

# Fachkräfte im Fokus.

Die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen –  
Auswirkungen auf die psychische Gesundheit.

Jacqueline Deutschmann

## **Masterthese**

Eingereicht zur Erlangung des Grades  
Master of Science in Mental Health  
an der Fachhochschule St. Pölten

St. Pölten, im August 2025

Erstbegutachter\*in: FH-Prof. DAS Mag. (FH) Christine Haselbacher  
Zweitbegutachter\*in: Dr. Ewald Höld

# Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass

- ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.
- ich mich bei der Erstellung der Arbeit an die Standards guter wissenschaftlicher Praxis gemäß dem Leitfaden zum Wissenschaftlichen Arbeiten der FH St. Pölten gehalten habe.
- ich die vorliegende Arbeit an keiner Hochschule zur Beurteilung oder in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt oder veröffentlicht habe.

Über den Einsatz von Hilfsmitteln der generativen Künstlichen Intelligenz wie Chatbots, Bildgeneratoren, Programmieranwendungen, Paraphrasier- oder Übersetzungstools erkläre ich, dass

- im Zuge dieser Arbeit kein Hilfsmittel der generativen Künstlichen Intelligenz zum Einsatz gekommen ist.
- ich Hilfsmittel der generativen Künstlichen Intelligenz verwendet habe, um die Arbeit Korrektur zu lesen.
- ich Hilfsmittel der generativen Künstlichen Intelligenz verwendet habe, um Teile des Inhalts der Arbeit zu erstellen. Ich versichere, dass ich jeden generierten Inhalt mit der Originalquelle zitiert habe. Das genutzte Hilfsmittel der generativen Künstlichen Intelligenz ist an entsprechenden Stellen ausgewiesen.

Durch den Leitfaden zum Wissenschaftlichen Arbeiten der FH St. Pölten bin ich mir über die Konsequenzen einer wahrheitswidrigen Erklärung bewusst.

# Abstract

## **Fachkräfte im Fokus. Die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen – Auswirkungen auf die psychische Gesundheit.**

Die vorliegende Masterarbeit untersucht, inwiefern die psychische Gesundheit von sozialpädagogischen Fachkräften in der stationären Kinder- und Jugendhilfe durch die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen beeinflusst wird.

Im Zentrum steht die qualitative Auswertung der leitfadengestützten Interviews mit Fachkräften, die mittels einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse ausgewertet wurden. Die Ergebnisse zeigen ein komplexes Zusammenspiel zwischen verschiedenen Belastungsfaktoren. Zugleich werden sowohl schützende Maßnahmen als auch förderliche Faktoren deutlich, die auf individueller und institutioneller Ebene wirksam werden können. Die Einbindung theoretischer Konzepte ermöglicht eine fundierte Einordnung der Ergebnisse.

Ziel der Arbeit ist es, einen Beitrag zur wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der psychischen Gesundheit von Fachkräften zu leisten und zugleich die Komplexität traumatischer Erfahrungen sowie deren weitreichende Folgen zu beleuchten.

**Schlüsselwörter:** Psychische Gesundheit, Sozialpädagogische Fachkräfte, Stationäre Kinder- und Jugendhilfe, Traumatisierte Kinder und Jugendliche, Traumapädagogik, Belastungs- und Schutzfaktoren, Resilienz, Salutogenese, Selbstfürsorge, Qualitative Inhaltsanalyse, Leitfadeninterviews;

# Abstract

## **Professionals in Focus. Working with Traumatized Children and Adolescents – Effects on Mental Health.**

This Master`s Thesis examines the extent to which the mental health of social pedagogical professionals in residential child and youth services is affected by working with traumatized children and adolescents.

The focus lies on the qualitative evaluation of semi-structured interviews with professionals, which were analyzed using a content-structuring content analysis. The results reveal a complex interplay of various stress factors. At the same time, both protective measures and supportive factors become evident, which can be effective in both individual and institutional levels. The integration of theoretical concepts enables a well-founded interpretation of the results.

The aim of the thesis is to contribute to the scientific discourse on the mental health of professionals while also highlighting the complexity of traumatic experiences and their far-reaching consequences.

**Keywords:** Mental Health, Social Pedagogical Professionals, Residential Child and Youth Services, Traumatized Children and Adolescents, Trauma Pedagogy, Stress and Protective Factors, Resilience, Salutogenesis, Self-Care, Qualitative Content Analysis, Semi-Structured Interviews;

## Danksagung

Mein besonderer Dank gilt meiner Betreuerin Frau FH-Prof. DAS Mag. (FH) Christine Haselbacher, die mich durch ihre fachliche Expertise und Erfahrung, ihr Empowerment, ihre Zuversicht sowie ihre beständige Unterstützung während des gesamten Forschungsprozesses begleitet hat.

Ebenso danke ich meiner langjährigen Freundin Sarah für den kontinuierlichen Austausch, das gemeinsame Überwinden von Herausforderungen sowie die liebevolle Begleitung durch diesen Prozess.

Meiner Familie danke ich herzlich für ihr aufrichtiges Interesse an meiner Arbeit, ihre ermutigenden Worte sowie die Bereitschaft zum Korrekturlesen.

Ein spezieller Dank richtet sich zudem an alle Interviewpartner\*innen, die durch ihre Offenheit und Bereitschaft, über sensible und persönliche Themen zu sprechen, wertvolle Einblicke für diese Arbeit ermöglicht haben.

# Inhalt

<b>Danksagung.....</b>	<b>5</b>
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>8</b>
<b>2 Methodisches Vorgehen .....</b>	<b>10</b>
2.1 Forschungsfrage und methodische Überlegungen .....	10
2.2 Sample und Datenerhebung .....	11
2.3 Datenaufbereitung und Analyseverfahren.....	11
2.3.1 Transkription .....	11
2.3.2 Kategorien .....	12
2.3.3 Ablauf des Analyseprozesses .....	13
2.3.4 Softwareeinsatz: MAXQDA .....	14
2.4 Gütekriterien und ethische Überlegungen.....	15
<b>3 Kinder und Jugendliche.....</b>	<b>16</b>
3.1 Überblick der Entwicklungspsychologie .....	16
3.2 Bindung.....	17
<b>4 Die Kinder- und Jugendhilfe.....</b>	<b>18</b>
4.1 Aktuelle Daten und Fakten zu Österreich .....	19
4.2 Relevante Begriffe .....	19
4.3 Die stationäre Kinder- und Jugendhilfe .....	20
<b>5 Trauma und Traumafolgestörungen.....</b>	<b>21</b>
5.1 Psychotraumatologie und Begriffsverständnis .....	21
5.2 Typen und Klassifikationen von Trauma .....	22
5.3 Der Traumaverlauf.....	24
5.3.1 Neurobiologie .....	24
5.3.2 Verlaufsmodelle.....	25
5.4 Symptome und Folgestörungen .....	27
5.4.1 Die Posttraumatische Belastungsstörung .....	28
5.4.1.1 Erinnerungen und Retraumatisierung .....	30
5.5 Behandlungsmöglichkeiten .....	31
5.5.1 Traumapädagogik.....	32
<b>6 Psychische Gesundheit .....</b>	<b>34</b>
6.1 Gesundheit und Krankheit.....	35
6.1.1 Krankheitsmodelle .....	35
6.1.2 Gesundheitsfördernde Konzepte .....	37
6.2 Belastungen für die psychische Gesundheit .....	40

6.2.1	Personenbezogene Belastungen .....	40
6.2.2	Klient*innenbezogene Belastungen .....	43
6.2.3	Organisationsbezogene Belastungen .....	46
6.3	Folgen der Belastungen .....	49
6.3.1	Burnout .....	50
6.3.2	Sekundäre Traumatisierung .....	51
6.4	Schützende Aspekte.....	52
<b>7</b>	<b>Ergebnisdarstellung .....</b>	<b>56</b>
7.1	Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit.....	56
7.1.1	Organisationsbezogene Belastungen .....	57
7.1.2	Personenbezogene Belastungen .....	57
7.1.3	Klient*innenbezogene Belastungen .....	58
7.1.4	Positive Wirkfaktoren.....	59
7.2	Auswirkungen und Folgen der Einflussfaktoren.....	60
7.2.1	Belastende Auswirkungen.....	60
7.2.2	Förderliche Auswirkungen.....	61
7.3	Schützende Maßnahmen .....	62
7.3.1	Selbstgewählte Ressourcen.....	62
7.3.2	Institutionelle Ressourcen .....	63
7.4	Vertiefende Analyse: Zusammenhänge zwischen den Kategorien .....	64
7.5	Fazit der Ergebnisanalyse .....	66
<b>8</b>	<b>Diskussion.....</b>	<b>67</b>
	<b>Literatur.....</b>	<b>69</b>
	<b>Daten .....</b>	<b>75</b>
	<b>Abbildungen .....</b>	<b>75</b>
	<b>Anhang.....</b>	<b>76</b>
	Anhang 1: Interviewleitfaden .....	77
	Anhang 2: Kategorienhandbuch .....	81

# 1 Einleitung

Die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe stellt hohe Anforderungen an sozialpädagogische Fachkräfte. Neben herausfordernden Beziehungskonstellationen, emotionaler Nähe und komplexen Verhaltensweisen wirken sich auch institutionelle Rahmenbedingungen und persönliche Prägungen auf das Belastungserleben aus. Zunehmend rückt dabei die Frage in den Fokus, wie sich diese Herausforderungen auf die psychische Gesundheit der Fachkräfte auswirken und welche Bedingungen eine gesundheitsförderliche Berufsausübung ermöglichen.

Diese Masterarbeit widmet sich der zentralen Forschungsfrage, inwieweit die psychische Gesundheit von Fachkräften in der stationären Kinder- und Jugendhilfe durch die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen beeinflusst wird. In der Auseinandersetzung mit der Thematik werden sowohl belastende Faktoren als auch mögliche schützende Ressourcen und entwicklungsförderliche Bedingungen beleuchtet. Dabei kommen theoretische Modelle wie das Konzept der Salutogenese, das Resilienzmodell sowie die Perspektive des posttraumatischen Wachstums zum Tragen.

Die Wahl des Themas ist eng mit der eigenen beruflichen Praxis verknüpft. Im Verlauf mehrjähriger Tätigkeit im sozialpädagogischen Feld wuchs das Interesse, die Dynamiken psychischer Traumatisierung besser zu verstehen und fundierte Zugänge zur professionellen Begleitung betroffener Menschen kennenzulernen. Durch die intensive Beschäftigung mit Fachliteratur sowie die Teilnahme an Fortbildungen wurde das Ausmaß deutlich, in dem traumatische Erfahrungen die Lebensrealitäten von Menschen prägen – und wie stark auch Fachkräfte emotional gefordert sind. Die Erkenntnis, dass traumasensible Handlungsansätze nicht nur zur Unterstützung der Betroffenen beitragen, sondern auch die psychische Gesundheit der Fachkräfte selbst stärken können, bildet eine zentrale Motivation für diese Arbeit.

Die Arbeit gliedert sich in acht Kapiteln. Nach der Einleitung folgt im zweiten Kapitel die Darstellung des methodischen Vorgehens, einschließlich der Forschungsfragen, der Datenerhebung und des Auswertungsverfahrens. Anschließend werden entwicklungspsychologische Grundlagen sowie das Konzept der Bindung beleuchtet. In Kapitel vier folgt ein Überblick über rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen der Kinder – und Jugendhilfe in Österreich, mit Schwerpunkt auf stationäre Einrichtungen. Kapitel fünf widmet sich traumabezogenen Grundlagen sowie traumapädagogischen Handlungskonzepten. Anschließend wird das Thema der psychischen Gesundheit sowie potenziellen Belastungen und mögliche Schutzfaktoren beleuchtet. Die beiden letzten Kapitel widmen sich der empirischen Ergebnisdarstellung und der abschließenden Diskussion.

Methodisch basiert die vorliegende Studie auf einer inhaltsanalytischen Auswertung leitfadengestützter Interviews. Die daraus abgeleiteten Ergebnisse werden entlang eines deduktiv-induktiv entwickelten Kategoriensystems dargestellt und mit bestehenden wissenschaftlichen Erkenntnissen in Verbindung gesetzt. Ziel ist es, ein vertieftes Verständnis der spezifischen

Belastungs- und Schutzdynamiken im beruflichen Alltag von Fachkräften zu fördern. Darüber hinaus möchte die Arbeit auch eine Sensibilisierung für die oft übersehene Komplexität von Trauma sowie für die psychischen und emotionalen Herausforderungen sozialpädagogischer Berufsfelder anstoßen.

## 2 Methodisches Vorgehen

### 2.1 Forschungsfrage und methodische Überlegungen

Die vorliegende Masterarbeit widmet sich folgender Forschungsfrage:

**Inwieweit wird die psychische Gesundheit von sozialpädagogischen Fachkräften durch die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen beeinflusst?**

Im Zentrum steht dabei das subjektive Erleben der Fachkräfte im stationären Setting der Kinder- und Jugendhilfe. Ziele der Untersuchung sind, belastende und schützende Faktoren zu identifizieren, die auf die psychische Gesundheit der Fachkräfte einwirken, ein differenziertes Bild ihrer beruflichen Realität zu zeichnen sowie eine Sensibilisierung für die Komplexität von Traumata zu schaffen.

Zur Bearbeitung der Leitfrage wurden folgende Unterfragen formuliert:

**Welche Faktoren beeinflussen die psychische Gesundheit von Fachkräften?**

**Welche Auswirkungen hat die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen auf die psychische Gesundheit von Fachkräften?**

**Welche schützenden Maßnahmen stehen für die Fachkräfte zur Verfügung?**

Diese Arbeit ist im Rahmen der qualitativen Sozialforschung verortet. Ziel ist es, subjektive Perspektiven zu rekonstruieren und komplexe Erfahrungszusammenhänge verständlich zu machen. Da psychische Gesundheit im Kontext beruflicher Belastungen stark individuell erlebt wird, basiert die methodische Untersuchung auf einem persönlichen Interview mithilfe eines leitfadengestützten Fragebogens. Die Auswertung erfolgt durch die inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Udo Kuckartz und Stefan Rädiker.

Die Methode sticht laut Kuckartz und Rädiker (2022) durch ihre Offenheit gegenüber deduktiver und induktiver Kategorienbildung sowie durch einen zirkulären Arbeitsprozess hervor. Das Auswertungsvorgehen wird in einem Ablaufmodell dargestellt, in welchem die Forschungsfrage das Zentrum bildet. Sie ist aber nicht als starrer Ausgangspunkt zu verstehen, vielmehr kann sich die Frage im Prozess nochmal entwickeln und anpassen. Die Autoren weisen darauf hin, dass die Phasen im Modell nicht strikt voneinander getrennt sind, daher ist ein flexibles und dynamisches Vorgehen möglich. Daten können sogar nach Erstellung der Kategorien noch erhoben und hinzugefügt werden. Ziel des Auswertungsverfahrens kann dabei sowohl die Entwicklung als auch die Bestätigung von Theorie sein (S. 106f.).

Der gesamte Forschungsprozess umfasst die Phasen der Planung und Entwicklung des Interviewleitfadens, Erhebung der Daten, Transkription der Audiodaten, Codierung des Materials mithilfe der MAXQDA-Software sowie die inhaltlich-strukturierende Analyse der Ergebnisse. Um den Bezug zur beruflichen Praxis von Beginn an sichtbar zu machen, werden Aussagen der Interviewpartner\*innen bereits im Theorieteil eingebunden. In den nächsten Kapiteln werden die genauen Arbeitsschritte dargestellt.

## **2.2 Sample und Datenerhebung**

Für die Untersuchung wurden persönliche Interviews mit Fachkräften aus stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe durchgeführt. Die Auswahl der Interviewpartner\*innen erfolgte nach dem Prinzip des gezielten Samplings, um Personen einzubeziehen, die über spezifisches Erfahrungswissen im gewählten Handlungsfeld verfügen. Auswahlkriterien waren die Berufserfahrung im stationären Setting mit Fokus auf Minderjährige, sowie eine Grundausbildung im psycho-sozialen Bereich. Die Stichprobe umfasste insgesamt vier Fachkräfte, zwei Frauen und zwei Männer im Alter von 26 bis 48 Jahren, unterschiedlicher Trägereinrichtungen.

Die Kontaktaufnahme erfolgte über persönliche Netzwerke sowie direkten Anfragen bei stationären Einrichtungen. Vor jedem Interview wurde eine schriftliche Einverständniserklärung eingeholt, in der über Ziel, Ablauf, Anonymisierung und Datenschutz aufgeklärt wurde. Die Interviews fanden im Zeitraum zwischen Ende Jänner und Februar 2025 statt und wurden größtenteils in Besprechungsräumen der jeweiligen Einrichtungen durchgeführt. Die Gesprächsdauer betrug zwischen 40 und 60 Minuten. Die Interviews basierten auf einem halbstrukturierten Leitfaden, der sich aus den zentralen Forschungsfragen ableitet. Das offene Format ließ ausreichend Raum für individuelle Vertiefungen und Schwerpunktsetzungen.

Die Rolle der Forscherin war in diesem Kontext nicht neutral. Vielmehr wurde die eigene berufliche Verortung im Bereich der Sozialen Arbeit und stationären Unterbringung von Kindern und Jugendlichen bewusst reflektiert. Der eigene Erfahrungswert kann sowohl als Zugangserleichterung zum Feld als auch als potenzielle Quelle von Vorannahmen verstanden werden. Um diesem Umstand methodisch zu begegnen, wurde auf eine möglichst offene und wertfreie Gesprächsführung geachtet, ergänzt durch Selbstreflexion und Dokumentation der Eindrücke.

## **2.3 Datenaufbereitung und Analyseverfahren**

### **2.3.1 Transkription**

Die aufgezeichneten Interviews wurden vollständig transkribiert, um eine systematische Auswertung nach wissenschaftlichen Standards zu ermöglichen. Dabei wurde ein vereinfachtes und anwendungsorientiertes Transkriptionssystem gewählt. Ziel war eine ausreichende Genauigkeit für die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse.

Laut Kuckartz (2018) legen Transkriptionsregeln fest, wie gesprochene Sprache in eine schriftliche Form überführt wird. Dabei ist mit gewissen Informationsverlusten unvermeidlich zu rechnen, insbesondere bei nonverbalen Elementen wie Mimik oder Gestik. Der notwendige Detaillierungsgrad der Transkription hängt maßgeblich vom Ziel der Analyse ab (S. 166f.). In diesem Forschungskontext wurde eine pragmatische Transkriptionsweise gewählt, die sich an den Empfehlungen von Kuckartz (2018) orientiert:

- Hochdeutsche Übersetzung und schriftdeutsche, wörtliche Transkription
- Deutlich längere Pausen werden durch „(...)“ und nicht verständliche Aussagen werden mit „(unv.)“ markiert
- Lautäußerungen wie „ahm“ werden nicht transkribiert, solange sie nicht als Antwort verwendet werden
- Jeder Sprechbeitrag wird als eigener Absatz angeführt, „IP“ steht für Interviewpartner\*in. Um die Anonymität zu wahren, werden die vier interviewten Personen nach Großbuchstaben des Alphabets benannt (IPA, IPB, IPC, IPD)
- Angaben zu anderen Personen oder Institutionen werden anonymisiert (S. 167f.)

Nach Fertigstellung der Transkripte, so Kuckartz (2018) werden diese Korrektur gelesen und währenddessen bereits erste Auswertungsideen gebildet. Daher empfiehlt der Autor das Festhalten der Gedanken und Ideen in einer eigenen Notiz oder in Form eines Postskriptum (S. 170f.).

Bevor im Anschluss die sieben Phasen des Analyseprozesses vorgestellt werden, soll zunächst erläutert werden, was unter Kategorien zu verstehen ist, wie sie gebildet werden und welche Bedeutung sie im Codier- und Auswertungsprozess einnehmen.

### **2.3.2 Kategorien**

Laut Kuckartz und Rädiker (2022) steht der Begriff Kategorie in der qualitativen Sozialforschung meist für eine Klasse. Sie werden auf Basis von Bedeutungseinheiten gebildet und dienen einer Strukturierung der Daten. Der Prozess der Kategorienbildung und der Vorgang des Kategorisierens werden von den Autoren „...sowohl [als] Gegenstand entwicklungspsychologischer als auch erkenntnistheoretischer Überlegungen“ beschrieben (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 54). Die Bildung von Kategorien, so Kuckartz und Rädiker (2022), bedarf einer Wahrnehmungskompetenz und stellt einen interpretativen Zuordnungsprozess dar (S. 54, 58).

Die Kategorien können laut Kuckartz und Rädiker (2022) auf zwei unterschiedliche Arten gebildet werden: Bei der deduktiven Methode werden Kategorien unabhängig von den empirischen Daten gebildet. Sie werden beispielsweise durch das Vorwissen aus Theorien Hypothesen und Interviewleitfäden entwickelt. Die induktive Kategorienbildung basiert auf empirisch erhobene Daten, wie etwa leitfadengestützte Interviews. (S. 71).

Kuckartz und Rädiker (2022) zufolge werden alle entwickelten Kategorien in einem hierarchischen Kategoriensystem organisiert und verschriftlicht. Der zentrale Bestandteil eines guten Kategoriensystems, sind die inhaltlich tragfähigen Kategorien, die zur Beantwortung der Forschungsfrage beitragen. Sie sollten daher kontinuierlich hinsichtlich ihres analytischen Mehrwerts und ihrer Trennschärfe überprüft werden. Für jeden relevanten Aspekt der empirischen Daten, der im Zusammenhang mit dem Forschungsinteresse steht, wird eine eigene Kategorie benötigt. Dabei ist darauf zu achten, dass jede für sich eindeutig definiert und klar von anderen abgegrenzt ist. Die Autoren weisen aber darauf hin, dass eine einzelne Textstelle mehreren Kategorien gleichzeitig zugeordnet werden kann, sofern sie inhaltlich mehrere Bedeutungsdimensionen besitzt. Es können ausgehend von Hauptkategorien auch Subkategorien gebildet werden, diese beschreiben jeweils differenzierte Ausprägungen und Dimensionen der Hauptkategorien. Bezüglich der Anzahl an Subkategorien, muss der Sample-Umfang sowie der Erkenntnisgewinn beachtet werden. Um einen sorgfältigen Arbeitsprozess zu garantieren, sollte ein sogenanntes Kategorienhandbuch erstellt werden. Dies enthält neben dem Namen eine inhaltliche Beschreibung, eine Anwendungsdefinition, ein Beispiel für die Codierung sowie eine Abgrenzungsdefinition zu ähnlichen Kategorien. Das Codieren stellt schließlich den Kern des analytischen Vorgehens dar: Textstellen werden thematisch zugeordnet, indem sie einer passenden Kategorie zugewiesen werden. Als relevante Datenbestandteile, im Sinne der Forschungsfrage, werden diese im Anschluss ausgewertet (S. 61–66).

Im Kontext dieser Arbeit können die jeweiligen Haupt- und Subkategorien als thematische Überschriften für inhaltlich unterschiedliche Bedeutungssegmente verstanden werden. Sie dienen der Übersicht, Analyse und Erkenntnisgewinnung. In der verwendeten Auswertungssoftware MAXQDA werden Kategorien, im Sinne der qualitativen Inhaltsanalyse, synonym als Code bezeichnet.

### **2.3.3 Ablauf des Analyseprozesses**

Aufgrund der methodischen Herangehensweise und ihrer Flexibilität erscheint die inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse für das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit geeignet und wurde entsprechend angewendet. Die Analyse der Ergebnisse orientiert sich daher am siebenphasigen Ablaufmodell nach Kuckartz und Rädiker (2022). Im Folgenden werden die einzelnen Phasen dieses Prozesses erläutert:

#### **1) Initiierende Textarbeit, Memos, Fallzusammenfassungen**

In dieser Phase werden die Texte aufmerksam gelesen, Notizen angelegt und erste Ideen und Gedanken verschriftlicht (S. 132f.).

#### **2) Entwicklung von Hauptkategorien**

Die Hauptkategorien ergeben sich oftmals aus der Forschungsfrage und den ergänzenden Leitfragen. Beim Durcharbeiten des Materials verweisen die Autoren auf die Relevanz, Auffälliges festzuhalten um dann anhand der Fülle erkennen zu können, welche Themen für den Erkenntnisgewinn signifikant sind. Zuletzt wird ein Probelauf der gebildeten Kategorien am Material empfohlen (S. 133f.).

