere Welt sowie auch die anderer Menschen zu verstehen, und seine Mentalisierungsfähigkeit ausbilden. Die Voraussetzung dafür ist jedoch, dass das Kind das Verhalten seiner Bezugsperson bedenkenlos erkunden bzw. eigene Erklärungen für ihr Verhalten ausprobieren kann, wie es bei sicher gebundenen Kindern für gewöhnlich der Fall ist.

Desorganisiert gebundene Kinder bzw. Kinder, die missbraucht oder misshandelt worden sind, sind hier mit wesentlich schwierigeren Voraussetzungen konfrontiert. Ihre Bezugspersonen zeigen meist weniger zuverlässigere Kontingenz als Reaktion auf die Zustände der Kinder, so dass deren Affektimpulse nicht bewusst erfasst werden können, was laut Fonagy et al (2004) sowohl zu Gefühlen der Leere und Desorganisation führen als auch die Fähigkeit zur Impulskontrolle beeinträchtigen kann.

Die mentale Verfassung der misshandelnden Bezugsperson kann zudem in den Kindern große Angst auslösen, es kann für die Entwicklung des Selbst eine große Gefahr darstellen, sich mit dem mentalen Zustand von jemandem zu befassen, der es misshandelt oder missbraucht. Nimmt ein Kind die Gefühle von Hass oder mitunter auch Lust, die die Bezugsperson währenddessen empfindet, bewusst wahr, so kann es sich selbst laut Fonagy et al (2004) nur sehr negative Eigenschaften wie beispielsweise Wertlosigkeit zuschreiben. Hinzu kommt, dass viele misshandelnde Bezugspersonen ihre Intention verleugnen und dem Kind gegenüber Gefühle oder Überzeugungen äußern, die mit ihrem Verhalten nicht übereinstimmen. Dies führt in manchen Fällen dazu, dass das Kind generell oder zumindest in Kontexten, die mit der Misshandlung zu tun haben oder ihr ähnlich sind, jedes Nachdenken über die mentalen Zustände der Bezugsperson vermeiden.

In anderen Fällen beobachten desorganisiert gebundene oder misshandelte bzw. missbrauchte Kinder aufgrund der fehlenden Einschätzbarkeit des Verhaltens ihrer Bezugsperson diese sehr aufmerksam, sammeln alle möglichen Hinweise und sind oft in der Lage, deren mentale Zustände auf sehr sensible Weise wahrzunehmen, jedoch zu einem hohen Preis. Sie wenden alle ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen auf, um das irrationale Verhalten, mit dem sie konfrontiert sind, zu verstehen, während für das Reflektieren der eigenen inneren Verfassung nur noch wenige bis keine Ressourcen mehr bleiben. Diese Kinder sind oft durchaus in der Lage zu mentalisieren und das Verhalten ihrer Bezugsperson zu begreifen, die eigenen mentalen Zustände zu entschlüsseln ist ihnen jedoch kaum möglich. (Fonagy et al, 2004)

1.4.4. Zusammenhänge mit der Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Das durch fehlende Repräsentationen der eigenen inneren Zustände entstandene **instabile Selbstgefühl**, das, wie Fonagy et al (2004) beschreiben, ein zentrales Problem der BPS darstellt, führt für die Betroffenen zu weiteren Schwierigkeiten. Ihr falsches Selbst wird häufig mittels **projektiver Identifizierung** auf andere Menschen externalisiert, damit es dort von ihnen kontrolliert werden kann. Diese anderen Menschen können in der Folge jedoch nicht umhin, sich tatsächlich so zu verhalten wie der/die Betroffene diesen auf sie übergestülpten Teil von sich selbst wahrnimmt. Auf diese Art und Weise kann keine wirkliche Beziehung entstehen, und sehr häufig tritt die **Befürchtung, verlassen zu werden**, die für die BPS so typisch ist, dann auch wirklich ein.

In diesem Fall muss der ausgelagerte, als feindselig wahrgenommene Teil des Selbst wieder zurückkehren und verursacht erneute Gefühle der Bedrohung, Angst oder Panik, das fragile Selbst des/der Betroffenen scheint bedroht. Fonagy et al (2004) sehen hier den Grund für die häufige **Suizidalität**, die sich vor allem bei weiblichen Betroffenen vermehrt zeigt. Der Suizid „repräsentiert die phantasierte Vernichtung dieses fremden Selbst im Selbst.“ (Fonagy et al, 2004, S 365)

Die ebenfalls für die BPS charakteristische **Impulsivität** rührt, so beschreiben es Fonagy et al (2004), daher, dass Betroffene nicht in der Lage sind, die eigenen Affekte einzuordnen oder zu

benennen und ihnen somit eine symbolische Repräsentation ihrer Gefühlszustände fehlt. Infolge dessen überfordern auftretende Erregungszustände die Selbstkontrolle der Betroffenen. Hinzu kommt, dass das Verhalten anderer Menschen aufgrund der fehlenden Mentalisierungsfähigkeit nicht eingeordnet werden kann und so unverstanden bleibt, was zu Gefühlen von Hilflosigkeit führen kann.

Aufgrund dieser fehlenden Mentalisierungsfähigkeit kommt auch die **Spaltung** zustande, die, wie bereits beschrieben, einen der wichtigsten Abwehrmechanismen der BPS darstellt. Fonagy et al (2004) sehen Kinder, die misshandelt oder missbraucht werden, mit dem unlösbaren Dilemma einer Bezugsperson konfrontiert, von der es in der einen Situation Gewalt und Bedrohung erfährt, die dies in einer anderen Situation jedoch vielleicht verleugnet und sich dem Kind gegenüber fürsorglich verhält, was zu Unsicherheit, Angst und Hilflosigkeit führen kann. Das Kind teilt in der Folge die Identität der Bezugsperson in zwei getrennte innere Welten, in denen sie als entweder nur gut oder nur böse wahrgenommen wird. So kann es ihr Verhalten wieder einschätzen. Aus diesem Grund können solche verschiedenen Repräsentationen ihres Gegenübers nicht gleichzeitig genutzt und so kein ganzheitliches Bild von ihm/ihr gezeichnet werden.

Fonagy et al (2004) beschreiben das **Gefühl der Leere**, das Betroffene einer BPS häufig empfinden, ebenfalls als eine Folge der fehlenden Mentalisierung, denn um einen anderen Menschen als wirklichen Beziehungspartner wahrzunehmen, muss er/sie als lebendiges Wesen wahrgenommen werden, das über eigene innere Vorgänge verfügt. Die Oberflächlichkeit, mit der Betroffene andere Menschen und die Beziehungen zu ihnen erleben, und auch die mangelnde Repräsentanz des Selbst führen zu einem Gefühl, das als innere Leere bis hin zu einem Dissoziationsgefühl beschrieben wird.

Es soll betont werden, dass die hier getätigten Ausführungen bezüglich der Genese einer BPS keinesfalls Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Es existieren viele andere Theorien und Modelle wie beispielsweise das von Kernberg (1978) oder Winnicott (1984), die das Entstehen einer BPS ebenfalls erklären. Aus Platzgründen, und weil, wie am Anfang dieses Kapitels beschrieben, sehr viele AutorInnen auf den Aspekt der Bindung eingehen, hat die vorliegende Arbeit lediglich dieses Modell herausgegriffen und ausgearbeitet.

1.5. Borderline-Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter

Die Frage, inwieweit Persönlichkeitsstörungen und insbesondere eine BPS bereits im Kindes- und Jugendalter diagnostiziert werden können, wird in der Wissenschaft sehr kontrovers diskutiert, ebenfalls wird es in den beiden gängigen Klassifikationssystemen unterschiedlich gehandhabt. Während im ICD-10 die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erst ab dem 16. Lebensjahr vorgesehen ist, kann laut dem amerikanischen Klassifikationssystem DSM-V in Ausnahmefällen bereits im Kindes- und Jugendalter eine Persönlichkeitsstörung klassifiziert werden, sofern sich ihre unangepassten Persönlichkeitszüge anhaltend und tiefgreifend zeigen und nicht auf eine bestimmte Entwicklungsphase begrenzt bleiben. Demnach ist die Diagnose einer BPS für Kinder und Jugendliche zulässig, so Klosinski (2004), was in der Literatur sowohl Für- als auch Widerspruch auslöst.

Diepold (1994, zit nach Hofmann, 2002) beispielsweise sieht die BPS im Kindes- und Jugendalter als eine Entwicklungsstörung an und weist in einer Untersuchung nach, dass borderlinetypische Phänomene bereits im Alter von fünf Jahren festgestellt werden können. Auch Kernberg (2001) ist der Ansicht, dass sich die Persönlichkeitsstruktur eines Menschen im Verlauf seines Lebens zyklisch-dynamisch entwickelt und hält es aus diesem Grund für möglich, dass es bereits im Kindesalter zu Störungen der Persönlichkeitsorganisation kommen kann. Hofmann (2002) weist zudem auf die Bedeutung einer frühen Erkennung der BPS als „*intrapsychisches, dynamisches Moment*“ (Hofmann, 2002, S 221) und die daraus resultierenden Möglichkeiten spezifischer therapeutischer und betreuerischer Interventionsmöglichkeiten für betroffene Kinder und Jugendliche hin:

„Eine an Symptomen oder Syndromen orientierte Oberflächendiagnostik – ohne die Beachtung der intrapsychischen Dynamik der komplexen borderlinetypischen Regulationsstörungen – führt ebenso wie klassifikatorische Hemmungen aus Etikettierungsängsten im Kindes- und Jugendalter zwangsläufig zur Chronifizierung der Borderline-Persönlichkeitsorganisation.“ (Hofmann, 2002, S 221)

Zur Diagnosestellung einer BPS wird neben einer allgemeinen kinder- und jugendpsychiatrischen Anamnese noch eine spezielle Anamnese durchgeführt, die sich speziell auf das Abfragen der Symptomatik der BPS bezieht, wobei es bis heute keine anerkannte Symptomatologie der

BPS bei Kindern und Jugendlichen gibt, so Klosinski (2004). Die in der Literatur aufgezählten Symptome, die als Hinweise auf eine BPS gelten, decken sich im Wesentlichen mit den Kriterien, die die Klassifikationssysteme für Erwachsene vorgeben. Diese Anamnese soll aufklären, ob die Symptomatik schon seit dem Kindesalter besteht, ob man sie langfristig als typisch für den/die Betroffene/n ansehen kann, und ob sie in verschiedenen Lebenssituationen auftritt, beispielsweise zu Hause, in der Schule oder auch in der Gleichaltrigen-Gruppe. Ebenfalls muss abgefragt werden, ob in der Familie des Kindes bzw. Jugendlichen ähnliche Persönlichkeitszüge vorkommen. (Fleischhacker & Schulz, 2010)

Um eine Diagnose zu erheben, werden in der Regel das Kind bzw. der/die Jugendliche sowie auch die Eltern bzw. andere sorgeberechtigte Personen getrennt voneinander interviewt. Bei Jugendlichen kann es laut Fleischhacker & Schulz (2010) vorkommen, dass aus komplexen biographischen Gründen kein Elternteil oder kein/e Sorgeberechtigte/r zur Verfügung steht und alle Informationen von dem/der Jugendlichen selbst erhoben werden müssen. In diesem Fall sind sowohl die Exploration zur Anamnese sowie auch ein diagnostisches Interview zu mehreren Zeitpunkten wiederholend durchzuführen. Ebenfalls gilt es, andere psychische Störungen differentialdiagnostisch mittels adäquater Testverfahren auszuschließen.

Eine BPS kann bei Kindern und Jugendlichen dann diagnostiziert werden, so Fleischhacker & Schulz (2010), wenn die störungsspezifischen Persönlichkeitsmerkmale stabil, das heißt über mindestens 1-2 Jahre in der aktuellen pathologischen Ausprägung vorhanden sind und sowohl das soziale wie auch das schulische bzw. berufliche Funktionsniveau des/der Betroffenen im letzten Jahr deutlich beeinträchtigt haben.

Eine reliable Diagnostik stellt sich laut Fleischhacker & Schulz (2010) jedoch als schwierig heraus, worauf unter anderem die großen Differenzen in den Angaben bezüglich der Prävalenz der BPS bei Kindern und Jugendlichen hinweisen. Je nach Studie werden sie mit 3 – 18 % angegeben, was sowohl daran liegen kann, dass Schwankungen in der Psychopathologie von akuten Belastungen her rühren können, als auch daran, dass adoleszenztypische Schwierigkeiten häufig falsch eingeschätzt bzw. überschätzt werden, so Fleischhacker & Schulz (2010). Auch scheinen die Auffälligkeiten, die zur Diagnose einer BPS führen, nicht immer stabil zu bleiben. So wies eine Studie von Lofgren et al (1991, zit nach Fleischhacker & Schulz, 2010) nach, dass die Mehrheit von 32 untersuchten BPS-Kindern im Erwachsenenalter die Kriterien für verschiedenste andere Persönlichkeitsstörungen aufwies, jedoch bei nur 3 der 19 nachuntersuchten Kinder immer noch eine BPS diagnostiziert werden konnte. Fleischhacker & Schulz

(2010) sprechen sich in diesem Zusammenhang für die Identifikation von Faktoren aus, die eine zuverlässigere Diagnostik ermöglichen sollten.

Unter anderem aus diesem Grund stellt sich die Frage nach der Sinnhaftigkeit einer BPS-Diagnose vor dem 16. Lebensjahr; die meisten AutorInnen wie beispielsweise Klosinski (2004) oder auch Streeck-Fischer & Freyberger (2011) sprechen sich für ein zurückhaltendes Vorgehen in der Diagnosestellung aus. Sie weisen zudem auf die mitunter stark stigmatisierende Funktion dieser Diagnose hin, der eine „*äußerst zweifelhafte Therapierbarkeit*“ (Klosinski, 2004, S 103) nachgesagt wird. Hofmann (2002) weist zudem auf die Schwierigkeiten hin, die daraus entstehen, dass für die Diagnosestellung einer BPS bei Kindern und Jugendlichen kein verbindlich festgelegtes Vorgehen existiert. Zwar bietet, so Hofmann (2002), das ICD-10 die Möglichkeit, „nicht näher bezeichnete“ Zuordnungsqualitäten zu nutzen, jedoch kann so nicht die spezifische Borderline-Problematik zum Ausdruck gebracht werden. Dafür stehen nur die Diagnosen der BPS sowie der schizotypen Störung zur Verfügung, die wiederum schwer nachzuvollziehen sind, wenn das betroffene Kind bzw. der/die Jugendliche nicht schwere Störungen der Realitätsprüfung zeigt. Auch weist Hofmann (2002), so wie die bereits genannten AutorInnen, auf die Gefahr der Etikettierung eines betroffenen Kindes bzw. eines/einer Jugendlichen hin.

Um dieser Problematik gerecht werden zu können, schlägt Hofmann (2002) für Kinder und Jugendliche die Klassifikation der BPS als „*Bindungsstörung vom Borderline-Entwicklungstyp*“ (Hofmann, 2002, S 222) vor, die neben den Besonderheiten in der Bindungsqualität eines Kindes bzw. eines/einer Jugendlichen auch die affektiven und reflexiv-emotionalen Regulationsschwierigkeiten als zentrale Kriterien betrachtet. Kernberg (mündliche Mitteilung, zit nach Streeck-Fischer & Freyberger, 2011) schlägt den Begriff der Borderline-States als zeitlich begrenzte Episode vor, um der geringen Langzeitstabilität der BPS-Diagnose bei Kindern und Jugendlichen Rechnung tragen und eine Stigmatisierung verhindern zu können.

Das nächste Kapitel befasst sich mit dem Begriff des Traumas und geht nach einer kurzen Definition darauf ein, welche lebensgeschichtlichen Ereignisse sich in der Biographie vieler Menschen finden, die an einer BPS leiden, und in wie weit diese Menschen deshalb als traumatisiert angesehen werden können.

2. BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG UND TRAUMA

2.1. Was ist ein Trauma?

Der Trauma-Begriff, so Fischer & Riedesser (2009), findet seinen Ursprung in der Medizin und bezeichnet eine Verletzung unterhalb der Hautoberfläche. Erst seit Mitte des 19. Jahrhunderts ist er auch in der Psychiatrie geläufig. Seit dem 2. Weltkrieg regten Überlebende des Holocaust dazu an, sich wissenschaftlich mit der psychischen Form der Traumatisierung auseinander zu setzen, aber auch die Frauenbewegung lieferte durch die Enttabuisierung von Missbrauch und Gewalt in Familien neue Forschungsthemen. In der jüngsten Zeit weckten diverse Naturkatastrophen, Amokläufe an Schulen oder die aktuelle Flüchtlingskrise das Interesse der Traumaforschung.

Fischer & Riedesser (2009) definieren ein Trauma als ein „*vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst und Weltverständnis bewirkt.*“ (Fischer & Riedesser, 2009, S 82)

Terr (2003, zit nach Nossek, 2012) beschreibt ein Trauma speziell im Bezug auf Kinder und Jugendliche und definiert es als das „*mentale Resultat eines plötzlichen, externen Ereignisses oder einer Serie von Ereignissen, welche(s) die junge Person vorübergehend hilflos macht/machen und die übliche Bewältigungs- und Verteidigungsfähigkeiten überfordert.*“ (Terr, 2003, S. 323, zit nach Nossek, 2012, übersetzt durch Nossek)

Es gibt mehrere Möglichkeiten, die verschiedenen Formen einer Traumatisierung einzuteilen. Terr (2003, zit nach Nossek, 2012) schlägt eine Unterscheidung vor zwischen dem Trauma Typ I, zu dem sie plötzlich auftretende, einmalige Ereignisse zählt, und dem Trauma Typ II, dem sie länger andauernde oder sich wiederholende Traumatisierungen zuordnet. Diese Art der Traumatisierung kann sich mitunter durch Verleugnung, psychische Abstumpfung, Dissozia-

tion, oder Wut ausdrücken. Khan (1963, zit nach Fischer & Riedesser, 2009) fügt dieser Aufzählung noch den Typ des kumulativen Traumas hinzu und beschreibt damit eine Abfolge von Ereignissen, die für sich alleine unerschwerlich bleiben würden, jedoch aufgrund ihres Verlaufs eine Erholung der Betroffenen stetig unterbrechen und so immense Auswirkungen haben können.

Ebenfalls lassen sich Traumata dahingehend unterscheiden, durch welche Art von Ereignis sie ausgelöst wurden. Eckardt (2005) beschreibt zunächst Traumata, die durch andere Menschen verursacht wurden, sogenannte man-made-Traumata, wie beispielsweise Mobbing, Vergewaltigung, Missbrauch oder Entführungen. Diese Art der Traumatisierung führt vor allem bei Kindern mitunter zu immensen Schuldgefühlen, so Eckardt (2005), da vor allem sie dazu neigen, an das Gute in anderen Menschen zu glauben und die eigene Verantwortung überschätzen. Streck-Fischer (2006) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass diese Art der Traumatisierung vor allem bei Kindern, die noch keine adäquaten Bewältigungs- und Abwehrmechanismen erlernen konnten, zu einer besonderen Gefährdung führen kann.

Dem gegenüber stellt Eckardt (2005) Traumatisierungen, die durch Unfälle, Naturkatastrophen oder Kriege ausgelöst werden, Traumatisierungen durch das Auftreten einer lebensbedrohlichen Krankheit oder Traumatisierungen durch den Verlust einer nahestehenden Person.

In Zusammenhang mit der BPS und damit für die vorliegende Arbeit sind vor allem Typ II-Traumata wie beispielsweise sexueller Missbrauch (Terr, 2003, zit nach Nossek, 2012), aber auch Misshandlung oder Vernachlässigung relevant. All diese Dinge fallen auch in die Kategorie der man-made-Traumata. Infolge dessen wird anschließend kurz darauf eingegangen.

2.2. Vernachlässigung/Misshandlung/Missbrauch

- Vernachlässigung

„Kinder werden vernachlässigt, wenn sie von Eltern oder Betreuungspersonen unzureichend ernährt, gepflegt, gefördert, gesundheitlich versorgt, beaufsichtigt und/oder vor Gefahren geschützt werden.“ (Engfer, 1997, S 22)

Vernachlässigung findet sich häufig in Familien, die mit großen finanziellen Schwierigkeiten zu kämpfen haben, ebenfalls in sozialen Randgruppen, so Engfer (1997). Auch psychische Erkrankungen der Eltern können zu Vernachlässigungen führen, wie beispielsweise Depressionen, Alkoholismus oder Drogenabhängigkeit.

Engfer (1997) sieht die vernachlässigten Kinder von allen am meisten benachteiligt, nicht nur aufgrund der durch mangelnde Förderung verursachten Defizite in ihrer kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklung, sondern auch, weil sie oftmals wegen ihres ungepflegten Aussehens von anderen Kindern und auch von Erwachsenen Ablehnung und Ausgrenzung erfahren.

- Misshandlung

Unter der körperlichen Misshandlung eines Kindes versteht man, so Godenzi (1993), jegliche gewaltsame Einwirkung auf das Kind, die zu Verletzungen führen kann wie beispielsweise Schlagen, Stoßen, Schütteln usw. ebenso wie das Zufügen von Verbrennungen, Stichwunden und dergleichen. Es ist nicht unbedingt nur die Handlung an sich ausschlaggebend, entscheidend ist, ob das Kind dabei zu Schaden kommt. So kann bei einem Säugling schon ein einmaliges Schütteln zu schweren Verletzungen führen.

Es wäre jedoch zu eng gesprochen, wenn man unter dem Misshandlungsbegriff nur diese körperlichen Schädigungen einordnen würde. Mindestens gleich viel Schaden richtet eine psychische Misshandlung an; Engfer (1997) definiert sie wie folgt:

„Unter psychischen Misshandlungen versteht man alle Handlungen oder Unterlassungen von Eltern oder Betreuungspersonen, die Kinder ängstigen, überfordern, ihnen das Gefühl der eigenen Wertlosigkeit vermitteln und sie in ihrer psychischen und/oder körperlichen Entwicklung beeinträchtigen können.“ (Engfer, 1997, S 24)

Laut Rauchfleisch (1996) ist es sehr schwierig, genaue Angaben bezüglich der Häufigkeit von seelischen Misshandlungen zu machen, nehmen doch die Grenzen zwischen „akzeptablen“, das heißt gesellschaftlich anerkannten Erziehungsmethoden und psychischer Gewalt einen sehr fließenden Verlauf. Die Dimension des Begriffes ‚Gewalt‘ erweitert sich in jedem Fall aber um ein Vielfaches, wenn man auch diese Art der seelischen Grausamkeit darunter verstehen kann.

- Sexueller Missbrauch

Engfer (1997) beschreibt den sexuellen Missbrauch von Kindern als *„die Beteiligung noch nicht ausgereifter Kinder und Jugendlicher an sexuellen Aktivitäten, denen sie nicht verantwortlich zustimmen können, weil sie deren Tragweite nicht erfassen.“* (Engfer, 1997, S 27) und fügt hinzu, dass hier Erwachsene Kinder zur eigenen sexuellen Stimulation benutzen und das zwischen ihnen herrschende Macht- bzw. Kompetenzgefälle zum Nachteil des Kindes missbrauchen.

Feministische Definitionen von sexuellem Missbrauch (zB. Kavemann und Lohstöter, 1984, zit nach Engfer, 1997) sehen die Tatsache, dass Mädchen zur sexuellen Befriedigung von Männern instrumentalisiert werden, als das hauptsächliche Kriterium an, was den Vorteil mit sich bringt, dass das subjektive Erleben des Mädchens über das Vorliegen eines Missbrauchs entscheidet und somit auch scheinbar harmlose Dinge wie ein Beobachten beim Anziehen diesem zugeordnet werden können. Hier spielt die Grenze zwischen Kindern und Erwachsenen keine entscheidende Rolle. Von Bedeutung ist hingegen, dass etwas gegen den Willen eines Mädchens bzw. einer Frau passiert. Diese Definition birgt jedoch das schwerwiegende Problem, dass sie die Jungen ausklammert, die Opfer von sexueller Gewalt werden. (Engfer, 1997)

Das betroffene Kind, das sich in unserer Kultur sowieso schon in einer Position minderer Macht befindet, erlebt durch den Missbrauch enorme Gefühle der Hilf- und Machtlosigkeit, vor allem dann, wenn es erfolglos versucht, seine Umwelt darauf aufmerksam zu machen, was mit ihm

passiert, so Engfer (1997). Schwere Beeinträchtigungen im Selbstbild und der Selbstachtung des Kindes sowie auch große Abhängigkeitsgefühle als Erwachsener treten häufig auf.

Godenzi (1993) weist in diesem Zusammenhang jedoch darauf hin, dass die Intensität der Auswirkungen des Missbrauchs im Einzelfall von mehreren Faktoren abhängt. So nennt er in erster Linie die Häufigkeit bzw. Schwere des Missbrauchs, ebenfalls die emotionale Unterstützung, die für das Kind verfügbar war, sowie diverse Coping-Strategien, die es in jener Zeit zur Verfügung hatte.

2.3. Sind Betroffene einer Borderline-Persönlichkeitsstörung traumatisiert?

Sowohl Vernachlässigung als auch Misshandlung, vor allem aber sexueller Missbrauch sind Dinge, die sehr viele BPS-Betroffene im Laufe ihres Lebens erfahren mussten; in diesem Punkt herrscht in der Literatur weitgehende Einigkeit.

In einer Studie verglichen Herman et al (1989, zit nach Gast, 1997) 21 Betroffene mit zwei Kontrollgruppen und führte mittels halbstrukturierter Interviews eine genaue Kindheitsanamnese durch. Im Zuge dessen gaben 81 % der Patienten an, schwerwiegende Kindheitstraumata erlebt zu haben, 71 % wurden physisch misshandelt, 68 % erzählten von sexuellem Missbrauch.

Dulz & Schneider (1996) berufen sich sowohl auf eine Studie von Bryer & Nelson (1987, zit nach Dulz & Schneider, 1996), die zu dem Ergebnis gekommen ist, dass annähernd 90 % der untersuchten weiblichen BPS-Betroffenen sexuellen Missbrauch erlebt hatten, als auch auf eine Studie von Herman, Perry & van der Kolk (1989, zit nach Dulz & Schneider, 1996), die von einer Traumatisierung in Form von Misshandlung und sexuellem Missbrauch bei mehr als 80 % der untersuchten Betroffenen ausgeht.