### 3) Erster Codierungsprozess: Daten mit Hauptkategorien codieren

In dieser Phase wird der transkribierte Text Satz für Satz gelesen und codiert, das heißt einer Kategorie zugeordnet. Nicht relevante Passagen bleiben uncodiert. Bei der Länge der codierten Textabschnitte sollte darauf geachtet werden, dass diese auch außerhalb des Kontexts verständlich sind. Meist wird die Sinneinheit codiert, sollte sich dies über mehrere Sätze oder Absätze erstrecken, zählt dies zu einem Segment. Sollten die Interviewfragen für das Verständnis relevant sein, werden diese auch codiert (S. 134–136).

### 4) Subkategorien induktiv bilden

Nach dem ersten Codierungsprozess wird in der vierten Phase eine Ausdifferenzierung vorgenommen. Aus den vorhandenen Kategorien werden neue Subkategorien gebildet, allerdings nur so viele wie nötig. Sie werden in einer Liste oder Tabelle zusammengeführt, geordnet, definiert und mit einem Beispielzitat ergänzt. Die Autoren empfehlen aufgrund der endlos erscheinenden Liste an möglichen Subkategorien die stetige Rückkoppelung zur eigentlichen Forschungsfrage (S. 138–141).

### 5) Zweiter Codierungsprozess: Daten mit Subkategorien codieren

In dieser Phase wird ein arbeitsreicher und systemischer Prozess eingeläutet. Die bereits mit Hauptkategorien codierten Textstellen werden erneut systematisch durchgearbeitet. Die Inhalte werden durch die Zuteilung der Subkategorien weiter strukturiert. Durch diesen Prozess werden inhaltliche Details und wiederkehrende Muster erkenntlich gemacht (S. 142f.).

### 6) Einfache und komplexe Analysen

An dieser Stelle wird der eigentliche Auswertungsprozess vollzogen. Dies kann durch verschiedene Formen der Analyse geschehen. Kuckartz und Rädiker führen verschiedene Möglichkeiten an und verweisen hinsichtlich der Analyse auf das zugrundeliegende Forschungsinteresse (S. 147f.).

### 7) Verschriftlichung der Ergebnisse und Dokumentation des Vorgehens

In der abschließenden Phase folgen die systematische Darstellung und Präsentation der Ergebnisse. Die aus den Kategorien gewonnen Erkenntnisse werden strukturiert und in Bezug auf die Forschungsfrage interpretiert. Die Autoren betonen, dass die Phasen sechs und sieben fließend sind und teils mehrmals durchlaufen werden (S. 154f.).

## 2.3.4 Softwareeinsatz: MAXQDA

Zur Unterstützung des Analyseprozesses wurde die QDA-Software MAXQDA verwendet. Laut Kuckartz und Rädiker (2022) ermöglicht die Software eine strukturierte Verwaltung und Visualisierung des Kategoriensystems sowie eine Verknüpfung von Codes und Originaltextstellen. Es können Memos zu einzelnen Textpassagen sowie die Häufigkeit der vorhandenen Codes dokumentiert werden (S. 210).

## 2.4 Gütekriterien und ethische Überlegungen

„Zuverlässigkeit, Glaubwürdigkeit, Verlässlichkeit, Regelgeleitetheit, intersubjektive Nachvollziehbarkeit, Auditierbarkeit etc. sind Gütekriterien, die nicht nur die inhaltsanalytische Auswertungstechnik betreffen, sondern als Gütekriterien für das gesamte Forschungsprojekt gelten“ (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 237).

Bei der Durchführung und Auswertung qualitativer Forschung sind sowohl die Einhaltung wissenschaftlicher Gütekriterien als auch die Berücksichtigung ethischer Prinzipien zentral. Kuckartz und Rädiker (2022) formulieren in diesem Kontext eine Checkliste zur internen Studiengüte, die sich auf die Datenerfassung, Transkription und Durchführung der Inhaltsanalyse bezieht (S. 237).

Zur Sicherung der Studiengüte wurde der gesamte Forschungsprozess anhand der empfohlenen Checkliste reflektiert. Bezüglich ethischer Aspekte wurde, wie bereits erläutert, im Vorfeld mit den Interviewpartner\*innen das Forschungsinteresse sowie der Umgang mit Datenschutz und Rücktrittsmöglichkeiten besprochen. Die Teilnahme erfolgte auf freiwilliger Basis nach schriftlich informierter Einwilligung. Die Forscherin verfügt über eigene berufliche Erfahrungen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe, wodurch ein tieferes Verständnis für die Lebens- und Arbeitsrealitäten der befragten Fachkräfte gegeben ist. Die Nähe ermöglichte eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre während der Interviews, jedoch birgt sie auch ein Risiko für vorschnelle Interpretationen. Um dieser Herausforderung zu begegnen, wurde im Prozess auf die kontinuierliche Reflexion der eigenen Person geachtet. Die Erhebung sensibler Inhalte zum Thema psychische Gesundheit wurden mit besonderer Achtsamkeit und Wertschätzung durchgeführt.

Kuckartz und Rädiker (2022) empfehlen im Umgang mit den Analyseergebnissen eine reflektierte Auseinandersetzung mit den eigenen forschungsleitenden Motiven. Es kann zwar in der qualitativen Forschung eine Verallgemeinerung angestrebt werden, dies muss jedoch nicht Ziel der Studie sein. Das gewählte Sampling, so die Autoren, muss in jedem Fall berücksichtigt und seine Konsequenzen für die Ergebnisse reflektiert werden. In der sozialwissenschaftlichen Forschung stehen Verallgemeinerungsstrategien wie die Sättigung durch wiederholte Untersuchungen zur Verfügung. Die Autoren betonen jedoch, dass eine Verallgemeinerung im Sinne quantitativer Forschung in der qualitativen Forschung nur selten oder gar nicht möglich ist (S. 251–254).

Die Übertragbarkeit der Ergebnisse wird nicht vorausgesetzt, sondern im Ergebnisbericht am Ende der vorliegenden Arbeit explizit reflektiert und begründet.

## 3 Kinder und Jugendliche

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über zentrale entwicklungspsychologische Grundlagen im Kindes- und Jugendalter. Im Fokus stehen dabei die Entwicklungsaufgaben von der Geburt bis zur Adoleszenz sowie die Bedeutung früher Bindungserfahrungen als essentieller Grundstein der Entwicklung.

### 3.1 Überblick der Entwicklungspsychologie

Laut Greve und Thomsen (2019) bedarf es einer begrifflichen Klärung von Entwicklung. Während Lernen den Erwerb von Fähigkeiten beschreibt und Reifung biologische Prozesse umfasst, integriert Entwicklung beide Aspekte als lebenslangen, dynamischen Prozess. So lassen sich Entwicklungsschritte, etwa der Spracherwerb oder Gehen, zeitlich verorten, auch wenn sie nicht immer sofort sichtbar sind (S. 3–6, S. 10).

Schenk-Danzinger (2011) betont die emotionale Nähe von Bezugspersonen als grundlegendes Bedürfnis für soziale und kognitive Entwicklung. Bindung beeinflusst sowohl das Sicherheitsgefühl als auch frühe Gedächtnisprozesse. Bereits im zweiten Lebensjahr können Säuglinge Umgebungsreize speichern, wobei die Gedächtniseffizienz mit zunehmendem Alter durch Vorwissen und Strategien steigt (S. 217, S. 225f.). Fröhlich-Gildhoff und Rönna-Böse (2024) erweitern diesen kognitiven Fokus um die psychische Dimension der Resilienz. Diese wird nicht als angeborene Eigenschaft verstanden, sondern als dynamischer Anpassungsprozess, dessen Verlauf stark durch personale und soziale Ressourcen geprägt ist. Entwicklung ist somit das Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels aus biologischen Voraussetzungen, sozialen Rahmenbedingungen und individuellen Lernprozessen (S. 10f., 31).

Die genannten Ausführungen verdeutlichen, dass frühkindliche Entwicklung nicht isoliert betrachtet werden kann, sondern in einem vielschichtigen Gefüge biologischer, emotionaler und sozialer Einflussfaktoren steht. Frühe Prägungen bilden die Grundlagen für emotionale Stabilität und die spätere Entwicklung von Resilienz. Umso wichtiger erscheint der individuelle Blick auf den Menschen und das Erkennen der sensiblen Entwicklungsschritte.

Im Kleinkindalter, das sich laut Hobmair und Altenthan (2013) vom zweiten bis zum sechsten Lebensjahr erstreckt, stehen grundlegende Entwicklungsaufgaben im Zentrum. Die Autoren nennen hierbei die Reinlichkeitserziehung, die Aneignung der Geschlechterrolle, die moralische Orientierung und zunehmende Selbstständigkeit. Diese Phase markiert einen Übergang vom abhängigen Säugling zum schulreifen Kind (S. 311–313). Übergangsphasen erhöhen die Vulnerabilität, so Fröhlich-Gildhoff und Rönna-Böse (2014), insbesondere bei kumulierten Belastungen und fehlender Unterstützung. Die Resilienzforschung zeigt deutlich, dass vor allem durch verlässliche Bezugspersonen, die individuelle Widerstandskraft gefördert wird (S. 26f.).

Mit dem Schulreintritt beginnt, laut Schenk-Danzinger (2011), die späte Kindheit. Die Autorin beschreibt diesen Abschnitt mit den Konzepten des naiven und des kritischen Realismus. Während jüngere Kinder noch magisch denken, entwickeln sie mit dem Schuleintritt zunehmend logisches und kritisches Denken (S. 200f.).

In der Vorpubertät, so Schenk-Danzinger (2011), treten mit der Ausbildung sekundärer Geschlechtsmerkmale und hormoneller Veränderungen erneut tiefgreifende Wandlungsprozesse auf. Diese betreffen sowohl den Körper als auch die Psyche (S. 251, 253f.).

Auch die Pubertät bringt laut Schenk-Danzinger (2011) zentrale Entwicklungsaufgaben mit sich, darunter den Umgang mit der eigenen Sexualität und Fortpflanzungsfähigkeit, die soziale Integration und erste Berufswahlentscheidungen. Die jungen Menschen sind mit neuen Rollen konfrontiert und müssen ihren Platz in der jeweiligen Gruppe finden. Zuletzt stellt die Ablösung vom Elternhaus eine zentrale Aufgabe dar. Diese Übergänge fordern ein hohes Maß an Selbstregulation und Anpassungsfähigkeit (S. 266–268). Kline und Levine (2004) ergänzen, dass in dieser Phase auch die Beziehungsfähigkeit, ethische Haltungen und die Persönlichkeitsentwicklung reifen – ein Prozess, der bereits im Kleinkindalter beginnt und in der Adoleszenz kulminiert (S. 92).

Resch (2016) hebt hervor, dass biologische, psychologische und soziale Entwicklungen eng miteinander verwoben sind. Die Adoleszenz erstreckt sich über etwa zehn Jahre bis ins frühe Erwachsenenalter und ist von hormoneller Reifung sowie Veränderungen des präfrontalen Kortex geprägt (S. 137). Schenk-Danzinger (2011) verweist auf gesellschaftliche Einflüsse wie die Akzeleration, die eine frühere biologische Reifung, jedoch nicht zwingend psychosoziale Reife mit sich bringt (S. 251, 256f.). Ein modernes Modell, das diesen Wandel aufgreift, ist Arnetts Konzept der „Emerging Adulthood“. Laut Resch (2016) beschreibt es die Phase zwischen Jugend und Erwachsensein, geprägt durch verlängerte Bildungswege, digitale Medien und eine Vielzahl an sozialen Rollen. Die zentrale Entwicklungsaufgabe besteht darin, sich als zusammenhängendes System aus Gedanken, Gefühlen und Handlungen zu begreifen – als handlungsfähiges, bewusstes Selbst (Arnett, 2000, zitiert nach Resch, 2016, S. 138).

## **3.2 Bindung**

Wie im vorangegangenen Abschnitt bereits erläutert, stellt Bindung eine zentrale Voraussetzung für die menschliche Entwicklung dar.

Laut Schenk-Danzinger (2011) strebt der Mensch nach Bindung, um Sicherheit und Geborgenheit zu erfahren, wobei frühere Bindungserfahrungen bis ins Erwachsenenalter wirken (S. 117). Laut Grossmann et al. (2011) gehen die Ursprünge der Bindungstheorie auf John Bowlby zurück, der gemeinsam mit Mary Ainsworth in den 1940er Jahren die Bedeutung der Sensitivität der Bezugsperson für die Bindungsqualität betonte (S. 13). Bowlby (2014) beschreibt Bindung als grundlegendes menschliches Bedürfnis nach Nähe, bei dem sichere Fürsorge das Explorationsverhalten fördert. Das Bindungsverhalten wird durch ein komplexes Wirkungsgefüge im Zentralnervensystem gesteuert und lässt sich mit physiologischen Prozessen wie der Regulation des Blutdrucks vergleichen (S. 98–100).

Bowlbys Erkenntnisse zum Thema Bindung führen häufig zu Diskussionen, insbesondere im Hinblick auf eine vermeintliche Einseitigkeit der Mutterbindung.

Suess (2011) betont, dass Bowlby nicht ausschließlich die Mutter oder Eltern als Hauptbindungspersonen verstand, vielmehr ging es ihm um die Qualität der Fürsorge. Kinder bauen Bindungen zu mehreren Menschen auf, wobei eine Hierarchie entstehen kann, die nicht zwingend biologisch begründet ist (S. 8f., 16). Auch Keller (2011) hebt hervor, dass nicht die Verwandtschaft, sondern die Verlässlichkeit und Responsivität bindungsrelevant sind (S. 103f.). Während in den 1950er-Jahren Beziehungen oft als Folge von Triebbefriedigung interpretiert wurden (Grossmann et al., 2011, S. 22), sah Bowlby (2014) Bindung als eigenständige Schutzfunktion (S. 98).

Besonders deutlich, so Grossmann et al. (2011), zeigt sich das Bindungsverhalten im Säuglingsalter, es bleibt aber vor allem in belastenden Situationen lebenslang bedeutsam. Die Bindungstheorie beschreibt gewisse Merkmale, die das Aufrechterhalten von Nähe ermöglichen, dazu zählen die Exklusivität, Dauerhaftigkeit und emotionale Beteiligung. Dabei spielen Belohnung und Bestrafung nur eine untergeordnete Rolle, selbst bei Bestrafung kann eine starke Bindung bestehen bleiben (S. 13f., S. 22–24).

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass die Bindungstheorie im Verlauf ihrer Rezeption von verschiedenen psychoanalytisch-orientierten Autor\*innen kritisch hinterfragt wurde.

Zepf (2005) sieht den Kern der Kritik in Bowlbys Grundannahme, menschliches Verhalten lasse sich auf ein universelles, angeborenes Bindungsbedürfnis zurückführen. Dennoch fanden ausgewählte Begriffe und Modelle seiner Theorie Eingang in die psychoanalytische Praxis, wenn auch nicht ohne inhaltliche Spannungen und theoretische Brüche (S. 264f.).

Im Kontext dieser Arbeit ist es bedeutsam, Bindung nicht nur als kindliches Bedürfnis zu verstehen, sondern als zentralen Einflussfaktor auf das professionelle Handeln in der pädagogischen Praxis. Fachkräfte, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, die traumatische Erfahrungen gemacht haben, begegnen häufig unsicheren oder desorganisierten Bindungsmustern. Diese prägen das Verhalten der Betroffenen nachhaltig und erschweren den Aufbau tragfähiger Beziehungen. In der Folge wird die Beziehungsarbeit zu einer zentralen, herausfordernden und zugleich therapeutisch bedeutsamen Aufgabe für pädagogische Fachkräfte.

## **4 Die Kinder- und Jugendhilfe**

Die Kinder- und Jugendhilfe nimmt als zentralen Aspekt eines sozialen Rechtsstaates eine entscheidende Rolle ein, wenn es um den Schutz und um die Förderung von Minderjährigen geht. Ihre gesetzliche Grundlage bildet das Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz (B-KJHG), das in §1 den Schutz des Kindeswohls, die Unterstützung der Eltern und die Förderung der Entwicklung als zentrale Ziele festschreibt (B-KJHG 2013 BGBl I 2013/69, S. 13).

Die Kinder- und Jugendhilfe umfasst ein breites Spektrum an Maßnahmen und Möglichkeiten und verfolgt als oberstes Ziel das Wohl und die Sicherheit der Kinder. Im folgenden Kapitel werden aktuelle Daten und Fakten sowie relevante Begriffe abgebildet.

## 4.1 Aktuelle Daten und Fakten zu Österreich

Die Kinder- und Jugendhilfestatistik der Statistik Austria (2024) dokumentiert auf Basis der Bundesländerdaten zentrale Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Österreich. Erfasst werden unter anderem: Soziale Dienste, Erziehungshilfen, Gefährdungsabklärungen, Hilfen für junge Erwachsene, Adoptionen und Rechtsvertretungen.

Zu den Erziehungshilfen zählen die Unterstützung der Erziehung und die Volle Erziehung. Ersteres greift bei festgestellter Kindeswohlgefährdung, die im familiären Umfeld abgewendet werden kann, etwa durch Hausbesuche oder Kontaktbeschränkungen. Bei nicht mehr verantwortbarem Verbleib in der Familie erfolgt die Volle Erziehung meist in Form von Pflegeverhältnissen oder stationären sozialpädagogischen Einrichtungen. Im Jahr 2023 wurden in Österreich 43.731 Kinder und Jugendliche im Rahmen der Unterstützung der Erziehung betreut, 13.073 lebten in Voller Erziehung. Dies bedeutet einen Anstieg von 1,4% gegenüber dem Jahr 2022. Den höchsten Zuwachs verzeichnete Vorarlberg. In Wien befand sich der größte Anteil der betreuten Kinder und Jugendlichen, insbesondere im Alter von sechs bis 14 Jahren. Hilfen für junge Erwachsene richten sich an 18- bis 21-Jährige, sofern ein Unterstützungsbedarf fortbesteht. 2023 nahmen 1.424 junge Erwachsene ambulante Unterstützung an und 2.122 erhielten in einem stationären Setting Hilfe. Soziale Dienste sind je nach Bundesland unterschiedlich organisiert, öffentlich oder durch private Träger. Sie können unabhängig von einer Kindeswohlgefährdung auch freiwillig genutzt werden. Angebote sind unter anderem die mobile Jugendarbeit, Beratungsstellen, Bildungsangebote oder Notunterkünfte (Statistik Austria 2024).

## 4.2 Relevante Begriffe

Im Folgenden werden einige Begrifflichkeiten näher erörtert, die im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe von Bedeutung sind.

Erziehungshilfen kommen zum Einsatz, wenn eine Kindeswohlgefährdung vorliegt. Das Rechtsinformationssystem des Bundes definiert das „Kindeswohl“ im Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuch (ABGB). Es umfasst alle Aspekte, die das minderjährige Kind betreffen. Dazu zählen unter anderem die angemessene Versorgung, die Vermittlung von Fürsorge und Geborgenheit, Wertschätzung und eine akzeptierende Haltung, Förderung von Kompetenzen, Erziehung zur Meinungsäußerung, Schutz vor Gefahr sowie die Wahrung der Kinderrechte und schützende Lebensverhältnisse (Rechtsinformationssystem des Bundes, 2015).

Die Kinder- und Jugendhilfe Oberösterreich unterscheidet verschiedene Formen der Gefährdung, etwa körperliche, emotionale und medizinische Vernachlässigung, physische und psychische Misshandlung und sexualisierte Gewalt. Auch miterlebte Gewalt gegen Bezugspersonen gilt als Kindeswohlgefährdung (Kinder-Jugendhilfe-ooe, o.J.). Beim Gewaltschutzgipfel 2023 wurde betont, dass miterlebte häusliche Gewalt, auch durch die pränatale Stressbelastung der Mutter, das Risiko für psychische, soziale und entwicklungsbezogene Beeinträchtigungen deutlich erhöht. Mögliche Folgen sind Bindungsstörungen, psychosomatische Beschwerden, Traumatisierungen,

selbstverletzendes Verhalten, Delinquenz oder Suchtmittelkonsum. Der rechtliche Rahmen verdeutlicht, dass in solchen Situationen das Kindeswohl gefährdet ist und entsprechende Schutzmaßnahmen erforderlich sind. Von zentraler Bedeutung ist in diesem Zusammenhang nicht nur die Sensibilisierung der Fachkräfte, sondern auch ein starkes gesellschaftliches Bewusstsein sowie eine funktionierende Zusammenarbeit aller relevanten Institutionen, um betroffene Kinder wirksam zu schützen (Stadt Wien - Kinder- und Jugendhilfe, 2024, S. 10–12).

Besteht ein Verdacht einer Kindeswohlgefährdung, ist die zuständige Kinder- und Jugendhilfe zu informieren. Zur Meldung verpflichtet sind Personen, die beruflich oder ehrenamtlich mit Kindern arbeiten, darunter auch Institutionen wie Polizei, Gerichte oder Schulen. Allen Bürger\*innen steht es frei, eine Mitteilung zu erstatten (Gewaltinfo, o.J.).

Bei elterlicher Gefährdung des Kindes entscheidet das Gericht über einen Entzug der Obsorge. Diese umfasst die Pflege und Erziehung, gesetzliche Vertretung sowie Vermögensverwaltung des Kindes und ist stets am Kindeswohl auszurichten (Obsorge und Kinderrechte, 2023).

### **4.3 Die stationäre Kinder- und Jugendhilfe**

Diese Arbeit fokussiert sich auf Kinder und Jugendliche, die in stationären Wohngemeinschaften leben. Die Wiener Heimreform „Heim 2000“ zielte 1995 auf die Auflösung von Großheimen zugunsten kleiner, regionaler Einrichtungen ab, so Bakic et al. (2022). Ziel der stationären Unterbringung ist neben der Stabilisierung die Reintegration in die Herkunftsfamilie. Krisenzentren dienen dabei als Akutunterbringung für maximal sechs Wochen (S. 184f.).

Ein zentrales Instrument zur Qualitätssicherung sind die von FICE Austria (2019) - International Federation of Educative Communities - formulierten Qualitätsstandards. Diese orientieren sich an nationalen Vorgaben sowie an den Prinzipien der UN-Kinderechtskonvention. Besonders betont werden Haltung, Kindeswohlorientierung, Reflexionsfähigkeit, respektvoller Umgang und Selbstfürsorge. Eine zentrale Bedeutung hat die beziehungsorientierte Haltung, die durch Nähe-Distanz-Balance korrigierende Beziehungserfahrungen ermöglichen soll (S. 9, 37–44).

Kieslinger et al. (2024) betonen, dass professionelle Haltung nicht nur auf Wissen basiert, sondern sich in der täglichen Beziehungsgestaltung zeigt. Gerade bei Kindern mit instabilen oder traumatischen Beziehungserfahrungen kann diese Haltung korrigierend wirken (S. 64f.).

Neben der individuellen Beziehungsarbeit und der pädagogischen Haltung ergänzen Maus et al. (2013), dass Gruppenarbeit ein zentrales Element der stationären Erziehung darstellt. Sie bietet ein soziales Lernfeld und fördert die Kooperationsfähigkeit sowie den Selbstwert (S. 53). Kieslinger et al. (2024) betonen, dass viele Kinder an geringem Selbstwert leiden und durch Normverletzungen auf sich aufmerksam machen. Die Fachkräfte sollen daher vorhandene Ressourcen erkennen und aktiv fördern (S. 66–68). Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse (2024) unterstreichen, dass persönliche Ressourcen wie Selbstwirksamkeit, soziale Kompetenz oder Problemlösefähigkeit schützende Faktoren darstellen. Besonders relevant ist die Fähigkeit, eigene Bewältigungsmöglichkeiten realistisch einschätzen zu können, dabei sollen Fachkräfte die Kinder und Jugendlichen unterstützen (S. 44, 55). Laut Kieslinger et al. (2024) geht die stationäre Arbeit über die Betreuung im Wohnkontext

hinaus und umfasst die aktive Einbindung von Schule, Familie und anderen Lebenswelten. Erziehung wird als ganzheitlicher Bildungsauftrag verstanden, der soziale Teilhabe und Orientierung fördert (S. 70–72). Ein zentrales Konzept ist die Präsenz der Fachkräfte, verstanden als physische, emotionale und authentische Verfügbarkeit. Sie bildet die Grundlage für sichere Beziehungen und erfordert institutionelle Rahmenbedingungen wie Supervision, Teamsitzungen und eine offene Kommunikationskultur (S. 73–76).

Während in der Vergangenheit primär Versorgung und Disziplinierung im Fokus standen, liegt der Schwerpunkt heute auf dem Schutz der Rechte und der Förderung individueller Entwicklung. Beziehung, Teilhabe und pädagogisch begleitete Selbstermächtigung haben eine zentrale Bedeutung erlangt.

In diesem Sinne, so Bakic et al. (2022), wurden stationäre Unterbringungsformen weiter differenziert. Individualpädagogische, sozialtherapeutische und sozialpsychiatrische Angebote zeichnen sich insbesondere durch geringe Gruppengrößen und spezifische Interventionsmöglichkeiten aus (S. 188).

Um die bestehenden Spannungsfelder zwischen Rahmenbedingungen, individuellen Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen und persönlichen Belastbarkeitsgrenzen zu bewältigen, benötigt es ein reflexionsbereites und ressourcenorientiertes Fachpersonal. Außerdem bedarf es eines fundierten Wissens über die Besonderheiten der zu betreuenden jungen Menschen – etwa in Bezug auf psychische Traumatisierungen. Mit diesem Thema befasst sich das nächste Kapitel.

## **5 Trauma und Traumafolgestörungen**

Kinder und Jugendliche, die in stationären Unterbringungen leben, gehören laut Rücker et al. (2018) zu einer besonders vulnerablen Gruppe im Hinblick auf psychische Belastungen. Im Sinne des Kindeswohls sei es daher notwendig, sowohl die körperliche als auch die psychische Gesundheit dieser jungen Menschen frühzeitig zu erfassen und geeignete Förder- und Unterstützungsmaßnahmen zu implementieren (S. 59).

Die vorliegende Arbeit widmet sich vertiefend der psychischen Traumatisierung von Kindern und Jugendlichen sowie den daraus resultierenden möglichen Folgeschäden. Dabei liegen die scharfe Abgrenzung und Einteilung eines Traumas nicht im Vordergrund, vielmehr soll die Vielschichtigkeit und Komplexität abgebildet werden.

### **5.1 Psychotraumatologie und Begriffsverständnis**

Laut Fischer und Riedesser (2023) entstand die Psychotraumatologie als eigenständiges interdisziplinäres Fachgebiet aus der Notwendigkeit heraus, psychische Traumata systematisch zu

erforschen. Sie untersucht die Entstehung, Wirkmechanismen und den Verlauf psychischer Verletzungen sowie deren Auswirkungen auf die betroffenen Personen. Zur klaren Abgrenzung von der chirurgischen Traumatologie wurde der Begriff um den Zusatz „Psycho“ erweitert (S. 17).

Der Begriff Trauma, so G. Maté und D. Maté (2022), stammt aus dem Griechischen und bedeutet wörtlich „Wunde“. Die Autoren übertragen dies auf emotionale Wunden, die das Handeln, Denken und Fühlen eines Menschen nachhaltig beeinflussen können. Sie betonen, dass Traumata besonders häufig in engen Beziehungen auftreten (S. 32). Levine (2016) ergänzt diese Perspektive, indem er Trauma als lebensbedrohliche und überwältigende Erfahrung beschreibt, deren Nachwirkungen den Organismus so stark prägen können, dass eine Rückkehr in die Gegenwart erheblich erschwert wird. Er spricht von der „...Tyrannei der Vergangenheit...“, die das gegenwärtige Erleben überschattet (Levine, 2016, S. 20).

G. Maté und D. Maté betonen in Anlehnung daran, dass Trauma letztlich ein „...dauerhafter Bruch oder Riss im Selbst...“ darstellt und Betroffene daran hindert, in großen Fragen rational zu denken (Maté und Maté, 2022, S. 36). Die Autoren heben zudem hervor, dass die seelischen Wunden Einfluss auf das Weltbild und soziale Verhaltensmuster nehmen (S. 32). Levine (2016) führt ergänzend an, dass es für Betroffene erschwert wird, ihre Aufmerksamkeit auf neue Situationen zu richten, da sich die eigene Wahrnehmung selektiv gestaltet (S. 20).

Diese Definitionen und Beschreibungen machen deutlich, dass Trauma nicht nur als äußerlich sichtbares Ereignis, sondern vor allen als subjektiv erlebter Prozess verstanden werden muss. Die subjektive Wahrnehmung, die individuelle Verarbeitung und die inneren Konsequenzen stehen im Mittelpunkt.

Landolt (2021) warnt vor einem inflationären Gebrauch des Begriffs und betont, dass Trauma nur dort angewandt werden sollte, wo Ereignisse für ein Individuum als existenziell bedrohlich und tiefgreifend erschütternd erlebt werden, sowohl psychisch als auch körperlich (S. 21). Eine andere Kritik äußern G. Maté und D. Maté (2022), die auf die alltagssprachliche Verwässerung des Begriffs hinweisen. Sie betonen, dass Trauma häufig nur mit extremen Ereignissen wie Krieg oder Naturkatastrophen assoziiert wird. Dadurch entsteht der trügerische Eindruck, es handle sich um seltene Ausnahmereignisse. Tatsächlich jedoch, so die Autoren, kann jeder Mensch im Laufe seines Lebens traumatische Erfahrungen machen (S. 36).

Wenn Trauma nicht als Ausnahme, sondern als häufiges Lebensereignis anerkannt wird, verändert sich der pädagogische und therapeutische Zugang grundlegend. Es wächst die Sensibilität dafür, dass viele Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Symptome auf verborgene, nicht unbedingt offen kommunizierte Traumatisierungen zurückgeführt werden können.

## **5.2 Typen und Klassifikationen von Trauma**

Laut Landolt (2021) unterscheidet die Psychotraumatologie grundsätzlich zwei Typen traumatischer Erfahrungen. Typ-1-Traumata umfassen einmalige, plötzlich auftretende Ereignisse wie etwa schwere

Unfälle, Naturkatastrophen oder Geiselnahmen. Diese Erlebnisse sind meist klar identifizierbar. Typ-2-Traumata hingegen beziehen sich auf wiederholte oder anhaltende Belastungen wie chronische Vernachlässigung, sexuellen Missbrauch oder das Aufwachsen in einem von Gewalt geprägten Umfeld (S. 21). Jegodtka und Luitjens (2016) weisen ergänzend darauf hin, dass es einen bedeutsamen Unterschied macht, ob eine Bedrohung durch Naturereignisse oder durch andere Menschen verursacht wurde. Interpersonelle Gewalt stellt eine spezielle Form der seelischen Verletzung dar, da sie das grundlegende Vertrauen in Mitmenschen erschüttert und somit auch langfristige Auswirkungen auf die Beziehungsfähigkeit der Betroffenen haben kann (S. 57).

Diese Erkenntnis verdeutlicht, wie wichtig eine differenzierte Betrachtung der jeweiligen Traumahintergründe ist. Dabei sollte es nicht darum gehen, zu beurteilen, ob jemand Anerkennung aufgrund des erlebten Traumas erfahren sollte oder nicht, sondern darum zu begreifen, welche zusätzlichen Begleiterscheinungen ein solches Erlebnis haben kann.

Für begleitende und betreuende Fachkräfte bedeutet dies, ihr Handeln kontinuierlich an die spezifische Art der Belastung anzupassen und dabei auch eigene emotionale Reaktionen auf die Konfrontation mit den jeweiligen Erfahrungen zu reflektieren.

Besonders schwerwiegende Formen von Typ-2-Traumatisierungen werden unter dem Begriff der „Komplexen Traumatisierung“ zusammengefasst, so Van der Kolk (2009). Er beschreibt diese Form als eine Folge chronischer, häufig in der frühen Kindheit beginnender Traumatisierungen, die tiefgreifende Auswirkungen auf die Entwicklung der Persönlichkeit haben. Kinder, die von komplexer Traumatisierung betroffen sind, befinden sich in einer sensiblen Entwicklungsphase und verfügen noch nicht über die kognitive Fähigkeit, ihre Erlebnisse einzuordnen oder sinnvoll zu verarbeiten. Stattdessen, so Van der Kolk, passen sie sich an die traumatische Umgebung an, was langfristig zu massiven Beeinträchtigungen im Erleben und Verhalten führen kann (S. 6f.).

Das angepasste Verhalten ist ein Ausdruck von Überlebensmechanismen und wird häufig vom sozialen Umfeld nicht als solcher erkannt oder wertgeschätzt. Die Verhaltensweisen mögen für das System einen unangenehmen und herausfordernden Charakter aufweisen, dennoch sind sie im Licht der traumatischen Vorgeschichten zu betrachten. Andernfalls droht nicht nur eine Stigmatisierung der Betroffenen, sondern auch eine erhebliche Belastung für die betreuenden Fachkräfte, die mit inadäquaten Erwartungen und Frustrationserfahrungen konfrontiert werden.

Kline und Levine (2004) befassen sich mit der objektiven und subjektiven Betrachtungsweise von Trauma. Sie halten fest, dass Trauma nicht allein durch das objektive Ausmaß der Belastung definiert wird. Entscheidend ist vielmehr die individuelle Verarbeitung auf physiologischer Ebene. Das Trauma ist somit im Nervensystem verankert und manifestiert sich in Reaktionsmustern, die einem rationalen Zugriff oft nicht unmittelbar zugänglich sind (S. 22). Fischer und Riedesser (2023) heben ebenso hervor, dass es eine dialektische Betrachtung traumatischer Erfahrungen braucht, die sowohl subjektive als auch objektive Perspektiven anerkennt. Zwischen dem leidenden Subjekt und der beobachtenden Außenwelt entsteht ein Spannungsfeld, das in der professionellen Begleitung bewusst wahrgenommen und reflektiert werden muss (S. 68). Payne et al. (2015) betonen ergänzend, dass

individuelle Unterschiede, etwa in der genetischen Disposition, der Bindungsgeschichte oder den sozialen Schutzfaktoren, maßgeblich darüber entscheiden, ob und wie ein Mensch eine belastende Erfahrung verarbeitet (S. 5).

Diese Betrachtungen verdeutlichen, dass Trauma weder durch das Ausmaß der Belastung noch durch die Situation selbst definiert wird. Es handelt sich um ein individuelles und auf körperliche Vorgänge einflussnehmendes Phänomen. Zwar gibt es eine Einordnung und klassifikatorische Zuteilung, dennoch wird die subjektiv wahrgenommene Erschütterung besonders gewichtet.

Ergänzend zur phänomenologischen Unterscheidung von Traumata liefert die klassifikatorische Perspektive diagnostische Differenzierungen.

Landolt (2021) verweist auf die Definitionen nach ICD-11 und DSM-5, die sich in gewissen Punkten unterscheiden. Während im ICD-11 ein traumatisches Ereignis von entsetzlicher Natur beschreibt, definiert das DSM-5 Trauma etwas enger. Demzufolge muss eine tatsächliche oder drohende Konfrontation mit Tod, schwerer Verletzung oder sexueller Gewalt vorliegen, sei es durch eigenes Erleben, das Erleben als Zeug\*in oder durch berufsbedingte Konfrontation. Zusätzlich, so der Autor, enthält der DSM-5 eine eigene Klassifikation für Kinder unter sechs Jahren, berücksichtigt jedoch nicht explizit häufige Kindheitstraumata wie Vernachlässigung (S. 20).

Besonders hervorzuheben ist hierbei, dass im ICD-11 die subjektive Einschätzung der betroffenen Person stärker berücksichtigt wird als im DSM-5. Letzteres erscheint im Kontext der Fachkräfte relevant. Sie begleiten Kinder und Jugendliche mit traumatischen Erfahrungen, werden dabei mit deren Leidensgeschichten konfrontiert und erleben nicht selten selbst belastende Situationen. In manchen Fällen werden sie zu Zeug\*innen traumatischer Erlebnisse oder sind den Auswirkungen traumabedingter, destruktiver Verhaltensweisen ausgesetzt, was wiederum tiefgreifende psychische Spuren hinterlassen kann.

## **5.3 Der Traumaverlauf**

Um die psychischen und physischen Abläufe während und nach einem Trauma nachvollziehen zu können, ist ein Grundverständnis der Neurobiologie notwendig. Im Folgenden wird dies dementsprechend abgebildet.

### **5.3.1 Neurobiologie**

Laut Van der Kolk (2023) dient das Gehirn primär dem Überleben, wofür verschiedene Hirnareale zusammenwirken (S. 88). Viele dieser Prozesse laufen unbewusst ab, so Jegodtka und Luitjens (2016). Funktionen wie Herzschlag oder Verdauung werden automatisch reguliert und treten erst in Extremsituationen ins Bewusstsein. So kann die Wahrnehmung eines schnelleren Pulses in Gefahrensituationen die emotionale Alarmreaktion zusätzlich verstärken (S. 73f.).

Anatomisch, so Van der Kolk (2023) ist das Gehirn hierarchisch aufgebaut. Bereits bei der Geburt ist der älteste Teil des Gehirns, das sogenannte „Reptiliengehirn“, vollständig funktionsfähig. Es ermöglicht elementarste Verhaltensweisen wie Schlafen, Saugen, Atmen und Weinen. Es befindet sich im Hirnstamm und ist in der Wahrnehmungshierarchie am weitesten von der bewussten, kognitiven Verarbeitung entfernt (S. 89). Über die fünf Sinne, so Jegodtka und Luitjens (2016) verarbeitet es Umweltreize und reguliert konstant vegetative Prozesse, wodurch kognitive Kapazitäten für komplexere Aufgaben freibleiben (S. 77).

Darüber liegt das limbische System, das auch Säugetiergehirn genannt wird, so Van der Kolk (2023). Es entwickelt sich größtenteils erst nach der Geburt und stellt das emotionale Zentrum des Gehirns dar. Es bewertet Erfahrungen hinsichtlich ihres Überlebenswerts (S. 90). Jegodtka und Luitjens führen weiter aus, dass im Unterschied zum instinktgesteuerten Reptiliengehirn das Säugetiergehirn Aufgaben in Bezug auf Bindung, Trennung und Spielfähigkeit übernimmt (S. 75). Das limbische System wird laut Van der Kolk (2023) sowohl durch genetische Faktoren als auch durch Temperament und frühkindliche Erfahrungen geprägt. Gemeinsam bilden das Reptiliengehirn und das Säugetiergehirn den Kern des zentralen Nervensystems, das für unser grundlegendes seelisches und körperliches Wohlbefinden verantwortlich ist. Umgeben werden sie vom sogenannten Neokortex, der in der menschlichen Entwicklung am spätesten entstand (S. 91). Laut Jegodtka und Luitjens (2016) ist der Neokortex deutlich umfangreicher und zuständig für höhere kognitive Funktionen wie Denken, Sprache, Bewusstsein und abstraktes Planen (S. 75). Van der Kolk (2023) zufolge, reift der präfrontale Kortex als letzter aus und steuert komplexe Fähigkeiten wie Empathie, Zukunftsplanung sowie das Einordnen von Zeit und Kontext (S. 93, 95).

Die spezifischen Reaktionsweisen des Gehirns im Falle eines Traumas werden im nächsten Abschnitt dargestellt.

### **5.3.2 Verlaufsmodelle**

Psychische Traumatisierungen verlaufen laut Fischer und Riedesser (2023) in drei dynamischen Phasen: die traumatische Situation, die traumatische Reaktion und der traumatische Verarbeitungsprozess. Entscheidend ist dabei nicht das Ereignis selbst, sondern dessen subjektive Bedeutung (S. 68).

Die Fachkräfte benötigen daher eine hohe Empathiefähigkeit, um sich in die Erfahrungswelt der Betroffenen einzufühlen. Dies ist zugleich eine Grundlage für ein verstehendes und nicht wertendes pädagogisches Handeln.

In der zweiten Phase kommt es laut Fischer und Riedesser (2023) zu einer Überforderung der psychischen Verarbeitung (S. 69). Levine (1998) nennt vier zentrale Reaktionskomponenten, die unmittelbar auftreten können: starke physiologische Erregung, psychophysische Anspannung, Dissoziation und Erstarrung (S. 134f.). Diese wurzeln im evolutionären Erbe des Menschen, wie Kline und Levine (2004) betonen. Das Reptilienhirn aktiviert bei einer Bedrohung automatisierte Überlebensmechanismen wie Flucht, Kampf oder Erstarrung, begleitet von körperlichen Reaktionen

wie erweiterte Pupillen, Muskelzittern oder beschleunigter Atmung. Bleibt die Entladung dieser Energie aus, entsteht Erstarrung sowie eingeschlossene Überlebensenergie, die als Hilflosigkeit erlebt wird (S. 24). Neurobiologisch betrachtet spricht Korittko (2017) von einer Notfallverschaltung im Gehirn, die während einer traumatischen Erfahrung einsetzt. Der Neokortex, zuständig für das rationale Denken, wird in seiner Funktion erheblich eingeschränkt, während das limbische System und insbesondere die Amygdala mit Stresshormonen übersättigt werden. Der Hippocampus als Verbindungsstelle wird deaktiviert und infolgedessen sind durchdachte Lösungen nicht mehr möglich. Das Gehirn greift auf urtümliche Verhaltensweisen, die im Hirnstamm verankert sind, zurück. Dazu zählt laut Korittko neben den bereits erwähnten auch die Unterwerfung. In diesem Zustand speichert das Gehirn isolierte Sinneseindrücke wie Geräusche, Gerüche oder Bilder ab, ohne diese adäquat zu verarbeiten. Diese Bruchstücke sind zeitlose Erinnerungsteile und können durch sogenannte Trigger unerwartet reaktiviert werden, was zu einem Wiedererleben des Traumas führt (S. 40, 61–63).

Diese neurobiologischen Grundlagen verdeutlichen, dass erzieherische Maßnahmen, die bei Einsicht oder Selbstkontrolle ansetzen, im Kontext von Traumatisierungen schnell an Grenzen stoßen. Ein fundiertes Wissen über die inneren Vorgänge ist notwendig, um Stressreaktionen verstehen und angemessene Interventionen setzen zu können.

Die dritte Phase beschreiben Fischer und Riedesser (2023) als lebenslangen Balanceakt zwischen dem Zulassen traumatischer Erinnerungen und dem Schutz vor Reizüberflutung. Betroffene ringen dabei um Kohärenz und entwickeln individuelle Wege des Umgangs, die zwischen Konfrontation und Kompensation pendeln (S. 69).

Zusätzlich zum Verlaufsmodell differenzieren Fischer und Riedesser (2023) drei Stadien: Die Schockphase ist geprägt von Dissoziation, veränderter Zeitwahrnehmung und Verleugnung. In der Einwirkphase dominieren Emotionen wie Ärger, Ohnmacht oder Schlafstörungen. Erst in der Erholungsphase können bei ausreichender Distanzierung erste Entspannungen eintreten. Bleibt diese Distanz aus, etwa bei Beziehungstraumata, können chronische Belastungen und Traumafolgestörungen entstehen, die professionelle Unterstützung erfordern (S. 173).

Für den Kontext der Kinder- und Jugendhilfe erscheint das erweiterte Verlaufsmodell von Hans Keilson besonders bedeutsam. Landolt (2021) beschreibt Keilson als wichtigen Forscher, der anhand jüdischer Kriegswaisen die Bedeutung aufeinanderfolgender traumatischer Ereignisse herausarbeitete. Wesentlich sei die gesellschaftliche Anerkennung des Traumas als schützender oder belastender Faktor für die Entwicklung psychischer Störungen (S. 35f.). Aufbauend auf Keilsons Ansatz des Sequenziellen Geschehens, entwickelten Jegodtka und Luitjens (2016) ein Sequenzmodell, welches die Betrachtung traumatischer Prozesse um eine systemische Dimension erweitert. Sie beschreiben sechs Phasen: die Lebensumstände und Ressourcen vor dem Trauma, das eigentliche traumatische Ereignis, die Reaktionen der Öffentlichkeit, die Chronifizierung der Symptome, den Übergang ins Erwachsenenalter und schließlich das Leben danach (S. 65, 67).

Die systemische Perspektive verdeutlicht, dass der traumatische Prozess individuell erlebt, jedoch gesellschaftlich mitgeprägt wird. Der Umgang von Institutionen und Hilfesystemen beeinflusst somit maßgeblich die Verarbeitungsmöglichkeiten der Betroffenen.

## 5.4 Symptome und Folgestörungen

Die Symptome einer Traumatisierung lassen sich laut Jegodtka und Luitjens (2016) in drei Hauptkategorien gliedern: Intrusion, Hyperarousal und Konstriktion. Intrusion bezeichnet das unwillkürliche Wiedererleben der traumatischen Erfahrung, Hyperarousal beschreibt den Zustand anhaltender Übererregung und erhöhter Reizbarkeit, während die Konstriktion das Vermeiden von Situationen oder Reizen umfasst, die Erinnerungen an das Trauma hervorrufen könnten (S. 54). Kline und Levine (2004) ergänzen Dissoziation sowie Gefühle von Taubheit und Erstarrung (S. 60). Levine (1998) differenziert die Symptomatik zusätzlich nach zeitlichen Verläufen und beschreibt, dass im späteren Verlauf häufig Symptome wie Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, häufiges Weinen, das Gefühl innerer Leere, eine Überempfindlichkeit gegenüber Licht und Geräuschen sowie eine Unfähigkeit, tragfähige Beziehungen aufzubauen, auftreten können. Er betont jedoch die individuelle Variabilität der Symptomatik (S. 148f.).

Fischer und Riedesser (2023) ordnen psychotraumatische Erfahrungen als eigenständige ätiologische Kategorie ein, die auch ohne zusätzliche Risikofaktoren psychische Störungen auslösen kann (S. 21). Landolt (2021) sieht in dieser Kausalität ein zentrales diagnostisches Kriterium für Traumafolgestörungen, da ihnen immer auslösende Ereignisse zugrunde liegen (S. 39). Bowlby (2014) betont, dass frühe traumatische Kindheitserlebnisse, insbesondere im Kontext gestörter Bindung, psychische Fehlwahrnehmungen und Störungsbilder begünstigen (S. 79). Baierl (2016) hebt hervor, dass frühe Traumatisierungen besonders schwerwiegende Auswirkungen auf die Beziehungsfähigkeit und die neurologische Entwicklung haben können (S. 27). Auch Landolt (2021) bestätigt die hohe Relevanz dieser Erkenntnisse für das Kindes- und Jugendalter, da posttraumatische Belastungsstörungen und weitere Traumafolgestörungen zu den häufigsten psychiatrischen Diagnosen in dieser Altersgruppe zählen (S. 19). Van der Kolk und Najavits (2013) verweisen auf eine Studie der American Psychiatric Association, die zeigt, dass insbesondere Kindheitstraumata gravierende Folgen für die Persönlichkeitsentwicklung und emotionale Selbstregulation haben, vor allem dann, wenn die primäre Bezugsperson die Quelle der Traumatisierung war (S. 518f.). Korittko (2017) ergänzt, dass frühkindliche Traumatisierungen auch mit körperlichen Erkrankungen, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Verbindung stehen (S. 25).

In der Fachliteratur besteht breite Übereinstimmung darüber, dass Kindheitstraumata aufgrund der hohen Entwicklungsdynamik und der zentralen Bedeutung sicherer Bezugspersonen als besonders herausfordernd gelten.

Baierl (2016) zufolge ist die Komorbidität, also das gleichzeitige Vorliegen verschiedener psychischer Störungen, bei traumatisierten Menschen besonders hoch. Er weist darauf hin, dass viele der

sogenannten Störungen in Wirklichkeit Überlebensstrategien sind, die im Kontext der ursprünglichen Bedrohung funktional und notwendig waren (S. 27). Maercker (2013) nennt komorbide Störungen wie Angststörungen, Depressionen, Suizidalität, Sucht und somatoforme Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen (S. 30). Landolt (2021) führt ergänzend noch die „Anpassungsstörung“ an. Charakteristisch dafür sind eine wiederholte Auseinandersetzung mit dem belastenden Stressor, Gedankenkreisen und exzessive Sorgen. Eine Anpassungsstörung besteht in der Regel nicht länger als sechs Monate, sofern der auslösende Stressor nicht dauerhaft anhält (S. 53). Maercker (2013) weist darauf hin, dass die Diagnose der Anpassungsstörung noch gewisse Schwächen aufweist, etwa eine unzureichende empirische Fundierung und eine fehlende klare Abgrenzung zu anderen Störungsbildern (S. 28). Schließlich müssen laut Landolt (2021) auch „Bindungs- und Beziehungsstörungen“ als mögliche Folgen von Traumatisierungen betrachtet werden. Der Autor beschreibt etwa die „reaktive Bindungsstörung“, die häufig als Konsequenz einer Vernachlässigung folgt, sowie die „Beziehungsstörung mit Enthemmung“ (S. 55f.).

Steil und Rosner (2013) betonen in diesem Zusammenhang die Wichtigkeit einer umfassenden Anamnese. Viele Symptome, die auf den ersten Blick anderen Störungsbildern zugeordnet werden könnten, wie etwa impulsives Verhalten, können bei genauerer Betrachtung in direktem Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen stehen (S. 354).