Auch Wöller (2006) sieht einen Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen in der Kindheit. Er bezieht sich auf eine Studie von Zanarini et al (2002, zit nach Wöller, 2006), laut der 62,4 % der untersuchten BPS-Betroffenen sexuellen Missbrauch und 86,2 % andere Formen

der Kindesmisshandlung erlebt hatten; 92,1 % wurden laut dieser Studie in ihrer Kindheit vernachlässigt.

Driessen et al (2002) gehen ebenfalls von einer Traumatisierungsrate von bis zu 90 % bei Menschen mit BPS aus und berichten von den gleichen Erfahrungen wie die bereits genannten AutorInnen. Bei dieser Häufigkeit einer Traumatisierung gehen Driessen et al (2002) so weit, die Frage zu stellen, ob man die BPS nicht als primär traumaassoziierte Störung auffassen sollte bzw. ob eine Konzeptualisierung als primäre Persönlichkeitsstörung richtig ist. Auch Herman & van der Kolk (1987, zit nach Paris, 2000) sind der Ansicht, dass traumatische Erfahrungen die Hauptursache für die Entstehung einer BPS darstellen und man diese deshalb als eine chronische Form der posttraumatischen Belastungsstörung klassifizieren sollte.

Paris (2000) jedoch hält das für verfrüht und einen kausalen Zusammenhang zwischen einer Traumatisierung und einem Auftreten der BPS für nicht hinreichend bewiesen. Auch andere Autoren wie beispielsweise Renneberg et al (2003), die zwar einerseits davon ausgehen, dass 70 – 80 % der BPS-Betroffenen Traumatismen, insbesondere sexuellen Missbrauch, in ihrer Kindheit, erlebt haben, geben andererseits jedoch zu bedenken, dass dieser sexuelle Missbrauch nicht per se zu einer BPS führen muss, da es ebenfalls Forschungsergebnisse gibt, die diesen angenommenen Kausalzusammenhang in Frage stellen. So kam beispielsweise Sabo (1997, zit nach Renneberg et al, 2003) zu dem Ergebnis, dass 10-45 % der BPS-Betroffenen keine Traumatisierungen in ihrer Kindheit erlebt hatten. Untersuchungen bezüglich sexuellen Missbrauchs und Misshandlung an der Normalbevölkerung zeigten hingegen, dass etwa 80 % der Kinder, die Erfahrungen in dieser Richtung gemacht hatten, im Erwachsenenalter keine feststellbare Pathologie entwickelt hatten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ein Kind, das sexuellen Missbrauch erlebt, im weiteren Verlauf seines Lebens nicht zwangsläufig eine BPS entwickeln muss. Die Forschung legt jedoch hinreichend dar, dass ein großer Teil der von einer BPS betroffenen Menschen in ihrer Kindheit Dinge wie Vernachlässigung, Misshandlung oder eben sexuellen Missbrauch erleben mussten und sie damit als traumatisiert angesehen werden können. Aus diesem Grund scheint in der pädagogischen Arbeit mit BPS-PatientInnen eine traumapädagogische Ausrichtung eine sinnvolle Möglichkeit zu sein. Spangler & Zimmermann (1999) weisen in diesem Zusammenhang auf die Beeinflussbarkeit von frühen Bindungserfahrungen durch die Wirkung von stabilisierenden Schutzfaktoren hin, die vor allem bis ins Jugendalter besteht und die individuelle Resilienz, das heißt, dem Aufbau von Ressourcen, fördern kann. Aus diesem Grund

scheinen vor allem junge PatientInnen von einem traumapädagogischen Setting profitieren zu können. Das nächste Kapitel beschreibt deshalb die Fachdisziplin der Traumapädagogik und gibt Einblick in deren grundlegende Haltungen und Arbeitsweisen.

3. TRAUMAPÄDAGOGIK

3.1. Der Traumabegriff in der Pädagogik

„Auch wenn Therapie manchmal der erste soziale Raum ist, in dem traumatisierte Menschen beginnen können, ihre Schwierigkeiten zu überwinden, beginnt Traumaarbeit (...) nicht in einem Therapeutenzimmer und endet dort auch nicht.“ (Becker, 2006, S 189, zit nach Weiß, 2013, S 14)

Wie bereits beschrieben erlebte die Traumaforschung in den letzten drei Jahrzehnten einen Aufschwung, ist aber keineswegs ein neues Phänomen, und auch der Ansatz, sich im pädagogischen Kontext mit Trauma zu befassen, geht weit zurück. Kühn (2014) verweist auf erste theoretische Ansätze in der Pädagogik, die im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts in psychoanalytisch orientierten Kreisen entstanden sind und die die Entstehung auffälliger Verhaltensweisen bei Kindern auf existenziell bedrohliche Erfahrungen in ihrem bisherigen Leben zurückgeführt haben. Diese VorreiterInnen stellten zu dieser Zeit noch eine Minderheit dar, Giesecke (1997, zit nach Rothdeutsch-Granzer et al, 2015) nennt sie eine „*pädagogische Ausnahmeerscheinung*“ (Giesecke, 1997, S 172, zit nach Rothdeutscher-Granzer et al, 2015), jedoch haben sie wichtige Impulse für die Entstehung der Traumapädagogik geliefert.

Der aufstrebende Nationalsozialismus machte diese Ansätze vorerst zunichte aufgrund der Tatsache, dass die meisten AnalytikerInnen sowohl in Österreich als auch in Deutschland zur Emigration gezwungen wurden und ihre Ansätze so nicht weiter gedacht bzw. entwickelt werden konnten (Craig, 2005, zit nach Zagorac, 2006).

Erst als in den 1960ern und 1970ern die Reformierung der Heimerziehung begann (Bausum et al, 2013), deren menschenverachtender, autoritärer Umgang gerade mit psychisch belasteten Kindern im pädagogischen Verständnis bis dahin als normal gegolten hatte, begann man, sich wieder mit dem Trauma in der Pädagogik zu befassen. In dieser Zeit entstanden auch die ersten

Ansätze einer Auseinandersetzung mit häuslicher und auch sexueller Gewalt an Kindern. (Kühn, 2014)

So entwickelte sich in diesen letzten Jahrzehnten Traumapädagogik als „*Graswurzelbewegung*“, wie Kühn (2014, S 20) es bezeichnet, aus einer fachlichen Notwendigkeit heraus zu einer neuen Fachdisziplin, in der die Erkenntnisse der Psychotraumatologie mit der Pädagogik verknüpft wurden. Man bemerkte, dass traumatisierte Kinder und Jugendliche häufig mehr brauchen, als Bildungs- und Betreuungseinrichtungen bieten können. Dabei ist es, wie das eingangs gewählte Zitat deutlich macht, nicht nur der therapeutische Kontext, in dem die dysfunktionalen Folgen ihrer traumatischen Erlebnisse zum Tragen kommen, sondern vor allem auch der Alltag, der in diversen Betreuungs- und Bildungseinrichtungen gelebt wird und einer besondere Form der Unterstützung bedarf. Gerade dieser Alltag scheitert jedoch bei traumatisierten Kindern häufiger als bei anderen (Kühn, 2014), und es kommt von Seiten der Betreuungseinrichtung in vielen Fällen zu keiner selbstkritisch-objektiven Klärung hinsichtlich der Frage, warum diese bestimmte Hilfsmaßnahme erfolglos geblieben ist. Häufig wird lediglich das Kind bzw. der/die Jugendliche als gescheitert wahrgenommen, nicht jedoch die Betreuungspersonen, so Kühn (2013). Das Risiko, das Kind bzw. den/die Jugendliche zusätzlich zu belasten oder erneut zu traumatisieren, ist umso höher, je weniger Fachwissen die pädagogischen Professionellen über Traumadynamiken vorweisen können.

Gerade dieser pädagogische Alltag ist es aber, so Kühn (2014), der für die Kinder und Jugendlichen einen wichtigen Raum darstellt, um korrektive Beziehungserfahrungen machen und so ihre traumatische Geschichte verarbeiten zu können. Diverse AutorInnen wie beispielsweise Kühn (2013), Weiß (2013) oder Gahleitner et al (2014) sprechen in diesem Zusammenhang von ‚heilenden Gemeinschaften‘, in denen traumatisierten Kindern mit Geduld und Zuwendung begegnet wird, um ihnen neue, positive Erfahrungen zu ermöglichen. Kühn (2013) betont die Bedeutsamkeit der Traumapädagogik und bezieht sich als Begründung auf die Worte Korczaks „... *um nicht [weiter] zu verletzen.*“ (Korczak, 1998; zit nach Kühn, 2013, S35)

Die Traumapädagogik richtet sich in ihren Möglichkeiten des pädagogischen Handelns in erster Linie an Kinder und Jugendliche; nach Ansicht von Beckrath-Wilking et al (2013) müssen Erwachsene nicht mehr erzogen werden. Sie werfen jedoch ein, dass mitunter auch junge Erwachsene, die juristisch gesehen bereits volljährig sind, von traumapädagogischen Angeboten profi-

tieren können, nämlich dann, wenn sich ihre Persönlichkeitsstruktur nicht altersgemäß entwickeln konnte, wie es laut Brisch (2013) bei Kindern und Jugendlichen, die traumatische Erfahrungen gemacht haben, häufig der Fall ist.

3.2. Die „Pädagogik des sicheren Ortes“

Im Mittelpunkt der Traumapädagogik, die Kühn (2013) die ‚Pädagogik des sicheren Ortes‘ nennt, steht die Begegnung zwischen dem einzelnen Kind bzw. Jugendlichen und dem/der PädagogIn, der/die ein positives Bindungsangebot bereit halten soll, in dem frühere Beziehungserfahrungen korrigiert und neues Vertrauen aufgebaut werden können, um ein Gefühl von Selbstwert und auch Selbstwirksamkeit entwickeln. (Beckrath-Wikling et al, 2013) Kühn (2013) betont in diesem Zusammenhang auch die Bedeutung der Reflexion sowohl der institutionellen Strukturen als auch der eigenen Persönlichkeit der pädagogischen Professionellen. Er schlägt drei Eckpfeiler der Traumapädagogik vor:

- *„die Gestaltung „sicherer Orte“ für die Betroffenen*
- *die Gestaltung „emotionaler Dialoge“ zwischen Kind und PädagogIn*
- *die Gestaltung „geschützter Handlungsräume“ für die PädagogInnen“*

(Kühn, 2013, S 32)

3.2.1. Der „Sichere Ort“

Kühn (2013) beschreibt Hilflosigkeit und Wut, die mit einem traumatischen Erlebnis einhergehen, als Faktoren, die das Selbstgefühl eines Menschen, dessen Wahrnehmung der Welt als einen verlässlichen Ort sowie auch das individuelle Sicherheitsgefühl massiv beeinträchtigen können. Um dieses Sicherheitsgefühl, den ‚inneren sicheren Ort‘ wieder herstellen zu können, benötigen Kinder bzw. Jugendliche einen ‚äußeren sicheren Ort‘, das heißt, einen Ort, in dem verlässliche und einschätzbare Lebensbedingungen herrschen (Kühn, 2013), wo man liebevoll

und mit Geduld auf sie zu geht (Gahleitner et al, 2014) und man ihnen die Erfahrung ermöglicht, dass es sich lohnt, wieder Vertrauen zu fassen (Kühn, 2013).

Auch Baierl (2016) betont die Bedeutung eines sicheren Ortes für traumatisierte Kinder und Jugendliche und unterscheidet verschiedene Aspekte dieses sicheren Ortes. So sollte es ein *äußerer sicherer Ort* sein, an dem keine Gefahren drohen und das Kind bzw. der/die Jugendliche sich behaglich und geborgen fühlen kann. Ein *personeller sicherer Ort* sollte es sein, wo Menschen verfügbar sind, die sie/ihn vor diversen Gefahren beschützen. Auch der Spiritualität sollte laut Baierl (2016) ausreichend Raum gegeben werden, da spirituelle Erlebnisse gerade bei Kindern und Jugendlichen sehr häufig vorkommen und ein sehr wirksamer Resilienzfaktor sein können. Der Glaube an eine höhere Macht, die wohlgesonnen in das Leben des Kindes bzw. Jugendlichen eingreift, und auch die Ausübung spiritueller Praktiken im Alltag sollten in jedem Fall unterstützt werden (Baierl, 2014) In diesem Sinne sollte es auch ein *spiritueller sicherer Ort* sein. Im Laufe des Aufenthaltes in einem traumapädagogischen Setting sollte ein Kind bzw. ein/e Jugendliche/r lernen, sich an einen *inneren sicheren Ort* begeben zu können und sowohl äußere Gefahren als auch sich aufdrängende Bilder aus der Vergangenheit bewältigen und Herausforderungen meistern zu können. Auf diese Weise sollte die Einrichtung mit fortschreitender Entwicklung immer mehr zu diesem inneren sicheren Ort werden, den auch Kühn (2013) beschrieben hat bzw. sollte das *Selbst als sicherer Ort* angesehen werden können. (Baierl, 2016)

3.2.2. Der emotionale Dialog

„Es sind die „schwierigen Kinder“, die keiner aushalten kann. Tatsächlich begegnen wir Kindern, an deren Mimik, Körpersprache und Verhalten sich ablesen lässt, dass sie von unbeschreiblichen Ängsten gequält und von sprachloser Wut getrieben sind.“ (Wagner, 2013, S 93)

Diese innere Belastung, die traumatisierte Kinder bzw. Jugendliche spüren, jedoch nicht in Worte fassen können, drückt sich in ihrem Verhalten aus, das wiederum auf die Umwelt sehr belastend wirkt. Sowohl andere Menschen als auch neue Situationen werden meist als feindselig eingestuft; sowohl die Neugier auf die Umwelt als auch die kognitive Leistungsfähigkeit können beeinträchtigt sein. Traumatisierte Kinder bzw. Jugendliche sind häufig nicht in der Lage, sowohl Gefühle als auch Handlungsimpulse altersgemäß zu kontrollieren, denn dies würde psychische Kompetenzen erfordern, die ihnen aufgrund ihrer traumatischen Erfahrungen

und den damit verbundenen Brüchen im Selbst und in ihren Objektbeziehungen nicht zur Verfügung stehen. Sie vermischen Realität und Phantasie und die eigenen Wahrnehmungen mit denen anderer Menschen, was häufig zu Missverständnissen führt und es ihnen sehr erschwert, sich in ihre Umwelt einzufügen. (Wagner, 2013)

Im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen ist sowohl für Kühn (2013, 2014) als auch für Baierl (2016) eine positive Grundhaltung von zentraler Bedeutung, das bedeutet, ihnen stets mit Wertschätzung zu begegnen und hinter jedem Verhalten, und sei es noch so belastend, eine positive Absicht zu erkennen (Baierl, 2016). Auch Kühn (2013, 2014) ist der Ansicht, dass traumatisierte Kinder bzw. Jugendliche nicht provozieren oder berechnend handeln. Er sieht in jedem Verhaltenszug eine sinnhaft erworbene Überlebensstrategie, die sich ein Kind bzw. ein/e Jugendliche/r im Zuge seiner/ihrer individuellen Geschichte aneignen musste, und auch eine Möglichkeit zur Kommunikation mit seiner/ihrer Umwelt.

Lediglich einen Appell an das Kind bzw. den/die Jugendliche/n zu richten hilft laut Kühn (2013) nicht weiter, wenn der/die PädagogIn ihn/sie nicht zuvor auf einer emotionalen Ebene erreicht hat, Vogt (2003, zit nach Kühn, 2013) bezeichnet dies als „*emotionale Berührung*“ (Vogt, 2003, zit nach Kühn, 2013, S 33). Kühn (2013) ist der Ansicht, dass ein Kind bzw. ein/e Jugendliche/r innerhalb dieses „*emotional-orientierten Dialoges*“ (Kühn, 2013, S 33) eine neue Art zu fühlen lernen kann und muss, er/sie kann lernen, wieder Vertrauen zu fassen zu seiner unmittelbaren Umwelt. Erst dann kann sich auch eine neue Art des Denkens entwickeln, die es ermöglicht, mit den eigenen Emotionen umgehen zu lernen. Dieser Prozess wird möglich durch eine geduldige und aushaltende pädagogische Begleitung.

Gahleitner (2014) weist in diesem Zusammenhang auf die vielen Möglichkeiten hin, die tiergestützte Interventionen für die Aufnahme dieses emotionalen Dialoges bieten können. Den Tieren kommt dabei eine ganz besondere Rolle als Interaktionspartner zu, denn sie kommunizieren auf einer anderen Ebene, als es zwischen Menschen üblich ist. Sie reagieren weniger auf die Sprache, als vielmehr auf eine nonverbale Form der Kommunikation. Für traumatisierte Kinder und Jugendliche, die oftmals ihr Befinden nicht in Wort fassen können, kann dieses Angebot der nicht-sprachlichen Kommunikation bzw. das Beziehungsangebot, das in diesem Moment von dem Tier ausgeht, sehr hilfreich sein. Vor allem Kindern und Jugendlichen, die sich schnell alleine fühlen und häufig Trigger-Situationen ausgesetzt sind, gelingt es viel schneller, ins Hier und Jetzt zurück zu kommen, wenn beispielsweise ein Hund zu ihnen kommt und sie berührt und der von ihnen berührt werden kann. Der Hund kann in dieser Situation die

Rolle eines emotionalen Übersetzers annehmen, der zwischen dem Hier und Jetzt und der inneren Welt der Kinder bzw. Jugendlichen vermittelt. Vogt (2003, zit nach Gahleitner, 2014) spricht in diesem Zusammenhang ebenfalls von einer emotionalen Berührung, durch die ein viel tieferer Prozess angestoßen werden kann, als es auf der sprachlichen Ebene möglich wäre.

Durch diesen Kontakt und die Berührung eines Lebewesens, das sich empathisch einfühlen kann und doch keine Worte verlangt, kann der Weg zurück zum Kontakt mit Menschen erleichtert werden. Der Kontakt zu einem Tier sollte aber immer im Vorfeld abgesprochen und vorbereitet werden. Es eignen sich sehr viele Tiere zum Einsatz in einem pädagogischen Kontext; welche in einer Einrichtung verfügbar sind, hängt neben finanziellen Bedingungen auch davon ab, wie viel Raum zur Verfügung steht, um ihnen eine artgerechte Unterbringung zur Verfügung zu stellen. Zudem muss jedes Tier von einem/einer speziell qualifizierten MitarbeiterIn begleitet sein, so Gahleitner (2014), der/die sowohl zu dem Tier als auch zu dem Kind bzw. Jugendlichen in einer engen Beziehung steht und die Bedürfnisse aller Beteiligten wahrnehmen kann. So muss beispielsweise für alle Beteiligten, auch für das Tier, die Möglichkeit des Rückzugs geschaffen werden.

Die tiergestützte Intervention bietet eine Ergänzung zu vielen bekannten psychosozialen Handlungsmöglichkeiten und schafft Raum zur Erschließung von Ressourcen und Resilienzfaktoren. (Gahleitner, 2014)

3.2.3. Der geschützte Handlungsraum

MitarbeiterInnen, die in traumapädagogischen Einrichtungen die Kinder und Jugendlichen betreuen, sind in ihrer täglichen Arbeit unweigerlich großen Belastungen ausgesetzt. Die Gefühle von Angst, Trauer, Wut, Scham, Schuld oder Ohnmacht, die die meisten traumatisierten Kinder und Jugendlichen empfinden, wirken sich nicht nur auf ihr Verhalten, sondern auch auf ihre emotionale Wirkung auf andere Menschen aus. Ebenfalls sind die MitarbeiterInnen häufig konfrontiert mit überwältigenden und impulsiven Gefühlen und Verhaltensweisen, so Baierl et al (2014). Streeck-Fischer (2006, zit nach Wagner, 2013) beschreibt in diesem Zusammenhang auch die Prozesse der Übertragung bzw. Gegenübertragung als sehr belastend, in die die MitarbeiterInnen regelmäßig involviert und die im Zuge jener Interaktionsverläufe hergestellt werden, die an die ehemals missbräuchliche Situation der Kinder und Jugendlichen erinnern. Den

Dynamiken, die durch diese Prozesse angestoßen werden, kann man sich im Alltag mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen kaum entziehen, so Streeck-Fischer (2006, zit nach Wagner, 2013). Wagner (2013) nennt ein „*antiseptisches Vorgehen*“ (Wagner, 2013, S 98) als eine wichtige Leitlinie in der traumapädagogischen Arbeit, der die Bereitschaft zur Beobachtung und Reflexion des eigenen Handelns zugrunde liegt. Der/die PädagogIn sollte seine/ihre eigenen affektiven und motivationalen Anteile nicht aus den Augen verlieren und sein/ihr Handeln so weit verlangsamen, dass es beobachtbar wird, denn „[...] *je besser wir unsere emotionalen Kettenreaktionen und ihre Abläufe begreifen, umso leichter fällt es uns, sie zu vermeiden.*“ (Wagner, 2013, S 98) Laut Wagner (2013) sind diese Konfliktsituationen und die Reinszenierung früherer Erfahrungen sehr wichtig, um die innere Welt der Kinder bzw. Jugendlichen tiefer zu verstehen. Aus diesem Grund hält er diese Entschleunigung und Beobachtung einer Situation für eine Eigenschaft, die einen sicheren Ort in der Erziehung auszeichnet.

Um ein solches Vorgehen gewährleisten zu können, ist es wichtig, dass die PädagogInnen bereit sind, sich selbst zu reflektieren bzw. sich immer wieder in Frage zu stellen. Sie sollten sich selbst sehr gut kennen, über die eigenen Stärken und Schwächen, die Konfliktfähigkeit sowie die Dynamiken eigener früherer Bindungserfahrungen Bescheid wissen, so Baierl et al (2014). Wichtig ist auch, die eigene Belastbarkeit einschätzen zu können und die Art und Weise zu kennen, auf die man selbst mit Konflikten oder Stress umgeht. Um einem Burn-out bzw. einer möglichen sekundären Traumatisierung vorzubeugen, das heißt, einer Traumatisierung aufgrund der Geschichten, mit denen die MitarbeiterInnen täglich konfrontiert werden, ist es außerdem wichtig, zu wissen, wie man sich schützen und aktiv für sich sorgen kann bzw. wodurch eine Stärkung erreicht werden kann, so Baierl et al (2014).

Aus diesem Grund ist es in der traumapädagogischen Arbeit sehr wichtig, das Umfeld auch für die MitarbeiterInnen als einen sicheren Ort zu gestalten, in dem es nicht zu permanenter Überforderung, sekundärer Traumatisierung oder Burn-out kommt. In diesem Sinne, so Kühn (2013), hat auch die fachliche Leitung einer traumapädagogischen Einrichtung ihre Verantwortung wahrzunehmen und Angebote zur Selbsterfahrung sowie regelmäßige Supervision für MitarbeiterInnen bereit zu stellen.

3.3. Traumapädagogisches Vorgehen

Sehr viele bereits beschriebene Modelle zur Traumabewältigung, so Gahleitner et al (2014), orientieren sich stark am psychotherapeutischen Bedarf und gliedern sich in eine Stabilisierungs-, eine Traumakonfrontations- und eine Integrationsphase. Diese Modelle sind in abgewandelter Form auch für die pädagogische Arbeit im Alltag mit traumatisierten Klientinnen anwendbar. Im Rahmen dieser stationären Basisarbeit fällt es unter anderem aufgrund oftmals begrenzter Hilfszeiträume zwar häufig schwer, sehr hoch gesteckte Ziele zu erreichen, jedoch können gerade im pädagogischen Alltag sehr viele dysfunktionale Einstellungen, Überzeugungen und Verhaltensweisen verändert werden. Gahleitner et al (2014) empfehlen deshalb auch für die traumapädagogische Arbeit ein Vorgehen in drei Schritten, weisen aber darauf hin, dass diese Herangehensweise auf eine interdisziplinäre Zusammenarbeit abzielt, um die verschiedenen Bedürfnisse traumatisierter Kinder und Jugendlicher abdecken und eine umfassende Versorgung bieten zu können. Gahleitner et al (2014) schlagen folgende drei Schritte vor:

3.3.1. Sicherheit herstellen

Die zentralste Bedingung für die Bewältigung eines Traumas ist vor allem bei Kindern und Jugendlichen ein Gefühl von umfassender Sicherheit, das entsteht, wenn tragfähige und verlässliche Beziehungen erlebt werden können. Gahleitner et al (2014) weisen in diesem Zusammenhang auch auf die Bedeutung von triggerfreien Zeiten hin, das sind Zeiten, in denen das Kind bzw. der/die Jugendliche durch nichts an die traumatische Erfahrung erinnert wird. Von dem/der Pädagogin ist hier eine besondere Achtsamkeit gefordert, er/sie muss über die Dynamik der vorliegenden Traumatisierung Bescheid wissen, sowohl Zustände der Anspannung als auch Dinge, die mit Gewalt assoziiert werden, früh genug erkennen und nach Möglichkeit eliminieren.

Neben solchen vertrauensbildenden Maßnahmen, so Gahleitner et al (2014), sind für die Kinder bzw. Jugendlichen aber auch Strukturen und Grenzen wichtig, denn auch sie sorgen für ein Gefühl von Sicherheit, indem sie die Abläufe in der Einrichtung vorhersag- und berechenbar

machen (Baierl, 2014). Konkrete Regelungen, die immer wiederkehrende Rituale schaffen, betreffen alle Bereiche des Zusammenlebens wie beispielsweise Essenszeiten, Hygieneverhalten, Hausaufgaben oder auch die Gestaltung von Wochenenden, Feiertagen, Jahresfesten, Geburtstagen ebenso wie Entlassungen. Sie bieten den Kindern und Jugendlichen ein transparentes Feld, innerhalb dessen sie sich ausprobieren und experimentieren können, ohne dabei sich oder andere zu verletzen, und in dem ihre psychischen, geistigen und auch spirituellen Bedürfnisse befriedigt werden können. Baierl (2014) betont in diesem Zusammenhang, dass es auch zu den Entwicklungsaufgaben von Kindern und Jugendlichen gehört, Grenzen zu überschreiten. Es gilt daher, einen Raum zu schaffen, in dem auch mit der Übertretungen von Regeln prozesswirksam umgegangen werden kann, das heißt, es gibt auch Absprachen, die die Konsequenzen für den Regelverstoß für die Kinder und Jugendlichen klar und transparent machen, ohne dass sie jedoch, so betont Baierl (2014), per se zu Disziplinierung oder Entlassung führen.