Alle Autoren\*innen betonen, dass Trauma ein tiefgreifendes biopsychosoziales Phänomen darstellt, dessen Symptome nicht statisch sind, sondern dynamisch im Lebenslauf variieren können. Für Fachkräfte ist die hohe Komorbidität herausfordernd, da sie komplexe Interventionen erfordert und die Funktionalität vermeintlich pathologischer Verhaltensweisen berücksichtigt werden muss. Ein derartiges Verständnis von Trauma und seinen Folgen war nicht immer selbstverständlich. Daher folgt im nächsten Abschnitt ein Überblick über die wohl bekannteste und häufigste Traumafolgestörung: die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).

### **5.4.1 Die Posttraumatische Belastungsstörung**

Seidler (2013) betont, dass Traumafolgestörungen existieren seitdem Menschen mit existenziellen Bedrohungen konfrontiert sind (S. 4). Trotz der dauerhaften Präsenz des menschlichen Leidens beschreibt Van der Kolk (2023) das wissenschaftliche Interesse an psychischen Traumata als geschichtlich wechselhaft (S. 289). Ein tatsächlicher Durchbruch gelang erst im Jahr 1980, als die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) von der American Psychiatric Association offiziell eingeführt wurde. Ein zentrales Merkmal der Diagnose war, dass die traumatischen Erinnerungen im Vergleich zu normalen, weder verblassten noch eine positive Neubewertung erfuhren. Die betroffenen Menschen konnten das Geschehene nicht als etwas zeitlich Zurückliegendes begreifen (S. 36–39).

Maercker (2013) fasst die fünf Hauptkriterien der posttraumatischen Belastungsstörung wie folgt zusammen:

1. Das Erleben eines Traumas
2. Unkontrollierte und belastende Erinnerungen an das Trauma

3. Ein vermeidendes Verhalten und ein Zustand von emotionaler Taubheit
4. Eine anhaltende Übererregung
5. Symptombdauer über einen Monat

Das letzte Kriterium signalisiert, dass es sich um eine Posttraumatische Belastungsstörung und nicht um eine zeitlich begrenzte akute Belastungsreaktion handelt. Maercker hält zudem fest, dass die PTBS-Symptome üblicherweise innerhalb der ersten sechs Monate nach einem Trauma auftreten, in sehr seltenen Fällen kann dies aber auch erst nach Jahren oder Jahrzehnten erfolgen (S. 14, 32).

Seit der Erstbeschreibung der PTBS, so Maercker (2013), haben zahlreiche Untersuchungen gezeigt, dass die zentralen Symptomgruppen, Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal, unabhängig von der Art des Traumas bei allen Betroffenen auftreten (S. 21). Auch Kline und Levine (2004) bestätigen, dass diese Symptome universell sind und in allen Altersgruppen auftreten. Bei Kindern und Jugendlichen zeigen sich jedoch teils andere Anzeichen, als bei Erwachsenen (S. 60f.).

Auf die drei Hauptsymptomgruppen der Posttraumatischen Belastungsstörung wird nun genauer eingegangen:

Laut Maercker (2013) ist die „Intrusion“ durch ein ungewolltes wiederholtes Erleben des Traumas gekennzeichnet (S. 17), einen anderen Begriff verwendet Schnyder (2007) und spricht in diesen Zusammenhang von sogenannten „Flashbacks“ (S. 495). Landolt (2021) betont, dass Kinder nahezu zwanghaft das Erlebte in ihrem Spiel abbilden (S. 47).

Die zweite Symptomgruppe wird laut Maercker (2013) „Numbing“, oder auch „Vermeidung“ genannt. Die Betroffenen versuchen meist ohne Erfolg die Fülle an Gedanken loszuwerden und dies resultiert häufig in dissoziativen Zuständen. Die Abflachung der Gefühlswelt sowie sozialer Rückzug, sind mögliche weitere Folgen (S. 17). Landolt (2021) ergänzt, dass je jünger die Kinder sind, desto unspezifischer erscheinen die Verhaltensweisen. Neben einer allgemeinen Ängstlichkeit, lassen sich Konzentrationsschwierigkeiten, Wutausbrüche, risikoreiche und selbstschädigende Verhaltensweisen nachweisen (S. 47). Friedrich (2014) führt in diesem Zusammenhang an, dass vor allem Kinder die sich in der traumatischen Situation hilflos ausgeliefert fühlten, zur Dissoziation neigen. Zunächst muss dies aber kein krankheitswertiges Phänomen sein, sondern eine Strategie zur Stressreduzierung (S. 35, 37).

Zuletzt führt Maercker (2013) die Symptomgruppe des „Hyperarousal“ an. Der allgemeine Erregungszustand des autonomen Nervensystems ist betroffen, und auch kleinere nachfolgende Belastungen führen zu starken Erregungen. Untertags sind Betroffene hypervigilant und wachsam allen Reizen gegenüber, nachts wird das Schlafverhalten massiv beeinträchtigt (S. 17, 19).

Maercker (2013) hält fest, dass eine Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert wird, wenn einige der Symptome aus den jeweiligen Gruppen gemeinsam auftreten (S. 20). Schnyder (2007) betont in diesem Kontext, dass die Entwicklung einer Störung allerdings auch abhängig von einigen Prädiktoren ist. Er unterteilt diese in „Prätraumatische Variablen“, wie etwa das weibliche Geschlecht oder Missbrauch in der Kindheit und „Peritraumatische Variablen“, worunter der Schweregrad sowie die subjektiv wahrgenommene Bedrohung des traumatischen Ereignisses verstanden werden. Zuletzt

sind auch die „Posttraumatischen Variablen“ essentiell, wie etwa ungenügend soziale Unterstützung nach dem traumatischen Ereignis (S. 495).

Laut Van der Kolk und Najavits (2013) verlangte die Entwicklung der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung eine starke Verbindung zu Erinnerungen (S. 519). Aufgrund dessen, werden im nächsten Abschnitt die Themen „Erinnerungen und Retraumatisierung“ beleuchtet.

#### **5.4.1.1 Erinnerungen und Retraumatisierung**

Erinnerungen dienen laut Levine (2016) als Orientierung in ungewohnten Situationen, da das Gedächtnis auf frühere Erfahrungen zurückgreift (S. 30f.). Er unterscheidet zwischen explizitem und implizitem Gedächtnis. Während das explizite Gedächtnis bewusst zugänglich ist, umfasst das implizite Gedächtnis emotionale und körperliche Reaktionen, die nicht bewusst steuerbar sind. Levine betont zudem, dass Erinnerungen keine Konstante haben, sie sind veränderlich, fehleranfällig und vom aktuellen Zustand beeinflusst (S. 26–28). Van der Kolk (2023) beschreibt, dass traumatische Erinnerungen häufig fragmentiert und körperlich verankert bleiben, während normale Erinnerungen flexibel integriert sind. Betroffene erinnern sich an einzelne Sinneseindrücke, jedoch ohne kohärente Ereignisabfolge (S. 303f.). Fuchs (2009) ergänzt, dass bedrohliche Erfahrungen oft sprachlich nicht zugänglich sind, aber durch bestimmte Reize reaktiviert werden können. Er betont den Umstand, dass Körperliche Vermeidungsreaktionen das Wiedererleben früherer Bedrohungen verhindern können (S. 48–50).

In diesem Zusammenhang erscheint der Begriff „Retraumatisierung“ von Bedeutung.

Maerker (2013) definiert Retraumatisierung als emotionale Belastung, ausgelöst durch erinnerungsbezogene Reize, die auch Trigger genannt werden (S. 15f.). Jegodtka und Luitjens (2016) betonen, dass Trigger sowohl intern als auch extern entstehen können (S. 85). Beim Wiedererleben, so Van der Kolk und Najavits (2013), werden Hirnareale für rationales Denken deaktiviert und primitive Strukturen übernehmen die körperliche Steuerung (S. 519). Landolt (2021) spricht von einer Umprogrammierung des Gehirns nach einer Traumatisierung: das Gehirn reagiert schneller und weniger gründlich auf bedrohliche Reize (S. 119).

Im Kontext intensiver Beziehungen, wie dies in stationären Unterbringungen der Fall ist, spielt die sogenannte Übertragung eine besondere Rolle.

Laut Schroeder (2016) projiziert das betroffene Kind emotionale Erfahrungen und Beziehungsmuster, die ursprünglich mit nahestehenden Personen verknüpft waren, auf das betreuende Fachpersonal. Ebenso bedeutsam ist das Phänomen der „Gegenübertragung“, bei dem auch Fachkräfte unbewusst eigene biografische Erfahrungen in die Beziehung einbringen können. Dies kann dazu führen, dass Helfende, trotz professioneller Haltung, in einer Weise reagieren, die den Mustern früherer belastender Bezugspersonen ähnelt. Die Autorin betont, dass es sich hierbei um zutiefst menschliche Prozesse handelt, die auch im professionellen Kontext auftreten können. Umso wichtiger ist es, solchen Dynamiken mit Achtsamkeit zu begegnen (S. 219).

Die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Formen der Gedächtnissysteme und Trigger erscheint gerade im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe besonders relevant. Das Wissen darüber erweitert das Verständnis für die Tiefe und Komplexität traumatischer Erfahrungen. Betroffene Kinder und Jugendliche bringen nicht nur erzählbare Erlebnisse mit, sondern häufig auch körperlich und atmosphärisch gespeicherte Erinnerungen, die sich in Verhalten, Beziehungsgestaltung und Körpersprache ausdrücken. Für Fachkräfte bedeutet dies, mit Erinnerungen konfrontiert zu sein, die sprachlich nicht geäußert, aber körperlich präsent sind. Diese Erkenntnisse verdeutlichen eine Verbindung zwischen einer entwicklungspsychologischen, neurobiologischen und pädagogischen Perspektive.

## 5.5 Behandlungsmöglichkeiten

Um einer Chronifizierung traumatischer Symptome entgegenzuwirken, betont Landolt (2021) die Bedeutung eines möglichst frühzeitigen therapeutischen Angebots für betroffene Kinder und Jugendliche. Voraussetzung für einen erfolgreichen Behandlungsprozess ist jedoch eine vorherige Stabilisierung auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene (S. 147, 153).

Die International Society for Traumatic Studies (ISTSS) veröffentlichte bereits im Jahr 2000 evidenzbasierte Leitlinien zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. Diese wurden auf ihre Wirksamkeit hin geprüft und gelten laut Schnyder (2007) seither als international anerkannter Standard (S. 496). Insbesondere für Kinder und Jugendliche verweist Landolt (2003) auf das „Transaktionale Traumabewältigungsmodell“, das auf der Stressdefinition von Lazarus und Folkman basiert. Hierbei wird das Trauma als außergewöhnliches Stresserlebnis verstanden, das durch unzureichende Bewältigungsressourcen und subjektiv als bedrohlich bewertete Erfahrung gekennzeichnet ist. Das von Landolt adaptierte Modell geht von einer wechselseitigen Beeinflussung zwischen den Merkmalen des Traumas, der betroffenen Person und dem sozialen Umfeld aus (S. 76).

Die Literatur weist auf viele therapeutische Behandlungsmöglichkeiten hin. Deutlich wird jedoch auch, dass eine wirksame und nachhaltige Traumabegleitung nur gelingen kann, wenn das Umfeld und damit auch das professionelle Helfer\*innensystem, vor allem im Alltag, achtsam, reflektiert und stabil agiert. Insofern steht die psychische Gesundheit von Fachkräften nicht nur in den Diensten ihrer eigenen Resilienz, sondern bildet auch einen Grundpfeiler für den Erfolg traumasensibler Interventionen. Darüber hinaus zeigt ein Blick in die Geschichte, dass traumatische Erfahrungen, insbesondere jene mit gesellschaftlicher Relevanz, lange Zeit nur unzureichend gewürdigt und anerkannt wurden. Diese historische Ignoranz hat nicht nur den Betroffenen geschadet, sondern auch dazu beigetragen, dass sich stigmatisierende Haltungen bis heute halten konnten. Umso wichtiger ist es, Trauma als tiefgreifende menschliche Erfahrung zu begreifen, die Anerkennung, Schutz und Unterstützung erfordert.

Neben der therapeutischen Aufarbeitung von Traumafolgen wird in der Fachliteratur zunehmend das Konzept des posttraumatischen Wachstums diskutiert. Tedeschi und Calhoun (1996) prägten diesen Begriff und weisen darauf hin, dass der Möglichkeit zur Entwicklung positiver Auswirkungen nach

traumatischen Erfahrungen zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. Sie identifizieren drei potentielle Bereiche, in denen sich solche Entwicklungen zeigen können: ein verändertes Selbstbild, eine vertiefte Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen sowie eine neue oder erweiterte Lebensphilosophie und Spiritualität (S. 455f.). Zöllner et al. (2006) definieren den Begriff als positive psychologische Entwicklung, die im Zuge der Bewältigung traumatischer Erfahrungen entsteht. Dabei steht nicht lediglich die Rückkehr zum vorherigen Zustand im Vordergrund, sondern vielmehr die Freisetzung weiterführender Entwicklungsprozesse, die über reine Resilienz hinausgehen (S. 37).

Dieses Konzept ist nicht nur für Betroffene und die beteiligten Hilffsysteme relevant. Auch Fachkräfte, die im Rahmen sekundärer Traumatisierung belastende Erfahrungen machen, können durch eine reflektierte Auseinandersetzung und Bewältigung nachhaltige, positive Wachstumserfahrungen machen.

### **5.5.1 Traumapädagogik**

Die traumasensible Begleitung von stationär untergebrachten Kindern und Jugendlichen ist essenziell. Fachkräfte übernehmen dabei die anspruchsvolle Aufgabe, die Betroffenen im Alltag zu stabilisieren und zu fördern. Dafür bietet die Traumapädagogik einen geeigneten Ansatz.

Der Begriff Traumapädagogik ist laut Weiß et al. (2014) noch im Aufbau und vereint Wissen aus Psychotraumatologie, Psychoanalyse, Resilienzforschung, Sozialer Arbeit, Erziehungswissenschaften und Neurobiologie (S. 100). Im Zentrum, so Weiß (2013), steht eine wertschätzende, beziehungsorientierte und verstehende Haltung, die die Beziehungsfähigkeit der Fachkräfte betont. Wesentliche Leitprinzipien sind:

- Verhaltensweisen werden als Reaktion auf extreme Stresssituationen verstanden
- Betroffene gelten als Expert\*innen ihres Lebens
- Fachkräfte unterstützen ressourcenorientiert und anerkennen ihre bisherigen Bewältigungsleistungen (S. 92).

In stationären Einrichtungen treffen Fachkräfte auf strukturelle Herausforderungen. Gahleitner et al. (2017) kritisieren, dass pädagogische Maßnahmen häufig auf Kontrolle abzielen, was für traumatisierte Kinder häufig überfordernd ist. Traumapädagogik fordert stattdessen individualisierte, beziehungsorientierte Unterstützung (S. 42f.).

Aus einer traumapädagogischen Perspektive wird Verhalten in erster Linie nicht als störend, sondern als Ausdruck innerer Prozesse verstanden. Dies erfordert einen Perspektivenwechsel, bei dem auch gesellschaftliche Strukturen hinterfragt werden müssen.

In der Praxis zeigt sich, dass betroffenen Kindern mit klassischen pädagogischen Methoden oft nicht ausreichend geholfen werden kann. Wie ein möglicher traumapädagogischer Umgang in der stationären Hilfe aussehen kann, wird im Folgenden anhand einiger Grundbausteine dargestellt.

Baierl (2016) betont die Wichtigkeit des sicheren Ortes, der sowohl im emotionalen als auch im räumlichen Sinn, essenziell ist. Die Fachkräfte sind gefordert, ihre eigene Rolle und Macht reflektiert einzusetzen und ihre Autorität als schützende und verlässliche Instanz zu verstehen (S. 48f.).

In traditionellen und veralteten Erziehungskonzepten spielt die hierarchische Dimension verbunden mit Machtausübung eine große Rolle. Die traumapädagogische Haltung hingegen, versteht die Macht nicht als Kontrolle und Durchsetzung von Regeln, sondern als sicherheitsstiftende Grenze und notwendige Verantwortung.

In Krisensituationen, so Baierl (2016), trägt das Fachpersonal die Verantwortung, die passende Intervention zu setzen, und für die Sicherheit aller Beteiligten zu sorgen. Schulungen, Raumkonzepte und Krisenpläne sind daher unabdingbar. Auch das Hinzuziehen von Einsatzkräften wie Polizei und Rettung sowie Kolleg\*innen sind mögliche Maßnahmen zur Deeskalation (S. 95f.). König (2016) erwähnt in diesem Zusammenhang auch das sichernde Festhalten. Gerade bei selbst- oder fremdgefährdenden Verhalten kann diese Maßnahme erforderlich sein, allerdings muss sie stets in einer ruhigen und sachlichen Haltung vollzogen werden. Eine anschließende Reflexion und ein transparenter Umgang sind dabei essentiell. Die Autorin empfiehlt an dieser Stelle auch das Vorhandensein zweier Fachkräfte im pädagogischen Alltag (S. 161f.).

Ein weiterer Grundpfeiler der Traumapädagogik ist die Partizipation. Lang et al. (2013) betonen, dass das Erleben von Autonomie und Teilhabe zentrale Faktoren für psychische Stabilität sind, insbesondere für Kinder mit Kontrollverlusterfahrungen. Damit verbunden ist die Haltung der Annahme eines guten Grundes. Dabei werden Verhaltensweisen nicht vorschnell pathologisiert, sondern als Ausdruck von Überlebensstrategien gewürdigt (S. 5).

Laut Weiß (2014) ist auch für die betroffenen Kinder die Nachvollziehbarkeit ihres Verhaltens ein essentieller Schritt für die kognitive Bewältigung. Die Frage, *Weil?* statt *Warum?* signalisiert Interesse und regt einen Reflexionsprozess an (S. 103).

Baierl (2016) betont die Wichtigkeit der „wertschätzenden Haltung“ der Person und dem Verhalten gegenüber. Unangemessenes Verhalten wird nicht geleugnet, sondern dessen Hintergründe werden anerkannt, während problematische Handlungen kontextualisiert verurteilt werden (S. 50f.). Auch Krüger (2016) unterstreicht die Bedeutung der Würdigung des Geschehens. Auffällige Verhaltensweisen sind häufig authentische lebensgeschichtliche Ausdrucksformen. Auch Pseudonormalität als Abspaltung emotionalen Erlebens stellt eine mögliche Reaktion dar. Traumatisierungen erschüttern die Beziehungsfähigkeit grundlegend, was sich im zwischenmenschlichen Kontakt widerspiegeln kann (S. 80). Baierl (2016) weist auf die Besonderheiten in diesem Zusammenhang hin, speziell bezogen auf die vorherrschenden Ambivalenzen zwischen Nähe und Distanz. Fachkräfte müssen Bindungsbedürfnisse der Betroffenen erkennen und dynamische Beziehungsmuster als Vertrauens- und Kooperationsangebote deuten (S. 32f.). Lang et al. (2013) ergänzen in diesem Kontext, die Wichtigkeit der Beziehungsgestaltung. Dabei müssen dementsprechende Strukturen geschaffen und etabliert werden, auch die Bereitstellung von verlässlichen Bezugspersonen wird an dieser Stelle erwähnt. Übergänge und Trennungen, wie sie im stationären Setting täglich vorkommen, sollten bewusst gestaltet werden (S. 11). Die professionelle Beziehung, so Lang et al. (2013), beinhaltet auch immer einen gegenseitigen Bindungscharakter der

sich auf einem emotionalen Fundament entwickelt. Dabei spielen nicht nur frühe Bindungserfahrungen eine Rolle, sondern auch positive gegenwärtige Beziehungen können ein essenzieller Schutzfaktor im Leben der Betroffenen sein (S. 48).

Als weiteren essentiellen Wert der Traumapädagogik führt Baierl (2016) die „Ressourcenorientierung“ an. Konkret ist die stetige Auseinandersetzung mit den Fähigkeiten der Kinder und Jugendlichen gemeint (S. 52). Krüger (2016) beschreibt die Ressourcenorientierung als Gegenmaßnahme, sozusagen als Gegengift zur Traumatisierung. Die Notwendigkeit der Implementierung und Aktivierung von Ressourcen, sowie ein liebevoller Blick auf sich selbst und Zuwendung durch Andere, hebt Krüger ebenso hervor. Die Betroffenen benötigen Unterstützung ihr eigenes sicheres Nest zu bauen und durch Ressourcen den Traumafolgen und destruktiven Verhaltensweisen entgegenzuwirken. Ressourcenarbeit kann zugleich als Herausforderung erlebt werden, da sie Handlungsmöglichkeiten aufzeigt und somit Ambivalenzen weckt (S. 77f.). Neben der fachlichen Qualifikation und der damit verbundenen Verpflichtung zur kontinuierlichen Weiterbildung betont Baierl (2016), dass auch die Selbstfürsorge eine zentrale Voraussetzung für die professionelle Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen darstellt (S. 53f.).

Zusammenfassend ist Traumapädagogik kein starres Handlungskonzept, sondern ein professionsübergreifender, theoretisch fundierter und praxisorientierter Zugang. Im Mittelpunkt steht die beziehungsbasierte Begleitung, geprägt von Sicherheit, Verlässlichkeit und Anerkennung der individuellen Lebensgeschichte. Traumapädagogisches Handeln erfordert die kritische Reflexion von Strukturen und Rollen sowie die Balance zwischen den Bedürfnissen der Betroffenen und den Ressourcen der Fachkräfte.

## **6 Psychische Gesundheit**

Laut Van der Kolk (2009) stellen Kindheitstraumata das Gesundheitswesen vor erheblichen Herausforderungen. Sie beeinträchtigen die psychosoziale Entwicklung der Betroffenen tiefgreifend, erschweren den Aufbau stabiler Beziehungen, schwächen das Selbstwertgefühl und führen häufig zu dysreguliertem, herausforderndem Verhalten (S. 575).

Fachkräfte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe übernehmen die fordernde Aufgabe, korrigierende Beziehungserfahrungen zu ermöglichen und einen Beitrag zur Stabilisierung der Betroffenen zu leisten. Dabei sind sie selbst erheblichen psychischen Belastungen ausgesetzt. Vor diesem Hintergrund rückt die psychische Gesundheit von Fachkräften zunehmend in den Fokus. Zur fundierten Auseinandersetzung werden im Folgenden zentrale Begriffe sowie gesundheits- und stressbezogene Modelle dargestellt. Dies bildet die Grundlage für die anschließende Analyse potentieller Belastungs- und Schutzfaktoren.

## 6.1 Gesundheit und Krankheit

Gesundheit und Krankheit sind komplexe und disziplinabhängige Begriffe, so Franke (2012). Eine eindeutige greifbare Definition existiert nicht, was eine klare Abgrenzung erschwert (S. 24). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit als „...a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity.“ (World Health Organization, o. J.) Diese Definition wurde 1946 in der Verfassung der WHO verankert und beschreibt Gesundheit als einen Zustand des umfassenden körperlichen, sozialen und geistigen Wohlbefindens und nicht lediglich als Abwesenheit von Krankheit (Fonds Gesundes Österreich, 2024). Lyon (2005) kritisiert, dass Universaldefinitionen problematisch sind, da sie schwer operationalisierbar seien und eine normative Zielvorstellung suggerieren, die im Alltag kaum erreichbar ist (S. 38).

Die Weltgesundheitsorganisation hat in ihrer allgemeinen Definition für Gesundheit bereits das geistige Wohlbefinden integriert. Dennoch existiert eine eigene Definition des Begriffs „Psychische Gesundheit“:

Mental health. A state of mental well-being that enables people to cope with the stresses of life, realize their abilities, to learn well and work well, and to contribute to their communities. Mental health is an integral component of health and well-being and it is more than the absence of mental disorder. (World Mental Health Report, 2022, S.8)

Auf der offiziellen österreichischen Regierungsseite wird ebenfalls die Definition der WHO zitiert und noch weiter ergänzt. Es wird betont, dass die psychosoziale Gesundheit ein Zusammenspiel aus inneren und äußeren Faktoren wie etwa Wohlbefinden, Selbstwertgefühl, soziale Beziehungen, Arbeitsbedingungen, finanzielle Mittel und Sicherheit. Zusätzlich wird betont, dass die psychische Gesundheit veränderbar ist (Oesterreich.gv.at-Redaktion, 2025).

Diese Arbeit geht der Frage nach, inwiefern Fachkräfte in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen eine Beeinflussung ihrer psychischen Gesundheit erleben. Da in diesem Kontext auch von potenziellen Belastungen auszugehen ist, werden im Folgenden Konzepte von Gesundheit und Krankheit vorgestellt sowie mögliche Aspekte die zu einem Belastungserleben führen können.

### 6.1.1 Krankheitsmodelle

Im medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Diskurs existieren verschiedene Krankheitsmodelle, die unterschiedliche Perspektiven auf das Verständnis von Krankheit und Gesundheit bieten.

Das biomedizinische Modell, das sich im 19. Jahrhundert entwickelte, betrachtet Krankheit, laut Bruns (2013), als Abweichung von einem natürlichen, gesunden Zustand des Organismus. Gesundheit wird dabei negativ, als Abwesenheit von Krankheit, definiert (S. 22). Laut Franke (2012) liegt der Fokus auf

körperlichen Ursachen, die durch medizinische Interventionen behandelt werden sollen. Das Subjektive wird ausgeblendet und der Mensch wird als Träger\*in der Krankheit betrachtet (S. 134). Das biopsychosoziale Modell hingegen, so Egger (2018), versteht Krankheit als Ergebnis komplexer Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren. Es orientiert sich an der Systemtheorie und berücksichtigt die Dynamik zwischen unterschiedlichen Systemebenen. Nicht alle Ebenen, wie die des Denkens und Fühlens, lassen sich biologisch vollständig erfassen, daher wird eine mehrdimensionale Betrachtungsweise notwendig (S. 4f.).

Dieses biopsychosoziale Modell eignet sich besonders für das Verständnis psychischer Gesundheit, da es dem subjektiven Erleben, sozialen Kontexten sowie körperlichen Prozessen gleichermaßen Platz einräumt. Eine andere Herleitung für die Entstehung von Krankheiten bieten die Stresstheorien.

Bruns (2013) weist darauf hin, dass stressauslösende Faktoren bei der Entstehung von Krankheiten eine bedeutende Rolle spielen. Präziser formuliert bedeutet dies, dass Stress auch als Krankheitsauslöser verstanden werden kann (S. 36). Laut Lyon (2005) wurde der Begriff Stress in den 1930er Jahren in die medizinische Fachliteratur eingeführt und hat sich seit den 1970er Jahren auch in der Alltagssprache etabliert. Stress wird allgemein mit Belastung, Unwohlsein und einem Verlust an Funktionsfähigkeit assoziiert. Frühere Modelle, wie der reaktionsbasierte Ansatz von Hans Selye, verstanden Stress als unspezifische körperliche Reaktion auf jegliche Art von Beanspruchung, ebenso beschrieben Holmes und Rahe Stress als die Folge kritischer Lebensereignisse, die eine Anpassungsleistung erfordern. Die Autorin betont, dass beide Modelle jedoch subjektive Bewertungen und individuelle Bewältigungsstrategien ausblenden (S. 25f., 29). Wippert (2009) zufolge, gehen modernere Ansätze wie das transaktionale Stressmodell von Lazarus, von einer Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt aus. Stress entsteht demnach erst durch die individuelle Bewertung eines Ereignisses als bedrohlich oder schwer bewältigbar (S. 94f.). Laut Lyon (2005) wird in einem mehrstufigen Bewertungsprozess, primär und sekundär, eingeschätzt, ob ein Reiz eine Bedrohung darstellt und ob ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen, um damit umzugehen. Die Bewältigung wird in diesem Modell nicht als Kompetenz, sondern als dynamischer Prozess verstanden, der kontinuierlich an neue Gegebenheiten angepasst wird. Zudem entwickelte Lazarus eine Emotionstheorie, nach der Emotionen auf kognitiver Einschätzung beruhen und somit nicht automatisch auf Reize folgen, sondern situations- und vor allem personenabhängig sind (S. 34–26).

Gerade für Fachkräfte im sozialen Bereich ist dieser Ansatz interessant. Sie sind in ihrer Tätigkeit mit emotionalen fordernden Situationen und unvorhersehbaren Herausforderungen konfrontiert, diese kumulieren teils auch. Der transaktionale Ansatz erklärt, warum identische Belastungen bei verschiedenen Personen zu unterschiedlichen Reaktionen führen können.

Auch Franke (2012) betont, dass kein Zweifel daran besteht, dass Stress mit Gesundheit und Krankheit in Verbindung steht. Stress wirkt direkt auf den Organismus, insbesondere wenn Erregung nicht abgebaut wird. Dies kann zu chronischer Anspannung, physiologischen Folgereaktionen und körperlichen Schädigungen führen. Auch eine geschwächte Immunabwehr zählt zu den möglichen Konsequenzen. Darüber hinaus betont Franke, dass individuelle Einflussfaktoren, wie frühere

Erfahrungen, genetische Veranlagungen und gesundheitsbezogenes Verhalten, das Stresserleben und damit verbundene Gesundheitsrisiken mitbestimmen. Risikoverhalten wie Rauchen oder Alkoholkonsum treten häufig in Belastungssituationen auf und erhöhen das Erkrankungsrisiko zusätzlich. Die Autorin betont jedoch, dass Risikoverhaltensweisen auch positive Effekte aufweisen können (S. 125f.).

Diese theoretischen Überlegungen finden sich in ähnlicher Form in den subjektiven Schilderungen der interviewten Fachkräfte wieder. Die folgenden Aussagen geben Einblick in wahrgenommene Auswirkungen beruflicher Belastung sowie in körperliche und emotionale Reaktionen, die als stressbedingt erlebt werden.

Die interviewten Personen berichten von wahrgenommenen Auswirkungen die sie als Folge ihrer Arbeitsbelastung erleben. Damit verbunden ist häufig der Eindruck unter Stress zu stehen:

„Wenn ich merke ich habe am Ende des Tages irgendwie ein Glas Wasser getrunken und sonst nur noch fünf Kaffee, das ist ein guter Indikator dafür, dass es gerade stressig ist.“ (Transkript IPA, Z. 429–431)

Ja, ich kämpfe auf alle Fälle manchmal mit Einschlafproblemen, mit engen Gefühlen in der Brust, wenn die Überforderung oder der Stress sehr groß sind, mit emotionaler Überforderung, wenn ich nicht Nein sagen kann oder mich nicht abgrenzen kann. Und ich merke auch, dass mein Immunsystem generell oft beeinflusst dadurch ist, dass ich oft angeschlagen bin, kränklich bin, Bauchschmerzen habe, Magenprobleme. Und weiß mittlerweile schon sehr gut, wann es ein Stresssymptom ist und wann es wirklich ein körperliches Problem ist, was ich sonst nicht hätte. Und emotionale Belastungen gibt es natürlich dann auch. (Transkript IPC, Z. 211–218)

Franke (2012) ergänzt die soziologische Perspektive von Pearlin. Dieses Erklärungsmodell betont die chronische Rollenbelastung als zentrale Ursache von Stress. Dazu zählen Überforderung, Rollenkonflikte, unerwünschte Rollenzuschreibungen und Rollenveränderungen. Diese wirken langfristig auf das Selbstbild und die psychische Gesundheit, da sie alltägliche Strukturen prägen (S. 39f.).

Die stressbasierten Ansätze sind im Kontext dieser Arbeit besonders relevant. Das Arbeitsfeld bietet ständig neue Herausforderungen, welche die eigenen Handlungsressourcen übersteigen können. Vor allem auch die Rollenbelastung, die sich aus den teils widersprüchlichen Rollen und Arbeitsaufträgen ergibt, kann bestimmte Erwartungshaltungen begünstigen und zur Überforderung führen.

### **6.1.2 Gesundheitsfördernde Konzepte**

Laut Franke (2012) existieren neben den pathogenetischen Modellen, die sich auf die Entstehung von Krankheit konzentrieren, auch Gesundheitsmodelle. Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky entwickelte in den 1970er Jahren das Konzept der Salutogenese. Dieses richtet den Blick auf die

Entstehung und Erhaltung von Gesundheit, insbesondere unter widrigen Lebensbedingungen (S. 169). Im Zentrum, so Blättner (2007), steht das Kohärenzgefühl (Sense of Coherence, SOC), das laut Antonovsky darüber entscheidet, ob Stressoren krankmachend oder gesundheitsfördernd wirken. Es setzt sich aus drei Komponenten zusammen: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit (S. 68).

Franke (2012) zufolge bezeichnet Verstehbarkeit das Ausmaß, in dem ein Mensch innere und äußere Reize als geordnet, konsistent und erklärbar wahrnimmt. Menschen mit einem hohen Ausmaß an Verstehbarkeit gehen davon aus, dass zukünftige Ereignisse vorhersehbar sind oder, falls sie unerwartet auftreten, dennoch sinnvoll erklärt und verstanden werden können. Die Handhabbarkeit kennzeichnet die Verfügbarkeit der geeigneten Ressourcen, um den Stressoren zu begegnen. Menschen mit einem hohen Maß an Handhabbarkeit vertrauen sowohl auf persönliche Bewältigungsstrategien als auch auf die Unterstützung durch ihr soziales Umfeld. Die Person ist also imstande, die Ressourcen von nahestehenden Vertrauenspersonen zu nutzen. Zuletzt steht die Sinnhaftigkeit, die Autorin bezeichnet sie als „Bedeutsamkeit“, für die Überzeugung, dass das eigene Leben und die damit verbundenen Herausforderungen grundsätzlich sinnvoll sind. Sie geht einher mit dem Gefühl, ein bedeutender Teil eines größeren Zusammenhangs zu sein und persönliche Aufgaben als lohnenswert zu erleben (S. 175f.). Blättner (2007) betont, je stärker das persönliche Kohärenzgefühl ist, desto besser ist der Mensch in der Lage, Widerstandsressourcen zu aktivieren (S. 68).

Die interviewten Personen können eine Reihe an negativen Wirkfaktoren, im Sinne von Belastungsaspekten nennen, diese werden weiter unten angeführt. Die Fachkräfte sprechen jedoch auch von positiv wirkenden Faktoren, die theoretisch dem Salutogenese-Konzept zugeordnet werden können. Die folgende Interviewpassage verdeutlicht dies exemplarisch:

Es gibt sehr viele positive Dinge, die mir da in den Kopf kommen. Vor allem, wenn man lange mit einem Kind oder einem Jugendlichen zusammenarbeitet und manchmal das Gefühl hat, es kommt zu keiner Veränderung oder Verbesserung und dann kommt es doch dazu...dann hat man ein unglaublich schönes Erfolgserlebnis auf der persönlichen Ebene... (Transkript IPC, Z. 171–174)

Abschließend lässt sich festhalten, dass laut Bruns (2013), im Gegensatz zur dichotomen Sichtweise der Pathogenese, die zwischen gesund und krank unterscheidet, das salutogenetische Modell Gesundheit und Krankheit als zwei Pole eines Kontinuums betrachtet. Der Gesundheitszustand eines Menschen ist demnach nicht statisch, sondern befindet sich in einem fortlaufenden Prozess zwischen diesen beiden Polen, ohne dass einer der Endpunkte je vollständig erreicht wird. Die Salutogenese versteht Krankheit als Teil eines normalen Lebensprozesses. Die Eliminierung von krankmachenden Faktoren ist laut Bruns nicht das Ziel, sondern die Förderung von Ressourcen, um trotz der Herausforderungen funktional zu bleiben (S. 41).

Neben dem gesundheitspsychologischen Modell spielt auch das Resilienzkonzept eine zentrale Rolle in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung. Resilienz, so Fröhlich-Gildoff und Rönnau-Böse (2024), ist eine variable Einheit, die nicht angeboren, sondern im Laufe des Lebens entwickelt und

verändert werden kann. Der Begriff bedeutet Widerstandskraft und meint die Fähigkeit, belastenden Lebensumständen und deren Folgen erfolgreich zu bewältigen. Zur Bewältigung benötigt der Mensch, so der Autor und die Autorin, sowohl persönliche als auch soziale Ressourcen, zum Beispiel in Form einer stabilen emotionalen Bezugsperson (S. 9–11).

Fröhlich-Gildoff und Rönnau-Böse (2024) weisen auf sechs Faktoren hin, welche die Resilienz eines Individuums unterstützen: Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Selbstwirksamkeit, soziale Kompetenz, adaptive Bewältigungskompetenzen und Problemlösungsstrategien (S. 42).

Wie bedeutsam Resilienz und persönliche Ressourcen in der Praxis tatsächlich sind, zeigen auch die Aussagen der interviewten Fachkräfte. Sie schildern die Arbeit als prägend und benennen in förderliche Entwicklungen im Sinne einer gestärkten Widerstandskraft:

Ich bin auf alle Fälle selbstbewusster geworden...Offene Kommunikation ist für mich auch im privaten Leben viel wichtiger geworden. Meine Empathiefähigkeit oder mein Verständnis für Menschen und für die Umwelt, in der ich lebe, ist sensibilisiert worden. Ich nehme viel mehr Dinge viel genauer wahr, urteile nicht so schnell... (Transkript IPC, 181–187)

...Ich bin trotzdem der Meinung, dass der Gewinn größer ist als der Verlust in der Arbeit. Natürlich, ich sage mal, die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, besonders mit sehr fordernden Kindern und Jugendlichen, ist natürlich eine Art der Selbsterfahrung, wozu die wenigsten Personen Möglichkeit haben. Und natürlich gibt es dadurch einfach eine enorme Entwicklung, würde ich sagen. Also da bin ich schon auch stolz drauf, dass ich sagen kann, ich habe sehr viel von den Kindern und Jugendlichen gelernt. Ich habe sehr viel über mein Wertesystem gelernt, sehr viel über mein Menschenbild und kann es auch gut wertschätzen, wie gut es mir geht. Und ja, und ich denke mir, jede Begegnung bietet irgendwie den Raum sich zu entwickeln an und unser Arbeitsalltag ist voll mit Begegnung. (Transkript IPD, Z. 302–311)

Abschließend zeigt sich, dass sowohl das salutogenetische Modell als auch das Resilienzkonzept einen Perspektivenwechsel in der Betrachtung psychischer Gesundheit ermöglichen. Statt nur Defizite in den Fokus zu setzen, betonen beide Ansätze die Bedeutung individueller Ressourcen, innerer Stärke und entwickelbarer Kompetenzen im Umgang mit herausfordernden Lebensumständen. Besonders im Kontext der stationären Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen erscheinen diese Konzepte anschlussfähig, da sie Fachkräften theoretische und praxisnahe Orientierung bieten, um eigene Reaktionen zu verstehen, proaktiv mit ihnen umzugehen und die eigene psychische Gesundheit langfristig zu stabilisieren.

Aus dieser Perspektive rückt die Frage in den Fokus, welche Ressourcen Menschen in diesem Arbeitskontext dazu befähigen, trotz starker Belastungen psychisch stabil zu bleiben. Bevor im Anschluss mögliche Schutzmaßnahmen betrachtet werden, soll zunächst ein Blick auf die spezifischen Belastungen geworfen werden, denen Fachkräfte in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen ausgesetzt sind.

## 6.2 Belastungen für die psychische Gesundheit

Poppelreuter und Mierke (2018) unterscheiden fünf allgemeine Kategorien, die potentielle Quellen psychischer Belastung am Arbeitsplatz darstellen. Die erste Kategorie betrifft die Arbeitsaufgabe und umfasst die Art der Tätigkeit, deren Komplexität sowie die damit verbundene Verantwortung. Unter Arbeitsmittel werden technische Gegebenheiten und deren Handhabung verstanden. Die Arbeitsorganisation bezieht sich laut Autor und Autorin auf die zeitlichen Strukturen wie Arbeitszeiten, Pausenregelungen, Abläufe und Formen der Zusammenarbeit im Team. Die Kategorie Arbeitsplatz beschreibt die unmittelbare physische Umgebung, einschließlich Raumverhältnissen und Mobiliar. Schließlich umfasst die Arbeitsumgebung äußere Einflüsse wie Lärm- oder Schmutzbelastung, aber auch soziale Faktoren wie Führungsverhalten und kollegiale Beziehungen (S. 13).

Zur besseren Systematisierung der vielfältigen Belastungen in diesem spezifischen Bereich wird in dieser Arbeit eine Gliederung in drei Kategorien vorgenommen: personenbezogene, klient\*innenbezogene und organisationsbezogene Belastungen. Diese Einteilung orientiert sich an etablierten Strukturmodellen, die zwischen personalen, interaktionalen und strukturellen Einflussfaktoren differenzieren. Auch die fünf oben genannten Kategorien lassen sich sinnvoll integrieren. In Anlehnung an das transaktionale Stressmodell wird dabei von dynamischen Wechselwirkungen ausgegangen, das bedeutet auch, dass sich die Kategorien überschneiden und eine klare Abgrenzung nicht immer möglich ist. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass eine vollständige Erfassung aller Belastungsaspekte nicht möglich ist.

### 6.2.1 Personenbezogene Belastungen

Belastungen aus dieser Kategorie ergeben sich insbesondere aus den hohen Anforderungen an die eigene Professionalität und Persönlichkeit.

Laut den Autorinnen Sänger und Udolf (2012) gehen soziale Berufe häufig mit einem hohen Maß an persönlichem Engagement einher. Viele Fachkräfte bringen weit über das berufliche Erwartbare, Energie und Einsatzbereitschaft ein, meist unabhängig von angemessener finanzieller Anerkennung (S. 143).

Die hohe Eigenverantwortung und der Anspruch, auch in herausfordernden Situationen professionell zu agieren, führen nicht selten dazu, dass persönliche Grenzen überschritten werden. Eine befragte Fachkraft beschreibt dieses Spannungsfeld wie folgt:

„...manchmal habe ich es auch einfach erlebt, dass man einfach auch drüber gehen muss, stark über seine eigenen Grenzen und das auch bis zu einem gewissen Grad aushalten muss...“ (Transkript IPD, Z. 90–92)

Auch Wendt (2011) kommt zu diesem Ergebnis und ergänzt, dass Erholungsphasen, Freizeitaktivitäten sowie Zeit mit Familie und Freund\*innen entsprechend zu kurz kommen (S. 34). Laut Poulsen (2009) müssen Fachkräfte im sozialen Berufsfeld eine Summe an Kernkompetenzen

mitbringen, darunter Empathiefähigkeit, Interesse am Menschen und die eigene reflektierte Persönlichkeit. Letzteres betrachtet die Autorin auch als Werkzeug für die Beziehungsarbeit, die wiederum das Fundament für jeglichen Kontakt mit Klient\*innen ist. Die Beziehungsgestaltung kann als Balanceakt zwischen Nähe und Distanz betrachtet werden (S. 14). Laut Grimme und Hornbogen (2012) gestaltet sich die Beziehungsführung unterschiedlich und fordernd. Die meisten betroffenen Kinder und Jugendliche haben negative Bindungserfahrungen gemacht, und müssen erst durch die Arbeit mit den Fachkräften nährende und korrigierende Beziehungs- und Bindungserfahrungen machen. Gelingt dies, so der Verfasser und die Verfasserin, kann es zu emotionalen Abhängigkeiten kommen, die wiederum belastend auf die Fachkraft wirken (S. 135). Laut Poulsen (2009) übernehmen die Fachkräfte Verantwortung, erhalten weitgehend Einblicke in die Lebenswelten der Klienten\*innen und ihren Systemen. Sie werden mit Elend, Vernachlässigung, Misshandlung, Sucht, Armut und Erkrankungen konfrontiert. Die Fachkräfte müssen nicht nur diese Umstände verarbeiten, sondern auch die Erwartungen und Aufträge der anderen Systeme, wie die der Kinder- und Jugendhilfe, erfüllen (S. 15).

Diese fachlichen Anforderungen und emotionalen Belastungen werden in den Interviews eindrücklich bestätigt. Fachkräfte sind dazu angehalten, professionell und im Sinne der Kinder und Jugendlichen zu handeln. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Situationen entstehen können, in denen die eigene persönliche Involviertheit eine zusätzliche Herausforderung darstellt:

Ich merke es sehr oft nach gewissen Situationen, wo die Jugendlichen gerade ein Trauma inszenieren oder die Retraumatisierung vielleicht sogar schon im Gang ist, dass ich auf einmal verschluckt werde von der Situation und Teil bin dieser Situation und eine gewisse Rolle zugeordnet bekomme.“ (Transkript IPC, Z. 142–145)

Die eigene Persönlichkeit, so Weiß (2013), trifft auf die Traumata der Kinder und Jugendlichen und kann dadurch tief erschüttert werden. Das persönliche Wertesystem wird angegriffen, indem das Fachpersonal erfährt, welches Leid die Betroffenen durchleben müssen und zu welchen Handlungen der Mensch prinzipiell imstande ist. Der Autorin zufolge kann es zu Schuldgefühlen, sowie heftigen Emotionen wie Ekel, Angst, Misstrauen, Trauer oder Schockzuständen kommen (S. 208–210).

Auch in den Interviews wird deutlich, dass die direkte Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen als emotional fordernd erlebt wird. Dies betrifft nicht nur die belastenden Lebensgeschichten der betreuten Personen, sondern auch die Konfrontation mit eigenen biografischen Themen:

„...es ist auch nicht immer leicht, das zu trennen, wenn Kinder und Jugendliche, die einem mit der Zeit auch sehr ans Herz wachsen, wenn man ihre Schicksalsschläge miterlebt...“ (Transkript IPD, Z. 328–330)

„...alle haben wir unsere eigenen Themen und manchmal werden die einfach angetriggert, über die Themen der Jugendlichen gerade dann, wenn sie sehr traumatisiert sind, dann strahlt das einfach aus...“ (Transkript IPA Z.251–253)

Wendt (2011) betont, dass die Erwartungen an Mitarbeiter\*innen im sozialen Berufsfeld stetig steigen, indem sie möglichst flexibel und mobil einsetzbar sind. Im persönlichen Bereich, stellt der Autor außerdem fest, dass jüngere Mitarbeiter\*innen deutlich vulnerabler mit den vorherrschenden Belastungen umgehen, als ältere Kolleg\*innen, was der Autor insbesondere auf die geringe Berufserfahrung zurückführt (S. 6, 29).

Auch die Interviewaussagen spiegeln diesen Zusammenhang zwischen Qualifikation und Belastungserleben wider. Zum Thema Erfahrung und Ausbildung äußert sich eine interviewte Person folgendermaßen:

„...im Nachblick oder im Rückblick muss ich ganz ehrlich sagen, dass ich eigentlich für den Bereich viel zu wenig ausgebildet war durch mein Studium.“ (Transkript IPB, Z. 75–76)

Eine weitere Person spricht über die Veränderungen im Hinblick auf den Berufseinstieg und die gesammelten Erfahrungen:

...Natürlich große Überforderung, auch nicht gewappnet mit dem theoretischen Wissen im Hintergrund...sehr viel learning by doing...sobald die Situation stabilisiert war...oftmals danach Herzrasen, Panik...was mich sehr begleitet hat, waren Phantasien, wenn das wieder passiert...ob ich das aushalte das nächste Mal.“ (Transkript IPD, Z. 178–191)

Diese Aussagen verdeutlichen die Belastung durch mangelnde Vorbereitung und zeigen zugleich die hohe Eigenverantwortung, mit der Fachkräfte in belastenden Situationen umgehen müssen.

Poulsen (2012) erwähnt auch den hohen persönlichen Anspruch, den Fachkräfte an sich und ihre Kompetenzen stellen. Sie spricht von einem eigenen Bedürfnis, immer das Bestmögliche zu leisten (S. 21). In diesem Kontext erwähnt die Autorin auch die Herausforderung, eigene Belastungen und Grenzen wahrzunehmen, und auszusprechen, um dann selbstfürsorglich handeln zu können (S. 66).

Auch in den Interviews wird deutlich, dass Fachkräfte immer wieder an ihre persönlichen Belastungsgrenzen stoßen und diese teils überschreiten. Zudem wird thematisiert, dass es nicht immer leichtfällt, um Hilfe zu bitten:

„...also die körperliche Ebene [Gewaltausübung an Fachkräften] ist irgendwas, was mich wirklich sehr, sehr stark belastet hat und was meiner Meinung nach oft zu kurz kommt in der Nachbearbeitung.“ (Transkript IPB, Z. 128–130)

Also ich würde gerne ja sagen, [auf die Frage, ob die Fachkraft in der Lage ist, nach Hilfe zu fragen], und ich merke leider trotzdem, dass es einfach für mich auch nicht immer geht. Ich fühle mich in der Rolle des Schützenden deutlich wohler, als mit den um Hilfe suchenden. (Transkript IPD, Z. 338–340)

Weiß (2013) betont, dass sich persönliche Zugänge und Werte von Fachpersonen verändern können und dies letztlich einen maßgeblichen Einfluss auf das Privatleben der jeweiligen haben kann (S. 210).

Ein fürsorgliches und ressourcenorientiertes Handeln, so Poulsen (2009) wird in diesem Tätigkeitsbereich vorausgesetzt, und scheint für viele Fachkräfte auch der persönliche Anspruch zu sein. Doch, ob dieser aufmerksame Blick auch auf sich selbst geworfen wird, vor allem im Bereich der Selbstfürsorge, wird von der Autorin hinterfragt (S. 15).