Vor allem muss zwischen bewussten Regelübertretungen und Kontrollverlusten unterschieden werden, die in Folge der Traumatisierung unweigerlich auftreten und sich der Kontrolle des/der Betroffenen entziehen, so Baierl (2014). In so einem Fall müssen die PädagogInnen in der Lage sein, die Sicherheit für alle Beteiligten wieder herzustellen und sowohl die anderen Kinder bzw. Jugendlichen als auch den/die Betroffene vor seinem/ihrem unkontrollierbaren Verhalten zu schützen und ihn/sie zu unterstützen, mit Kontrollverlusten umgehen zu lernen. Zwar müssen auch ungewollte Kontrollverluste nicht folgenlos bleiben, jedoch weist Baierl (2014) darauf hin, dass sie sich durch Bestrafung nicht verringern, eher verstärken. Er sieht aber die Möglichkeit zur Entschuldigung und Wiedergutmachung als bedeutsam an. Ebenfalls bedarf es Absprachen, wie die ganze Gruppe damit umgeht, dass vielen, mitunter auch allen von ihnen Kontrollverluste passieren. Baierl (2014) sieht es in so einem Fall als wichtig an, das Geschehene mit allen Beteiligten aufzuarbeiten, so, dass allen ihre Würde gelassen wird. Sowohl Stärken als auch Schwächen und auch das Recht von dem aktuellen Opfer sowie auch vom Täter werden anerkannt, wobei das Recht des Opfers vorrangig ist vor dem Recht des Täters, was für alle Beteiligten deutlich gemacht werden muss. Des Weiteren soll die Absprache dem aktuellen Täter auch den Raum geben, sich in der Gruppe zu rehabilitieren. (Baierl, 2014)

Gelingt es den PädagogInnen, einem Kind bzw. Jugendlichen diese Sicherheiten zu vermitteln, kann schon zu einem frühen Zeitpunkt begonnen werden, ressourcenorientierte Stressbewältigungstechniken anzuwenden, beispielsweise um Angst abzubauen oder mit bedrohlich überflutenden Gefühlen umgehen zu lernen. Dies kann sowohl im pädagogischen Alltag vermittelt

werden, als auch durch zusätzliche Angebote wie beispielsweise kreativtherapeutische, künstlerische oder auch sportliche Aktivitäten. Kann diese sichere Lebenswelt im Alltag auf tragfähige Weise gelebt werden, bietet sie traumatisierten Kindern bzw. Jugendlichen viele Chancen zur Entwicklung und Veränderung, so Gahleitner et al (2014).

3.3.2. Trauma- und Problembewältigung unterstützen

Im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen ist, wie bereits beschrieben, die Überzeugung, dass jedes Verhalten aus einem bestimmten Grund gezeigt wird und für das betroffene Kind bzw. den/die Jugendliche/n eine zumeist unbewusste Kompromisslösung darstellt, von zentraler Bedeutung. Dies gilt auch in den Phasen zu beachten, in denen für ihn/sie das Trauma für eine Zeit lang in den Hintergrund rückt, was gerade bei komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen sehr häufig der Fall ist. Sie vermeiden oder kompensieren es zuerst einmal; erst im weiteren Verlauf, zu einem Zeitpunkt, an dem sie sich in ihrem Umfeld sicher fühlen, beginnen sie in der Regel, die traumatischen Erfahrungen mit den Betreuungspersonen zu reinszenieren. (Gahleitner et al, 2014) Was auf den ersten Blick wie eine Verschlechterung des Zustandes aussieht, birgt jedoch viele Möglichkeiten, zum einen für die PädagogInnen, die so mehr über die innere Welt des betroffenen Kindes bzw. des/der Jugendlichen erfahren können (Wagner, 2013), als auch für die Kinder und Jugendlichen selbst, denn sie haben so die Chance zu erleben, dass sie in ihrem Leiden ernst genommen und nicht wieder verletzt werden (Gahleitner et al, 2014).

Wenn die Kinder und Jugendlichen lernen, sowohl ihre oft extremen Gefühle als auch die Reaktionen darauf zu verstehen und sich selbst immer besser wahrzunehmen, kann ein Gefühl von Selbstbemächtigung entstehen; darauf wird im folgenden Abschnitt noch genauer eingegangen. Die Kinder bzw. Jugendlichen werden so ermutigt, immer mehr Verantwortung für das eigene Leben und die Gestaltung ihrer Zukunft zu übernehmen. (Gahleitner et al, 2014)

3.3.3. Integration in den Lebensalltag

Indem die Kinder und Jugendlichen lernen, mit ihren traumatischen Erfahrungen und den daraus resultierenden Reaktionen umzugehen, sie anzunehmen und in ihre Biographie zu integrieren, können sie langsam auf ihre Zukunft und damit auch auf ein Leben unabhängig von der Einrichtung vorbereitet werden. Gahleitner et al (2014) betonen hier die Bedeutung der Integration des sozialen Umfeldes eines Kindes bzw. eines/einer Jugendlichen in die Betreuung, einerseits, um den Prozess der Bewältigung zu unterstützen und andererseits, um Schutz zu bieten gegen eine erneute Traumatisierung. Wie bereits erwähnt, ist im gesamten Arbeitsprozess mit einem Kind bzw. einem/einer Jugendlichen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von großer Bedeutung, denn nur so können sich die verschiedenen Prozesse, die sowohl in der pädagogischen als auch in der therapeutischen Arbeit von statten gehen, gegenseitig unterstützen. Die Ausgestaltung dieser Vernetzungen muss in jedem Fall individuell ausgearbeitet werden, um eine optimale Betreuung sicherstellen zu können. (Gahleitner et al, 2014)

3.4. Ziele der Traumapädagogik

3.4.1. Korrektur der Bindungserfahrungen

Die Möglichkeit der bindungsorientierten Arbeit in einem traumapädagogischen Setting bietet für die Kinder und Jugendlichen die Möglichkeit, neue Erfahrungen zu sammeln, die nicht die alten, traumatischen Bindungsmuster an ihre bisherigen Bezugspersonen wiederholen. Kommt ein Kind bzw. ein/eine Jugendliche/r neu in eine Einrichtung, hat er/sie oft Angst und sein/ihr Bindungsbedürfnis kann maximal aktiviert sein. Brisch (2013) weist zudem darauf hin, dass sich Kinder und oft genug auch Jugendliche mit Bindungsstörungen in ihrer emotionalen Entwicklung oftmals erst auf dem Stand von eineinhalb- oder zweijährigen Kindern befinden. All ihre Bindungsbedürfnisse werden an die PädagogInnen gerichtet in der Hoffnung, dass sie vielleicht zum ersten Mal in ihrem Leben erfüllt werden. Gleichzeitig aber haben sie große Angst, dass sich die missbräuchlichen Erfahrungen von früher wiederholen. Indem die PädagogInnen

feinfühlig auf die Kinder bzw. Jugendlichen reagieren, kommt es zu neuen Interaktionserfahrungen, von denen jede einzelne von Bedeutung ist, denn sie alle werden neuronal zu einem Muster abgespeichert. So kann sich Bindungsverhalten langsam verändern und die Kinder bzw. Jugendlichen beginnen allmählich, sich sicherer zu fühlen.

Wie bereits beschrieben, werden mit zunehmender Sicherheit oft traumatische Erfahrungen mit den PädagogInnen reinszeniert, was für diese schwierig und emotional sehr anstrengend sein kann. Brisch (2013) sieht dies jedoch als Erfolgserlebnis in der bindungsorientierten Arbeit, denn die Kinder bzw. Jugendlichen haben es geschafft, so viel Vertrauen zu entwickeln, dass sie ihre Erfahrungen in Form ihres oftmals aggressiven oder sexualisierten Verhaltens mit ihren BetreuerInnen teilen können. Sie trauen ihnen zu, dass sie umgehen können mit dem, was sie zu sehen bekommen, und die Traumatisierung nicht wiederholen. Das feinfühlige Handeln der PädagogInnen ist an dieser Stelle von besonderer Bedeutung, da hier gänzlich neue Erfahrungen gemacht werden können, die sich langsam zu einem Muster zusammen tun und generalisiert abgespeichert werden können. Erfahrungen ähnlicher Art können außerhalb der Einrichtung, etwa mit Spielkameraden, gemacht werden.

Baierl (2014) weist auch in einem anderen Zusammenhang auf die Bedeutung der Bindungsbeziehungen hin, die ein Kind bzw. ein/e Jugendliche/r an frühere Bezugspersonen hat, wie beispielsweise die Eltern, an die unabhängig von allem Geschehenen immer eine Bindung besteht, oder beispielsweise auch Geschwister. In der bindungsorientierten Arbeit gilt es auch zu überprüfen, welche dieser Bindungsbeziehungen aufrechterhalten und gepflegt werden können und welche das Kind bzw. der/die Jugendliche hinter sich lassen muss. In so einem Fall muss ein Raum geschaffen werden für Abschied und Trauer, der die Dynamik der oft krisenhaften Bindungsgestaltung traumatisierter Kinder und Jugendlicher auch im pädagogischen Alltag auffangen kann.

3.4.2. Partizipation

Der Begriff ‚Partizipation‘ meint in einem pädagogischen Kontext die Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen in alle Entscheidungsprozesse, die ein Zusammenleben im Haus bzw. in der Einrichtung betreffen. So werden beispielsweise die Hausregeln gemeinsam ausgearbeitet. Es ist jedoch auch ein Begriff, der mancherorts für Zurückhaltung und Unbehagen unter

den PraktikerInnen sorgt, so Kühn (2013). An dieser Stelle zeigt er jedoch unmissverständlich auf, dass mit ‚Partizipation‘ nicht eine *„Entmachtung“* (Kühn, 2013, S 140) der Betreuungspersonen, sondern lediglich ein Beachten der Interessen von Kindern und Jugendlichen gemeint ist, was sowohl sie als auch die Institutionen vor einen gemeinsamen Lernprozess stellt aufgrund dessen, dass es zu einem veränderten, einem sogenannten *„umfassenden Dialog“* (Kühn, 2013, S 140) kommt.

Kinder und Jugendliche, die in traumapädagogischen Einrichtungen aufgenommen werden, hatten in ihrer bisherigen Umwelt selten die Möglichkeit, einen solchen Dialog zu führen, so Kühn (2013), bzw. führt auch eine traumatische Erfahrung für ein Kind aufgrund der massiven und existenzbedrohenden Fremdeinwirkung oft schlagartig zu einem Abbruch des Austausches mit seiner Umwelt. Sozial anerkannte Kommunikationskompetenzen können auf diese Art miteinander schwer beeinträchtigt werden. In der traumapädagogischen Arbeit gilt es, diesen Dialog wieder aufzunehmen.

Kinder und Jugendliche, die in eine Einrichtung kommen, sind in der Regel nicht dialogbereit, so Kühn (2013), oft auch deswegen, weil für sie die stationäre Unterbringung an sich eine weitere Traumatisierung darstellt. Auch aus diesem Grund ist die Wiederaufnahme dieses Dialogs eine sehr wichtige Maßnahme, die dazu führt, dass das Kind bzw. der/die Jugendliche sich wohl fühlt, die Einrichtung als sicheren Ort empfindet und Vertrauen zu den BetreuerInnen fasst. Sowohl Kühn (2013) als auch Baierl (2014) betonen die Bedeutung der Partizipation für das Entstehen dieses Vertrauens; Kühn (2013) bezieht sich auf Perry (2002, zit nach Kühn, 2013) der dies wie folgt beschreibt:

„Wenn diesem [traumatisierten] Kind Wahl- oder Kontrollmöglichkeiten bei einer Handlung oder in der Begegnung mit einem Erwachsenen gegeben werden, wird es sich sicherer, wohler fühlen und es wird auf eine ‚mündigere/kompetentere‘ Art und Weise denken und handeln.“ (Perry, 2002, zit nach Kühn, 2013, S 143, übersetzt durch Kühn, 2013)

Diese neue Erfahrung einer Mitbestimmung an seinem/ihrer Leben muss einem Kind bzw. Jugendlichen in mehreren Stufen vermittelt werden, um sowohl vor erneuter Traumatisierung bzw. einer Verletzung der Autonomie, die als entwürdigend erlebt wird (Baierl, 2014) als auch davor geschützt zu werden, sich mit einer Entscheidung überfordert und alleine gelassen zu fühlen (Kühn, 2013). Kühn (2013) schlägt fünf Stufen der Partizipation vor:

Stufe 0: Nicht-Information

Traumatisierte Kinder bzw. Jugendliche sind hier gefährdet, dass sich alte Erfahrungen der Fremdbestimmtheit wiederholen, er/sie fühlt sich ausgeliefert, wenn Abläufe nicht transparent gemacht werden.

Stufe 1: Information

Dies stellt laut Kühn (2013) die Mindestanforderung in der traumapädagogischen Arbeit dar. Auch Baierl (2014) weist darauf hin, dass es möglicherweise nötig ist, einen Teil der Rahmenbedingungen ohne die Mitsprache des Kindes bzw. Jugendlichen festzulegen. Er/sie muss jedoch darüber informiert werden.

Stufe 2: Mitsprache

Das Kind bzw. der/die Jugendliche wird selbstverständlich nach seiner/ihrer Meinung gefragt, ohne ihn/sie jedoch zur Mitsprache zu drängen. In vielen Fällen können traumatisierte Kinder bzw. Jugendliche ein Angebot zur Mitsprache erst nach einer Zeit annehmen, in der positive Erfahrungen möglich waren.

Stufe 3: Mitbestimmung

Dem Kind bzw. dem/der Jugendlichen werden Kontroll- und Wahlmöglichkeiten gelassen, sobald er/sie in der Lage ist, sich an einem Entscheidungsprozess zu beteiligen.

Stufe 4: Selbstbestimmung

Dem Kind bzw. Jugendlichen werden eigene Entscheidungen zugetraut, beispielsweise, was die Kontakte zum Herkunftssystem angeht, die so jederzeit gepflegt oder auch abgebrochen

werden können. Das Kind bzw. der/die Jugendliche erlebt so ein immer größeres Maß an Selbstwirksamkeit.

(Kühn, 2013)

3.4.3. Selbstbemächtigung

Weiß (2013) sieht die Selbstbemächtigung als ein Kernstück der Traumapädagogik an, denn der Selbstwert eines Menschen hängt ihrer Ansicht nach von der Selbstakzeptanz, dem Selbstvertrauen und auch dem Erleben von Selbstwirksamkeit ab. Genau das Gefühl dieser Selbstwirksamkeit ist es aber, das traumatisierte Kinder bzw. Jugendliche in ihrem Leben bis jetzt nicht oder nur sehr eingeschränkt kennen lernen konnten. Sie waren Objekte der Bedürfnisse ihrer erwachsenen Bezugspersonen, waren abhängig und ohnmächtig. Sie sind dadurch geschädigt, so Weiß (2013), haben sehr viel geleistet in ihrem Leben, nur dass diese Leistung nur sehr selten ihre Anerkennung gefunden hat. In der traumapädagogischen Arbeit sollen diese Kinder und Jugendlichen Unterstützung erhalten dahingehend, sich ihrer selbst zu bemächtigen und aus der Abhängigkeit zu befreien, um wieder zu Subjekten ihres Lebens zu werden.

Diese mangelnde Selbstbemächtigung führt laut Weiß (2013) dazu, dass Kinder bzw. Jugendliche kein Konzept von sich selbst entwickeln können und damit auch die Fähigkeit, innerpsychische Zustände zu regulieren, auf der Strecke bleibt. Dies führt zu einigen Schwierigkeiten. Zunächst kann die Wahrnehmung des Ichs beeinträchtigt sein, das Kind bzw. der/die Jugendliche kann Störungen in der Körperwahrnehmung sowie ein Gefühl des Isoliertseins aufweisen. Ebenfalls können die Affektmodulation und die Impulskontrolle beeinträchtigt werden, was häufig zu aggressivem Verhalten sowohl sich selbst als auch anderen Menschen gegenüber führt. Unsicherheit, was Beziehungen betrifft, kann ebenfalls eine Folge dieser mangelnden Selbstbemächtigung sein und zu Misstrauen und Isolation führen. In der traumapädagogischen Arbeit werden die Kinder und Jugendlichen unterstützt, ihre Gefühle und Empfindungen langsam wieder wahrnehmen zu lernen und sich selbst so wieder zu finden. Diese Unterstützung, so Weiß (2013), umfasst folgende Bereiche:

- Förderung des Selbstverstehens

Laut Weiß (2013) kann es für traumatisierte Kinder bzw. Jugendliche sehr hilfreich sein, wenn sie lernen, ihr eigenes Verhalten und ihre Reaktionen zu verstehen und zu wissen, aus welchem Grund und auf welche Art und Weise sie auf ihr Erlebtes reagieren. Dies umfasst unter anderem auch eine Erklärung der Abläufe, die im Gehirn stattfinden, die in eine alters- bzw. entwicklungsgerechte Sprache gebracht werden müssen.

Baierl (2016) verweist in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung einer Psychoedukation, das heißt, das Kind bzw. den/die Jugendliche auf entwicklungsgerechte Art und Weise über die Diagnose einer psychischen Erkrankung aufzuklären, die Symptome und Dynamiken ihrer Problematik durchsichtig zu machen und so zu einem gemeinsamen Verstehen zu gelangen.

- Förderung der Selbstakzeptanz

Viele Kinder, die Traumatisches erlebt haben, schämen sich für ihre Reaktionen und sehen sich selbst als verrückt oder wertlos an, oft tragen sie Schuld- oder Schamgefühle mit sich oder fühlen sich hilflos und verwirrt. Diese Kinder, so Weiß (2013), können eine große Entlastung erleben, wenn sie erfahren, dass sie nicht alleine betroffen sind, sie nicht die einzigen sind, die traumatische Dinge erlebt haben und auch nicht die einzigen, die darauf in entsprechender Weise reagieren. Das Wissen darum, dass es anderen auch so ergeht, kann die belastenden Gedanken und Selbstzuschreibungen unterbrechen und den Weg frei machen für neue kognitive Aspekte.

Die traumapädagogische Arbeit soll die Kinder bzw. Jugendlichen unterstützen, „[...] mit respektvollem, liebevollem Interesse ihr Verhalten zu verstehen, zu akzeptieren und selbstzerstörerische Verhaltensmuster zu ändern.“ (Weiß, 2013, S 173) Weiß (2013) nennt die Frage „*Du tust das, weil?*“ als eine zentrale Intervention, denn auch wenn den Kindern bzw. Jugendlichen bewusst ist, dass es Gründe gibt, sich so oder anders zu verhalten, müssen sie dabei unterstützt werden, herauszufinden, was genau ihr Grund ist, eine gewisse Reaktion oder Verhaltensweise zu zeigen. Weiß (2013) bezieht sich auf Spies (2001, zit nach Weiß, 2013), der erklärt, dass

selbsterstörerische Verhaltensmuster so als veränderbar erlebt und dadurch reflexive Fähigkeiten erworben werden, was die Lebensqualität von traumatisierten Kindern und Jugendlichen zunehmend erhöht.

Weiß (2013) sieht es ebenfalls als bedeutsam an, an der Selbstzuwendung der Kinder bzw. Jugendlichen zu arbeiten, das heißt, sie im Aufbau einer liebevollen und fürsorglichen Beziehung zu sich selbst zu unterstützen. In einer Tagesreflexion kann beispielsweise jedem Kind bzw. Jugendlichen die Frage gestellt werden, was er/sie heute gut gemacht bzw. was ihm/ihr gut getan hat. So kann der Fokus auf vorhandene Ressourcen gelegt und die Selbstaufmerksamkeit angeregt werden.

- Sensibilisieren für Körperempfinden und Gefühle

Laut Weiß (2013) ist die Selbstakzeptanz eng damit verbunden, ob ein Kind bzw. ein/e Jugendliche/r sich in seinem/ihrer Körper wohl fühlt, denn sie sieht das Körpergedächtnis, in dem beispielsweise die körperliche Empfindung einer Gewalterfahrung gespeichert ist, das Körperschema, das heißt, die Wahrnehmung des Körperäußeren und –inneren sowie der Körpergrenzen, eng mit dem Selbstwert verbunden. Sie unterscheidet an diesem Punkt deutlich zwischen Gefühlen und Empfindungen, die zwar auch Gefühle sind, sich jedoch auf ein Wahrnehmen körperliche Ereignisse beziehen.

Traumatisierten Kinder bzw. Jugendlichen fehlt häufig dieses basale Körperschema, besonders denen, die vernachlässigt wurden, da es nur durch Berührungs- und Bewegungserfahrungen entstehen kann, so Weiß (2013). Die traumapädagogische Arbeit macht es sich hier zur Aufgabe, die Kinder und Jugendlichen darin zu unterstützen, dass sie ihren Körper und dessen Signale wieder wahrnehmen und richtig deuten lernen. Man kann mit ihnen beispielsweise über ihre Empfindungen sprechen, sie benennen und herausfinden, wo im Körper sie sich befinden und wie sie sich dort auch verändern. Des Weiteren bietet die Erlebnispädagogik vielfältige Möglichkeiten für Kinder und Jugendliche, positive Körpererfahrungen zu sammeln. Weiß (2013) schlägt hier beispielsweise Kletterprojekte vor, in denen Kraft und Geschicklichkeit trainiert, aber auch Vertrauen zum eigenen Körper aufgebaut werden kann. Sportarten wie Yoga oder Tai'Chi können helfen, den Körper spüren zu lernen und sich selbst zu regulieren. Beim

Tanzen oder auch in diversen Kampfsportarten kann aufgestaute Energie entladen und der Körper geerdet werden. Kinder bzw. Jugendliche können auf diese Art lernen, dass und wie sie ihren Körper auf eine Art und Weise gebrauchen können, der in ihnen das Gefühl stärkt, selbst Verantwortung für diesen Körper und auch für das eigene Leben übernehmen zu können. (Gahleitner et al, 2014)

- Förderung der Selbstregulation

Traumatisierte Kinder und Jugendliche erfahren oftmals große Erleichterung, wenn sie erkennen, dass sie Einfluss nehmen können auf ihre Emotionen und Empfindungen. Diese neue Art der Selbstkontrolle beinhaltet auch, dass sie immer mehr lernen, auch die Rückblenden bzw. Flashbacks unter Kontrolle zu bekommen. Wichtig hierbei ist, gemeinsam mit dem Kind bzw. Jugendlichen zu identifizieren, was so eine Rückblende auslöst. Mit jedem Kind bzw. Jugendlichen kann dann eine individuelle Strategie ausgearbeitet werden, wie er/sie besser damit umgehen und sich selbst beruhigen kann. Weiß (2013) weist darauf hin, dass traumatisierte Kinder und Jugendliche häufig Probleme haben, sich positiven Stimuli zuzuwenden und sich so selbst die Möglichkeit nehmen, Entspannung und damit auch ein Stück Heilung zu erfahren. Diese Dynamik muss mit ihnen durchgesprochen und bearbeitet werden und sie brauchen Unterstützung darin, neue Erfahrungen zulassen zu können. Laut Weiß (2013) stellt auch das einen Teil der Selbstregulation dar.

3.4.4. Lebensfreude

Aus diesem Grund soll abschließend auf die Bedeutung der Lebensfreude eingegangen werden, die Kinder und Jugendliche, die traumatische Dinge erlebt haben, oft nur noch sehr eingeschränkt empfinden können. Gerade dieser Lebensfreude kann aber, so Baierl (2014), eine immense antitraumatische Wirkung zugeschrieben werden. Auch Beckrath-Wilking et al (2014) messen einer humorvollen, unbeschwerten und leichten Lebensart in der Betreuung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen große Bedeutung bei und sehen in ihr auch einen wichtigen Faktor zur Resilienzförderung, das heißt, zur Förderung von Eigenschaften und Fertigkeiten.

ten, die das Kind bzw. den/die Jugendliche/n im Fall eines neuerlich schwierigen Lebensereignisses stärken können, denn die positive Bewältigung einer Entwicklungsaufgabe hat entscheidenden Einfluss darauf, wie mit weiteren Aufgaben umgegangen werden kann. Ein pädagogisches Setting, in dem Lebensfreude, Spaß und Lebendigkeit gefördert werden und Angebote bereit stehen, um Erfahrungen zu sammeln, aufgrund derer die Kinder bzw. Jugendlichen stolz auf sich selbst sein können, ist demnach von großer Bedeutung für eine neue, positive Konstruktion der Lebenswirklichkeit für traumatisierte Kinder und Jugendliche.

3.5. Jungen vs Mädchen – geschlechtliche Unterschiede

Huber (2007) sieht sowohl in der Art der Traumatisierung, die Jungen und Mädchen im Laufe ihrer Kindheit erfahren, als auch in der Art, wie sie darauf reagieren, einige Unterschiedlichkeiten, die in der traumapädagogischen Arbeit berücksichtigt werden müssen. Während bei kleinen Kindern diese Unterschiede noch nicht so ausgeprägt sind und sie ähnlich mit einem Verdrängen und Verleugnen des Erlebten reagieren, verstärken sie sich mit dem Entstehen der geschlechtlichen Identität, so Gahleitner (2013, zit nach Meyer, 2008, zit nach Halper & Orville, 2013). Huber (2007) misst der Zeit der Pubertät hier besondere Bedeutung bei.

Jungen bzw. Männer erleben laut Huber (2007) häufiger körperliche Gewalt. Auch nennen sie in der Regel eine höhere Anzahl an traumatischen Ereignissen wie beispielsweise körperliche Angriffe, Bedrohungen mit Waffen, Kriegserfahrungen und Gefangenschaft, sie erleiden also eher „*Kampftraumata*“ (Huber, 2007, Folie 5). Sexuelle Gewalt kommt bei Jungen bzw. Männern seltener vor. In den Fällen, in denen sie dennoch passiert, werden die Taten in der Regel nicht von engen Bezugspersonen oder Familienmitgliedern begangen. Jungen bzw. Männer fühlen sich in der Regel hauptsächlich gedemütigt, sie unterdrücken ihre Angst und hegen Gefühle der Wut oder Rache. (Huber, 2007) Dementsprechend reagieren Jungen bzw. Männer in den meisten Fällen eher auf extrovertierte Art und Weise, hegen oft Täterphantasien oder leben ihre aggressiven Impulse auch aus. (Gahleitner, 2013, zit nach Meyer, 2008, zit nach Halper &

Orville, 2013). Auch Huber (2007) schreibt Jungen bzw. Männern nach traumatischen Erfahrungen die Neigung zu, selbst Gewalt gegenüber anderen anzuwenden, auch körperliche Auseinandersetzungen zu provozieren, bei denen es zu neuerlichen Verletzungen kommen kann.