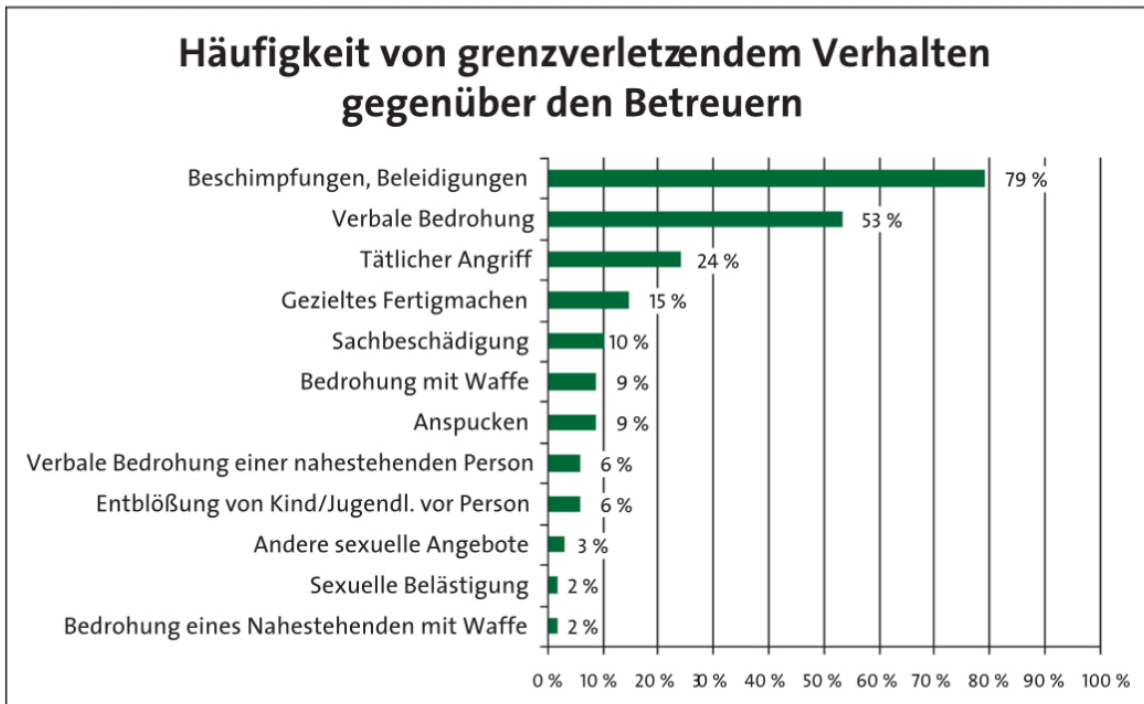
### **6.2.2 Klient\*innenbezogene Belastungen**

Diese Kategorie fasst Belastungen zusammen, die sich aus der Komplexität und dem Verhalten der betreuten Zielgruppe ergeben. In der Literatur werden die potenziellen Belastungen häufig durch Fallbeispiele und Fallvignetten sowie empirische Studien hergeleitet und abgebildet.

Laut Steinlin et al. (2015) gibt es wenig Forschung zu konkreten Belastungsfaktoren und Grenzverletzungen im pädagogischen Alltag. Die vorliegenden Studien aus anderen, aber vergleichbaren Berufszweigen lassen sich allerdings schwer vergleichen, da relevante Begriffe wie Gewalt und Aggression unterschiedlich definiert werden und die Anforderungen an das jeweilige Personal weit auseinandergehen. Gerade aufgrund des viel diskutierten Personalmangels sowie Fluktuationstendenzen gibt es im Bereich der Forschung noch Aufholbedarf. Vor diesem Hintergrund führten die Autor\*innen eine epidemiologische Fragebogenstudie mit 319 Fachkräften aus Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen in der Schweiz durchgeführt. 83% der Befragten gaben an, in ihrem beruflichen Alltag einen Angriff oder eine Bedrohungssituation selbst erlebt oder beobachtet zu haben. 49% davon gaben an, auf ein solches Erlebnis mit Hilflosigkeit, Entsetzen oder Angst reagiert zu haben, und weitere 18% litten vier Wochen oder auch länger an Belastungssymptomen (S. 13, 22–24).

Steinlin et al. (2015) gaben den Befragten eine Auswahl an 12 verschiedenen grenzverletzenden Verhaltensweisen die anhand der Häufigkeit in folgender Grafik abgebildet sind:

Abbildung 1 – Häufigkeit von grenzverletzendem Verhalten



*Anmerkung.* Die Abbildung zeigt 12 Arten von grenzverletzendem Verhalten. Steinlin et al. (2015) S. 27

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass Fachkräfte im pädagogischen Arbeitsalltag regelmäßig mit verbaler, körperlicher und emotionaler Gewalt konfrontiert sind.

Eine interviewte Person gibt einen solchen Fall eindrucksvoll wieder:

...[Körperlicher Übergriff] tief im Körper und im Gedächtnis sitzt, und das einfach nicht schön ist, wenn irgendwie auf einen eingedrückt wird und man nach Hause geht und man dann irgendwie am Körper runterschaut und blaue Flecken sieht und wieder erinnert wird, was heute passiert ist. Und man dann gefühlt am nächsten Tag schon wieder in den Dienst muss und das eigentlich gar nicht verarbeiten kann ausreichend. (Transkript IPB, Z.113–117)

Solche gewaltvollen Verhaltensweisen haben häufig einen nachvollziehbaren Ursprung. Es sei an dieser Stelle erneut betont, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen aus ihren Erfahrungen und ihrer Not heraus handeln. Gleichzeitig können diese Situationen, vor allem ihre kumulative Wirkkraft, das psychische Wohlbefinden und die Gesundheit der Fachkräfte erheblich beeinträchtigen.

Steinlin et al. (2015) sprechen von einer Doppelbelastung, der Fachkräfte in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen ausgesetzt sind. Sie sind nicht nur durch die Schilderungen

schwerwiegender Erlebnisse emotional betroffen, sondern erleben auch die oftmals gewaltvollen oder grenzüberschreitenden Verhaltensweisen an sich selbst, die infolge der Traumatisierung auftreten können (S. 6).

Auch die Interviewaussagen verdeutlichen die Vielfalt und Intensität solcher Folgeproblematiken sowie deren Auswirkungen auf die beteiligten Systeme:

„(...) je höher die Traumalast, desto aktiver ist das für alle Beteiligten.“ (Transkript IPA, Z. 141–142)

Ich glaube, das was mich am meisten beeinflusst hat, war halt wirklich das Arbeiten mit Kindern und Jugendlichen, die große Probleme haben, ihre eigenen Impulse oder Emotionen zu regulieren. Was dazu geführt hat, dass es halt wirklich teilweise zu körperlichen Übergriffen gekommen ist. Ich finde Anschreien und Beschimpfungen natürlich ist nicht fein und ist auch eine Form der psychischen Gewalt, sag ich jetzt mal, aber da tue ich mir persönlich leichter mich irgendwie abzugrenzen und das irgendwie mir nicht so zu Herzen zu nehmen. (Transkript IPB, Z. 101–107)

Laut Grimme und Hornbogen (2012) entwickeln die betroffenen Kinder und Jugendlichen verhaltensoriginelle Bewältigungsstrategien, die sich nach einer gewissen Zeit in Form von psychiatrisch auffälligen Symptomen äußern können. Es ist also möglich, dass Betroffene nicht nur an einer Traumatisierung leiden, sondern auch mit den Folgen, in Form von psychischen Störungen umgehen müssen. In einem von Grimme und Hornbogen dargestellten Fallbeispiel, entwickelte ein junges Mädchen eine Bipolare Störung. Durch die ständig wechselnden Persönlichkeitsstrukturen, benötigt das Mädchen immer wieder klare Orientierung und ein Zurückholen aus den dissoziativen Zuständen. Sie implementierte Schutzutensilien, wie einen Regenschirm, um sich vor den Reizen und der Realität abzugrenzen (S. 131, 135).

Eine interviewte Person schildert ebenfalls die Vielschichtigkeit der Traumafolgen:

„[Trauma] zeigt sich nicht immer in der klassischen ICD-10 Diagnose Traumafolgestörung oder komplexe Traumafolgestörung, sondern halt auch in Erkrankungen wie Borderline, wie Depressionen, wie andere Persönlichkeitsstörungen...Störungen im Sozialverhalten.“ (Transkript IPA, Z. 165–168)

Laut Poulsen (2012) konnte ein Anstieg an psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten, wie Depression, Essstörung, ADHS, Schulverweigerung oder Suizidgefährdung verzeichnet werden. Die Kinder und Jugendlichen haben in ihrer Vergangenheit viel Unsicherheit, Zerrissenheit und Gefühle der Missachtung erlebt. Der Übergang von Schule zur Berufstätigkeit beschreibt die Autorin als teils prekär und perspektivlos. Sie erleben soziale Benachteiligung, haben schlechte Startbedingungen, werden diskriminiert und stigmatisiert. Die Grenzen zur Kriminalität oder Suchtproblematiken sind aufgrund der erschwerenden Lebensumstände und des teils destruktiven sozialen Milieus in dem sie sich aufhalten, schnell erreicht (S. 27).

Im Bereich der Beziehungsgestaltung, so Diez Grieser (2016), wirkt sich das negative und inkohärente Selbstbild der Kinder und Jugendlichen auch auf die Beziehungsgestaltung mit anderen Menschen aus. Sie erwarten von ihrem Gegenüber ebenfalls grenzüberschreitende und inadäquate Beziehungsangebote und verhalten sich dementsprechend präventiv ebenso. Die Fachkräfte müssen die überwältigenden Gefühle und Projektionen der Kinder und Jugendlichen auf ihre Person aushalten und vor allem in einer bereits reflektierten und stressreduzierten Form zurückspiegeln. Die Fachkräfte müssen die Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse identifizieren können und möglichst selbstreguliert, sicherheitsstiftende Maßnahmen setzen können (S. 44, 47).

Eine interviewte Person beschreibt diese Dynamik so:

„Ich sage mal, traumatische Übertragung passiert immer irgendwo. Die Frage ist, ob man sie auch wahrnimmt gleich.“ (Transkript IPD, Z. 239–240)

Dabei wird die intensive Wirkung der Traumageschichten auf die eigene Person betont sowie die Notwendigkeit, nicht unreflektiert aus der Emotion heraus zu handeln.

Auch die Auswirkungen des Traumas auf die Beziehungsgestaltung werden von den Interviewten thematisiert:

„[Eine Traumafolge] zeigt sich vor allem im Beziehungsaufbau, im Umgang miteinander, wie offen die Jugendlichen neuen Menschen, neuen Leuten gegenüber sind...“ (Transkript IPC, Z. 93–94)

„Ich denke da sehr viel an Ambivalenz im Verhalten. Vor allem auf der Beziehungsebene. Es fühlt sich oft sehr eng an und dann wieder sehr distanziert an und das in sehr schnellen Abständen, was die Arbeit sehr unvorhersehbar macht.“ (Transkript IPC, Z. 161–163)

Diez Grieser (2016) ergänzt, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen aufgrund großer Misstrauenserfahrungen häufig abwehrende Verhaltensmuster zeigen, teils auch manipulativ agieren, um potenzielle Gefährder\*innen auf Distanz zu halten. Sie testen ihr Gegenüber, auch deren Grenzen und benötigen seitens der Fachkräfte möglichst viel Vorhersehbarkeit sowie nachvollziehbare Rahmen und Grenzsetzungen, so die Autorin (S. 48).

Ich glaube, dass es schon teilweise schwieriger ist, Beziehungen aufzubauen, Beziehungen zu halten und gesunde Beziehungen aufzubauen. Ich glaube auch, dass man viel mehr mit quasi so Austesten der Kinder konfrontiert ist, die immer wieder schauen, ist die Beziehung traghaft oder bricht die Person wieder weg. (Transkript IPB, Z. 407–409)

### **6.2.3 Organisationsbezogene Belastungen**

Zu organisationsbezogenen Belastungen zählen unter anderem Faktoren, die sich aus Konzepten, vorgegebenen Strukturen, Teamdynamiken etc. ergeben.

In der Studie von Wendt (2011), die sich mit der Arbeitszufriedenheit im sozialen Setting auseinandersetzt, wird deutlich, dass die vorhandenen Zeitressourcen häufig als belastend erlebt werden. Die Teilnehmer\*innen der Studie äußern den Eindruck, mit der Arbeit nie vollständig fertig zu werden. Auch häufige Unterbrechungen während der Ausführung von Tätigkeiten wurden erwähnt, sowie das Fehlen von sichtbaren Ergebnissen (S. 33). Auch Gahleitner (2012) weist darauf hin, dass die traumasensible Arbeit im Alltag, viel Zeit, Geduld und einen hohen Energieaufwand erfordert (S. 126). Hinzukommt, so Weiß, dass die Fachkräfte im Dienst häufig alleinverantwortlich für ein breites Spektrum an Aufträgen sind. Darunter fällt nicht nur die pädagogische Arbeit, sondern auch Verwaltungs- und Öffentlichkeitsarbeit, organisatorische Tätigkeiten und hauswirtschaftliche Anfälligkeiten (S. 28). Poulsen (2012) erwähnt die bürokratischen Verwaltungsaufgaben, wie Dokumentation oder Schriftverkehr mit anderen Systemen, die teils umständlich, lebensfremd und zeitintensiv sind. Dazu kommen der Personalmangel und die hohe Fluktuation in diesem Bereich. Es ist vorprogrammiert, so die Autorin, dass es zu Überstunden kommt, da Urlaubs- und Krankenvertretungen zusätzlich hinzukommen. An dieser Stelle erwähnt Poulsen auch potentielle Konflikte mit Vorgesetzten oder Teammitgliedern, die die eigentliche Arbeit mit den Klienten\*innen massiv erschwert (S. 65f.).

Alle interviewten Personen berichten übereinstimmend von einer unzureichenden Personalausstattung. Dabei werden Gründe wie Fluktuation, zu geringe Personalschlüssel, Ausfälle oder auch unzureichende Qualifikation erwähnt. Die Fachkräfte berichten vom daraus resultierenden Arbeitsdruck, Überstunden und zu geringe Regenerationszeiten:

„Ein großer Punkt sind die personellen Ressourcen, die viel mit mir machen, die einen großen Einfluss haben. Wie viel Zeit muss ich in meine Arbeit investieren? Wie viel mehr Zeit als mein tatsächlicher Stundensoll, muss ich erledigen.“ (Transkript IPC, Z. 41–43)

Also, leider Gottes bin ich schon sehr oft damit konfrontiert gewesen, dass Personalmangel geherrscht hat, dass grundsätzlich zwar die Kapazitäten da gewesen wären für ausreichend Teammitglieder, aber durch Kündigungen, Krankenstände, mangelnde Bewerbungen einfach zu wenig da war und das sich natürlich dann auch aufs Wohlbefinden ausschlägt. Weil ein Schlüssel, um in der Stabilität zu bleiben ist, sind auch gute Regenerationszeiten dazwischen und ich habe schon sehr oft erfahren, dass das einfach so nicht möglich war. Das würde ich auch sagen, ist auch eine der für mich persönlich größten Schwierigkeiten, mit denen ich hier umgehen muss. Wenn man einfach oft kommen muss in die Dienste, obwohl man vielleicht gerade gar nicht fit ist. (Transkript IPD, Z. 98–106)

Tüllmann (2016) führt in diesem Zusammenhang noch die Gruppenzusammensetzung an. Nicht immer ergänzt sich eine Gruppe konstruktiv, gerade im stationären Setting mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen kann eine ungünstige Konstellation zu zusätzlichen Triggern und Konflikten führen. Die Autorin weist auf die Notwendigkeit hin, achtsam die Bedarfe aller Individuen zu erkennen und auch im Gruppengeschehen stets aufmerksam zu bleiben (S. 266).

Eine interviewte Person spricht im Kontext von möglichen Belastungen diesen Punkt klar an:

„Natürlich gibt es dann auch strukturell viele Faktoren, die das beeinflussen. Gruppengrößen, die Anzahl an traumatisierten Kindern und Jugendlichen, die es in einer Gruppe gibt, die zeitlichen Ressourcen, die man dafür hat oder nicht hat.“ (Transkript IPC, Z. 51–54)

Weitere Belastungsfaktoren laut Poulsen (2012) sind Fachpersonalmangel, sowie der generelle Eindruck von mangelnder Qualifikation und Weiterbildung. Insbesondere wird auch die strukturelle Landschaft, wie Träger, Finanziere und Vorgesetzte als potentielle Belastungsfaktoren identifiziert (S. 30f.).

Zwei interviewte Personen sprechen über finanzielle Gegebenheiten. Auf der einen Seite, die arbeitsbezogene Entlohnung:

Die faire Entlohnung ist teilweise auch ein Thema im Sozialbereich, in dem Bereich, in dem ich jetzt gerade bin. Manchmal habe ich das Gefühl, dass meine Arbeit nicht so fair entlohnt wird, beziehungsweise meine Mehrarbeit nicht anerkannt und gesehen wird. Und das ist schon belastend. (Transkript IPC, Z. 48–51)

Auf der anderen Seite wird die finanzielle Beschaffenheit der Soziallandschaft angesprochen: „Also, wenn ich jetzt auf die Finanzierungsseite schaue, dann, da würde ich mir mehr wünschen. Ich hätte gerne mehr Geld zur Verfügung, um mehr gestalten zu können.“ (Transkript IPA, Z. 41–42)

Tüllmann (2016) führt als mögliche Belastungsfaktoren ebenfalls unzureichendes Wissen und Erfahrungen an. Die traumasensible Arbeit erfordert ein umfassendes Wissen zu Dynamiken, Auswirkungen und Traumafolgen (S. 268).

„Oft ist es so, dass Teammitglieder nicht aufgrund ihrer Erfahrungen oder ihrer persönlichen Kompetenzen angestellt werden, sondern weil eine Stelle schnell nachbesetzt werden muss. Und das bringt dann langfristig gewisse Herausforderungen mit sich...“ (Transkript IPC, Z. 44–47)

Wendt (2011) weist zuletzt auch auf ein erhebliches Defizit in der institutionellen Unterstützungsstruktur hin. Supervision und formale Hilfsangebote werden häufig nicht als ausreichend und wirksam erlebt (S. 32).

Die interviewten Personen sprechen zwar über Schutzmaßnahmen wie Supervisionsangebote und Teamzeit, jedoch wird kritisiert, dass diese Unterstützung nicht immer rasch zur Verfügung steht:

„...Das ist leider auch in der Realität nicht immer ganz so einfach, dass es so schnell da ist, wie ich es brauchen würde.“ (Transkript IPD, Z. 81–82)

Abschließend wird deutlich, dass die Konfrontation mit komplexen Lebensgeschichten und die intensive Auseinandersetzung mit den Kindern und Jugendlichen fordern nicht nur emotional, sondern eröffnen auch Möglichkeiten zur persönlichen Reifung. Insbesondere durch eine traumapädagogische

Haltung kann ein tiefes Verständnis für Menschen in unterschiedlichen Lebensrealitäten entwickelt werden. Ebenso werden die Grenzen möglicher Verhaltensänderungen vor dem Hintergrund individueller Vorerfahrungen erkannt. Gerade wegen der emotionalen Nähe und Beziehungsarbeit erleben viele Fachkräfte eine besondere Form der Verbundenheit. Dieses Erleben wird häufig als sinnstiftend beschrieben und ist ein zentraler Impuls für die Persönlichkeitsentwicklung. Die Summe an Herausforderungen fordert eine stetige Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbst. Daraus kann eine gestärkte Resilienz und eine gelassener Haltung gegenüber Stress- und Belastungssituationen entstehen.

### 6.3 Folgen der Belastungen

Aus der Summe der potentiellen Belastungen können Folgen für die psychischen Gesundheit entstehen. In fortgeschrittener Form zeigen sich diese Auswirkungen teils durch Störungsbilder oder Krankheitszustände. Im Folgenden werden zwei häufige Zustände, Burnout und Sekundäre Traumatisierung, beschrieben.

Andreatta (2014) macht in diesem Kontext auf die Überschneidungen, wie zum Beispiel die emotionale Ermüdung, aufmerksam, die sowohl das Burnout, als auch Sekundäre Traumatisierung betreffen. Unterschiede lassen sich jedoch unter anderem, durch die Entstehung definieren. Beim Burnout, so die Verfasserin, kann eine stetige Entwicklung beobachtet werden, die sekundäre Traumatisierung kann plötzlich und ohne Vorzeichen eintreten. Zudem beinhaltet die sekundäre Traumatisierung die klassischen Symptome des traumatischen Stress (S. 41f.).

Die im Rahmen dieser Arbeit geführten Interviews verdeutlichen, dass Fachkräfte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe subjektiv wahrnehmbare Folgen erleben, die sie auf ihre berufliche Belastung zurückführen. Diese reichen von emotionalen und psychosomatischen Beschwerden bis hin zu Rückzugstendenzen im sozialen Umfeld. Die folgenden Interviewaussagen sollen exemplarisch veranschaulichen, wie sich diese Auswirkungen im Alltag der Fachkräfte äußern. Eine medizinisch-diagnostische Einordnung erfolgt an dieser Stelle nicht.

Mehrere interviewte Personen berichten davon, dass ihre psychische Belastung auch ihr privates Umfeld beeinflusst. So schildern sie beispielsweise Rückzugstendenzen und veränderte zwischenmenschliche Beziehungen:

„Es gab aber schon auch Phasen, wo ich...nur mehr vorm Fernseher oder halt Netflix irgendwie mich platziert habe und eigentlich gar nichts mehr gemacht habe. Und auch der Haushalt und Beziehungen und alles Mögliche, da eigentlich gelitten hat.“ (Transkript IPB, Z. 149–152)

Ja, ich bin auf alle Fälle reizbarer, gerade Menschen gegenüber, die mir sehr eng sind. Ich merke, dass meine Geduld für mich persönlich und auch für die Menschen um mich herum sich dem Ende neigt, sehr kurz ist. Ich nehme dann manchmal mich selber und auch meine

Umwelt nicht so ernst, weil ich die Belastungen oder die Situationen, mit denen ich dann über sie rede, wenn es um persönliche Probleme geht, nicht mehr aufnehmen kann. Ich habe das Gefühl, mein Fass ist voll und ich kann Informationen nicht mehr verarbeiten und fühle mich einfach sehr reizüberflutet, sehr schnell und reagiere dann mit Rückzug, was wiederum zwischenmenschlich manchmal zu Problemen führen kann. (Transkript IPC, Z. 22–229)

Neben psychischen Belastungsreaktionen schildern einige Fachkräfte auch körperliche Symptome, die sie mit beruflichem Stress in Zusammenhang bringen:

„Ich würde mal auch annehmen, immer wieder, wenn ich stark verspannt bin, dann hat das auch etwas mit Stress zu tun.“ (Transkript IPA, Z. 414–415)

„Ja, also ich habe Neurodermitis und natürlich ist meine Haut ein ziemlich guter Kompass für mich, wann es stressig ist und wann nicht. Also ich habe auch direkt nach langen stressigen Phasen körperliche Symptome mit vermehrten Ausschlägen, vermehrten Juckreiz.“ (Transkript IPD, Z. 291–294)

Eine Fachkraft, die den stationären Sozialbereich mittlerweile verlassen hat, beschreibt rückblickend, wie sich ihr Wohlbefinden nach dem Tätigkeitswechsel verbessert hat:

Ich hatte früher oft Schlafprobleme, das hat sich komplett aufgelöst. Das ist viel besser. Und auch der Energiepegel ist einfach jetzt viel höher. Wenn ich nach Hause komme irgendwie, ist es ganz klar, dass ich noch was im Haushalt mache oder mich mit Freunden treffe oder nochmal rausgehe. Das war früher oft wirklich eine Herausforderung... Also ich merke, ich bin viel ausgeglichener, weil ich nicht so viele Konflikte oder Themen mit nach Hause nehme. (Transkript IPB, Z. 247–251 und 256–257)

### **6.3.1 Burnout**

Laut Schmidbauer (2020) wird der Begriff „Burnout“ zunehmend unscharf verwendet und ist schwer von verwandten Phänomenen wie Depression oder beruflicher Erschöpfung abzugrenzen (S. 329). Die Autorin Hochstrasser (2024) beschreibt Burnout als eine arbeitsbezogene Stressstörung, die sowohl als schleichender Prozess als auch als Zustand beschrieben werden kann und mit psychischen Symptomen wie Erschöpfung, Schlafproblemen, Demotivation und psychosomatischen Beschwerden einhergehen kann (S. 30f., 39). Steinlin et. al (2015) ergänzen, dass trotz Erholungsphasen keine Symptombesserung eintritt. In weiterer Folge kann es zu psychischen und physischen Erkrankungen wie Depression, Tinnitus, Abhängigkeiten etc., kommen (S. 7).