Frauen und Mädchen hingegen erleben häufiger sexuelle Gewalt, jedoch kommen auch Vernachlässigung oder körperliche Gewalt in ihrer Kindheit vor, das heißt, sie erleben häufiger „*Verrats- und Bindungstraumata*“ (Huber, 2007, Folie 5) Im Fall von sexueller Gewalt sind die Täter fast ausschließlich Männer und sehr oft Familienmitglieder. Mädchen bzw. Frauen empfinden nach einer Traumatisierung häufig Todesangst und Entsetzen, ebenfalls Scham- und Schuldgefühle und fühlen sich schlecht und schmutzig. Mädchen bzw. Frauen reagieren eher introvertiert und richten die Aggression einerseits gegen sich selbst, indem sie sich selbst verletzen oder auch, indem sie beispielsweise immer wieder Partnerschaften eingehen, in denen sie neuerliche Gewalt erfahren. Andererseits, so Huber (2007), kommt es vor, dass Mädchen bzw. Frauen ihre Aggression auch gegen andere Opfer richten, beispielsweise gegen die eigenen Kinder, oder ihnen sehr gleichgültig gegenüber stehen. Frauen entwickeln zudem häufiger eine Posttraumatische Belastungsstörung in Folge einer Traumatisierung.

Eine Ausnahme hiervon stellt der Fall einer Vergewaltigung dar. Zwar stellt sie laut Huber (2007) das Ereignis dar, das am häufigsten zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung führt, jedoch betrifft dies nur 45,9 % der Mädchen bzw. Frauen, aber 65 % der Jungen bzw. Männer, die eine Vergewaltigung erlebt haben.

Diese Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen zeichnen sich auch in der traumapädagogischen Arbeit ab, so Halper & Orville (2013). Dies beginnt schon mit dem Einzug in die Einrichtung bzw. dem zu absolvierenden Aufnahmegespräch. Die Jungen treten stark und selbstbewusst auf, tun ihre Erfahrungen ab, als wären sie nicht so schlimm gewesen. Sie beteuern häufig, dass es kaum belastende Ereignisse gibt in ihrem Lebenslauf, und falls doch, so wären sie jetzt nicht mehr von Bedeutung. Oft werden lediglich falsche Freunde dafür verantwortlich gemacht, dass sie von ihrem Weg abgekommen sind.

Auch nach dem Einzug bleiben Jungen meist stark und unabhängig, wollen im Alltag zeigen, dass sie keine Unterstützung oder Hilfe benötigen, die Anwesenheit der PädagogInnen empfinden sie oft als unnötig. Die erste Zeit, in der die Einrichtung alleine nicht verlassen werden darf, soll so kurz wie möglich gehalten werden, deshalb werden die mit den PädagogInnen verein-

barten Absprachen in erster Linie deshalb eingehalten, um möglichst schnell wieder mehr Freiheiten zu bekommen, so Halper & Orville (2013). Wird die Einrichtung in der großen Gruppe verlassen, so zerstreut dich diese sehr schnell. Darüber, dass man aus einer Einrichtung kommt, wird nicht gesprochen, worauf neue Bewohner deutlich hingewiesen werden.

Der „*Schritt in Richtung positiver Regression*“, wie ihn Halper & Orville (2013, S 118) nennen, ist vor allem am Anfang nur alleine, abseits von der Peer-Group möglich, denn die Jungen leben in einer festen Rangordnung, die stark hierarchisch organisiert ist. Neue Bewohner stehen in der Regel am unteren Ende, sie müssen sich ihren Platz erst erarbeiten, so Halper & Orville (2013). Bedeutsam für einen Aufstieg in der Gruppenhierarchie sind die Fortschritte, die ein Junge im Laufe seines Aufenthaltes erzielt.

Erst nach und nach gelingt es den Jungen, ihre schwache Seite zu zeigen und Schwierigkeiten anzusprechen. Für viele Jungen ist es sehr schwer, anzuerkennen, dass sie jemandes Opfer geworden sind; Nitsch (2005, zit nach Halper & Orville, 2013) wirft hier den Aspekt der Auswirkung auf das Empfinden der eigenen Männlichkeit ein und die Frage, ob man denn, wenn man ein Opfer ist, dann noch ein richtiger Junge sein kann. In der Arbeit mit Jungen ist es laut Nitsch (2005, zit nach Halper & Orville, 2013) deshalb von großer Bedeutung, ihnen zu verstehen zu geben, dass sie es anerkennen können, ein Opfer geworden zu sein, jedoch ohne sich schlechter oder unmännlicher zu fühlen, damit ein so entstandener Widerspruch zwischen dem Selbstbild und dem Idealbild eines starken Mannes nicht ihre Entwicklung beeinträchtigen.

Bei den Mädchen gestaltet sich die Entwicklung anders, was schon im Aufnahmegespräch deutlich zu sehen ist. Sie berichten offen von ihren traumatischen Erlebnissen und auch von deren Folgen wie etwa Ängsten, Alpträumen, aber auch dysfunktionalen Verhaltensweisen. In der ersten Zeit, die die Mädchen in der Einrichtung verbringen, zeigen sie sich sehr anhänglich ihren BezugsbetreuerInnen gegenüber, folgen ihnen auf Schritt und Tritt. Im Fall einer Krise reicht oft ein telefonischer Kontakt nicht aus, so dass der/die PädagogIn persönlich in die Einrichtung kommen und sich um das Mädchen kümmern muss, so Halper & Orville (2013). Die Mädchen zeigen sich stark regressiv und legen sehr gerne die Verantwortung für ihr Leben in die Hände der BetreuerInnen.

Auch äußern die Mädchen kaum den Wunsch, alleine das Haus zu verlassen, auch nicht zu einer späteren Zeit, in der Ausgänge vorgesehen wären. Wenn die Einrichtung verlassen wird, so Halper & Orville (2013), dann immer in kleinen Gruppen, mindestens zu zweit, lieber aber

noch in der ganzen Gruppe, die im Gegensatz zu den Jungen draußen stark zusammen hält und auch von ihrer Herkunft aus der Einrichtung erzählt. Auch schließen die Mädchen kaum Freundschaften außerhalb der Einrichtung, sie scheinen sich wenig Gedanken über die Zeit nach dem Aufenthalt zu machen, was sich daran erkennen lässt, dass kaum Pläne für ein Leben danach vorhanden sind, so Halper & Orville (2013).

3.6. Pädagogische Arbeit mit Jugendlichen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

Bisher liefert die Literatur nur sehr wenig Information darüber, wie eine traumapädagogische Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen aussehen kann, die an einer BPS leiden. Hofmann (2002) beschreibt als ein Konzept für die Gestaltung einer pädagogischen Arbeit lediglich eine Grundhaltung des „*Haltens*“ (Hofmann, 2002, S 229) bzw. des „*Aushaltens*“ (Hofmann, 2002, S 230).

Mit dem ‚Halten‘ meint er eine innere Haltung den Kindern und Jugendlichen gegenüber, die eine individuelle Erziehungskompetenz darstellt. Diese „[...] *beinhaltet das bindungsrelevante Schützen und Beschützen der Kinder und Jugendlichen. Praktisch heißt dies, für sie einzutreten (Vermittlung eines rückhaltlosen Schutzes ohne Gegenleistung, Liebe trotz Begrenzung, Liebe trotz eigener Wut, Angst, Demütigung, Hilflosigkeit).*“ (Hofmann, 2002, S 229) Der wichtigste Aspekt in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit einer BPS besteht demnach darin, diese haltende Umgebung als sichere Basis zu schaffen, egal, welches Verhalten sie an den Tag legen, denn nur so können sie die Erfahrung einer stabilen Bindungsbeziehung nachholen, die ihnen in ihrem bisherigen Leben nur zu oft gefehlt hat.

Dazu gehört auch das, was Hofmann (2002) als ‚Aushalten‘ bezeichnet, nämlich das feinfühliges Eingehen auf die Befindlichkeit der Betroffenen. Es gilt, den von ihnen gesendeten Signalen größte Aufmerksamkeit zu schenken, sie wahrzunehmen, sie bezugnehmend auf ihre traumatische Lebensgeschichte zu deuten und darauf zu reagieren. Wichtig ist hier die Bereitschaft der PädagogInnen, sich emotional auf das Kind bzw. den/die Jugendliche einzulassen, um ihm/ihr so zu zeigen, dass er/sie stabil und belastbar ist.

Hofmann (2002) betont jedoch, dass dieses feinfühliges Eingehen auf die Kinder und Jugendlichen nicht bedeutet, dass keine Grenzen gesetzt werden müssen; er sieht dies aus entwicklungspsychologischer Sicht als sehr bedeutsam an. Diese Grenzen müssen jedoch einerseits immer mit einer Information über die begleitenden Umstände versehen sein. Andererseits müssen die PädagogInnen aber auch in der Lage sein, mit diesen Grenzen flexibel umzugehen. Es ist wichtig, die Geschichte des Kindes bzw. des/der Jugendlichen zu kennen, um dieses flexible Setting zu gestalten, in dem über Vereinbarungen verhandelt und, wenn es die Situation erfordert, auch einmal nachgegeben werden kann.

Positive Verstärkung, so Hofmann (2002), kann in der Arbeit mit von einer BPS betroffenen Kindern und Jugendlichen in erster Linie auf der Verhaltensebene vermittelt werden, da sie mit ausgesprochenen positiven Übertragungen nur schlecht umgehen können. Aufgrund der traumatischen Erfahrungen haben sie in der Regel ein sehr negatives Bild von sich selbst gespeichert, an welchem sie oft mit erstaunlicher Konsequenz festhalten, so Hofmann (2002), und erleben positive Zuschreibungen oft als bedrohlich. Dies führt in vielen Fällen zu einem Abbruch von Hilfsangeboten, was das negative Selbstbild einmal mehr bestätigt. Ziel der Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen ist es, ihr Vertrauen wieder zu stärken und mit ihnen heraus zu arbeiten, dass sie sowohl liebenswürdig als auch liebesfähig sind und ihnen diese Dinge auf einer nonverbalen Ebene zu vermitteln.

Die Ausführungen Hofmanns (2002) bezüglich einer pädagogischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die an einer BPS leiden, decken sich in sehr vielen Aspekten mit denen der AutorInnen, die über die traumapädagogische Arbeit geschrieben haben. Eine explizite Darstellung, wie die Gestaltung dieser traumapädagogischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit einer BPS aussehen könnte, konnte bis jetzt allerdings nicht gefunden werden. Auf die Zusammenführung dieser Aspekte wird sich demnach die empirische Untersuchung, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit durchgeführt wird, beziehen.

4. EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG

4.1. Ein Umriss qualitativer Forschung

„Qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten ‚von innen heraus‘ aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen.“ (Flick, von Kardoff & Steinke, 2007, S 14)

Der qualitative Ansatz zu denken geht bereits auf Aristoteles (384-322 v. Chr.) zurück, er gilt sozusagen als dessen Urvater. Für ihn war die Erforschung des Menschen bzw. seiner Seele von besonderer Wichtigkeit, er bezeichnete sie als die Krone der Wissenschaft (Aristoteles, Werke Bd. 13, 1959, zit nach Mayring, 2002). Im Verlauf der wissenschaftlichen Entwicklung rückte jedoch erst einmal die quantitative Forschung in den Vordergrund, ihre Standardisierung und die vermeintlich unerlässliche Unabhängigkeit des/der Forschers/In zu seinem Beobachtungsgegenstand wurden zu wichtigen Variablen einer fundierten Untersuchung.

Erst in den 1970er Jahren, so Mayring (2002), erhielt die qualitative Forschung wieder mehr und mehr Aufmerksamkeit und man begann beispielsweise in der Psychologie, dem bisher populären naturwissenschaftlichen Ansatz einen verstehenden, geisteswissenschaftlichen gegenüberzustellen (Rohracher, 1976, S 97, zit nach Mayring, 2008). Man bemerkte, dass dem/der Forscher/In auf diese Art ermöglicht wurde, einen sehr offenen Umgang mit dem untersuchten Objekt zu pflegen, und sich eben gerade auf das Neue, noch nicht Definierte einzulassen bzw. ihren untersuchten Objekten mit eben dieser Offenheit und Unvoreingenommenheit zu begegnen, die nötig ist, um die subjektiven Meinungen und Konstruktionen des Lebens und der Welt der betroffenen Personen erfassen zu können, so Mayring (2002). Der Forschungsgegenstand sollte so nicht nur analysiert, sondern tatsächlich nachempfunden werden können. Rohracher (1976, zit nach Mayring, 2008) bezieht sich in diesem Zusammenhang auf Wilhelm Dilthey, dessen im Jahr 1894 formulierter Satz *„Die Natur erklären wir, das Seelenleben verstehen wir.“* (Rohracher, 1976, S 97, zit nach Mayring, 2008) der Inhalt dieser neuen Bewegung geworden war.

Auch im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde eine qualitative Untersuchung durchgeführt, die nun in den folgenden Kapiteln vorgestellt wird.

4.2. Untersuchungsgegenstand: Das Wohnhaus ‚Reethira‘

Die Untersuchung, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit durchgeführt wurde, fand im Wohnhaus ‚Reethira‘ in Stainz in der Steiermark statt, einer Einrichtung, die nach einem traumapädagogischen Konzept arbeitet und sich an junge Frauen von 16 bis 30 Jahren richtet, die Symptome einer Traumafolgeerkrankung nach ICD-10 aufweisen und eine Vollzeit-Betreuung, das bedeutet eine 24-stündige Anwesenheit der Betreuerinnen, benötigen. (www.reethira.at)

Das Haus liegt inmitten einer Wohnsiedlung bestehend aus einigen Einfamilienhäusern und macht von außen sowie auch von innen einen gepflegten und sehr freundlichen Eindruck (Gedächtnisprotokoll). Das Haus bietet auf 670 m² Platz für 13 junge Frauen in drei Doppel- sowie sieben Einzelzimmern, die sich im ersten Stock befinden (www.reethira.at). Im Erdgeschoss finden sich die gemeinschaftlich genutzten Räume wie beispielsweise die Küche mit angrenzendem Essbereich, ein Team-Raum, in dem Teamsitzungen oder auch Gruppenaktivitäten mit den Klientinnen stattfinden, oder auch ein Wohlfühlraum zum Entspannen. Diese Räume sind allesamt sehr hell und wurden freundlich gestaltet (Gedächtnisprotokoll).

Eine feste Tagesstruktur regelt das Zusammenleben im Haus und beinhaltet gemeinsame Mahlzeiten sowie auch deren Zubereitung, gemeinsame Aktivitäten am Vormittag und Nachmittag und ebenfalls eine Aufteilung der Hausarbeit, die von den Klientinnen selbst verrichtet und jede Woche abgewechselt wird (Interview 2). Die Tagesstruktur sieht aber auch freie Zeiten vor, die die Klientinnen zu ihrer Verfügung haben. Besteht ein sonstiger Bedarf, von der Tagesstruktur abzuweichen, kann dies mit den Betreuerinnen individuell vereinbart werden. Das Konzept des Wohnhauses ‚Reethira‘ sieht vor, dass die Klientinnen an der Tagesstruktur teilnehmen müssen, jedoch wird neuen Klientinnen Zeit gegeben, sich langsam daran zu gewöhnen (Interview 4).

Nachdem traumatische Erlebnisse auch immer Störungen im zwischenmenschlichen Bereich nach sich ziehen, hat jede Klientin eine Bezugsbetreuerin, die daran arbeitet, eine stabile Beziehung zu ihr aufzubauen, um ihr ein Gefühl von Sicherheit und Verlässlichkeit zu vermitteln (www.reethira.at). In der Regel gibt es festgelegte Zeiten, in denen die Bezugsbetreuerinnen mit den Klientinnen arbeiten, bei Bedarf kann diese Einzelbetreuung jedoch auch außertourlich stattfinden (Interview 1).

Im Wohnhaus ‚Reethira‘ leben Klientinnen aus ganz Österreich, wobei das Herkunftsbundesland die Kosten für den Aufenthalt trägt. Bedingung für eine Kostenübernahme ist das Vorliegen der Diagnose einer Traumafolgeerkrankung wie beispielsweise einer Posttraumatischen Belastungsstörung und/oder einer BPS. Der Aufenthalt im Haus dauert durchschnittlich ein halbes Jahr bis zwei Jahre, kann bei Bedarf aber beliebig verlängert werden. Eine Ausnahme hiervon stellt das Bundesland Oberösterreich dar, das die Kostenübernahme nach zwei Jahren einstellt (Interview 1). Der Aufenthalt im Wohnhaus ‚Reethira‘ ist zudem freiwillig, das bedeutet, dass jede Klientin jederzeit das Haus verlassen kann. In so einem Fall wird noch im Haus mit der Klientin nach einem geeigneten, alternativen Betreuungsplatz gesucht, den sie direkt im Anschluss an den Aufenthalt im Wohnhaus in Anspruch nehmen kann (Interview 4).

Das Wohnhaus ‚Reethira‘ besteht in seiner jetzigen Form seit 2015, zuvor wurden in einer Einrichtung namens ‚Ubuntu‘ traumatisierte junge Männer und Frauen gemeinsam betreut. Man bemerkte jedoch schnell, dass dies zu massiven Problemen führte, so Orville & Halper (2013), da sich die Frauen in Gegenwart der Männer niemals sicher fühlen konnten und sich jeder Impulskontrollverlust eines traumatisierten Mannes retraumatisierend auf die Frauen auswirkte. So entschloss man sich, im Wohnhaus ‚Ubuntu‘ weiterhin junge Männer zu betreuen und für junge Frauen eine eigene Einrichtung zu gründen. So entstand das Wohnhaus ‚Reethira‘, in dem auch die Betreuung ausschließlich durch Frauen erfolgt (Orville & Halper, 2013).

Das Betreuungsteam im Wohnhaus ‚Reethira‘ besteht demnach aus acht Mitarbeiterinnen und gestaltet sich multiprofessionell mit Mitarbeiterinnen aus pädagogischen sowie gesundheitlichen Berufen, wobei alle die Ausbildung zur ‚Diplomierten Traumapädagogin und Traumazentrierten Fachberaterin (DeGPT/BAG)‘ absolviert haben bzw. gerade absolvieren. Alle dieser acht Mitarbeiterinnen arbeiten in der Betreuung der Klientinnen, jedoch obliegt vieren von ihnen zusätzlich die Geschäftsführung des Vereines ‚Reethira‘. Allfällige Entscheidungen werden jedoch von dem gesamten Team getroffen (Interview 4).

4.3. Erhebungsmethode: Das problemzentrierte Interview

Das Interview ist als Erhebungsmethode in der Sozialforschung sowie auch in der Psychologie weit verbreitet und weist sehr viele verschiedene Einsatzmöglichkeiten auf, auch im Rahmen quantitativer Studien, innerhalb derer es vor allem der Vorbereitung der standardisierten Untersuchung sowie der Entwicklung von Erhebungsinstrumenten dient. Laut Mayring (2002) lässt sich eine Vielzahl verschiedener Interviewformen unterscheiden, die vor allem im Grad ihrer Strukturierung voneinander abweichen, das heißt darin, ob ein Interview sehr offen geführt wird, sich also auf ein paar wenige Fragen beschränkt, die dem/der Interviewten sehr viel Raum für Erzählungen einräumen, oder ob man sich an vorab formulierten Fragen orientiert, die eventuell auch in ihrer Reihenfolge festgelegt sind, so Mayring (2002). In der Praxis der qualitativen Forschung kommt es jedoch trotz all der Unterscheidungsmerkmale sehr oft dazu, dass verschiedene Interviewformen je nach den Anforderungen des Forschungsgegenstandes beliebig miteinander kombiniert durchgeführt werden; des Öfteren werden diese Mischformen auch gar nicht explizit benannt. (Hopf, 2007)

Eine solche teilstandardisierte Form stellt das sogenannte ‚Problemzentrierte Interview‘ dar. Diese Form des Interviews geht auf Andreas Witzel (1982, 1985, zit nach Witzel, 2000) zurück; er beschreibt es wie folgt:

„Das problemzentrierte Interview (PZI) ist ein theoriegenerierendes Verfahren, das den vermeintlichen Gegensatz zwischen Theoriegeleitetheit und Offenheit dadurch aufzuheben versucht, dass der Anwender seinen Erkenntnisgewinn als induktiv-deduktives Wechselspiel organisiert. Entsprechende Kommunikationsstrategien zielen zum einen auf die Darstellung der subjektiven Problemsicht. Zum anderen werden die angeregten Narrationen durch Dialoge ergänzt, die Resultat ideenreicher und leitfadengestützter Nachfragen sind.“ (Witzel, 2000)

Bei dem problemzentrierten Interview, dessen sich die vorliegende Arbeit bedient, handelt es sich demnach um eine Form einer offenen, halbstrukturierten Befragung, was bedeutet, dass das Gespräch sehr offen gestaltet und dem Interviewten viel Raum geboten wird, um frei zu Wort zu kommen, wobei es trotzdem auf ein bestimmtes Forschungsthema zentriert bleibt, auf welches sich auch der Leitfaden bezieht, mit dem der/die InterviewerIn durch das Gespräch führt und auf das er/sie auch immer wieder zurück kommt, so Mayring (2002).

Dieser Interviewform liegen drei Leitgedanken zugrunde:

- **Problemzentrierung:** Diese meint laut Mayring (2002) die Fokussierung der Forschung auf ein bestimmtes gesellschaftlich relevantes Problem. Witzel (2000) fügt in diesem Zusammenhang die Bedeutung diverser Kenntnisse hinzu, über die der/die ForscherIn im Bezug auf den zu untersuchenden Gegenstand bereits verfügt und auf die seine/ihre Fragen und die Kommunikation im Interview abzielen sollten.
- **Gegenstandsorientierung:** Das problemzentrierte Interview wird immer entsprechend der Anforderungen des jeweiligen Forschungsgegenstandes gestaltet, so Mayring (2002). Es kann hierbei zu einer Kombination verschiedener Erhebungsmethoden kommen, beispielsweise kann das Interview mit einem standardisierten Fragebogen kombiniert werden, um Ergebnisse, die zuvor in unterschiedlichen Verfahren erhoben worden sind, zu verbinden. Ebenfalls ist der Ablauf eines Gesprächs nie derselbe, er hängt von der befragten Person, ihrer Reflexivität und ihrer Eloquenz ab. Insofern genügen bei einem/einer GesprächspartnerIn nur wenige Narrationen, um an die gewünschten Ergebnisse zu kommen, bei anderen muss mehr nachgefragt und das Gespräch eher als Dialog geführt werden.
- **Prozessorientierung:** Witzel (2000) spricht mit diesem Begriff den Ablauf der gesamten Forschung bzw. die Art der Kommunikation an, die der/die ForscherIn während eines Interviews an den Tag legt. Durch ein vertrauenserweckendes und sensibles Kommunizieren fühlt sich der/die GesprächspartnerIn ernst genommen und ein Vertrauensverhältnis entsteht, was wiederum zu mehr Offenheit führt. So kann die künstliche Situation des wissenschaftlichen Interviews abgebaut werden und eine natürlichere Gesprächssituation entsteht, was laut Witzel (2000) zu unverfälschteren Ergebnissen führt.

Das problemzentrierte Interview hat jedoch keinen rein explorativen Charakter; der/die ForscherIn sollte vor seiner Durchführung, wie oben erwähnt, bereits über ein gewisses Maß an Vorwissen über den Gegenstand verfügen, um seine/ihre Fragen möglichst zielgerichtet stellen zu können. Insofern eignet es sich sehr gut für Forschungen, die im Vorfeld eine Analyse des Forschungsgegenstandes hervorgebracht haben, welche nun in das Interview eingebettet werden kann.

Ein zweiter Vorteil, der sich aus den Eigenschaften des problemzentrierten Interviews ergibt, ist eine erleichterte Vergleichbarkeit mehrerer Interviews aufgrund der teilweisen Standardisierung durch den Leitfaden. Man kann also in der Interpretation des gesammelten Materials die Gesprächssequenzen auf die einzelnen Leitfadenfragen beziehen, was die Auswertung sehr erleichtert. Aufgrund dessen eignet sich das problemzentrierte Interview auch sehr gut für Untersuchungen, für die sehr viel Material erhoben wurde. (Mayring, 2002)

4.3.1. Ablauf eines problemzentrierten Interviews

Mayring (2002) empfiehlt, in einem ersten Schritt eine Formulierung bzw. Analyse des zu erforschenden Problems vorzunehmen. Daraus wird der Leitfaden erstellt, der den/die ForscherIn durch das Interview führt und den Fokus auf dem Untersuchungsgegenstand hält. Witzel (2000) beschreibt diesen Leitfaden als eine Art Hintergrundfolie, anhand derer sich zudem auch überprüfen lässt, inwieweit die zu behandelnden Themen in einem Gespräch vorgekommen sind. Ebenfalls dient er, wie bereits erwähnt, einer besseren Vergleichbarkeit mehrerer Interviews. Parallel dazu rät Witzel (2000), einen Kurzfragebogen zu erstellen, um die Sozialdaten, beispielsweise Alter oder Beruf, der befragten Personen zu ermitteln.

Zu Beginn des Interviews wird den befragten Personen selbstverständlich zugesichert, dass ihre Daten anonym und absolut vertraulich behandelt werden. Ebenfalls wird das zu erforschende Problem erläutert und ihm/ihr erklärt, worauf es in einem Interview ankommt. Wichtig ist dabei, ihm/ihr begreiflich zu machen, dass es sich hier rein um den Prozess einer wissenschaftlichen Erkenntnisgewinnung handelt, für den ein Bild seiner/ihrer Ansichten und Vorstellungen gezeichnet werden soll. Er/sie stellt den/die ExpertIn für seine/ihre Lebenswelt dar und soll dementsprechend behandelt werden. (Witzel, 2000)

Mit dem Einverständnis der befragten Person wird das Interview auf einen Tonträger aufgezeichnet, das ermöglicht – im Gegensatz zu einem schriftlichen Protokoll – den Verlauf des Gesprächs authentisch und präzise zu erfassen, so Witzel (2000). Das Interview sollte im Anschluss vollständig transkribiert werden.