Poulsen (2009) beschreibt zwei zentrale Erklärungsansätze für die Entstehung von Burnout. Der persönlichkeitszentrierte Ansatz sieht die Ursache in der Diskrepanz zwischen idealisiertem Selbstbild und beruflicher Realität, während der sozial-, arbeits- und organisationspsychologische Ansatz strukturelle Belastungen wie emotionale Erschöpfung und Rollenkonflikte sowie unzureichende Rahmenbedingungen betont (S. 17f.).

Schmidbauer (2020) beschreibt den Entstehungsprozess in Phasen, beginnend mit übermäßigem Engagement, das mit pausenlosem Arbeiten und der Verdrängung negativer Emotionen einhergeht (S. 323). Burisch (2006) benennt als erste Warnzeichen, vegetative Reaktionen, welche die Verdauung, Atmung und Blutdruck betreffen (S. 27). Darauf folgt laut Schmidbauer (2020) die sogenannte Einbruchsphase, die mit Leistungsabfall, chronischer Erschöpfung, wachsender Unzufriedenheit und Zynismus verbunden ist (S. 324f.). Parallel dazu beschreibt Burisch (2006) eine Reduktion des beruflichen und privaten Engagements. In der nächsten Phase, so der Verfasser, treten emotionale Reaktionen und Schuldzuschreibungen auf (S. 29, 31). Die Abbauphase ist laut Schmidbauer (2020) durch einen Rückgang von Motivation, kognitiven Fähigkeiten und sozialem Rückzug geprägt. Laut Autor kommt es zu einer weiteren Zunahme an Symptomen wie Rückenschmerzen, Einschlaf- und Durchschlafprobleme, eine erhöhte Anfälligkeit zu erkranken und erhöhter Substanzkonsum (S. 327). Burisch (2006) erwähnt ergänzend noch das zunehmende Gefühl von Hilflosigkeit, die sich letztendlich zur Hoffnungslosigkeit entwickelt (S. 33f.)

Abschließend halten Steinlin et al. (2015) fest, dass auch ganze Teams an einer Burnout Symptomatik leiden können. Dies zeigt sich in Form einer kollegialen Erschöpfung, Entscheidungsschwächen und dem Verlust von Selbstwirksamkeitserleben im Alltag (S. 8f.).

Eine interviewte Person schildert ihre Erfahrungen mit Burnout in diesem beruflichen Kontext:

„...war in der Einzelbetreuung tätig...ich habe das 5,5 Jahre gemacht, wobei ich davon glaube ich, vier Jahre schon mit einem Bein im Burnout gestanden bin...“ (Transkript IPA, Z. 66)

### **6.3.2 Sekundäre Traumatisierung**

Im Gegensatz zum vielfach diskutierten Burnout, so Sänger und Udolf (2012), war das Phänomen der sekundären Traumatisierung lange wenig bekannt. Erst mit der zunehmenden Etablierung traumapadagogischer Konzepte rückte es in der Fachliteratur verstärkt in den Fokus (S. 146). Andreatta (2024) beschreibt eindrücklich, dass auch die rein berufliche Konfrontation mit traumatischen Erlebnissen massive emotionale Erschütterungen bei Fachkräften hervorrufen kann. Die sekundäre Traumatisierung wird in der Literatur unter verschiedenen Begriffen geführt, etwa Mitgefuhlserschopfung, sekundäre Viktimisierung, sekundärer traumatischer Stress, indirekte Traumatisierung oder auch die übertragene Traumatisierung. Die Gemeinsamkeit in diesen Konzepten ist das Gefühl einer schutzlosen Teilhabe an traumatischem Erleben, verbunden mit Kontrollverlust und starker psychischer Belastung. Andreatta hebt zudem hervor, dass jedes Trauma, unabhängig davon, ob es primäre Opfer oder nahestehende Personen betrifft, individuell ist und daher unvergleichbar (S. 23, 27). Sänger und Udolf (2012) ergänzen weitere auslösende Mechanismen: Empathie, also die Fähigkeit zur emotionalen Resonanz, Kindling, die zunehmende neuronale Sensibilisierung bei wiederholter Konfrontation mit belastendem Material sowie Dissoziation, die Abspaltung bedrohlicher Inhalte als psychische Selbstschutzreaktion (S. 146). Andreatta (2024) differenziert im Kontext sekundärer Traumatisierung zwischen den beiden Trauma-Typen. Typ 1-Traumata sind wie bereits ausgeführt meist einmalige Erlebnisse und betreffen Berufsgruppen im Akutbereich wie medizinisches Notfallpersonal. Typ 2-Traumata hingegen entstehen durch chronische

Belastungen, insbesondere bei Fachkräften in beziehungsorientierten Arbeitsfeldern wie der stationären Kinder- und Jugendhilfe (S. 30–32). Sänger und Udolf (2012) betonen, dass die Prävalenz sekundärer Traumatisierung vermutlich unterschätzt wird, nicht zuletzt, weil betroffene Fachkräfte Symptome häufig ausblenden oder nicht als psychisch erklärbar wahrnehmen. Die möglichen Folgen reichen von Schlafstörungen, Reizbarkeit, sozialem Rückzug, Beziehungsproblemen bis hin zu gesundheitsschädigenden Coping-Strategien wie beispielsweise Substanzkonsum. Als besondere Risikofaktoren, so die Autorinnen, gelten mangelnde Teamunterstutzung, hohe emotionale Identifikation mit den Klient\*innen, eigene unverarbeitete Traumata sowie ungünstige strukturelle Rahmenbedingungen wie Personalmangel oder fehlende Supervision (S. 147).

Zwei interviewte Personen sprechen die Sekundäre Traumatisierung explizit an. Zum einen wird sie als mögliche Auswirkung auf die belastende Arbeit genannt zum anderen, betont eine Person das mögliche Übersehen einer solchen Entwicklung:

„...Natürlich sind wir in dem Bereich mit den Themen sekundärer Traumatisierung häufig konfrontiert und trotzdem nehmen wir sie leider nicht immer wahr und wir müssen sie aber gut wahrnehmen können, um weiter zu arbeiten...“ (Transkript IPD, Z. 42)

## 6.4 Schützende Aspekte

Steinlin et al. (2015) betonen die deutlich dargestellte hohe Belastung für Fachkräfte in diesem Bereich. Dieser Umstand bekräftigt den Bedarf nach Versorgungsstrukturen in den jeweiligen Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, sowohl für die Kinder und Jugendlichen als auch für die Mitarbeitenden. Die Belastungssymptome müssen frühzeitig erkannt und behandelt werden, denn nur so ist auch eine traumasensible und qualitative Begleitung der betroffenen Minderjährigen möglich (S. 17).

Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden werden einige schützende Aspekte in Bezug auf die psychische Gesundheit von Fachkräfte abgebildet. Neben den organisationsbezogenen Aspekten wie Teammitglieder, Vorgesetzte, strukturelle Gegebenheiten und Rahmenbedingungen, spielt auch das Individuum eine entscheidende Rolle. Im Sinne der Selbstwirksamkeit kann jede Fachkraft aktiv zum eigenen psychischen Wohlbefinden beitragen.

Baierl (2016) weist darauf hin, dass Teammitglieder aller hierarchischen Ebenen dazu angehalten sind, einander wertschätzend, ressourcenorientiert und mit möglichst viel Raum für Leichtigkeit und Freude zu begegnen. Vorgesetzte sollten als positive Autorität, fachlich kompetent, emotional greifbar und vor allem als sichere Person wahrgenommen werden. Es sollte eine Teamkultur etabliert werden, in welcher Anerkennung Platz findet sowie Belastungsgrenzen wahrgenommen und respektiert werden. Beständige Weiterbildung, kollegialer Austausch und die Möglichkeit zur selbstwirksamen Mitgestaltung sind laut Autor weitere fördernde Aspekte (S. 123f.).

Entsprechende Aspekte werden auch von den interviewten Personen hervorgehoben:

„Dass im Team ganz viel Verständnis und Wertschätzung da war, dass es vor allem auch auf Teamebene nie zu Vorwürfen gekommen ist...Also das war, glaube ich, ganz wichtig und hat sicher auch geholfen irgendwie in der Situation.“ (Transkript IPB, Z. 330–334)

Ich finde ja gemeinsame Fortbildungen wichtig, gemeinsame Supervision, Gruppensupervision, genauso wie, noch wichtiger vielleicht sogar als die Einzelsupervisionen. Wenn dort halt auch wirklich konsequent Themen angesprochen werden, also da auch immer wieder, gerade in der Leitung sich mit hineinsetzen und proaktiv auch Themen mitansprechen, wenn man das Gefühl hat, es wird sonst nicht gemacht. (Transkript IPA, Z. 580–585)

Weiß (2014) formuliert deutlich, dass ein unterstützendes Teamklima ein schützender Faktor für die Mitarbeiter\*innen darstellt. Ein kompetentes Team dient außerdem als Gegenpool für die Spaltungstendenzen, die traumatische Dynamiken auslösen können (S. 159).

Dies wird von einer interviewten Fachkraft explizit bestätigt:

Spaltungsphänomene die mit der Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen und Kindern einhergehen, sind auch an der Tagesordnung...es ist ja auch nichts was unprofessionell wäre, weil wir verstricken uns und wir lassen uns ein Stück weit spalten...Unprofessionell wird es dann, wenn man sagt da schaut man nicht hin und lasst es halt einfach wirken wie es ist und steigt in die Dynamik ein, die die Klientinnen halt einfach auch mitbringen. (Transkript IPA, Z. 130–136)

Jegodtka und Luitjens (2016) weisen im Kontext der Teamgesundheit auf die Umsetzung des Salutogenese-Modells, im Sinne der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit bei Arbeitsprozessen und Konzepten hin. Ein starkes Team-Kohärenzgefühl, so der Autor und die Autorin, kann ein schützender Faktor für die eigene psychische Gesundheit sein (S. 204). In Bezug auf die jeweiligen Institutionen, weist Baierl (2016) auf die klare Aufgabe hin, jegliche Unterstützungsmaßnahmen, wie Supervision, geeignete Arbeitsmaterialien und Räumlichkeiten, genügend geschultes Personal und transparente Regelungen zu Arbeitsbereichen, Aufträgen und Verantwortlichkeiten zur Verfügung zu stellen. Der Autor formuliert die klare Verantwortung der Institution, bestmögliche und geeignete Rahmenbedingungen für alle Beteiligten zur Verfügung zu stellen. Dazu zählen auch verlässliche Ansprechpartner\*innen, Krisenpläne, bekannte Abläufe und zeitnahe Nachsorgemöglichkeiten für das Fachpersonal (S. 122f.).

Auch in den Interviews wird die Bedeutung klarer Strukturen und verlässlicher Bezugspersonen hervorgehoben:

Dass ich einen guten, sehr zuverlässigen Konsiliarpsychiater hatte...Das war sicher sehr entlastend, da irgendwie eine Austauschperson zu haben, die, das muss man sagen, in dem Fall wirklich ganz auf Augenhöhe gearbeitet hat und wirklich die Erzählungen von den Pädagoginnen sehr ernst genommen hat... (Transkript IPB, Z. 306–311)

Zu den Nachsorgemöglichkeiten äußert sich eine interviewte Person sehr klar:

„...Wenn es mich stark aktiviert hat, dann einfach einen kurzen Break, eine Pause nehmen. Wenn es irgendwie möglich ist eine Runde spazieren gehen, ein kurzer Austausch vielleicht mit Kolleginnen darüber.“ (Transkript IPA, Z. 314–315)

„Also was wir auch immer wieder tun, ist Leute, Leute in einen geplanten Krankenstand zu schicken und zu sagen hey, nimm dir einmal drei Wochen Auszeit und wir decken deine Dienste irgendwie ab...“ (Transkript IPA, Z. 585–587)

Hantke und Görge (2019) betonen, dass Selbstfürsorge keinesfalls als zusätzlicher Arbeitsauftrag verstanden werden darf. Vielmehr betonen der Verfasser und die Verfasserin, dass die Implementierung der Selbstfürsorge, vor allem für Arbeitgeber und Organisationen selbstverständlich und arbeitsverträglich festgehalten werden sollte. Dies bedeutet aber, dass die Fachkräfte allen voran die Möglichkeit erhalten müssen, selbstfürsorgend handeln zu können (S. 16). Tüllmann (2016) betont die Wichtigkeit der Selbstfürsorge, um professionell arbeiten zu können, und versteht darunter den achtsamen Umgang mit sich als Person, das Erkennen der eigenen Grenzen und Bedürfnisse, einen sensiblen Umgang mit eigenen Überforderungen sowie aktive selbstfürsorgliche Handlungen (S. 268).

Der achtsame Umgang mit sich selbst und seinen Grenzen, thematisieren die interviewten Personen sehr stark:

„Immer gut hinein spüren... tut es mir gerade gut Musik zu hören oder was tut mir gerade gut auf den Weg in die Arbeit. Generell einen Arbeitsweg zu haben der länger als eine halbe Stunde dauert, das finde ich durchaus angenehm.“ (Transkript IPA, Z. 434–436)

Im Sinne konkreter Möglichkeiten zur Selbstfürsorge wird nachfolgend, in Anlehnung an Tüllmann (2016), eine Auswahl an Maßnahmen aufgelistet:

- Den Arbeitsplatz verlassen, wenn die Arbeitszeit um ist.
- Termine mit festen Beginn- und Endzeiten vereinbaren.
- Eine Fehlerkultur etablieren und leben.
- Supervision und Austauschmöglichkeiten annehmen.
- Visuelle Kraftquellen am Arbeitsplatz verankern.
- Ein Gleichgewicht zwischen Arbeit, Freizeit und Ruhe anstreben.
- Das Zusammenstellen eines individuellen Stressbewältigungsprogramms, wie Sport, kreatives Ausleben, Entspannungstechniken etc.
- Fortbildung im Bereich der Traumaaarbeit.
- Das Bearbeiten von eigenen Themen und Belastungen (S. 269–270).

Das Thema Weiterbildung und daraus resultierende gelebte pädagogische Haltungen werden in den Interviews von allen Personen betont. Es scheint Einigkeit darüber zu bestehen, dass Wissen in

diesem speziellen Setting, sowohl ein schützender Aspekt ist, als auch eine professionelle Notwendigkeit, um die Arbeit qualitativ ausüben zu können:

...Wissen finde ich ein gutes Tool zur Abgrenzung, Sachen verstehen können, oder zu mindestens eine Idee davon zu haben, warum Sachen so sind wie sie sind, hilft mir mich abzugrenzen und da sind wir wieder bei dem guten Grund ein bisschen, zu kapieren warum sich meine Klient\*innen so verhalten wie sie es tun... (Transkript IPA, Z. 231–235)

„Mir persönlich gelingt der Zugang durchs theoretische verstehen, was das mit mir zu tun hat...Und zu verstehen, warum was passiert und warum mir jemand jetzt mit Aggression begegnet, der hat mir viel geholfen, auch in der Aufarbeitung anschließend.“ (Transkript, IPD, Z. 202–206)

Ergänzend führen Jegodtka und Luitjens (2016) weitere Maßnahmen an, die den Alltag entlasten können:

- Stetige Orientierung an Ressourcen.
- Zeit für Spaß, Genuss und ein freudiges Miteinander.
- Ausgleich durch eine bewusste Auseinandersetzung mit anderen Themen. Zum Beispiel keine ständige traumabasierte Film-, Serien- und Buchauswahl.
- Wahrnehmen und Nutzung von sozialen Ressourcen.
- Etablierung von Medienfreien Zeiten. Allen voran eine klar begrenzte berufliche Erreichbarkeit.
- Freizeitaktivitäten mit Familie und Freund\*innen (S. 205).

Die dargestellten Inhalte zeigen, dass Selbstfürsorge eine individuelle Angelegenheit ist, und die Wirkung der potentiellen schützenden Aspekte daher unterschiedlich ausfällt. Die interviewten Personen teilen einige persönliche schützende Ressourcen:

Was ich für mich selbst gelernt habe, ist einmal grundsätzlich in meinem Alltag, in dem ich nicht in den Diensten bin, eine gewisse Struktur mir aufzustellen...Wenn ich mich bewege, habe ich einen viel höheren Anteil, dass ich in meiner Sicherheit bin, dass ich runterkomme, dass ich meine Ruhezeiten gut einhalten kann... (Transkript IPD, Z. 254–259)

„Da helfen mir Sachen wie mein Garten zum Beispiel, wo ich einfach nur meinen Spielplatz habe und mich dort verwirklichen kann und keine Rücksicht nehmen muss auf Andere.“ (Transkript IPA, Z. 404–406)

Die dargestellten Schutzfaktoren zeigen, dass psychische Gesundheit in der sozialpädagogischen Arbeit nicht allein durch die Abwesenheit von Belastung definiert werden kann, sondern durch das bewusste Zusammenspiel von struktureller Unterstützung, Teamkultur und individueller Selbstfürsorge. Trotz der hohen emotionalen Anforderungen, kann die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen auch Räume für persönliches Wachstum und berufliche Erfüllung eröffnen, insbesondere dann, wenn Fachkräfte befähigt werden, ihre Handlungsspielräume wahrzunehmen und

sich selbst als wirksam zu erleben. Letztlich liegt die zentrale Aufgabe darin, nicht nur Risiken zu minimieren, sondern auch Ressourcen aktiv zu stärken.

## 7 Ergebnisdarstellung

Die vorliegenden Ergebnisse basieren auf der anfangs dargestellten qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022). Ausgewertet wurden vier leitfadengestützte Interviews mit Fachkräften aus stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, die mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen arbeiten.

Das deduktiv-induktiv entwickelte Kategoriensystem orientiert sich eng an der Forschungsfrage sowie den drei Unterfragen der Arbeit. Die Darstellung folgt der Gliederung in drei Hauptkategorien mit jeweils mehreren Subkategorien:

- Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit
  - o Organisationsbezogene Belastungen
  - o Personenbezogene Belastungen
  - o Klient\*innenbezogene Belastungen
  - o Positive Wirkfaktoren
- Auswirkungen und Folgen der Einflussfaktoren
  - o Belastende Auswirkungen
  - o Förderliche Auswirkungen
- Schützende Maßnahmen
  - o Selbstgewählte Ressourcen
  - o Institutionelle Ressourcen

Die einzelnen Subkategorien werden im Folgenden inhaltlich dargestellt und im Sinne eines interpretativen Fließtextes analysiert. Zentrale Aussagen der Interviewpartner\*innen werden zur Veranschaulichung hinzugezogen. Ergänzend zur theoriebasierten Kontextualisierung der Interviewzitate im Theorieteil dieser Arbeit, bietet dieses Kapitel eine systematische Verdichtung, Interpretation und analytische Zusammenführung der zentralen Ergebnisse.

### 7.1 Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit

Diese Hauptkategorie fasst Bedingungen zusammen, die das psychische Erleben der Fachkräfte im beruflichen Alltag beeinflussen. Sie bilden den Ausgangspunkt zur Beantwortung der ersten Unterforschungsfrage und differenzieren dabei zwischen strukturellen, personenbezogenen und klient\*innenbezogenen Belastungen sowie positiv wirkenden Faktoren. Da berufliche Erfahrungen

stets im Kontext individueller Wahrnehmung stehen, sind inhaltliche Überschneidungen teilweise gegeben.

### **7.1.1 Organisationsbezogene Belastungen**

Diese Kategorie umfasst strukturelle Faktoren, die unabhängig von individuellen oder Klient\*innenbezogenen Aspekten zu einem Belastungserleben beitragen können. Dazu zählen unter anderem Personalmangel, unklare Zuständigkeiten, fehlende Orientierung, zeitlicher Druck, mangelnde Weiterbildung sowie unzureichende räumliche Ausstattungen.

Alle interviewten Fachkräfte thematisieren den Personalstand und berichten von dauerhaftem Personalmangel sowie einem unzureichenden Betreuungsschlüssel. Daraus resultieren weitere Probleme wie zu leistende Überstunden und fehlende Regenerationszeiten.

„Wir sind nicht immer zu zweit im Dienst. Gerade wenn Personalmangel herrscht oder Krankenstände da sind, kommt es oft vor, dass wir alleine sind.“ (Transkript IPC, Z. 132–133)

Auch mangelnde Qualifikation einzelner Kolleg\*innen und fehlendes traumaspezifisches Wissen werden als problematisch erlebt und von allen Interviewpartner\*innen erwähnt. Hinzu kommen strukturelle Defizite in der Aufgabenverteilung und in der Krisenbewältigung. Die Befragten berichten von Unklarheiten hinsichtlich der pädagogischen Haltung, der Verantwortungsbereiche und des Umgangs mit Gewalteskalationen. Die räumliche Gestaltung wurde von drei Personen als zusätzliche Komponente genannt. Die fehlende wohnliche Atmosphäre oder beschädigtes Mobiliar sowie unzureichender Raum werden als störend empfunden.

...Weil es ja wichtig ist, dass das Setting schön ist und dass man nicht in einen Raum reinkommt, wo man einen kaputten Kasten vor sich sieht. Das macht nichts Gutes mit unserer Psyche. Und das wurde leider nicht immer so schnell wieder repariert, zwecks mangelnder Ressourcen, wie es wünschenswert wäre. (Transkript IPD, Z. 152–154)

Auch ein fehlender Rückzugsort für das Fachpersonal wird an dieser Stelle erwähnt. Insgesamt spiegeln diese Ergebnisse die im Theorieteil angeführten Belastungsfaktoren wider.

### **7.1.2 Personenbezogene Belastungen**

Diese Kategorie erfasst Belastungen, die aus der individuellen Biografie, persönlichen Grenzen oder emotionalen Reaktionen der Fachkräfte entstehen. Sie treten vor allem im Umgang mit Gewalt, Beziehungserwartungen, eigenen Ansprüchen und beruflicher Selbstverantwortung auf.

Alle Befragten berichten von starken emotionalen Herausforderungen, insbesondere im Spannungsfeld zwischen professioneller Haltung und persönlicher Betroffenheit. Die interviewten Personen geben an, regelmäßig über ihre persönlichen Grenzen zu gehen, etwa in

Eskalationssituationen oder bei gewaltvollem Verhalten von Klient\*innen. Gleichzeitig wird ein hoher Anspruch an Authentizität und eine wohlwollende Haltung den Klient\*innen gegenüber erwartet.

Eine interviewte Person schildert das Spannungsverhältnis zwischen massiver Grenzüberschreitung und dem Anspruch, die traumapädagogische Haltung zu wahren:

Du [Klient\*in] hast jetzt in den letzten drei Monaten jemanden gebissen, ein Bündel Haare ausgerissen und keine Ahnung drei Leute sind gerade im Krankenstand wegen einem Übergriff von dir...Das ist wieder ein Spannungsfeld in dem wir uns bewegen...da einen guten Weg zu finden, nicht aus der Beziehung auszusteigen, aber trotzdem die eigene Integrität am Schirm haben und sie auch bewahren können. (Transkript IPA, Z. 333–335 und 345–348)

Wie auch im Theorieteil angeführt, stellt die Beziehungsgestaltung den zentralen Aspekt der Arbeit dar, der aufgrund der vorliegenden Traumata eine Besonderheit aufweist. Um korrigierende Erfahrungen zu ermöglichen, ist eine tiefe Auseinandersetzung innerhalb der Beziehung notwendig, die gleichzeitig auch als emotional fordernd und belastend erlebt wird. Alle interviewten Personen sprechen von Übertragungen und Rollenzuschreibungen durch die Klient\*innen, die im Umgang mit diesen Dynamiken ein hohes Maß an Selbstreflexion, Abgrenzungsfähigkeit und psychischer Stabilität erfordern. Durch die Intensität der Situationen, beispielsweise durch Gewaltübergriffe auf die Fachkraft, wird der eigene Anspruch wertschätzend zu agieren, massiv erschwert. Der fehlende persönliche Austausch wird ebenfalls erwähnt, vor allem im Privatbereich stoßen die Interviewten immer wieder an Limitationen der Gesprächspartner. Bei vielen entsteht der Eindruck, dass Außenstehende nicht nachvollziehen können, welche Belastungen vorherrschen.