Mayring (2002) rät, ein Interview mittels sogenannter Sondierungsfragen zu beginnen, die allgemein gehalten sind und einen Einstieg in das Thema ermöglichen. Die folgenden Leitfragen umreißen die zentralen Aspekte der Untersuchung. Im Verlauf des Gesprächs kann man jedoch immer wieder auf Dinge stoßen, die nicht im Leitfaden stehen, es werden vielleicht neue Aspekte genannt oder es nimmt eine ganz andere Richtung. Nun liegt es am/an der InterviewerIn, spontan mittels sogenannter Ad-hoc-Fragen den roten Faden im Gespräch zu erhalten bzw. bei neuen Details nachzufragen, um ein besseres Verständnis zu erzielen, so Mayring (2002). Witzel (2000) erwähnt in diesem Zusammenhang außerdem die Technik des Zurückspiegels, die an die Gesprächspsychotherapie angelehnt ist und die Selbstreflexion der befragten Person unterstützen und ihr die Möglichkeit bieten soll, ihre Standpunkte klar darzulegen. Ebenfalls können vorangegangene Aussagen von den InterviewpartnerInnen korrigiert oder auch Dinge wiederholt werden, manchmal mit anderen Formulierungen, die unter Umständen das Verständnis des Gesagten verbessern und die Auswertung erleichtern können.

Unmittelbar nach dem Gespräch empfiehlt Witzel (2002), ein Postskript zu erstellen und so die Inhalte des Gesprächs, Eindrücke über situative bzw. nonverbale Gegebenheiten festzuhalten und auch die Themen, die dem/der InterviewpartnerIn besonders am Herzen lagen. Unter Umständen kann dieses Postskript schon erste Ideen für die spätere Interpretation enthalten.

4.4. Auswertungsmethode: Die qualitative Inhaltsanalyse

Mayring (2008) beschreibt die qualitative Inhaltsanalyse als ein Verfahren zur „[...] *Analyse von Material, das aus irgendeiner Art von Kommunikation stammt.*“ (Mayring, 2008, S 11) Er weist jedoch darauf hin, dass sich das Interesse dieses Verfahrens keineswegs nur auf die konkreten Inhalte von Kommunikation beschränkt, und macht deutlich, dass auch den formalen Aspekten einer Kommunikation große Bedeutung zukommt. Er verweist beispielsweise auf Ritsert (1972, zit nach Mayring, 2008), dessen hauptsächliches Interesse den „*latenten Gehalten*“ (Ritsert, 1972, zit nach Mayring, 2008, S 11) von Kommunikation gilt.

Die qualitative Inhaltsanalyse weist einige Charakteristika auf, die sie von anderen sozialwissenschaftlichen Methoden unterscheidbar macht. In diesem Zusammenhang, so Mayring (2008), kann als erstes die Tatsache genannt werden, dass diverses Material, das durch einen Kommunikationprozess zustande gekommen ist, analysiert wird. Dies können Texte sein, aber auch Bilder oder Noten. Bedeutsam ist hierbei, dass das Material symbolisch, das heißt in protokollierter Form vorliegt; im Fall eines Interviews beispielsweise als Transkript.

Als weitere Charakteristika nennt Mayring (2008) die Regel – bzw. Theoriegeleitetheit der qualitativen Inhaltsanalyse. Das bedeutet einmal, dass systematisch nach bestimmten festgelegten Regeln vorgegangen wird, damit die Analyse allgemein verständlich und nachvollziehbar wird, wodurch sie, so Mayring (2008), dem sozialwissenschaftlichen Methodenstandard der intersubjektiven Nachprüfbarkeit genügen kann. Ebenfalls fließen vorherige theoretische Überlegungen in die Analyse mit ein, das heißt, ein Text wird nicht einfach beliebig, sondern unter dem Gesichtspunkt einer vorab formulierten theoretischen Fragestellung analysiert. Dieses Vorgehen lässt Rückschlüsse über bestimmte ausgewählte Aspekte der vorliegenden Kommunikation zu.

4.4.1. Ablauf einer qualitativen Inhaltsanalyse

Die qualitative Inhaltsanalyse stellt, wie oben beschrieben, ein streng methodisch kontrolliertes Verfahren dar, welches das vorhandene Material schrittweise zerlegt und analysiert. Dieser Prozess unterteilt sich laut Mayring (2008) in folgende Arbeitsschritte:

- Vorstellung des Materials

Zu Beginn einer qualitativen Inhaltsanalyse sollte der/die ForscherIn den/die LeserIn in einem groben Überblick wissen lassen, was aus welchem Grund und mit welchen Methoden erforscht wurde; dementsprechend ist die Studie kurz zusammengefasst vorzustellen. In einem nächsten Schritt wird nun genauer auf das zu analysierende Material eingegangen. Mayring (2008) unterteilt diesen Arbeitsschritt in drei Punkte:

Festlegung des Materials: Es sollte eine genaue Definition erstellt werden, mit welchem Material in der folgenden Analyse gearbeitet wird, dadurch entsteht eine Art ‚Corpus‘, der während der Analyse nur erweitert oder verändert werden darf, wenn die Notwendigkeit dazu begründbar ist. (Mayring, 2008)

Analyse der Entstehungssituation: Hier gilt es zunächst, zu beschreiben, wie das verwendete Forschungsmaterial zustande gekommen ist, also von wem es unter welchen Bedingungen produziert wurde. Von besonderem Interesse sind hier natürlich der/die ForscherIn selbst sowie auch alle anderen Personen, die an der Entstehung des Materials beteiligt waren, sein/ihr emotionaler und kognitiver, gegebenenfalls auch sein/ihr soziokultureller Handlungshintergrund. Ebenfalls ist die Zielgruppe einer Forschung zu nennen. (Mayring, 2008)

Formale Charakteristika des Materials: Hier muss genau beschrieben werden, in welcher Form das zu untersuchende Material vorliegt. Im Normalfall arbeitet die Inhaltsanalyse mit geschriebenen Texten, beispielsweise mit Interviews in transkribierter Form. Es können aber zu diesem Basistext noch weitere Informationen hinzugefügt werden, beispielsweise auch Beobachtungen, die während der Erhebung des Materials getätigt wurden. (Mayring, 2008)

- Spezifische Fragestellung

Aus sprachlichem Material, so Mayring (2008), können verschiedenste Aussagen herausgefiltert werden, beispielsweise über den Gegenstand des Textes, über den/die ForscherIn selbst oder darüber, wie der Text bei seiner Zielgruppe ankommt. Man muss sich also in einem nächsten Schritt für eine bestimmte Richtung entscheiden, in die man das vorliegende Material analysieren will, das heißt, entscheiden, was man von dem Text wissen will. Hierzu ist eine spezifische Fragestellung vonnöten, die anknüpfen soll an die bisher angestellte Forschung und die die Richtung vorgibt, in die das Material analysiert werden soll.

- Reduktion in ein Kategoriensystem

In diesem Schritt ist ein Modell festzulegen, nach dem die Analyse ablaufen soll. Mayring (2008) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die qualitative Inhaltsanalyse zwar

nach festgelegten Regeln von statten geht, jedoch müssen diese Regeln auf das vorliegende Material bzw. die spezifische Fragestellung hin angepasst werden. Aus dieser Anpassung ergibt sich für jede Analyse ein eigenes Modell, durch das sie für andere nachvollziehbar und damit überprüfbar und so laut Mayring (2008) zu einer wissenschaftlichen Methode werden kann.

Aus dieser Fragestellung ergibt sich auch die Erstellung eines Kategoriensystems, das im Zentrum der qualitativen Inhaltsanalyse steht. Diese Kategorien betreffen all die Dinge, die man von dem Text wissen will. Entsprechende Kriterien der Selektion werden im Vorhinein festgelegt, ebenso wie das Niveau ihrer Abstraktion, das heißt, wie konkret oder abstrakt der betreffende Sachverhalt durch eine Kategorie beschrieben werden soll.

Nach dieser Festlegung beginnt man, das Material Zeile für Zeile durchzuarbeiten und Textstellen, die in die festgelegten Selektionskriterien fallen, das heißt, die Fragestellung betreffen, zu markieren und so konkret oder abstrakt wie vorgesehen herauszuschreiben, das heißt, sie auf einer einheitlichen grammatikalischen Sprachebene kurz zu paraphrasieren. Aus diesen Paraphrasen lassen sich Kategorien in Form eines Begriffs oder kurzen Satzes formulieren. Weitere Textstellen werden entweder diesen Kategorien zugeordnet oder bilden neue Kategorien. Nachdem ein Teil des Materials bearbeitet ist, empfiehlt Mayring (2008) eine Revision des Kategoriensystems, das heißt, eine Überprüfung dahingehend, ob einerseits die Kategorien mit dem Ziel der Analyse übereinstimmen und ob andererseits die Selektionskriterien und das Abstraktionsniveau günstig gewählt sind.

Ist das gesamte Material bearbeitet, so Mayring (2008), können in einem nächsten Schritt die herausgeschriebenen paraphrasierten Stellen nun nochmal gekürzt und auf ein einheitliches Abstraktionsniveau gebracht werden. Dann erfolgt die Reduktion, die abhängig von dem gewünschten Abstraktionsniveau in einem oder auch mehreren Schritten durchgeführt werden kann. Hier werden bedeutungsgleiche Paraphrasen gestrichen, ebenso Paraphrasen, die auf dem erworbenen Abstraktionsniveau keine wesentliche Aussage mehr über den Inhalt der Analyse tätigen können. Ebenfalls können Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand zusammengefasst werden.

Als ein Endergebnis der Bearbeitung erhält der/die ForscherIn ein System aus Kategorien, die die Fragestellung der Analyse betreffen und mit konkreten Textpassagen verknüpft sind und mittels derer nun die Interpretation erfolgen kann. Es gibt laut Mayring (2008) drei Grundfor-

men der Interpretation, die er als Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung bezeichnet. Die vorliegende Arbeit interpretiert zusammenfassend, das bedeutet, durch die Abstraktion des Materials eine Art Corpus zu schaffen, der ein Abbild des Grundmaterials darstellen und die wesentlichen Aussagen des Materials zusammenfassend erhalten soll.

4.5. Durchführung der Untersuchung

Im Zuge der Recherchen für die vorliegende Arbeit stieß ich auf das Wohnhaus Reethira als traumapädagogisch arbeitende Einrichtung, die als möglicher Forschungsgegenstand in Frage kommen könnte. Der erste Kontakt erfolgte per E-Mail bzw. per Telefon. Die Mitarbeiterinnen des Wohnhauses Reethira zeigten sich sehr hilfsbereit und sicherten mir zu, jederzeit für Interviews zur Verfügung zu stehen. Ein Jahr später, nachdem der theoretische Teil der Arbeit geschrieben war und die Untersuchung anstand, wurde ein Termin vereinbart, an dem ich die Einrichtung besuchen und vier bis fünf Mitarbeiterinnen interviewen durfte.

An diesem Termin wurden vier halbstrukturierte, problemzentrierte Interviews mit wiederum sehr hilfsbereiten und interessierten Mitarbeiterinnen im Alter von 24 – 36 Jahren durchgeführt. Diese Interviews fanden mit jeder der vier Mitarbeiterinnen einzeln in den Räumlichkeiten des Wohnhauses statt und orientierten sich an einem vorbereiteten Leitfaden. Die Dauer der Interviews betrug durchschnittlich ca. 25 Minuten und sie wurden mit Zustimmung der Interviewpartnerinnen auf Tonband aufgezeichnet. Ein vertraulicher Umgang mit den erworbenen Daten wurde von mir zugesichert.

Nach dem Besuch im Wohnhaus Reethira wurden die Interviews transkribiert und in eine tabellarische Form gebracht, um sie in einem nächsten Schritt mit Hilfe der bereits beschriebenen qualitativen Inhaltsanalyse auswerten zu können. Die Vorgehensweise und die Ergebnisse dieser Analyse werden im nächsten Kapitel erläutert.

5. AUSWERTUNG UND ERGEBNISSE

Die Analyse der Interview-Transkripte wurde in Anlehnung an die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit vorgenommen. Diese Frage lautet folgendermaßen:

„Wie gestaltet sich die traumapädagogische Arbeit mit jungen Frauen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, und welche Herausforderungen ergeben sich daraus?“

Im Folgenden wurde begonnen, das erste Interview systematisch nach Aussagen zu durchkämmen, die zur Beantwortung dieser Frage dienlich sein könnten. Sie wurden in einer eigenen Spalte zunächst wörtlich festgehalten und später auf eine Kernaussage abstrahiert. Im Anschluss wurden Kategorien sowie Subkategorien gebildet und die einzelnen Aussagen den Kategorien zugeordnet. Im Laufe der Auswertung der nächsten Interviews wurde das System der verschiedenen Kategorien immer wieder überprüft und gegebenenfalls angepasst.

Am Ende der Auswertung ergaben sich neun Kategorien. Die folgende Tabelle nennt diese verschiedenen Kategorien und beschreibt kurz ihren Inhalt:

| Kategorie | Beschreibung |
|----------------------|---|
| 1. Rahmenbedingungen | Diese Kategorie beschreibt allgemeine Aspekte rund um das Leben und die Organisation im Wohnhaus ‚Reethira‘. Die Erkenntnisse dieser Kategorie wurden bereits für die Beschreibung des Wohnhauses ‚Reethira‘ herangezogen. Infolge dessen wird auf diese Kategorie nachfolgend nicht noch einmal genauer eingegangen. |
| 2. Herausforderungen | Diese Kategorie beschreibt gemäß der Forschungsfrage die Herausforderungen, die sich aus der speziellen Symptomatik der BPS ergeben und mit denen sich die Mitarbeiterinnen im Wohnhaus ‚Reethira‘ konfrontiert sehen. |

| | |
|-------------------------------------|--|
| <p>3. Traumapädagogische Arbeit</p> | <p>In der Subkategorie ‚Grundwerte‘ werden grundsätzliche Einstellungen und Werthaltungen beschrieben, die die Mitarbeiterinnen im Wohnhaus ‚Reethira‘ vertreten.</p> <p>Die Subkategorie ‚Betreuerinnen-Klientinnen-Beziehung‘ beschreibt Aspekte, die mit der Beziehung zwischen den Betreuerinnen und den Klientinnen zu tun haben.</p> |
| <p>4. Interventionen</p> | <p>Diese Kategorie nennt konkrete Interventionen, die die Mitarbeiterinnen des Wohnhauses ‚Reethira‘ in der Arbeit mit BPS-Klientinnen als wichtig und hilfreich beschrieben haben.</p> |
| <p>5. Angehörige</p> | <p>Zunächst werden allgemeine Aspekte zu dem Thema genannt.</p> <p>Die Subkategorie ‚Angehörigenarbeit‘ beschreibt, wie mit Angehörigen von Klientinnen gearbeitet wird.</p> <p>Die Subkategorie ‚Herausforderungen in der Angehörigenarbeit‘ nennt schwierige Aspekte, die sich aus der Arbeit mit den Angehörigen ergeben.</p> |
| <p>6. Ziele</p> | <p>Diese Kategorie beschreibt, zu welchen Zielen die traumapädagogische Arbeit mit den Klientinnen führen soll.</p> |
| <p>7. Verbesserungen</p> | <p>Hier werden Aspekte genannt, die den Mitarbeiterinnen des Wohnhauses ‚Reethira‘ als Verbesserungen an den Klientinnen aufgefallen sind.</p> |

| | |
|--|---|
| 8. Was hilft der Mitarbeiterin persönlich? | Diese Kategorie beschreibt Aspekte, die die Mitarbeiterinnen für die Ausführung ihrer täglichen Arbeit als hilfreich empfinden. |
| 9. Was nimmt die Mitarbeiterin aus der Arbeit mit? | In dieser Kategorie werden Dinge genannt, die die Mitarbeiterinnen des Wohnhauses ‚Reethira‘ aus ihrer Arbeit lernen bzw. mitnehmen können. |

Im Folgenden werden die einzelnen Kategorien und die dazu gehörigen Erkenntnisse erläutert.

5.1. Kategorie 2: Herausforderungen

Im Laufe der Interviews nennen mir die Interviewpartnerinnen (IP) sehr viele verschiedene Aspekte, die sich aus der Symptomatik der BPS ergeben und von ihnen als herausfordernd angesehen werden. So beschreiben beispielsweise drei von vier interviewten Mitarbeiterinnen, nämlich IP 1, IP 2 und IP 3, dass die Klientinnen versuchen würden, zwischen den Mitarbeiterinnen zu spalten.

„[...] die Klientinnen versuchen zu spalten zwischen den Betreuern und versuchen, erzählen sie dem das und dem anderen das, und sie versuchen eigentlich schon zu spalten [...]“ (Interview 2)

„[...] weil man immer wieder merkt, da wird ganz viel Spaltung betrieben, um, einfach auch zugunsten der Klientin, ja.“ (Interview 3)

Eine weitere Herausforderung scheint die instabile Beziehungsgestaltung zu sein, die für das Krankheitsbild der BPS typisch ist und die im DSM-V als zweites Diagnose-Kriterium genannt und in der vorliegenden Arbeit beschrieben wird. IP 3 erklärt, dass die Beziehungen der BPS-Klientinnen immer nach dem gleichen Muster ablaufen:

„Das Muster, so wie ich es erlebe, ist einfach dieses typische ich brauche dich, ich will dich, du musst mich lieben, aber dann auch gleichzeitig wieder dieses Wegstoßen, lass mich in Ruhe, lass mich alleine, ich will dich jetzt nicht, und alles was sich dazwischen noch abspielt.“ (Interview 4)

Alle vier interviewten Mitarbeiterinnen sprechen zudem das Thema der Selbstverletzung als etwas an, das im Alltag mit den BPS-Klientinnen eine Herausforderung darstellt, wobei die Klientinnen ganz unterschiedlich damit umgehen, wie IP 3 berichtet:

„Es gibt ja auch, wenn ich nur die Selbstverletzung anschau, gibt es ja auch so viele Unterschiede. Manche zeigen es, manche nicht. Manche sprechen ständig darüber und müssen es jedem präsentieren, und manche machen es nur im Geheimen.“ (Interview 3)

Berichtet wird auch, dass die Klientinnen sich in ganz unterschiedlichen Situationen verletzen, beispielsweise dann, wenn Gefühle nicht benannt werden können. Häufig passiert es auch, so IP 1 und IP 3, dass eine Klientin das selbstverletzende Verhalten einer anderen übernimmt, wenn sie es sieht, es sich sozusagen anschaut. Dies betrifft laut IP 1 teilweise auch Klientinnen, bei denen bisher keine selbstverletzenden bzw. keine BPS-Tendenzen festgestellt werden konnten. Ebenfalls kommt es vor, so IP 3, dass die Klientinnen durch die Selbstverletzung die Aufmerksamkeit der Betreuerinnen auf sich ziehen möchten:

„[...] wo jemand irgendwo Selbstverletzung gerade massiv betreibt aufgrund von Aufmerksamkeitsdefiziten und dann kann aber leicht auch eine Person mit hinein rutschen, die dann sagt, ok, mir geht es auch schlecht, und ich muss mich auch verletzen. Das ist dann wie so eine Dynamik, wie die Dominosteine, die dann umfallen.“ (Interview 3)

Dieses Ringen um Aufmerksamkeit wird von den interviewten Mitarbeiterinnen ebenfalls als ein präsenes Thema in ihrem beruflichen Alltag beschrieben, wobei die Klientinnen auf ganz unterschiedliche Art und Weise versuchen, diese Aufmerksamkeit zu bekommen, sei es durch ein vermehrtes Auftreten von Krisen, durch Selbstverletzung oder einfach durch ein besonderes, vielleicht etwas lauterer Wesen, das, wie IP 3 beschreibt, ebenfalls dazu führen kann, dass andere Klientinnen das Gefühl haben, dass sie zu wenig bekommen und sich ihrerseits wieder der genannten Strategien bedienen, um die Aufmerksamkeit der Betreuerinnen auf sich zu lenken. Wieder andere Klientinnen sprechen sehr oft und sehr viel darüber, dass es ihnen schlecht

geht und finden, so IP3, aus ihrem Leiden nicht mehr heraus, befinden sich in einer Abwärts- spirale. Dieses Ringen um Aufmerksamkeit, egal, auf welche Art und Weise eine Klientin es praktiziert, erfordert von den Mitarbeiterinnen zu unterscheiden, ob es sich wirklich um eine Krise handelt, ob es der Klientin wirklich schlecht geht, wie IP 2 es formuliert, ob sie wirklich unter Spannung steht, oder ob ihr das Verhalten, das sie zeigt, die Aufmerksamkeit der Betreuerinnen sichern soll.

Das Krankheitsbild der BPS und die damit verbundenen Verhaltensweisen, die an den Klientinnen zu beobachten sind, beeinflussen jedoch nicht nur den Alltag mit den Betreuerinnen, sondern auch deren Beziehung und Zusammenleben untereinander. So wird es, wie IP 3 und IP 4 berichten, durch die BPS-typische Beziehungsgestaltung erheblich erschwert, dass Klientinnen Freundschaften untereinander schließen können.

„[...] also, sie sind sich oft nichts schuldig, also, die eine ist irgendwo, nimmt, nützt sie nur für bestimmte Bedürfnisse, wenn das gesättigt ist, braucht sie sie eh nicht. Das heißt, das Verhalten, das sie eigentlich ihr Leben lang vorher schon gekannt haben, ambivalente Beziehungen spielen sich da herinnen mit allen im Haus ab.“ (Interview 3)

Ebenfalls, so IP 1, entstehen häufig Konflikte, auch Eifersucht untereinander. Es besteht jedoch, so IP 4, trotz der teilweise schwierigen Gruppendynamik ein gewisser Zusammenhalt unter den Klientinnen und es wird zumindest der Versuch unternommen, sich gegenseitig zu unterstützen, wie IP 1, 2 und 4 erzählen.

„Genau, es ist schon ein Versuch da, weil sie leben zusammen, sie sind 24 Stunden in einem Haus, wir haben das eher so, wir feiern Weihnachten zusammen, wir feiern Ostern zusammen, wir feiern die Geburtstage zusammen, also es ist schon ein Zusammenhalt da.“ (Interview 4)

So kommt es auch immer wieder vor, dass Klientinnen versuchen, sich gegenseitig zu unterstützen, wenn eine von ihnen sich selbst verletzt und eine andere möglicherweise vor den Betreuerinnen vor Ort ist, etwa, weil sie sich ihr Zimmer mit der anderen teilt. Auch diese Tatsache wurde von den interviewten Mitarbeiterinnen als herausfordernd beschrieben, da es schwierig ist für eine traumatisierte und damit labile Klientin, einer anderen wirklich zu helfen. IP 1 erzählt, dass mit dieser Situation in der täglichen Arbeit oft nicht leicht umzugehen ist.

Auffällig für IP 2 und IP 4 war außerdem, dass sich die Symptomatik der Klientinnen, die unter einer BPS leiden, in den freien Zeiten verschlimmert.

„[...] was mir auffällt, ist, wenn sie beschäftigt sind und wenn Aktivitäten sind, dass es meistens dann eh nicht so oft vorkommt, dass sie so angespannt sind, weil sie da eh schon was tun und natürlich abgelenkt sind, dass das natürlich eher in der freien Zeit kommt [...]“ (Interview 2)

„[...] was ich ganz wichtig finde, ist die Tagesstruktur. Sobald, man merkt das immer ganz schnell, sobald die Struktur weg fällt, fallen die Klientinnen auch auseinander, wenn man das so sagen kann. Also, dann sind sie total unsicher, sie wissen nicht, wo sie hin sollen, es fehlt einfach der rote Faden in ihrem Tagesablauf. Und dann kommen diese Symptomatiken immer stärker hervor.“ (Interview 4)

Der Prozess, den die Klientinnen im Laufe ihres Aufenthaltes im Wohnhaus ‚Reethira‘ durchlaufen, ist ein langsamer, der sich in ganz kleinen Schritten vollzieht, so erzählen IP 1 und IP 2, wobei dies von den beiden Mitarbeiterinnen unterschiedlich bewertet wird. Während IP 2 das eher als Herausforderung ansieht, mit der man im beruflichen Alltag umgehen muss, empfindet IP 1 das Wissen um diese kleinen Schritte als hilfreich. Darauf wird in einer anderen Kategorie genauer eingegangen.

5.2. Kategorie 3: Traumapädagogische Arbeit

5.2.1. Subkategorie Grundwerte

Als besonders wichtig in der alltäglichen Arbeit nennen die interviewten Mitarbeiterinnen die Grundhaltung, die grundsätzliche Einstellung, die sie in ihre tägliche Arbeit mitbringen. IP 1 nennt dabei die Annahme des guten Grundes als wesentlich für ihre Arbeit mit den BPS-Klientinnen; dies bedeutet, hinter jeder noch so destruktiven Verhaltensweise eine positive Absicht zu sehen bzw. sie als etwas anzuerkennen, das der Klientin das Überleben bis zum jetzigen Zeitpunkt gesichert hat. Besonders für die Arbeit mit den Klientinnen, die an einer BPS leiden,

streicht sie zudem die Wichtigkeit gesetzter Grenzen sowie auch der Transparenz heraus, die in der täglichen Zusammenarbeit spürbar sein muss:

„Ähm, Transparenz im Alltag, auch Grenzsetzung, und gerade bei Borderlinern ist ja die Grenze ein ganz, ganz wichtiger Punkt, und wir herinnen im Team haben eigentlich alle die gleiche Haltung, und somit ist diese Grenzsetzung ... spüren sie bei uns allen.“ (Interview 1)

Auch IP 3 nennt die Transparenz im Alltag als eine wichtige Grundhaltung in der Arbeit mit den BPS-Klientinnen, ebenso wie Offenheit, Ehrlichkeit und Verlässlichkeit. Zudem ist es ihr sehr wichtig, besonders den Klientinnen mit einer BPS Sicherheit im Sinn eines sicheren Ortes zu bieten:

„Das ist bei uns in der Einrichtung ganz was Wichtiges, diesen sicheren Ort zu bieten [...] wo man einfach diese Sicherheit für viele da herinnen das erste mal auch richtig spürt, das heißt, Verlässlichkeit, ähm, oder auch Offenheit, Ehrlichkeit, Transparenz und so weiter, was gerade in der Borderline-Geschichte eben ganz wichtig ist.“ (Interview 3)

Sehr viel Wert wird im Wohnhaus ‚Reethira‘ auch auf die Tagesstruktur gelegt; IP 2 sowie auch IP 4 betonen, dass diese sehr hilfreich für die Klientinnen sein kann. IP 4 beschreibt diese Struktur wie einen roten Faden im Leben deren Leben, dies wurde innerhalb der letzten Kategorie bereits ausgeführt.

Ein sehr wichtiger Punkt, in dem sich alle interviewten Mitarbeiterinnen einig waren, ist die Art und Weise, wie mit Situationen umgegangen wird, in denen ein gegenseitiges Triggern der Klientinnen möglich ist, das bedeutet, dass das, was eine Klientin tut oder sagt, in einer anderen Erinnerungen an traumatische Erlebnisse und damit mögliche Krisen auslösen kann. IP 1 gibt ein Beispiel:

„Eine Klientin, die sich selbst verletzt hat und mit dem blutenden Verband quasi da heruntersitzt, ja, da muss halt, das geht nicht. Entweder langärmlig, oder, ja es ist halt warm herinnen [...]“ (Interview 1)

IP 1 erklärt, dass der Anblick so einer blutenden Wunde auch in anderen Klientinnen den Druck verstärken kann, sich zu schneiden. Deshalb legen die Mitarbeiterinnen großen Wert darauf, dass sich die Klientinnen an sie wenden, wenn eine Selbstverletzung passiert, und nicht andere

Klientinnen um Hilfe bitten bzw. die Klientinnen auch nicht die Verantwortung füreinander übernehmen.

IP 2 erklärt, wie im Haus damit umgegangen wird, wenn sich eine Klientin selbst verletzt:

„Da haben wir die Angewohnheit, wenn sich jetzt zum Beispiel jemand selbst verletzt, ähm, dass wir sie fragen, ob sie ins Krankenhaus müssen oder nicht, also wir schauen uns jetzt nicht die Wunden an und sagen, oh mein Gott, und du arme. Und weiß ich nicht was [...] Also, das wäre der falsche Zugang.“ (Interview 2)

Den Klientinnen bleibt es im Normalfall also selbst überlassen, ob sie ihre zugefügte Wunde im Krankenhaus versorgen lassen oder das selbst im Haus tun möchten. In diesem Fall, so IP 2, wird von den Betreuerinnen Verbandzeug ausgehändigt und die Klientinnen verbinden die Wunde selbst. Es kommt jedoch vor, dass sich Klientinnen auch in solchen Fällen gegen eine Versorgung im Krankenhaus entscheiden, in denen sie wirklich nötig wäre. In dem Fall, so berichtet IP 2, liegt es an den Betreuerinnen, die Situation einzuschätzen, indirekt doch einen Blick auf die Wunde zu werfen, und die betreffende Klientin auch gegen ihren Willen ins Krankenhaus zu bringen. IP 2 betont, dass die Betreuerinnen im Haus doch die Verantwortung hätten, speziell bei minderjährigen Klientinnen, der in so einem Fall nachgekommen werden muss.

Ebenfalls werden die Klientinnen angehalten, sich nicht untereinander von ihren traumatischen Erlebnissen zu erzählen, um ebenfalls ein Triggern zu vermeiden, welches den Druck, sich selbst zu verletzen, immens erhöhen kann. Alle interviewten Mitarbeiterinnen berichten jedoch auch, dass sich die Klientinnen an dieses Gebot im Normalfall nicht halten und auch im Sinne der schnell sehr eng werdenden Beziehungen, die das Krankheitsbild der BPS mit sich bringt, einander sehr viel erzählen.

Was all diese Punkte angeht, war es IP 4, für die es schwierig war zu differenzieren zwischen der Arbeit mit Klientinnen, die an einer BPS leiden, und der Arbeit mit traumatisierten Klientinnen im Allgemeinen; sie äußert Zweifel, ob das alles wirklich nur für Klientinnen mit einer BPS gilt und ob man überhaupt einen Unterschied ausmachen kann.

5.2.2. Subkategorie Betreuerinnen-Klientinnen-Beziehung

Einer stabilen Beziehung zwischen den Klientinnen und den Betreuerinnen, im Speziellen einer tragfähigen Beziehung einer jeden Klientin zu ihrer Bezugsbetreuerin, wird im Wohnhaus ‚Reethria‘ große Bedeutung beigemessen und für die traumapädagogische Arbeit als sehr wichtig angesehen. So steht am Anfang jeder Arbeit der Aufbau dieser stabilen Beziehung, so IP 2. Auch IP 1 betont die Bedeutung der Beziehung für die gemeinsame Arbeit und hat immer wieder festgesellt, dass der Aufbau dieser Beziehung sehr schnell von statten gehen kann.

„Also diese Angebote, die wir halt da herinnen haben, diese traumapädagogischen Angebote, schaffen sichere Orte, also außen das Haus, wir gestalten beim Einzug mit ihnen die Zimmer, was sie halt brauchen, ähm, damit sie sich sicher fühlen. Ähm, da ist der erste Beziehungsaufbau recht rasch.“ (Interview 1)

Auch IP 4 kann berichten, dass die Bezugsbetreuung den Klientinnen Stabilität vermittelt, und dass sie das Angebot an Unterstützung, das von den Betreuerinnen ausgeht, mit eben dieser Stabilität und auch Sicherheit, die sie im Laufe des Aufenthaltes im Haus gewinnen, auch immer besser annehmen bzw. in vielen Fällen sogar selbst darum bitten können.

Auffällig ist für die interviewten Mitarbeiterinnen auch, dass die Beziehung zu den Klientinnen die Selbstverletzungstendenzen erheblich minimiert, was laut IP 1 besonders seit der Umstrukturierung bzw. der Abspaltung von der Einrichtung Ubuntu im Jahr 2015 und der damit verbundenen Verflachung der Hierarchiestruktur im Wohnhaus ‚Reethira‘ spürbar wird:

„[...] Traumapädagogik schon immer, es war traumapädagogisch, aber es ist ein bisschen adaptiert mit den aktuellen Standards, die halt dazu gekommen sind. Und ich schätze, früher war es halt so, es war halt ein bisschen ein anderes Machtgefälle da herinnen zu spüren, und deswegen haben, wie ich vorher gesagt habe, diese Selbstverletzungen, das ist radikal mit der Veränderung eigentlich zurück gegangen, weil sie einfach viel mehr Beziehung gehabt haben.“ (Interview 1)

IP 3 schätzt ebenfalls die Beziehung, die mit der Zeit auch ein Kennen der Klientinnen und ihrer Reaktionen ermöglicht, als sehr bedeutsam für die traumapädagogische Arbeit ein, ebenfalls eine gute Atmosphäre im Haus, die sich ihrer Ansicht nach positiv auf die Arbeit mit den

Klientinnen und deren Aufenthaltsdauer im Haus auswirkt und die sich ebenfalls mit der Veränderung im Jahr 2015 erheblich verbessert hat:

„Das war, die Klientenarbeit war einfach sehr trostlos, weil die Mädchen einfach nicht so lange geblieben sind, weil auch viel mit der Team-, also wenn das Team funktioniert, dann kannst du mit den Klientinnen arbeiten [...] dann hat es sich langsam ergeben, dass wirklich das Team jetzt schon lange das gleiche ist, und das sich auch sehr gut versteht, und ich glaube, das macht es echt aus, weil deswegen, seitdem haben wir auch Klientinnen, unter einem halben Jahr haben wir kaum mehr wen da.“ (Interview 3)

5.3. Kategorie 4: Interventionen

Auch an erster Stelle der Interventionen, die in der Arbeit mit den Klientinnen im Wohnhaus ‚Reethira‘ gesetzt werden, steht der Aufbau eben dieser tragfähigen Beziehung, indem die Betreuerinnen von Beginn an ihre Unterstützung anbieten, wenn die Klientinnen in einer Situation selbst nicht mehr weiter wissen, sei es im Fall einer Selbstverletzung, im Fall eines Konfliktes mit einer anderen Klientin oder auch mit einer Bezugsperson außerhalb des Wohnhauses. Auf diesen Punkt wird in der nächsten Kategorie genauer eingegangen. IP 4 weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass es gerade am Anfang auch dazu gehört, die Klientinnen zum Annehmen dieser Unterstützung zu animieren.

Zugleich am Anfang wird zudem mit jeder Klientin an einer besseren Einschätzung ihrer eigenen Spannungszustände gearbeitet.

„Halt auch schon einmal geschaut wird, warum wird Selbstverletzung, warum ist das Thema, also mit Hochspannung, Stresstoleranzen, das arbeiten wir im Einzelsetting halt dann durch, das heißt, sie haben Spannungsprotokolle auszufüllen, sie schauen genauer hin, welches ist ein Auslöser für Spannung [...]“ (Interview 1)

Parallel dazu, dass die Klientinnen auf diese Art immer besser einzuschätzen lernen, welche Situationen zu welchen Ausprägungen von Spannung führen, lernen sie auch, diese Spannung zu regulieren. In diesem Zusammenhang nennen alle interviewten Mitarbeiterinnen das sogenannte Skills-Training als eine sehr bedeutsame Intervention für Klientinnen mit einer BPS. Es wurde, so IP 1, speziell für Menschen entwickelt, die an einer BPS leiden, und findet starke Anwendung im Wohnhaus. Es besteht darin, für jede Klientin bestimmte Dinge herauszufinden, die ihr in Zuständen der Spannung Linderung verschaffen; welche das sind, kann von Person zu Person stark variieren, wie IP 2 erklärt:

„Wir haben zum Beispiel eine Klientin, der hilft es total, wenn sie spazieren gehen kann. [...] Bei der funktioniert das auch, bei anderen geht das zum Beispiel nicht, dass sie raus gehen alleine dann oder spazieren, aber bei ihr, also ihr tut das zum Beispiel gut. Oder überhaupt körperliche Betätigungen wie dehnen, dann haben wir Skills wie Düfte, das hilft ihnen zum Beispiel auch sehr viel.“ (Interview 2)

IP 4 macht deutlich, dass ein Skill nie etwas sein darf, das die Klientin selbst oder auch jemand anderen langfristig schädigt, wie beispielsweise das Rauchen einer Zigarette. Den Klientinnen wird an dieser Stelle erklärt, dass es sich dabei nicht um ein Skill handeln kann.

IP 4 erklärt, wie dieses Skills-Training abläuft:

„Wir haben, also wir arbeiten, es gibt da eine Gruppe Skills-Training, das macht meine Kollegin, da wird in der Gruppe einfach mal, was Skills überhaupt sind, welche Arten von Skills es gibt, und einfach jetzt nicht auf die einzelne Person, generell Skills vorgestellt zum Ausprobieren. Und ich, in meiner Funktion als Bezugsbeteuerin, ähm, versuche dann, Skills mit den Klientinnen zu finden, die sie in ihrer Spannung oder in instabilen Phasen wieder beruhigen oder runter bringen.“ (Interview 4)

Diese Skills werden also erst in der Gruppe vorgestellt und im Anschluss daran in der Einzelbetreuung auf die Klientin angepasst. IP 2 erzählt, dass die Klientinnen dann auch selbst üben und für sich herausfinden müssen, was ihnen in welcher Situation gut tut. Immer wieder kommt es auch vor, so IP 4, dass Klientinnen schon Skills mitbringen, das heißt, schon bestimmte Dinge kennen, die ihnen in Situationen der Spannung helfen können, die sie jedoch in den meisten Fällen bis zu ihrem Aufenthalt im Haus nicht als Skill bezeichnet haben. In diesem Fall sieht IP 4 ihre Aufgabe darin, der Klientin aufzuzeigen, über welche Fähigkeiten sie bereits

verfügt und welche Skills sie schon kennt, und sie anzuleiten, diese nun noch bewusster anzuwenden.

Im Rahmen der Einzelbetreuung wird außerdem zu Themen wie Emotionalität, dem Umgang mit Gefühlen und auch an zwischenmenschlichen Fähigkeiten gearbeitet, bezüglich derer, wie IP 1 und IP 2 berichten, bei Menschen mit einer BPS in vielen Fällen nur sehr wenig Wissen vorhanden ist. Diese Modulreihen, so IP 1, werden mit Hilfe von Arbeitsblättern in der Einzelbetreuung durchgearbeitet. Ebenfalls wird im Wohnhaus ‚Reethira‘ psychoedukativ gearbeitet, das bedeutet, die Klientinnen aufzuklären über ihre Traumafolge-Erkrankung.

„[...] also wirklich einmal erklärend, was ist die Krankheit, was macht es mit mir, kenne ich meine eigenen Auslöser, also, das ist ganz stark.“ (Interview 1)

Alle interviewten Mitarbeiterinnen nennen zudem die gemeinsame Reflexion verschiedenster Themen mit den Klientinnen als einen sehr wichtigen Bestandteil ihrer täglichen Arbeit, das heißt, dass alle in einer bestimmten Situation relevanten Aspekte immer an- und durchgesprochen werden, beispielsweise im Fall einer Selbstverletzung, die gemeinsam reflektiert werden muss. Gerade das Benennen der Gefühle, die oftmals zu solchen Handlungen führen, fällt vielen Klientinnen sehr schwer.

„[...] da kommt es meistens vorher zu Selbstverletzung oder zu typischem Borderline-Verhalten, totale Ablehnung, sucht kein Gespräch mehr, zieht sich total zurück, das haben wir auch immer wieder bei einer, die zum Beispiel ganz arg auf das reagiert, oder sie wird dann dissozial, ja. Sie ist total gebunden ans Haus, aber wird dann richtig, ja, zipft mich eh alles an, interessiert mich alles nicht, also sie zieht sich total von uns, vom Team zurück. Das ist total schön bei ihr zu sehen, weil man ganz genau weiß, es steckt gerade was anderes dahinter. Und das sind die, die schaffen es einfach noch nicht zu benennen, was los ist. Weil einfach diese Gefühle, die da sind, und warum es ihnen auch gerade so geht, total schwer greifbar für manche sind.“ (Interview 3)

In den gemeinsamen Reflexionen sollen die Klientinnen lernen, diese Gefühle und deren Auslöser zu benennen, auch, wie IP 3 es angesprochen hat, diese für das Krankheitsbild der BPS typischen Verhaltensweisen. IP 1 erklärt, dass auch diese Verhaltensweisen angesprochen und damit zurück gespiegelt werden. Für viele Klientinnen sei das ganz neu, sie erklären, dies hätte ihnen noch nie jemand gesagt, und in den meisten Fällen, so IP 1, entspricht das ihrer Meinung

nach auch der Wahrheit, denn ihr fällt ein starkes Bemühen der Klientinnen auf, wenn solche inadäquaten Verhaltensweisen oder auch Affekte angesprochen wurden. Zu diesen typischen Verhaltensweisen gehört wohl auch der Versuch der Spaltung zwischen den Betreuerinnen, der bereits beschrieben wurde. Auch dies wird mit den Klientinnen besprochen und somit reflektiert.

Auch im Fall eines Konfliktes wird dieser mit den Klientinnen durchgesprochen, oftmals auch in einem Gespräch zu dritt, an dem beide Konfliktparteien und eine Betreuerin teilnehmen. Hier wird unter anderem darauf Wert gelegt, so IP 3 und IP 4, den Klientinnen sich wiederholende Konfliktmuster aufzuzeigen.

„Und wir zeigen ihnen ihr Verhalten auch ganz klar auf, kennst du das, wie das jetzt ist, hast du das schon einmal erlebt, hast du so einen Konflikt früher schon mal erlebt, und meistens kommen dann mit, dann kommen sie eh selber drauf, dass sie dieses Muster eigentlich ständig wiederholt.“ (Interview 4)

Es kommt auch vor, so IP 1, dass Klientinnen, die der gleichen Bezugsbetreuerin zugeteilt sind, untereinander um die Gunst dieser Bezugsbetreuerin streiten bzw. sich eifersüchtig oder neidisch aufeinander zeigen, sich gegenüber der anderen zurückgestellt fühlen. In so einem Fall wird der Konflikt mit der Bezugsbetreuerin geklärt. IP 1 sieht das als typisches BPS-Verhalten und legt auch Wert darauf, mit der Klientin zu reflektieren, wo, möglicherweise im Familiensystem, sie eine solche Situation vielleicht kennen gelernt hat.

IP 3 fügt dem noch einen ganz anderen Aspekt hinzu, der sich auf die Aufmerksamkeit bezieht, die die Klientinnen, die an BPS leiden, so dringend brauchen, was oft zu Krisen und inadäquatem Verhalten führt. IP 3 erzählt auf sehr eindrückliche und berührende Art und Weise von der Bedeutung der Aufmerksamkeit, die den Klientinnen über positive Verstärkung zukommen kann. Sie erzählt von einer Klientin, die in ihrem Leben ausschließlich Aufmerksamkeit über negative Dinge bekommen hat, beispielsweise depressive Verstimmungen, Selbstverletzungen oder Suizidgedanken.

„[...] und kaum ist sie für was positives verstärkt worden ... und dann haben wir bewusst irgendwo unsere Sache so gemacht, dass wir gesagt haben, wir werden versuchen, wirklich positive Sachen raus zu kicken und das zu verstärken. [...] Oder einfach im Alltag, so, ich merke, dir geht es heute so gut, das finde ich so schön, wenn ich dich so lachen sehe, und auch, ja,

einfach da mehr ihr was zu schenken und nicht, dass sie unter geht im Alltag [...] weil wenn sie unter gegangen ist, dann war es wieder negativ, dann ging es ihr wieder schlecht.“ (Interview 3)

Bei dieser Klientin konnte eine Abnahme des negativen Verhaltens beobachtet werden, sie habe es laut IP 3 nicht mehr so gebraucht. Zu dieser positiven Aufmerksamkeit gehört für IP 3 auch, Interesse an der Person einer Klientin zu zeigen, im Alltag einfach mit ihr zu plaudern, sie nach ihren Hobbies oder Interessen zu fragen.

Auch bei den Klientinnen, die sich in dieser schon beschriebenen Abwärtsspirale befinden und in ihrem Leiden sozusagen festsitzen, bedient sich IP 3 gerne der positiven Verstärkung.

„[...] war jetzt wirklich nur dieser Tag jetzt so schlimm, oder ist wirklich, was war gestern, was war vorgestern, oder was, ich spreche immer ganz gerne Tage an oder Situationen, wo ich gemerkt habe, der ist es total gut gegangen. Du wie war denn das da zum Beispiel, geht es dir wirklich also täglich schlecht und ist alles so schlimm? Und dann merkt man oft ja eh schon, ja, das war total schön und gut.“ (Interview 3)

IP 3 hält es für wichtig, diese Abwärtsspirale bewusst zu stoppen und die Klientinnen zu fragen, was sie denn jetzt tun könnten, was sie brauchen, und sie damit zu lösungsorientierterem Denken zu animieren. Dabei wird im Wohnhaus ‚Reethira‘ viel Wert auf die Förderung von Selbstständigkeit gelegt, das bedeutet, die Klientinnen werden zunächst angehalten, selbst zu überlegen, was sie denn tun könnten, damit es ihnen besser geht. Hier käme beispielsweise die Arbeit mit den erlernten Skills in Frage. Schafft es eine Klientin nicht alleine, ihren Zustand zu verbessern, so geben die Betreuerinnen Tipps und suchen gemeinsam mit ihnen nach Lösungen. Wenn auch dann keine Verbesserung erfolgt, so IP 3, dann kann die Bedarfsmedikation eingenommen werden; eine Einweisung käme als die letzte Möglichkeit in Betracht.

5.4. Kategorie 5: Angehörige

Im Wohnhaus ‚Reethira‘ entscheiden die Klientinnen selbst, ob und in welcher Form sie Kontakt zu ihrem Herkunftsumfeld, im Besonderen zu ihrer Familie halten möchten. Prinzipiell gilt das auch für minderjährige Klientinnen, jedoch müssen in so einem Fall die Eltern bzw. Obsorgeberechtigten doch in manchen Dingen mit einbezogen werden, etwa, wenn Behördengänge anstehen, bei denen eine Unterschrift benötigt wird. In der Anfangsphase des Aufenthaltes im Wohnhaus haben die Klientinnen zudem kein Handy. So soll ihnen die Möglichkeit gegeben werden, sich ganz auf sich selbst konzentrieren zu können; auch lässt sich so von den Betreuerinnen gut beobachten, ob und wie sich ihr Verhalten ändert, wenn sie das Handy nach einiger Zeit wieder bekommen und Kontakte nach außen pflegen können.

5.4.1. Subkategorie Angehörigenarbeit

IP 1, IP 3 und IP 4 berichten, dass ein Einbeziehen des Herkunftsumfeldes in die Arbeit möglich ist, wenn eine Klientin das möchte. In diesem Fall kommen die Angehörigen ins Wohnhaus und es finden gemeinsame Gespräche mit ihnen, den Klientinnen und den Betreuerinnen statt und man versucht, gemeinsam zu reflektieren und an einer Annäherung zu arbeiten.

Auch in den Fällen, in denen die Familie nicht an der Arbeit im Wohnhaus teilnimmt, nimmt sie aber doch Einfluss auf eine Klientin, sobald Kontakt besteht.

„[...] aber oft merkt man das dann eh und kriegt es mit, weil natürlich kommt von außen, durch den Kontakt von außen auch wieder viel herein [...] und irgendwann kommt es dann eh heraus, oder wir wissen es eh schon ungefähr, um was es geht. Und natürlich wird das dann einfach reflektiert, aber natürlich dauert das und dann kippen sie wieder.“ (Interview 2)

Sehr wichtig ist, so IP 3, dass in diesen Gesprächen niemals Stellung gegen die Familie bezogen wird. Man möchte den Klientinnen die Möglichkeit geben, sich eine eigene Meinung zu bilden und selbst herauszufinden, was in ihrer Familie vielleicht nicht gut läuft. IP 3 erzählt von einer 17-jährigen Klientin, deren Mutter sie sehr kontrolliert und ihr nicht erlaubt hat, sich mit Freunden zu treffen, zu explorieren und Dinge zu unternehmen, die für Jugendliche dieses Alters

weithin als normal angesehen werden, während ihre Zwillingsschwester all diese Dinge tun durfte.

„Und das müssen einfach bei uns die Bewohnerinnen selber herausfinden, und die hat einfach bei uns, wo wir eben die Möglichkeit gehabt haben, zu explorieren, jugendlich zu sein. Man darf einmal ausgehen, ja, oder man darf einmal kindisch sein, oder man darf einmal mit den Mädchen shoppen gehen. [...] Und das war einfach ein bisschen eine Rückmeldung, wo sie gemerkt hat, eigentlich ist das nicht so ok, weil zuerst war sie, als sie gekommen ist, nein ganz normal, ich sitze lieber am Wochenende mit der Mama daheim und tu mit ihr Karten spielen [...] und wenn sie dann einfach rückmeldet, ihrer Betreuerin auch, ok, ich stelle mir mein Leben eigentlich ein bisschen anders vor, ist das für uns eigentlich schon was Positives.“ (Interview 3)

5.4.2. Subkategorie Herausforderungen in der Angehörigenarbeit

Generell, so erzählen alle interviewten Mitarbeiterinnen, gestalten sich die Kontakte zu den Angehörigen eher schwierig, besonders bei minderjährigen Klientinnen, da, wie bereits beschrieben, diese in manchen Punkten in die Arbeit mit einbezogen werden müssen.

Laut den Erfahrungen von IP 3 hat es in den letzten Jahren nur sehr wenige aus ihrer Sicht positive Kontakte zu den Familien der Klientinnen gegeben. Sie erzählt von einer 17-jährigen Klientin, die von beiden Eltern abgelehnt worden ist; wobei der Vater trotzdem an der Arbeit im Haus teilgenommen hat.

„Man hat immer wieder zu Gesprächen den Vater hereingeholt, es war halt wirklich schwierig, weil sie es schon geschafft hat, ihm mitzuteilen, was sie sich wünscht, und der Vater einfach sagt, interessiert ihn nicht [...] da ist es wirklich um Zuwendung gegangen, und auch irgendwo ein Teil seiner neuen Familie zu werden, wo er absolut sagt, geht nicht, interessiert mich nicht, weil die anderen Familienmitglieder halten sie auch nicht mehr aus.“ (Interview 3)

Gespräche dieser Art empfindet IP 3 als sehr ernüchternd. Sie erinnert sich aber auch an die positive Rückmeldung, die sie von der betreffenden Klientin einige Zeit später erhalten hat:

„[...] vor zwei, drei Monaten habe ich sie auf der Straße getroffen, wo sie klar sagt, das war das wichtigste, was sie jetzt gelernt hat, dass sie einfach den Papa abschließt und für sich selber sorgt, weil einfach jahrelang nachzulaufen, das bringt nichts mehr [...] sie war recht jung und wollte immer heim. Ja, aber ... sie hat für sich auch abgeschlossen, geht nicht, sie will es selber versuchen.“ (Interview 3)

Auch IP 1 erzählt von einer Klientin, bei der sich der Kontakt zur Familie, genauer gesagt zu ihrer Schwester, sehr schwierig gestaltet hat:

„[...] im März war eine Schwester von meiner Klientin, die selbst massiv, äh, persönlichkeitsgestört ist und massive körperliche Erkrankungen auch hat, und meine Klientin ist jetzt zwei Jahre da und wir versuchen seit zwei Jahren, irgendwie eine Regelung zu finden, wo es beiden gut geht. Auch die Schwester ist in Therapie, wir haben auch da Kontakt mit der Ärztin, mit der Therapeutin, nur funktioniert es einfach nicht. Aber nicht, weil meine Klientin das vielleicht boykottiert oder die andere, die Schwester das boykottiert, es ist einfach durch die Biographie, die sie haben und die massive, jahrelange destruktive Verhaltensweise ist das nicht so leicht zu durchbrechen.“ (Interview 1)

Auch kommt es vor, dass die Angehörigen bestimmten Lernaufgaben der Klientinnen im Weg stehen, die die Betreuerinnen mit ihnen erarbeiten möchten, was IP 3 als sehr problematisch und schwierig empfindet. Sie erzählt von einer Klientin, mit der sie an einem verantwortungsvolleren Umgang mit Geld arbeiten wollte, da diese keinen Zugang zu Geld zu haben schien und verschuldet war, die zu Hause in ihrer Familie aber regelmäßig Geld zugesteckt bekam. Das Einkaufen hatte zudem in dieser Familie einen hohen Stellenwert. Dieser Klientin einen verantwortungsvollen Umgang mit Geld zu vermitteln, gestaltete sich so sehr problematisch.

Ein weiterer Aspekt, den die Mitarbeiterinnen des Wohnhauses ‚Reethira‘ als schwierig in der Arbeit mit den Angehörigen sehen, ist die Tatsache, dass sie den Kontakt nicht immer als gesund für die Klientinnen einschätzen, da die Familien oft täterbesetzt sind. IP 4 sieht sich in so einem Fall in einer beschützenden Funktion für die Klientinnen, beispielsweise, in dem sie dafür sorgt, dass sie in einer instabilen Phase nicht auch noch auf Heimaturlaub gehen und dort einem Täter begegnen. IP 2 empfindet es zudem als schwierig, dass man als Betreuerin auch nicht weiß, zu wem die Klientinnen in welcher Form Kontakt haben, sobald sie nach der Anfangsphase ihr Telefon wieder zurückbekommen. Der Einfluss, der durch diese Kontakte auf die Arbeit mit den Klientinnen entsteht, wurde bereits beschrieben.

Trotz der schwierigen Familienkonstellationen, aus denen die Klientinnen ins Wohnhaus kommen, gibt es jedoch viele, die den Kontakt aufrechterhalten wollen, so IP 2. IP 4 erklärt, dass sie den Wunsch nach einer heilen Familie, den viele Klientinnen immer noch in sich tragen, sehr gut verstehen kann. Oft wird, so IP 3, an so einem positiven Familienbild festgehalten.

„Für, natürlich viele Klientinnen, ist natürlich die Familie heilig und super, in der Arbeit merkt man aber, was aber dann trotzdem dahinter steckt. Es wird einfach so nach vorne präsentiert, obwohl es im Hintergrund ganz anders läuft [...] aber ist eh klar, das ist einfach die Realität, die man haben muss, weil das ist das einzige, das man hat, an dem muss man natürlich festhalten, das ist im Krankheitsverlauf eh klar.“ (Interview 3)

Aufgrund dieser Schwierigkeiten kann festgehalten werden, dass im Wohnhaus ‚Reethira‘ die Arbeit mit den Angehörigen zwar möglich ist, das Konzept aber eigentlich eher darauf abzielt, mit den Klientinnen an ihrer Selbständigkeit und Entscheidungsfreiheit im Bezug auf ihr Herkunftsumfeld zu arbeiten.

5.5. Kategorie 6: Ziele

Die Klientinnen erhalten im Wohnhaus ‚Reethira‘ durch die traumapädagogische Arbeitsweise und die Angebote, die sich daraus ergeben, die Möglichkeit, neue Erfahrungen zu machen und neue Fertigkeiten zu erwerben und damit ihr Leben ins Positive zu verändern. IP 4 sieht ihre Rolle in diesem Zusammenhang folgendermaßen:

„[...] ich bin ein Begleiter auf ihrem Weg. Ich kann sie ein Stück des Weges begleiten, ich kann ihnen versuchen, etwas mitzugeben, was sie vielleicht in der Zukunft brauchen können oder an was sie mal zurück denken und sagen können, ok, da war es vielleicht schön oder das kann ich brauchen.“ (Interview 4)

IP 4 sieht es als die Aufgabe eine Bezugsbetreuerin an, den Klientinnen eine stabile, verlässliche, transparente Beziehung anzubieten, die anders ist als die Beziehungen, die sie in ihrem

Leben bzw. ihrem Herkunftsumfeld bisher kennen gelernt haben und die eben „[...] nicht so typisch borderline-mäßig“ (Interview 4) ist, wie sie es ausdrückt. Ebenfalls sieht es IP 4 als sehr wichtig, die Klientinnen im Laufe des Aufenthaltes im Haus dahin zu führen, dass sie immer mehr Verantwortung für sich selbst übernehmen und auf sich achten können, beispielsweise indem sie sich an die Betreuerinnen wenden, wenn sie selbst oder auch eine Kollegin sich selbst verletzt hat. In so einem Fall, so IP 4, werden die Klientinnen bestärkt darin, auf sich selbst und ihre Grenzen zu achten. Auch IP 3 hält es für bedeutsam, gerade in solchen Situationen die Abgrenzung der Klientinnen zu fördern.

Ebenfalls gefördert wird im Zuge des Aufenthaltes im Wohnhaus die selbständige Lösung von Konflikten und auch ein selbständiges Stabilisieren in Zeiten, in denen es den Klientinnen nicht gut geht, und sich nicht zu sehr auf die Beziehungen zu den Kolleginnen oder auch zu den Betreuerinnen zu verlassen.

„Wo wir auch ganz stark auf das hin arbeiten, dass wir sagen, du selbst musst dich stabilisieren lernen, weil diese Person ist nicht immer bei dir, Tag und Nacht, gleich wie wir auch nicht da sind, wir können nur Tipps geben, was du machen kannst, wenn es dir schlecht geht, aber auch wir als Personen sind nicht immer da. [...] Das heißt, da schon klären, was machst du selbständig in deiner Art und Weise, und dann in die Selbständigkeit gehen versuchen.“ (Interview 3)

Wichtig hierfür kann beispielsweise das Skills-Training sein, das es den Klientinnen immer besser ermöglicht, auch in Situationen, in denen sie in eine hohe Spannung geraten, adäquat zu reagieren, so IP 1.

Wie in einem vorherigen Kapitel bereits erläutert, dauert der Aufenthalt im Wohnhaus bis zu zwei Jahren und kann in den meisten Bundesländern auch noch verlängert werden. IP 1 gibt jedoch zu bedenken, dass man auch dann, wenn eine Klientin Therapiewilligen zeigt und die Angebote für sich nützt, sie nicht zu lange im Haus behalten sollte.

„Man muss halt nur aufpassen, dass man das dann nicht so in die Länge zieht, dass sie da herinnen dann quasi ihr Leben, ihren Lebensalltag planen, weil trotzdem das Leben passiert da draußen und sie müssen ja auch irgendwie wieder Fuß da draußen fassen.“ (Interview 1)

Generell kann festgehalten werden, dass im Wohnhaus ‚Reethira‘ viel Wert auf die Förderung der Selbständigkeit der Klientinnen gelegt wird, vor allem in der Arbeit mit volljährigen Klientinnen, die möglichst in die Selbständigkeit entlassen werden sollen, wobei IP 1 einräumt, dass viele ihrer Klientinnen aufgrund zahlreicher Aufenthalte in Psychiatrien und anderen Einrichtungen vor dem Einzug ins Wohnhaus bereits hospitalisiert sind, weshalb ein gänzlich selbständiges Leben nur für wenige von ihnen möglich sein wird.

5.6. Kategorie 7: Verbesserungen

Obwohl sich der Prozess, den die Klientinnen im Rahmen ihres Aufenthaltes im Wohnhaus ‚Reethira‘ durchlaufen, in kleinen Schritten vollzieht, konnten doch einige Aspekte festgehalten werden, die sich im Laufe der Zeit verbessern. IP 1 erzählt zum Beispiel, dass sich die Selbstverletzung bei sehr vielen Klientinnen erheblich minimiert.

IP 3 fällt auf, dass sich zwar die Beziehungen der Klientinnen untereinander nur sehr schwer verbessern lassen aufgrund dessen, dass sie alle kein gesundes Beziehungsverhalten kennen. Die Beziehungen hin zu ihren Bezugsbetreuerinnen verbessern sich aber durchaus und werden gesünder, und die Klientinnen fassen mehr und mehr Vertrauen.

„Gesünder auf jeden Fall bei manchen Mädchen, die vielleicht schon länger da sind, mit der Bezugsbetreuerin, glaube ich, weil da einfach eine Person ist, die das reflektieren kann. Und die andere, die natürlich da einfach ein Defizit hat. [...] Aber teilweise merkt man dann schon, wenn man sagt, schau, jetzt habe ich vielleicht Blödsinn gemacht, aber die steht noch immer hinter mir. [...] Oder ich war dann nur vielleicht nicht ganz ehrlich, man sagt zwar dazu, sei ehrlich, aber trotzdem arbeite ich mit ihr weiter. Ja, das ist so unser Zugang, und das spüren sie dann schon, wenn jemand wirklich einmal, wenn jemand ein Jahr oder sowas da ist, ach ja schau, die ist noch immer hinter mir, obwohl gewisse Sachen nicht so gut laufen, so.“ (Interview 3)

IP 1 und IP 4 erzählen außerdem, dass manche Klientinnen auch wieder in einen Arbeitsalltag integriert werden können, wenn auch nicht in eine übliche 40-Stunden-Anstellung. Manche Klientinnen haben die Möglichkeit, am 2. Arbeitsmarkt unter zu kommen, für die Zeit des Aufenthaltes beispielsweise in einer Produktionsschule, die eine halbe Stunde entfernt vom Wohnhaus die Möglichkeit bietet, sich in den Fachbereichen Metall, Tischlerei oder Küche erproben zu können, so IP 1. Es gibt auch Klientinnen, die verschiedene Praktika absolvieren oder eine Lehre beginnen, die sie nach dem Auszug aus dem Wohnhaus fortsetzen. IP 4 weist jedoch darauf hin, dass es sich hier um Klientinnen handelt, die schon einen Schritt weiter gekommen sind und eine gewisse Stabilität im Alltag aufweisen, die es ihnen ermöglicht, nach draußen in die Exploration zu gehen. Es gibt jedoch auch Klientinnen, so IP 1, die generell als arbeitsunfähig attestiert sind.

5.7. Kategorie 8: Was hilft der Mitarbeiterin persönlich?

Als hilfreich zur Bewältigung ihrer täglichen Arbeit gaben alle interviewten Mitarbeiterinnen ein funktionierendes Team, in dem man sich wohl fühlt und mit dem man über alles reden und unterschiedliche Eindrücke austauschen kann, als einen sehr wichtigen Faktor an.

„Wir haben ein super Team, das kommt auch dazu. Äh, wo jeder die gleiche Haltung hat, wo wir uns im Team sehr gut verstehen, wo halt sehr viel Austausch passiert [...].“ (Interview 1)

„[...] wenn man kein stabiles Team hat, wo man das aussprechen kann auch, dass das auch mit einem was macht, dann glaube ich, dass das sehr schwer ist, mit, ähm, Klientinnen, die ein Trauma haben, zu arbeiten, und im Besonderen mit Borderline-Klientinnen.“ (Interview 4)

Im Zusammenhang damit erzählen IP 1 und IP 3, dass dieses gut funktionierende Team in dieser Form erst seit der Abspaltung von der Einrichtung ‚Ubuntu‘ im Jahr 2015 existiert aufgrund dessen, dass sich die hierarchischen Strukturen sehr verflacht haben. Dieser Punkt wurde bereits ausgeführt.

Alle interviewten Mitarbeiterinnen gaben zudem an, das Angebot der Supervision als wichtig und ausreichend zu empfinden. Vorgesehen sind im Wohnhaus ‚Reethira‘ vier Einzelsupervisionen jährlich für jede Mitarbeiterin, jedoch kann diese Anzahl bei Bedarf beliebig erhöht werden, was von den Mitarbeiterinnen ebenfalls als sehr hilfreich erlebt wird.

„[...] ich muss jetzt warten weil kein Budget oder so, das gibt es bei uns nicht weil eben wichtig ist, die eigene Geschichte, die eigene Biographie spielt ja immer mit, dass das gut aufgerollt ist, weil sonst steht man in der Arbeit halt an.“ (Interview 1)

Zusätzlich finden immer wieder Gruppensupervisionen statt, um allfällige Angelegenheiten im Team zu klären, und spezielle Fallsupervisionen, wenn im Team Unklarheit darüber herrscht, wie im Fall einer bestimmten Klientin vorzugehen ist. Alle interviewten Mitarbeiterinnen stehen der Supervision sehr positiv gegenüber, auch, weil sie die Möglichkeit bietet, die eigene Geschichte zu reflektieren, was beispielsweise IP 1 und IP 4 als sehr wichtig für ihre Arbeit empfinden.

Einige der Mitarbeiterinnen des Wohnhauses ‚Reethira‘ suchen zusätzlich zu diesem Angebot auch privat eine Selbsterfahrung auf, beispielsweise im Rahmen einer geplanten Psychotherapieausbildung, wodurch sich eine weitere Möglichkeit der Reflexion bietet.

IP 1 nennt zudem ihre innere Haltung als hilfreich für ihre tägliche Arbeit, damit meint sie eine Haltung, die sie die Möglichkeiten der Klientinnen realistisch einschätzen und auch wissen lässt, dass sie nicht jede Klientin retten kann, wie sie sagt. Sie versucht, ihr Wissen so gut es geht weiter zu geben und mit dem Team ihr Bestmögliches für die Klientinnen zu tun, jedoch weiß sie und hält sich vor Augen, dass es nur sehr kleine Schritte sein werden, in denen sie voran kommen. Dies zu wissen, sagt IP 1, schützt sie davor, von ihrer täglichen Arbeit frustriert zu werden. Was ihr die Arbeit außerdem leichter macht, ist das, was sie den Klientinnen an positiven Erlebnissen mit auf den Weg geben und sich gemeinsam mit ihnen freuen kann:

„[...] was wir ihnen halt auch sehr vermitteln ist dieses familiäre Gefühl, also zum Beispiel Weihnachten oder Urlaube, wir fahren auch mit ihnen auf Urlaub, Sommer- und Winterurlaub, einfach dieses ... ja, Kinder, die nie eine Kindheit gehabt haben, irgendwie das zu vermitteln und zu schenken. [...] Die leuchtenden Augen, das ist wirklich, da geht einem das Herz auf, ja.“ (Interview 1)

5.8. Kategorie 9: Was nimmt die Mitarbeiterin aus der Arbeit mit?

IP 2 und IP 4 erzählen, dass sie aus ihrer Arbeit sehr viel über sich selbst lernen, sich selbst und ihre Reaktionen kennen lernen.

„[...] die Arbeit macht mir einfach deshalb Spaß, weil nicht nur sie was von mir lernen können, sondern ich kann auch ganz viel von ihnen lernen. Sie zeigen mir ja auch Verhaltensweisen auf, die ich habe, wo ich mich selbst reflektiere. [...] Und das, ähm, verändert mich einfach ganz stark.“ (Interview 4)

Beiden Mitarbeiterinnen fällt außerdem auf, dass sie dieses Reflektieren auch mit nach draußen in ihr Privatleben nehmen.

„Eh, diese Sachen, wo ich merke, auf das springe ich so an, und so reagiere ich auf das, dass ich viel mehr angefangen habe, mein eigenes Verhalten zu reflektieren, was ich auch privat viel mehr mache als früher. Also, dass ich sicherlich die Selbstreflexion und auch das Verhalten von anderen zu reflektieren ... also, ich meine, bis man da hinein kommt, da habe ich schon ein bisschen gebraucht, aber jetzt funktioniert das einfach schon automatisch, da braucht man ein bisschen Übung, dann geht das sehr wohl, also, sehr gut eigentlich, und das ist eigentlich was, was ich schon mitnehmen hab können. Ja.“ (Interview 2)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass alle interviewten Mitarbeiterinnen ihrer Arbeit im Wohnhaus ‚Reethira‘ sehr positiv gegenüber stehen und die Möglichkeit der Selbstreflexion, die auf verschiedene Weise daraus entsteht, gewinnbringend für sich nutzen können.

Das nächste Kapitel fasst die hier im Detail beschriebenen Kategorien nochmals zusammen, diskutiert und setzt sie in Zusammenhang mit den theoretischen Ausführungen der ersten Kapitel.

6. ZUSAMMENFASSUNG & DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Es wurden im Zuge der durchgeführten Studie fünf Mitarbeiterinnen des Wohnhauses ‚Reethira‘ in Stainz in der Steiermark zu ihrer traumapädagogischen Arbeit speziell mit Klientinnen, die an einer BPS leiden, interviewt. In Folge der Auswertung der Interviews ergaben sich neun Kategorien, die verschiedene Aspekte der Arbeit im Wohnhaus ‚Reethira‘ sowie des persönlichen Empfinden der Mitarbeiterinnen beleuchten.

Die erste Kategorie ‚Rahmenbedingungen‘ beschreibt einmal meinen persönlichen Eindruck. Ich habe das Wohnhaus als sehr freundlich und hell und die Mitarbeiterinnen als sehr hilfsbereit erlebt. Ebenfalls gibt diese Kategorie Aufschluss über allgemeine Aspekte der Einrichtung wie beispielsweise die feste Tagesstruktur, die das Zusammenleben der Klientinnen und der Betreuerinnen regelt und auf die im Wohnhaus großer Wert gelegt wird. Mehrere Mitarbeiterinnen betonen im Zuge der Interviews, dass diese Struktur als sehr hilfreich von den Klientinnen empfunden wird. Dies deckt sich mit der Auffassung von Gahleitner (2014) und Baiertl (2014), die ebenfalls die Bedeutung von Strukturen und Grenzen in der traumapädagogischen Arbeit herausheben, die den Klientinnen ein Gefühl von Sicherheit geben sollen, indem die täglichen Abläufe in der Einrichtung so transparent und berechenbar erscheinen.

Ebenfalls gibt diese Kategorie einen Einblick in die Art der interdisziplinären Zusammenarbeit, die im Wohnhaus ‚Reethira‘ stattfindet und den Klientinnen zweimal pro Monat ermöglicht, einen Psychiater zu sehen, der ins Haus kommt, sowie auch Psychotherapie zu erhalten, sowohl im Haus als auch außerhalb. Dieser interdisziplinären Zusammenarbeit kommt laut Gahleitner (2014) neben den Angeboten, die sich aus dem traumapädagogischen Setting ergeben, eine nicht unwesentliche Bedeutung zu, um die Bedürfnisse traumatisierter Klientinnen abdecken und sie umfassend versorgen zu können.

Den Aspekten, die die Mitarbeiterinnen in der Arbeit mit den BPS-Klientinnen als herausfordernd empfinden, widmet sich die zweite Kategorie ‚Herausforderungen‘. Die Angaben, die im Laufe der Interviews zu diesem Punkt gemacht wurde, decken sich erwartungsgemäß mit einigen Aspekten der Beschreibung der Symptomatik im DSM-V (American Psychiatric Association, 2015), die das Krankheitsbild der BPS mit sich bringt, beispielsweise die Spaltung zwischen den verschiedenen Betreuerinnen, mit der im Team umgegangen werden muss, oder die

typisch instabile Beziehungsgestaltung, die nicht nur die Beziehung zu den Betreuerinnen, sondern auch die Interaktionen der Klientinnen untereinander besonders am Anfang des Aufenthaltes im Haus beherrscht. Auch das Thema der Selbstverletzung wird in den Interviews oft angesprochen. Überraschend erscheint mir in diesem Zusammenhang, wie sehr die Klientinnen dazu neigen, sich dies und andere destruktive Verhaltensweisen, wie es zwei der interviewten Mitarbeiterinnen ausdrücken, voneinander abzuschauen und sich ebenfalls zu verletzen, sobald sie dies bei einer Kollegin sehen. Noch überraschender scheint mir, dass dies sogar Klientinnen betrifft, die vorher keine Selbstverletzungstendenzen gezeigt haben. Von Seiten der interviewten Mitarbeiterinnen war gerade im Umgang mit diesem Thema eine sehr sachliche, wertfreie Haltung spürbar, die die Verantwortung für die Selbstverletzung an die betroffenen Klientinnen so weit als möglich zurückgibt.

Die dritte Kategorie ‚Traumapädagogische Arbeit‘ fasst allgemeine Aspekte zusammen, die die traumapädagogische Arbeit im Wohnhaus ‚Reethira‘ betreffen, und teilt sich in zwei Subkategorien, wovon sich eine mit den grundlegenden Werthaltungen befasst, die der Arbeit zugrunde liegen, und die andere mit genannten Aspekten der Beziehung zwischen den Klientinnen und den Betreuerinnen.

Die Subkategorie ‚Grundwerte‘ fasst die Werthaltungen zusammen, auf die das Konzept des Wohnhauses Wert legt und die von den interviewten Mitarbeiterinnen für die Arbeit mit den BPS-Klientinnen als besonders wichtig empfunden werden, wie beispielsweise Transparenz, Ehrlichkeit und die Annahme, dass jedes noch so destruktive Verhalten seinen guten Grund hat. Dies deckt sich mit der Ansicht von Kühn (2013, 2014) und Baierl (2016), die es für die traumapädagogische Arbeit als zentral ansehen, traumatisierten jungen Menschen stets mit Wertschätzung zu begegnen und ihr Verhalten als eine sinnhaft erworbene Überlebensstrategie im Zuge ihrer Biographie anzusehen. Diese wertschätzende Haltung gegenüber den Klientinnen war während der Interviews bei allen Mitarbeiterinnen spürbar.

Ebenfalls wird im Wohnhaus großer Wert darauf gelegt, dass die Klientinnen vor triggernden Situationen geschützt werden, die sie an traumatische Erlebnisse erinnern. Auch Gahleitner (2014) hält solche triggerfreien Zeiten in der Arbeit mit traumatisierten jungen Menschen für sehr bedeutsam. Im Wohnhaus ‚Reethira‘ werden die Klientinnen deshalb angehalten, ihren Kolleginnen nicht ihre Lebensgeschichte und die traumatischen Ereignisse zu erzählen, die darin vorgekommen sind, sondern sich damit an die Betreuerinnen zu wenden. Auch sollten im

Fall einer Selbstverletzung lange Ärmel getragen werden, um nicht in anderen Bewohnerinnen den Druck, sich schneiden zu müssen, zu erhöhen.

Die Bedeutsamkeit dieser Beziehung zu den Betreuerinnen für die traumapädagogische Arbeit zeigt die Subkategorie ‚Betreuerinnen-Klientinnen-Beziehung‘ auf. Diese wird beispielsweise dadurch deutlich, dass sich die Selbstverletzungen mit dem Wachsen der Beziehung und der Stabilität, die die Klientinnen aus ihr gewinnen können, wesentlich verringern. Es wurde in der theoretischen Einführung über Traumapädagogik bereits dargelegt, wie bedeutsam eine bindungsorientierte Arbeit für traumatisierte junge Menschen sein kann, da sie ihnen die Möglichkeit bietet, frühere, eventuell missbräuchliche Bindungserfahrungen zu korrigieren (Brisch, 2013). Die Ansicht der Mitarbeiterinnen im Wohnhaus stimmt dem zu. Überraschend scheint mir hier, dass der Aufbau dieser Beziehung hin zu den Bezugsbetreuerinnen, so wie in den Interviews berichtet wurde, trotz der Traumatisierung und teilweisen Hospitalisierung der Klientinnen doch sehr rasch von statten gehen kann.

Die vierte Kategorie ‚Interventionsmöglichkeiten‘ bietet einen Einblick in die konkreten Arbeitsschritte, die im Wohnhaus und im Speziellen in der Arbeit mit den Klientinnen, die an einer BPS leiden, gesetzt werden können. Neben dem Aufbau der Beziehung durch immer neues Anbieten von Unterstützung und auch dem Animieren, diese anzunehmen, kommt vor allem der Reflexion eine große Bedeutung zu, wie es auch von Kühn (2013) als sehr wichtig erachtet wird. Diese Reflexionen umfassen alle Themen des täglichen Lebens im Haus, beispielsweise die Beziehungen zu den Betreuerinnen, den Kolleginnen oder zu den Menschen im Herkunftsumfeld, die Reflexion von inadäquatem Verhalten oder Selbstverletzungen. Die interviewten Mitarbeiterinnen erzählen, dass dieses Reflektieren für viele Klientinnen etwas gänzlich Neues ist.

Im Wohnhaus ‚Reethira‘ wird zudem psychoedukativ, das heißt erklärend, gearbeitet und das speziell für Menschen, die an einer BPS leiden, entwickelte Skills-Training durchgeführt. Mit Hilfe von Arbeitsblättern wird zudem an Stresstoleranzen, Gefühlen und zwischenmenschlichen Fertigkeiten gearbeitet, die von den interviewten Mitarbeiterinnen bei den Klientinnen mit einer BPS als sehr gering eingeschätzt werden. Eine besondere Bedeutung kommt zudem der positiven Verstärkung zu, die auch von Hoffmann (2002) als sehr wesentlich gesehen wird in der Arbeit mit jungen Menschen, die an einer BPS leiden.

Die fünfte Kategorie ‚Angehörige‘ teilt sich in einen allgemeinen Teil und zwei Subkategorien auf und fasst alle Aspekte zusammen, die in den Interviews zu diesem Thema zur Sprache gekommen sind. Der allgemeine Teil erläutert die übliche Umgehensweise mit dem Herkunftsumfeld der Klientinnen. Das Konzept des Wohnhauses ‚Reethira‘ sieht eigentlich keine Angehörigenarbeit vor und will besonders den volljährigen Klientinnen zu größtmöglicher Selbständigkeit verhelfen, jedoch ist ein Einbezug der Angehörigen möglich, wenn eine Klientin das möchte. Wesentlich in diesem Konzept ist auch, dass die Klientinnen selbst, und auch die Minderjährigen unter ihnen soweit als möglich, selbst entscheiden, ob und in wie weit sie mit ihrem Herkunftsumfeld Kontakt pflegen möchten.

Die Subkategorie ‚Angehörigenarbeit‘ bietet Einblick in die Art und Weise, wie sich dieses Einbeziehen der Angehörigen vollzieht. Im Wesentlichen werden Hilfestellungen durch Gespräche und Reflexionen angeboten. Von Bedeutung ist hier, dass den Klientinnen Zeit und Raum gelassen wird, sich ihr eigenes Bild über ihr Herkunftsumfeld zu machen.

Die Subkategorie ‚Herausforderungen in der Angehörigenarbeit‘ fasst alle Aspekte zusammen, die die Mitarbeiterinnen als schwierig erleben, wie beispielsweise die Tatsache, dass die Familien oft täterbesetzt sind und es sehr schwierig ist, den Kontakt zu ihnen auf eine für die Klientinnen nachhaltig positive Art und Weise zu gestalten. Es wurde im Laufe der Interviews deutlich, dass alle Mitarbeiterinnen zwar gerne bereit sind, den Klientinnen im Kontakt mit der Familie Hilfestellung zu bieten, sie dies jedoch als sehr schwierig und in nur sehr wenigen Fällen als erfolversprechend ansehen aufgrund der Biographie der Klientinnen, die sie mit ihren Angehörigen verbindet.

Die sechste Kategorie ‚Ziele‘ fasst all das zusammen, worauf mit den Klientinnen im Laufe des Aufenthaltes im Wohnhaus ‚Reethira‘ hingearbeitet wird, beispielsweise die Beherrschung der Skills und damit verbunden die Fähigkeit, sich selbständig stabilisieren zu können. Ebenfalls sollen die Klientinnen lernen, die Verantwortung für sich und ihr Leben bis zu einem möglichst großes Teil selbst zu übernehmen. Im Laufe der Interviews wurde jedoch deutlich, dass nur ein sehr kleiner Anteil der Klientinnen, die ins Wohnhaus kommen, jemals ganz selbständig zu leben in der Lage sein wird. Einige Aspekte, die sich jedoch im Laufe des Aufenthaltes bei den Klientinnen tatsächlich häufig verändern, fasst die siebte Kategorie ‚Verbesserungen‘ zusammen, beispielsweise die Zunahme von Vertrauen in der Beziehung zur Bezugsbetreuerin oder auch eine Reduktion der Selbstverletzungen.

Die Empfindungen der Mitarbeiterinnen im Wohnhaus ‚Reethira‘ bzw. die Aspekte, die ihnen in ihrer täglichen Arbeit als hilfreich erscheinen, werden in der achten Kategorie ‚Was hilft der Mitarbeiterin persönlich?‘ erläutert. Hier wird zu aller erst die gute Zusammenarbeit im Team und die dadurch entstehende positive Atmosphäre genannt, die die Arbeit im Wohnhaus angenehm bzw. überhaupt erst möglich macht. Große Bedeutung kommt in den Augen der Mitarbeiterinnen auch der Supervision zu, was mit der Ansicht von Kühn (2013) einher geht. Er geht davon aus, dass es in einem traumapädagogischen Setting sehr wichtig ist, das Umfeld nicht nur für die KlientInnen, sondern auch für die MitarbeiterInnen als einen sicheren Ort zu gestalten und ein ausreichendes Angebot an Supervision zur Verfügung zu stellen um zu verhindern, dass es zu Überforderung oder sekundärer Traumatisierung und in Folge dessen zu einem Burn-Out kommt.

Diese Selbstreflexion, die die Mitarbeiterinnen im Rahmen dieser Supervision, aber auch täglich in ihrem Arbeitsalltag praktizieren, ist etwas, das sie mit der Zeit verinnerlichen und in ihr Privatleben mitnehmen. Es wurde im Laufe der Interviews deutlich, dass die Mitarbeiterinnen diese Fähigkeit zur Reflexion und das dadurch mögliche Kennenlernen ihrer selbst und ihrer Reaktionen als sehr positive Eigenschaften ansehen, sowohl in der Arbeit als auch in ihrem Privatleben. Dies findet in der neunten Kategorie ‚Was nimmt die Mitarbeiterin aus der Arbeit mit?‘ seine Ausführung.

7. FAZIT

„Wie gestaltet sich die traumapädagogische Arbeit mit jungen Frauen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, und welche Herausforderungen ergeben sich daraus?“

Bezugnehmend auf diese Forschungsfrage, die der vorliegenden Arbeit zugrunde liegt, kann gesagt werden, dass die durchgeführte Studie viele Einblicke in die traumapädagogische Arbeitsweise des Wohnhauses ‚Reethira‘ und das Setting ermöglicht, das die Klientinnen dort vorfinden. Es zeichnet sich aus durch eine klare Struktur, die einen stabilen Rahmen sowie ein hohes Maß an Vorhersagbarkeit für die Klientinnen bietet, die aber auch individuell angepasst werden kann, so dass jede Klientin mit ihren Bedürfnissen ihren Platz findet.

Ebenfalls zeichnet die Studie ein sehr übersichtliches Bild davon, wie mit den Klientinnen, und im Speziellen mit den Klientinnen, die an einer BPS leiden, gearbeitet wird. Es zeigt sich, dass auch bei ihnen im Wesentlichen die gleiche traumapädagogische Arbeitsweise zur Anwendung kommt wie bei Klientinnen mit anderen Ausgangsdiagnosen, jedoch scheint einigen Aspekten in der Arbeit mit einer BPS ein besonderer Stellenwert eingeräumt werden zu müssen, um mit den speziellen Herausforderungen, die sich aus dem Krankheitsbild bzw. dessen Symptomatik ergeben, umgehen zu können:

- **Transparenz** macht Abläufe und Interaktionen nachvollziehbar, die Klientinnen können leichter vorhersehen, was auf sie zukommt und eine möglicherweise befürchtete Willkür von Seiten der Betreuerinnen kann leichter ausgeschlossen werden.
- Das Setzen von **Grenzen** und eine **geregelter Struktur**, die aber doch individuell gestaltet werden kann, bieten einen sicheren Rahmen, an dem sich die Klientinnen orientieren können. Wichtig ist in diesem Fall auch, dass sich die Mitarbeiterinnen im Bezug auf die gesetzten Grenzen einig sind und gegenüber den Klientinnen die gleiche Haltung vertreten.
- Es erfordert eine reflektierte **Zusammenarbeit im Team** und viel Austausch, um mit der Spaltung zwischen den einzelnen Mitarbeiterinnen adäquat umgehen zu können, die das Krankheitsbild der BPS mit sich bringt.

- Auf die **Vermeidung von triggernden Situationen** ist in der Arbeit mit den BPS-Klientinnen sehr zu achten, da es in solchen Fällen sonst häufig zu Selbstverletzungen kommt.

Im Rahmen der durchgeführten Studie wurden vier Mitarbeiterinnen interviewt; wären es mehr gewesen oder hätte man zusätzlich vielleicht noch eine teilnehmende Beobachtung durchgeführt, hätte dies sicherlich noch weitere interessante Aspekte ans Licht bringen können, die sich aus der täglichen Arbeit bzw. dem Zusammenleben mit den BPS-Klientinnen ergeben und um die diese Liste ergänzt werden hätte können. Dies hätte aber den Rahmen der vorliegenden Arbeit gesprengt. Die Forschungsfrage, die der durchgeführten Studie zugrunde liegt, konnte in dem zur Verfügung stehenden Rahmen jedoch für mich zufriedenstellend beantwortet werden.

Stellt man sich nun die Frage, wie sich dieser Forschungsgegenstand in der Erziehungswissenschaft verorten lässt, wird gerade am Beispiel des Wohnhauses ‚Reethira‘ sehr schnell klar, dass es für die AbsolventInnen dieser Studienrichtung von großer Bedeutung sein sollte, sich mit der mittlerweile bekannten Vielfalt psychischer Störungen und auch mit dem Thema Trauma auseinander zu setzen, da die meisten Mitarbeiterinnen dort aus einem pädagogischen Grundberuf kommen und sich im Setting des Wohnhauses mit der Aufgabe konfrontiert sehen, mit jungen Menschen professionell umgehen zu müssen, die an einer Vielzahl an Traumafolgerkrankungen leiden.

So wie die Mitarbeiterinnen des Wohnhauses ‚Reethira‘ befinden sich wohl sehr viele AbsolventInnen des Studiums der Erziehungswissenschaften früher oder später in einem Arbeitskontext, in dem sie auf Menschen treffen, die an den verschiedensten psychischen Auffälligkeiten wie beispielsweise eben einer BPS leiden, sei es in einem Setting mit Kindern, Jugendlichen, jungen Erwachsenen, Menschen mit Migrationshintergrund oder Behinderung, und mit ihnen allen sollte von den AbsolventInnen eines Studiums, das sie bemächtigt, in einem solchen Kontext zu arbeiten, in einem professionellen Rahmen adäquat umgegangen werden können. Aus diesem Grund sollte ein solches Studium die Möglichkeit bieten, sich sowohl das theoretische Hintergrundwissen als auch zumindest ein kleines Maß an praktischer Erfahrung anzueignen, das benötigt wird, um in den diversen Kontexten und Settings professionell arbeiten zu können.

So sollte es unerlässlich sein, in der Arbeit gerade mit jungen, aber auch mit erwachsenen Menschen Kenntnisse über deren geistig-emotionale Entwicklung zu besitzen, wie diese von statten

gehen sollte und wie sich bestimmte Geschehnisse in ihrem Leben auf diese Entwicklung auswirken können. Dies würde auch zu einem grundlegenden Verständnis diverser psychischer Auffälligkeiten führen, mit denen man in verschiedensten pädagogischen Settings immer wieder konfrontiert ist.

Ähnlich verhält es sich mit dem Aspekt der Traumatisierung, den man in der Arbeit mit Menschen, die oftmals trotz ihres jungen Alters schon sehr viel erlebt haben, in jedem Fall mit bedenken sollte, weshalb auch dieses Themengebiet in einem Studium der Erziehungswissenschaft unbedingt seinen Platz finden sollte. Die Fachdisziplin der Traumapädagogik stellt zudem einen neuen wissenschaftlichen Zweig der Pädagogik dar, der in einem pädagogischen Studium einer Berücksichtigung würdig sein sollte.

Auch kommt man gerade in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, aber auch mit Menschen mit Behinderung immer wieder nicht umhin, nicht nur mit ihnen, sondern auch mit ihren Angehörigen arbeiten und umgehen zu müssen, was in manchen Fällen sehr feinfühliges Kommunikationskompetenzen fordert. Auch diese sollten in einem Studium der Erziehungswissenschaften geschult werden können.

Leider haben sich sowohl das Bachelor- als auch das Masterstudium, das sich bisher nach dem Curriculum von 2008 zu richten hatte, dieser Themengebiete nur am Rande angenommen, und das, bis auf wenige Ausnahmen, auf eine sehr theoretische Art und Weise. Auch ist im Studium der Erziehungswissenschaft kein Praktikum vorgesehen, welches den Studierenden die Möglichkeit bieten würde, sowohl Einblicke in ihren späteren Arbeitsalltag zu bekommen, als auch das Wissen, das sie an der Universität erworben haben, praktisch umzusetzen. Hinzu kommt, dass es sich mitunter sehr schwierig gestaltet, eine Stelle für ein freiwilliges Praktikum zu erhalten, weil diese Plätze meist vorrangig an die Studierenden aller jener Studienrichtungen gehen, die ein Praktikum vorweisen müssen.

Das neue Master-Curriculum 2017 lässt allerdings Hoffnung schöpfen, denn es scheint, als würden viele der genannten Themengebiete darin deutlich mehr Platz finden. So werden Lehrveranstaltungen über Entwicklungspsychologie angeboten und es wird auch auf diverse psychische Auffälligkeiten eingegangen. Ein ganzes Modul widmet sich zudem dem Themenbereich der Gewalt und der Traumatisierung in der Erziehung und Bildung.

Natürlich kann ein Masterstudium nicht in all diesen Themenbereichen spezialisierend ausbilden, jedoch sollte es den AbsolventInnen solide Grundkenntnisse vermitteln. Vertiefend können je nach Bedarf diverse Zusatzausbildungen absolviert werden. Gerade im Bereich der Traumapädagogik kann die Ausbildung zum/zur ‚Diplomierten TraumapädagogIn und Traumazentrierten FachberaterIn (DeGPT/BAG)‘ bei mehreren Anbietern abgeschlossen werden, beispielsweise bietet das Österreichische Traumapädagogikzentrum eine Ausbildung im Umfang von 440 Unterrichtseinheiten bzw. 15 ECTS-Punkten an, die sich aus verschiedenen Unterrichtsmodulen, Praxisübungen und Interventionen zusammensetzt und mit einer Diplomarbeit sowie einer mündlichen Prüfung abgeschlossen wird. (www.traumapaedagogik.at) Ähnlich gestaltet sich die Ausbildung der Organisation Wunderkinder – Traumapädagogik und interdisziplinäre Traumaarbeit Graz, die sich in neun verschiedene Module in einem Umfang von 220 Unterrichtseinheiten aufteilt und die ebenfalls theoretisches Wissen, Praxis und Reflexion beinhaltet und mit einer Projektarbeit abgeschlossen wird (www.wunderkinder-graz.at).

Auch die Universität Innsbruck bietet seit dem Wintersemester 2017/2018 einen Kurs zum Thema Traumapädagogik an, der sich in sieben verschiedene Module unterteilt und ebenfalls einen Umfang von 15 ECTS-Punkten aufweist. Aus der Beschreibung des Kurses geht jedoch nicht hervor, in wie weit praktische Übungen und Reflexionen im Programm mit enthalten sind (www.uibk.ac.at/weiterbildung)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Fachdisziplin der Traumapädagogik sehr viele Aspekte, von theoretischem Hintergrundwissen bis hin zu konkreten Anregungen beinhaltet, die in der Arbeit mit psychisch belasteten Menschen von Nutzen sein können, nicht zuletzt deshalb, weil sie die Möglichkeit bietet, mehrere wissenschaftliche Disziplinen miteinander zu verbinden. So schlägt die Traumapädagogik eine Brücke zwischen den Erkenntnissen der Psychotraumatologie und der pädagogischen Arbeitsweise und lässt damit einen Blick über den Tellerrand der eigenen Disziplin hinaus zu, der für die praktische Arbeit mit vielen KlientInnen eines jeden Alters und in jedem Setting nur gewinnbringend sein kann.

LITERATUR

Ainsworth, Mary D. S., Bell, Silvia M. & Stayton, Donelda J. (1974): Bindung zwischen Mutter und Kind und soziale Entwicklung: "Sozialisation" als Ergebnis gegenseitigen Beantwortens von Signalen in: Grossmann, Klaus E. & Grossman, Karin (2003): Bindung und menschliche Entwicklung. J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Stuttgart

American Psychiatric Association (2015): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Hogrefe Verlag GmbH & Co KG, Göttingen

Baierl, Martin (2014): Traumaspezifische Bedarfe von Kindern und Jugendlichen in: Gahleitner; Silke Brigitta; Hensel, Thomas; Baierl, Martin; Kühn, Martin; Schmid, Marc (Hg.) (2014): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern – Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen/Vandenhoeck & Ruprecht LLC, Bristol, CT, U.S.A.

Baierl, Martin (2016): Bei uns bist du sicher. Psych Pflege 2016; 22; 105-110

Baierl, Martin; Götz-Kühne, Cornelia; Hensel, Thomas; Lang, Birgit; Strauss, Jochen (2014): Traumaspezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in: Gahleitner; Silke Brigitta; Hensel, Thomas; Baierl, Martin; Kühn, Martin; Schmid, Marc (Hg.) (2014): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern – Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen/Vandenhoeck & Ruprecht LLC, Bristol, CT, U.S.A.

Bausum, Jacob; Besser, Lutz Ulrich; Kühn, Martin; Weiß, Wilma (Hrsg.) (2013): Traumapädagogik – Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Beltz Juventa. Weinheim und Basel

Beckrath-Wikling, Ulrike; **Biberacher**, Marlene; **Dittmar**, Volker; **Wolf-Schmid**, Regina (2013): Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik – Ein Handbuch für Psychotraumatologie in beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontexten. Junfermann Verlag, Paderborn

Bowlby, John (2006): Bindung. Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, München

Brisch, Karl Heinz (2006): Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. . J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Stuttgart

Brisch, Karl Heinz (2013): „Schütze mich, damit ich mich finde“ – Bindungspädagogik und Neuerfahrung nach Traumata in: Bausum, Jacob; Besser, Lutz Ulrich; Kühn, Martin; Weiß, Wilma (Hrsg.) (2013): Traumapädagogik – Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Beltz Juventa. Weinheim und Basel

Driessen, M.; **Beblo**, T.; **Reddemann**, L.; **Rau**, H.; **Lange**, W.; **Silva**, A.; **Berea**, R. C.; **Wulff**, H.; **Ratzka**, S. (2002): Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? In: Der Nervenarzt, 09/2002, Springer-Verlag

Dulz, Birger & **Schneider**, Angela (1995, 1996): Borderline-Störungen, Theorie und Therapie. 2. Auflage. F. K. Schattauer Verlagsgesellschaft mbH. Stuttgart.

Eckardt, Jo (2005): Kinder und Trauma – Was Kinder brauchen, die einen Unfall, einen Todesfall, eine Katastrophe, Trennung, Missbrauch oder Mobbing erlebt haben. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen

Engfer, Anette (1997): Gewalt gegen Kinder in der Familie in: Egle, Ulrich Tiber, Hoffmann, Sven Olaf, Joraschky, Peter (1997): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Schattauer Verlagsgesellschaft GmbH, Stuttgart

Fischer, Gottfried; **Riedesser**, Peter (2009): Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4. Auflage. Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel

Fleischhacker, Christian; **Schulz**, Eberhard (2010): Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg

Flick, Uwe, von Kardoff, Ernst & Steinke, Ines (2007): Qualitative Forschung. Rohwolt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg

Fonagy, Peter; Gergely, György; Jurist, Elliot L.; Target, Mary (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Stuttgart

Gahleitner, Silke Brigitta; Andrae de Hair, Ingeborg; Weinberg, Dorothea; Weiß, Wilma (2014): Traumapädagogische Diagnostik und Intervention in: Gahleitner; Silke Brigitta; Hensel, Thomas; Baierl, Martin; Kühn, Martin; Schmid, Marc (Hg.) (2014): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern – Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen/Vandenhoeck & Ruprecht LLC, Bristol, CT, U.S.A.

Gahleitner, Silke Brigitta; Andrae de Hair, Ingeborg; Weinberg, Dorothea; Weiß, Wilma (2014): Traumapädagogische Diagnostik und Intervention in: Gahleitner; Silke Brigitta; Hensel, Thomas; Baierl, Martin; Kühn, Martin; Schmid, Marc (Hg.) (2014): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern – Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen/Vandenhoeck & Ruprecht LLC, Bristol, CT, U.S.A.

Gast, Ursula (1997): Borderline-Persönlichkeitsstörungen in: Egle, Ulrich Tiber, Hoffmann, Sven Olaf, Joraschky, Peter (1997): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Schattauer Verlagsgesellschaft GmbH, Stuttgart

Godenzi, Alberto (1993): Gewalt im sozialen Nahraum. Helbing & Lichtenhahn Verlag AG, Basel

Gunderson, John G. (2005): Borderline. Diagnostik Therapie Forschung. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Halper, Michaela; Orville, Petra (2013): Traumapädagogik und Geschlecht – Geschlechtsspezifische Unterschiede in der traumapädagogischen Arbeit mit jungen Erwachsenen in: : Baumsum, Jacob; Besser, Lutz Ulrich; Kühn, Martin; Weiß, Wilma (Hrsg.) (2013): Traumapädagogik – Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Beltz Juventa. Weinheim und Basel

Hensel, Thomas (2014): Die Psychotraumatologie des Kindes- und Jugendalters in: Gahleitner; Silke Brigitta; Hensel, Thomas; Baierl, Martin; Kühn, Martin; Schmid, Marc (Hg.) (2014): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern – Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen/Vandenhoeck & Ruprecht LLC, Bristol, CT, U.S.A.

Herpertz, Sabine Saß, Henning (2000, 2001): Die Borderline-Persönlichkeitsstörung in der historischen und aktuellen psychiatrischen Klassifikation in: Kernberg, Dulz, Sachse (2000) Handbuch der Borderline-Störungen. Schattauer GmbH, Stuttgart

Hofmann, Ronald (2002): Bindungsgestörte Kinder und Jugendliche mit einer Borderline-Störung. Ein Praxisbuch für Therapie, Betreuung und Beratung. J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Stuttgart

Hopf, Christel (2007): Qualitative Interviews – ein Überblick in: Flick, Uwe, von Kardoff, Ernst & Steinke, Ines (2007): Qualitative Forschung. Rohwolt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg

Huber, Michaela (2007): Jungen und Männer explodieren – Mädchen und Frauen implodieren? Geschlechtsspezifische Traumaforschung in: https://www.michaela-huber.com/files/vortraege/geschlechtsspezifische_unterschiede_070217.pdf, Stand 28. 7. 2017, 13:24 Uhr

Kernberg, Otto (1978): Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main

Kindl, Simon; Hüther, Katharina; Hörz-Sargstetter, Susanne; Rentrop, Michael; Doering, Stephan; Fischer-Kern, Melitta; Pokorny, Dan; Buchheim, Anna (2015): Spezifische Bindungstraumata bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung: eine Inhaltsanalyse. Z Sexualforsch 2015, 28, 227-244. Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, New York

Klosinski, Gunther (2004): Psychische Auffälligkeiten, die auf eine beginnende Borderline-Störung im Entwicklungsalter hinweisen können in: Nissen, Gerhardt (2004): Psychische Störungen im Kindesalter und ihre Prognose. Schattauer GmbH, Stuttgart

Kühn, Martin (2013): „Macht eure Welt endlich wieder zu meiner!“ in: Bausum, Jacob; Besser, Lutz Ulrich; Kühn, Martin; Weiß, Wilma (Hrsg.) (2013): Traumapädagogik – Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Beltz Juventa. Weinheim und Basel

Kühn, Martin (2013): Traumapädagogik und Partizipation – Zur entwicklungslogischen, fördernden und heilenden Wirksamkeit von Beteiligung in der Kinder- und Jugendhilfe in: Bausum, Jacob; Besser, Lutz Ulrich; Kühn, Martin; Weiß, Wilma (Hrsg.) (2013): Traumapädagogik – Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Beltz Juventa. Weinheim und Basel

Kühn, Martin (2014): Traumapädagogik – von einer Graswurzelbewegung zur Fachdisziplin in: Gahleitner; Silke Brigitta; Hensel, Thomas; Baierl, Martin; Kühn, Martin; Schmid, Marc (Hg.) (2014): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern – Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen/Vandenhoeck & Ruprecht LLC, Bristol, CT, U.S.A.

Leichsenring, Falk (2003): Borderline-Stile – Denken, Fühlen, Abwehr und Objektbeziehungen – eine ganzheitliche Sichtweise. Verlag Hans Huber, Bern

Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Beltz Verlag, Weinheim und Basel

Mayring, Philipp (2008): Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken. Beltz Verlag, Weinheim und Basel

Nosseck, Kerstin (2012): Kindheitstrauma: sexueller Missbrauch - Ein narrativer Review zu Traumafolgen und personenzentrierter Spieltherapie mit sexuell missbrauchten Kindern. Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades einer Mag. Phil. in der Studienrichtung Pädagogik, Universität Wien

Osofsky, Joy D. (2000, 2001): Aspekte der frühen Entwicklung als Verständnisgrundlage der Borderline-Persönlichkeitsorganisation in: Kernberg, Dulz, Sachse (2000) Handbuch der Borderline-Störungen. Schattauer GmbH, Stuttgart

Paris, Joel (2000): Kindheitstrauma und Borderline-Persönlichkeitsstörung in: Kernberg, Otto F.; Dulz, Birger; Sachsse, Ulrich (2000): Handbuch der Borderline-Störungen. F. K. Schattauer Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart

Rauchfleisch, Udo (1996): Allgegenwart von Gewalt. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Renneberg, Babette; Weiß, Marion; Unger, Jörg; Fiedler, Peter; Brunner, Romuald (2003): Ätiologische Aspekte der Borderline Persönlichkeitsstörung in: Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. Heft 3/2003 S 347-364

Rothdeutsch-Granzer, Christina; Weiß, Wilma; Gahleitner, Silke Brigitta (2015): Traumapädagogik – eine junge Fachrichtung mit traditionsreichen Wurzeln und hoffnungsvollen Perspektiven in: Gahleitner, Silke Brigitta; Frank, Christina; Leitner, Anton (2015): Ein Trauma ist mehr als ein Trauma – Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik. Beltz Juventa, Weinheim und Basel

Spangler, Gottfried; Zimmermann, Peter (1999): Bindung und Anpassung im Lebenslauf: Erklärungsansätze und empirische Grundlagen für Entwicklungsprognosen in: Oerter, Rolf; von Hagen, Cornelia; Röper, Gisela; Noam, Gil (Hrsg.) (1999): Klinische Entwicklungspsychologie - Ein Lehrbuch. Psychologie Verlags Union, Hemsbach

Steinberger, Johann (2016): Borderline-Kommunikation - Eine konversionsanalytische Studie. Psychosozial Verlag, Gießen

Streeck-Fischer, Annette; Freyberger, Harald J. (2011): Borderline-Persönlichkeitsstörung in: Fegert, Jörg M.; Streeck-Fischer, Annette; Freyberger, Harald J. (2011): Kompendium Adolezenzpsychiatrie – Krankheitsbilder mit CME-Fragen. Schattauer GmbH, Stuttgart

Wagner, Wolf (2013): Psychoanalytische Sozialpädagogik als Traumapädagogik – Familienanaloge Ersatzelternschaft für psychosozial hochbelastete Kinder in: Bausum, Jacob; Besser, Lutz Ulrich; Kühn, Martin; Weiß, Wilma (Hrsg.) (2013): Traumapädagogik – Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Beltz Juventa. Weinheim und Basel

Weiß, Wilma (2013): Selbstbemächtigung – ein Kernstück der Traumapädagogik in: Bausum, Jacob; Besser, Lutz Ulrich; Kühn, Martin; Weiß, Wilma (Hrsg.) (2013): Traumapädagogik –

Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Beltz Juventa. Weinheim und Basel

Weiß, Wilma (2013): Wer macht die Jana wieder ganz? Über Inhalte von Traumabearbeitung und Traumaarbeit in: Bausum, Jacob; Besser, Lutz Ulrich; Kühn, Martin; Weiß, Wilma (Hrsg.) (2013): Traumapädagogik – Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Beltz Juventa. Weinheim und Basel

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2011): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Werner, Christoph; Langenmayer, Arnold (2005): Das Unbewusste und die Abwehrmechanismen. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH, Göttingen

Winnicott, D. W. (1984): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main

Witzel, Andreas (2000): Das problemzentrierte Interview [25 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 1(1), Art. 22. Zugriff am 9. April 2012 um 21:04 Uhr unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228>.

Wöller, Wolfgang (2006): Trauma und Persönlichkeitsstörungen – Psychodynamisch-integrative Therapie. Schattauer GmbH, Stuttgart

Zagorac, Diana (2006): Das Verhältnis der Psychoanalyse und der Pädagogik eins und heute – dargestellt an ausgewählten Beiträgen des Psychoanalytischen Volksbuches und des Almanachs der Psychoanalyse. Diplomarbeit zur Erlangung des Magistergrades der Philosophie an der Fakultät für Erziehungs- und Bildungswissenschaften an der Universität Innsbruck

Internetquellen:

<https://www.reethira.at>, Stand 25. 11. 2017, 10:22 Uhr

<http://www.traumapaedagogik.at/downloads/Infomappe%20LG%20Traumap%C3%A4dagogik%20%20Wels%202018.pdf>, Stand 9. 2. 2018, 20:18 Uhr

http://wunderkinder-graz.at/wp-content/uploads/2017/03/wrk_Ausschreibung_Graz_2403.pdf, Stand 9. 2. 2018, 20:23 Uhr

https://www.uibk.ac.at/weiterbildung/images_neu/folder/a5-folder-kurs-traumpaedagogik.pdf,
Stand 9. 2. 2018, 20:24 Uhr

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe. Alle Stellen, die wörtlich oder inhaltlich den angegebenen Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Die vorliegende Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form noch nicht als Magister-/Master-/Diplomarbeit/Dissertation eingereicht.