...ich glaube aber, so richtig vorstellen kann man sich das nicht, wenn man nicht in dem Feld arbeitet und irgendwie, wenn dann erzählt wird in Ansätzen von Übergriffen, das wirkt so abstrakt, weil ja, wenn man im Büro sitzt, rechnet man nicht damit, dass der Kollege irgendwie reinkommt und man kriegt die Faust ins Gesicht. (Transkript IPB, Z. 161–164)

Trotz Arbeitserfahrung, die alle Interviewten aufweisen, ist die eigene Person das wichtigste Werkzeug für diese Arbeit und birgt daher eine Reihe an potenziellen belastenden Faktoren.

„...Ich erlebe das auch heute noch immer wieder, dass ich an meine Grenze komme, an meine Belastungsgrenzen.“ (Transkript IPA, 394–395)

### **7.1.3 Klient\*innenbezogene Belastungen**

Diese Kategorie erfasst Belastungsfaktoren, die aus den Biografien und den Traumafolgen der betreuten Kinder und Jugendlichen entstehen. Im Zentrum stehen die emotionalen und handlungspraktischen Herausforderungen, die sich aus der Arbeit mit der speziellen Zielgruppe ergeben.

Die Befragten schildern übereinstimmend die hohe emotionale Komplexität, die aus der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen resultiert. Insbesondere die Herausforderung in der Beziehungsgestaltung wird betont. Sie wird als äußerst intensiv, geprägt durch einen wiederkehrenden Wechsel an Nähe und Distanz, Loyalitätstests und Rückschritten beschrieben.

„Und genau da liegt eben die Schwierigkeit darin, in einem professionellen Kontext trotzdem so stark in Beziehung zu gehen, dass es wirklich die Kinder und Jugendliche vorwärtsbringt. Und Beziehung entsteht auch nur, wenn die Beziehung authentisch ist.“ (Transkript IPD, Z. 324–327)

Ein weiterer Faktor, der von allen Befragten erwähnt wird, sind die komplexen Verhaltensweisen, die sich aus den Folgen der Traumata entwickeln. Geschildert werden Impulsdurchbrüche, gewaltvolle Eskalationen, Suizidgedanken, dissoziatives Verhalten, selbstverletzende Tendenzen, Verwahrlosung, gestörte Impulskontrolle und Suchtmittelgebrauch. Das Spektrum der Verhaltensweisen, die Diversität der Störungsbilder und der Umgang damit, werden von den Fachkräften als komplex und belastend erlebt.

...Anfangen von dissozialen Verhaltensmustern, dann selber, dass Kinder und Jugendliche keine guten körperlichen Zustände aufweisen, Verwahrlosung, Impulsdurchbrüche sehr viel, auch teilweise kognitive Schwierigkeiten, Lernschwierigkeiten. Also ich würde sagen, im Traumabereich, Klienten sind ja auch alle so divers, ist da schon eine ziemliche Bandbreite abgedeckt gewesen. (Transkript IPD, Z. 164–168)

„Wir haben immer wieder neue Klient\*innen, die uns immer wieder auf neue Art und Weise herausfordern. (Transkript IPA, Z. 206–207)

#### **7.1.4 Positive Wirkfaktoren**

Diese Kategorie erfasst psychisch stärkende Aspekte des beruflichen Alltags. Gemeint sind insbesondere Momente von Sinnstiftung, persönlicher Entwicklung und gelingenden Beziehungserfahrungen. Sie grenzt sich von schützenden Maßnahmen dadurch ab, dass es sich um Wirkungspotentiale der alltäglichen Arbeit handelt, nicht um gezielte Ressourcen.

Im Vergleich zu den belastungsbezogenen Kategorien werden positive Wirkfaktoren von den Interviewten seltener thematisiert. Trotz der geringen Datenmenge verdeutlicht diese Subkategorie, dass das Berufsfeld nicht nur belastende Aspekte hervorbringt. Positiv bewertet wird insbesondere die Erfahrung, dass sich im Verlauf intensiver Beziehungsarbeit mit den Klient\*innen spürbare Entwicklungsschritte zeigen. Dieses Erleben führt zu emotionaler Bestärkung und trägt zur Motivation bei, auch in belastenden Kontexten weiterzuarbeiten. Im Sinne von Antonovskys Konzept der Salutogenese kann dies als Moment der Sinnhaftigkeit interpretiert werden. Auch die Entwicklung einer gefestigten Haltung und der Zuwachs an Handlungssicherheit durch Wiederholung und Erfahrung werden als stabilisierend empfunden. Kollegialer Austausch, auch außerhalb des Arbeitskontextes und das Gefühl der professionellen Wirksamkeit, verstärken diese positiven

Einflussfaktoren. Die Aussagen unterstreichen, dass im Spannungsfeld zwischen Belastung und Wirkung auch transformierende Prozesse möglich sind.

„Ich glaube, dass Sozialpädagogik was sehr Schönes sein kann und dass man da sehr aufgehen kann.“ (Transkript IPB, Z. 264–265)

## **7.2 Auswirkungen und Folgen der Einflussfaktoren**

Diese Kategorie erfasst Aussagen zu psychischen oder psychosomatischen Folgen, die Fachkräfte durch ihre Tätigkeit erleben. Diese Hauptkategorie dient der systemischen Bündelung thematischer Subkategorien. Sie wird angewandt, wenn emotionale, soziale oder körperliche Veränderungen, die im Zusammenhang mit den Einflussfaktoren stehen, genannt werden. In dieser Kategorie geht es darum, das Erleben der Einflussfaktoren zu erfassen. Sie wird demnach von den vorherrschenden Faktoren und schützenden Maßnahmen abgegrenzt.

### **7.2.1 Belastende Auswirkungen**

Diese Kategorie bildet jene psychischen und physischen Folgen ab, die aus der täglichen Konfrontation mit belastenden Arbeitsbedingungen und Traumadynamiken resultieren.

Die qualitative Analyse der Interviews zeigt deutlich, dass die intensive Beziehungsarbeit, die emotionale Nähe zu den Klient\*innen und die Konfrontation mit traumabezogenen Symptomen erhebliche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Fachkräften haben kann. Alle Befragten berichten von einer oder mehreren Beschwerden wie etwa Schlafprobleme, Verspannungen, Hautreaktionen und erhöhter Infektanfälligkeit. Diese Symptome stehen in enger Verbindung mit anhaltendem Stress, wie ihn beispielsweise Lazarus und Folkman im transaktionalen Stressmodell beschreiben. Auch psychisch werden klare Auswirkungen sichtbar. Genannt werden Überforderungsgefühle, Reizbarkeit, sozialer Rückzug, depressive Tendenzen sowie das Gefühl emotional überladen zu sein. Diese Aussagen korrespondieren mit Konzepten sekundärer Traumatisierung, wie sie auch im Theorieteil thematisiert wurden. Zwei der interviewten Personen sprechen explizit von der potentiellen Gefahr der Sekundären Traumatisierung. Eine interviewte Person berichtet von einer Phase, in welcher Burnout-Anzeichen lange übergangen wurden, und dann schlussendlich ein Jobwechsel vollzogen werden musste. Die Auswirkungen bleiben nicht auf den Arbeitskontext beschränkt. Auch das Privatleben leidet unter den Auswirkungen beruflicher Belastungen. Beziehungskonflikte, fehlende Energie für Freizeitaktivitäten und soziale Kontakte sowie Schwierigkeiten bei der Abgrenzung werden genannt. Die interviewten Personen berichten auch von Außenwahrnehmungen ihres Umfeldes die einige Symptome bestätigen.

...Wenn ich so an meine letzte Beziehung denke, wo es viele Konflikte auch gab, vor allem gegen Ende. Also es ist so dieses, wenn es privat gar nicht läuft, durch den Job und umgekehrt,

wenn es im Job gerade sehr, sehr heftig ist, dann brauch ich einfach viel Raum und Zeit für mich im Privaten... (Transkript IPA, Z. 354–357)

...Nachdem ich die Arbeit beendet habe, habe ich einige Stunden Therapie absolviert und habe irgendwie da herausgefunden, dass ich ganz oft in Situationen, wo irgendwie Trauma sich gezeigt hat bei den Jugendlichen, dass ich dann eher dazu neige, selber irgendwie so zu dissoziieren und das eigentlich dann gar nicht so mitzukriegen. (Transkript IPB, 204–208)

Die Aussagen und Erzählungen der Fachkräfte verdeutlichen eindrucksvoll, dass die psychische Gesundheit von Fachkräften stark beeinflusst wird. Die subjektiven Erfahrungen bestätigen theoretische Annahmen über die psychische Vulnerabilität von Fachkräften im Kontext hochbelasteter Beziehungssysteme. Auswirkungen und Folgen sind nicht nur im Arbeitsalltag, sondern weit über diese Grenzen hinaus spürbar.

## **7.2.2 Förderliche Auswirkungen**

Diese Kategorie erfasst Aussagen, in denen Fachkräfte über positiv erlebte Folgen im Zusammenhang ihrer Tätigkeit sprechen. Diese reichen von persönlichem Wachstum über stabilisierende Veränderungen im Erleben bis hin zu verbesserten Selbstregulationsfähigkeiten. Im Fokus steht dabei das Erleben dieser Veränderungen als direkte Folge der beruflichen Auseinandersetzung mit belastenden Situationen.

Die Auswertung zeigt, dass trotz des herausfordernden Kontexts nicht nur Belastungen, sondern auch förderliche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Fachkräfte beobachtet werden. Mehrere Interviewpartner\*innen berichten durch die Arbeit selbstbewusster geworden zu sein. Sie beschreiben eine gestärkte Fähigkeit, eigene Grenzen besser wahrzunehmen, zu kommunizieren und sich in schwierigen Situationen klarer abzugrenzen, auch in privaten Belangen. Als förderlich erlebt wird zudem die wachsende Resilienz im Umgang mit Stress. Einige Fachkräfte betonen, dass alltägliche Stressoren außerhalb des Arbeitskontextes inzwischen leichter bewältigbar erscheinen. Dieser Effekt wird auf die hohe Intensität des beruflichen Alltags zurückgeführt, wodurch das generelle Belastungserleben verändert wird. Auch die zunehmende Gelassenheit im Umgang mit Konflikten oder krisenhaften Situationen wird als Ergebnis kontinuierlicher professioneller Erfahrung verstanden.

„Also ich glaube, dass ich wirklich im Alltag so bei Krisen sehr lange sehr ruhig bleiben kann. So schnell bringt mich irgendwie nichts aus der Fassung.“ (Transkript IPB, Z. 283–285)

Eine weitere positive Auswirkung zeigt sich in der gestiegenen Selbstwahrnehmung und Empathiefähigkeit.

Ich kriege aber schon auch positive Rückmeldungen, gerade von Leuten, die mich schon sehr lange kennen, denen auch auffällt, dass ich selbstbewusster geworden bin, dass ich sehr feinfühlig bin, die das als Ressource sehen, welchen Blick ich auf Menschen habe, die mir

auch oft rückmelden, dass ich gute Ratschläge geben kann, dass ich in stressigen Situationen sehr ruhig bleibe... (Transkript IPC, Z. 197–201)

Diese Entwicklungen lassen sich auch mit Blick auf die Resilienzforschung einordnen. Die Autoren Fröhlich-Gildoff und Rönnau-Böse (2024) benennen, wie im Kapitel Gesundheitsfördernde Konzepte angeführt, die Selbstwahrnehmung als einen der zentralen Schutzfaktoren. Die Aussagen der Fachkräfte legen nahe, dass diese Kompetenz durch die Berufspraxis weiterentwickelt wird. Zudem unterstreichen die Aussagen, dass Resilienz keine statische Eigenschaft ist, sondern im Prozess wächst.

Die beschriebenen förderlichen Auswirkungen stehen in engem Zusammenhang mit den theoretischen Annahmen zur Salutogenese, insbesondere mit dem Kohärenzgefühl. Die Befragten scheinen in Teilen eine hohe Ausprägung an Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit zu verfügen oder dieser durch ihre Arbeit weiterzuentwickeln. Trotz der oft thematisierten Belastungen verdeutlicht diese Kategorie, dass Fachkräfte auch positive Rückschlüsse und Erkenntnisse aus ihrer Arbeit ziehen. Diese werden nicht nur als Ergebnis individueller Reflexionsprozesse verstanden, sondern auch als Teil eines langfristigen erfahrungsbasierten Wachstums, das auf die Qualität der pädagogischen Beziehung und den Umgang mit sich selbst zurückwirkt.

## **7.3 Schützende Maßnahmen**

Diese Hauptkategorie erfasst selbstgewählte und institutionelle Ressourcen und Maßnahmen, die Fachkräfte zur Stabilisierung, Selbstfürsorge und Prävention psychischer Belastungen einsetzen. Während Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit teils unbeeinflussbar wirken und die Folgen schwer abwendbar sein können, stellen Schutzmaßnahmen einen aktiven Gegenpol dar. Sie bieten Fachkräften die Möglichkeit, belastende Dynamiken bewusst entgegenzuwirken und die eigene Resilienz weiter zu fördern. Die Aussagen der Interviewten unterstreichen, wie zentral diese Strategien für das persönliche und berufliche Gleichgewicht sind.

### **7.3.1 Selbstgewählte Ressourcen**

Diese Kategorie umfasst alle selbstinitiierten und individuell gewählten Maßnahmen der Fachkräfte zur Stabilisierung der eigenen psychischen Gesundheit. Gemeint sind persönliche Routinen, Rituale, Formen der Selbstreflexion sowie Strategien zur Abgrenzung und Regeneration.

In der Analyse zeigt sich eine große Bandbreite individueller Schutzstrategien. Zentrale Elemente sind Selbstwahrnehmung und Beobachtung sowie Achtsamkeit und Selbstfürsorge. Die Interviewten berichten, dass sie gelernt haben ihre psychische Belastung frühzeitig zu erkennen und entsprechend gegenzusteuern. Die Übergänge zwischen Berufs- und Privatleben werden teils bewusst gestaltet, etwa durch feste Rituale nach der Arbeit. Ein häufig genanntes Element ist die Reflexion eigener Ansprüche und Antreiber. Einige beschreiben, dass sie ihre Abgrenzungsstrategien im Laufe der Zeit

angepasst haben. Der Umgang mit eigenen Grenzen ist nicht starr, sondern wird als dynamischer Prozess erlebt, der kontinuierlich angepasst und weiterentwickelt wird.

Das ist nicht mit einmal alleine erledigt und ich habe jetzt meinen Weg der Abgrenzung gefunden, das geht nicht. Ich glaube es hat viel mit gut auf sich selber achten zu tun, mit einem selbstfürsorglichen Verhalten, sich auch wieder einmal einen Arschtritt geben und sagen ich versumpere nicht zuhause, weil die Arbeit gerade zu anstrengend ist und ich gehe jetzt spazieren, treffe mich mit Leuten. (Transkript IPA, Z. 219–223)

Besonders relevant ist für viele das Aneignen traumaspezifischen Wissens. Dieses ermöglicht es, Verhaltensweisen der Klient\*innen zu verstehen und nicht persönlich zu nehmen. Diese Distanzierung und fachliche Einordnung gelingen dadurch, auch in emotional fordernden Situationen, leichter. In diesem Zusammenhang wird theoretisches Verstehen und eine pädagogische Haltung als Ressource zur Selbstregulation betont. Als theoretisches Konzept kann wieder die Salutogenese herangezogen werden, denn durch Wissensaneignung, kann mehr Verständnis generiert werden.

Ein ganz wichtiger oder zentraler Punkt war immer, jedes Verhalten quasi passiert aus irgendeinem Grund und ist nicht einfach grundlos, sondern es liegt irgendwie noch mehr dahinter. Das war was, was ich immer sehr oft in der Arbeit irgendwie immer wieder in Erinnerung gerufen habe oder auch rufen musste, um irgendwie eben zu versuchen, Situationen besser einzuordnen. (Transkript IPB, Z. 223–227)

Ein weiterer zentraler Bereich ist die gezielte Inanspruchnahme externer Unterstützung. Mehrere Befragte berichten von der Bedeutung psychotherapeutischer Begleitung zur emotionalen Verarbeitung und Selbsterkenntnis. Das Pflegen der eigenen privaten Lebensumstände sowie die Aktivierung persönlicher Hobbies, werden als entlastend beschrieben.

„Ich habe gewisse Rituale für mich entwickelt. Das sind Kleinigkeiten, wie zum Beispiel, dass ich nach dem Dienst sofort duschen gehe und wortwörtlich das Gefühl habe, ich wasche die Emotionen und auch Übertragungen der Jugendlichen von mir ab.“ (Transkript IPC, Z. 294–296)

Diese Kategorie unterstreicht die zentrale Rolle von Selbstverantwortung und Selbstfürsorge. Schutz entsteht hier nicht durch äußere Gegebenheiten, sondern durch individuelle Entscheidungen und bewusste Auseinandersetzung mit sich selbst. Die erarbeiteten Strategien spiegeln zentrale resilienzfördernde Merkmale wider und belegen, dass Fachkräfte über eigenverantwortliche Prozesse der Selbstregulation ihre psychische Widerstandsfähigkeit stärken können.

### **7.3.2 Institutionelle Ressourcen**

Diese Kategorie umfasst alle strukturell verankerten, von der Organisation zur Verfügung gestellten Maßnahmen, die eine stabilisierende Wirkung haben. Dazu zählen unter anderem Supervision, Fortbildungen, Teamstrukturen oder strukturelle Entlastungsmaßnahmen.

Die Aussagen der befragten Fachkräfte verdeutlichen, dass institutionelle Ressourcen eine zentrale Rolle für die psychische Stabilität im Berufsalltag spielen. Besonders häufig thematisieren die Fachkräfte die regelmäßige Gruppen- und Einzelsupervision. Sie ermöglicht Reflexion, Austausch und emotionale Entlastung. Zentrale institutionelle Ressourcen sind alle Möglichkeiten, die eine Etablierung einer gesunden Teamstruktur ermöglichen. Der Austausch auf Augenhöhe, eine offene Gesprächskultur, zeitliche Ressourcen für Intervention und ein konstruktiver Umgang mit Konflikten werden von allen interviewten Personen als stabilisierend erlebt. Kollegiale Unterstützung, sowohl im Arbeitsalltag als auch in informellen Kontexten, wie Stammtische oder gemeinsame Feste, fördern das Gefühl von Zusammenhalt und wirken sich positiv auf die psychische Gesundheit aus.

„...Etwas, was das Projekt getragen hat..., dass einfach im Team grundsätzlich gute Stimmung war, dass es sehr, sehr selten irgendwie Konflikte gegeben hat und wenn es Konflikte gab, dass man versucht hat, die irgendwie, ja, möglichst schnell, möglichst gut aufzulösen.“ (Transkript IPB, Z. 364–367)

„...Außerhalb der Arbeit mal eine gute Zeit zu haben miteinander, das ist auch ein wichtiger Part finde ich...da kann man sich einfach auch von einer anderen Ebene einmal spüren...“ (Transkript IPA, Z. 576–578)

Auch inhaltlich-fachliche Ressourcen spielen eine Rolle. Verbindliche Fortbildungen zu traumapädagogischen Themen, Deeskalation oder Gewaltprävention schaffen Handlungssicherheit und stärken damit die eigene professionelle Haltung im Alltag.

Insgesamt verdeutlicht diese Kategorie, dass institutionelle Ressourcen dann besonders wirksam sind, wenn sie niederschwellig zugänglich, professionell begleitet und in einer wertschätzenden Organisationskultur eingebettet sind. Sie können eine sowohl präventive als auch intervenierende Wirkung haben.

Nach der systematischen Darstellung der Interviewergebnisse entlang der Haupt- und Subkategorien lässt sich festhalten, dass die psychische Gesundheit von Fachkräften im stationären Setting maßgeblich durch ein komplexes Zusammenspiel aus strukturellen, personenbezogenen und klient\*innenbezogenen Einflussfaktoren geprägt wird. Neben den beschriebenen belastenden Faktoren und deren möglichen Auswirkungen, zeigen sich auch individuell und institutionell verankerte Schutzmaßnahmen sowie förderliche Aspekte, die im Arbeitsalltag stabilisierend wirken. Damit bildet sich ein ambivalentes Bild ab, das sowohl psychische Herausforderungen als auch potentielle Ressourcen und Entwicklungschancen sichtbar macht.

## **7.4 Vertiefende Analyse: Zusammenhänge zwischen den Kategorien**

Über die kategoriale Einzelauswertung hinaus, wurde im Anschluss eine querschnittliche Betrachtung der Daten vorgenommen, um Wechselwirkungen und Verbindungen zwischen den Haupt- und Subkategorien zu identifizieren. Ziel dieser ergänzenden Auswertungsmethode ist, komplexe

Abhängigkeiten besser zu verstehen und die Dynamik zwischen Einflussfaktoren, deren Folgen und mögliche Schutzmaßnahmen analytisch zu erfassen.

In der Analyse zeigt sich, dass insbesondere *organisationsbezogene Belastungen* in enger Wechselwirkung mit *personenbezogenen Belastungen* stehen. Unklare Zuständigkeiten, Personalmangel oder fehlende strukturelle Unterstützung erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass Fachkräfte persönliche Grenzen überschreiten und eigene biografische Anteile stärker aktiviert werden, wie etwa ein hohes Verantwortungsgefühl. Dies führt wiederum zu einer erhöhten psychischen Belastung, wie es in der Subkategorie *Belastende Auswirkungen* sichtbar wird.

Deutlich wird auch, dass der Einsatz von *selbstgewählten Ressourcen* nur dann möglich ist, wenn Fachkräfte ausreichend Möglichkeit dazu bekommen. Ist das Belastungsniveau, durch Personalmangel oder fehlende Regenerationszeiten, dauerhaft erhöht, fällt es den Fachkräften schwerer, auf ihre Ressourcen zuzugreifen. An dieser Stelle zeigt sich, dass Resilienz nicht nur als individuelles Merkmal zu verstehen ist, sondern als dynamischer Prozess, der sowohl persönliche als auch strukturelle oder soziale Rahmenbedingungen voraussetzt.

Zudem lässt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Qualität *institutioneller Ressourcen* und dem Ausmaß der *förderlichen Auswirkungen* erkennen. In Teams, in denen Unterstützungsmaßnahmen sowie eine gute Teamstruktur etabliert sind, berichten die Fachkräfte häufiger von persönlichen Entwicklungsimpulsen, stabilisierender Wirkung und einem stärkeren Gefühl von Selbstwirksamkeit.

Die *schützenden Maßnahmen*, sowohl selbstgewählte als auch *institutionelle Ressourcen*, zeigen sich somit als zentrale Puffer gegen die negativen Effekte belastender Arbeitsbedingungen und wirken gleichzeitig förderlich im Sinne einer resilienten Praxis.

Die *klient\*innenbezogenen Belastungen* stehen in Wechselwirkung mit allen anderen Kategorien. Sie erhöhen die Wahrscheinlichkeit sekundärer Traumatisierung, insbesondere dann, wenn keine ausreichenden schützenden Maßnahmen vorhanden sind. Zwischen den *personenbezogenen* und *klient\*innenbezogenen Belastungsfaktoren* bestehen ebenfalls fließende Übergänge. Die Analyse zeigt, dass das Verhalten der Klient\*innen häufig eigene biografische Anteile oder ungelöste Themen der Fachkräfte berührt. Umgekehrt kann das Erleben gelingender Beziehungs- und Entwicklungsmomente mit den Klient\*innen als positiver Wirkfaktor eine stabilisierende Funktion einnehmen, die wiederum in förderlichen Auswirkungen spürbar wird.

Zudem zeigt sich eine Rückkoppelung zwischen *positiven Wirkfaktoren* und *förderlichen Auswirkungen*. In jenen Fällen, in denen Fachkräfte ihre Arbeit als sinnerfüllt, wirksam oder bereichernd erleben, werden positive Rückmeldungen oder persönliche Entwicklungen als Folge sichtbar. Umgekehrt können solche positiven Auswirkungen wiederum die Motivation und Belastbarkeit im Beruf stärken und so präventiv auf die psychische Gesundheit wirken.

Die Verbindung dieser analytischen Querschnittsperspektiven mit dem theoretischen Rahmen, insbesondere die Besonderheit des Traumas sowie dem Salutogenese-Modells, verdeutlicht, wie bedeutend kohärenzstiftende Strukturen für die psychische Gesundheit von Fachkräften sind. Schutzmaßnahmen entfalten ihre Wirksamkeit dort, wo Fachkräfte Sinn in ihrer Tätigkeit erkennen,

Handlungssicherheit durch Wissen und Unterstützung erfahren und sich selbst als wirksam erleben können.

## **7.5 Fazit der Ergebnisanalyse**

Die vorliegende Auswertung verdeutlicht, dass die psychische Gesundheit von Fachkräften vielschichtig beeinflusst wird. Die erhobenen Interviewdaten machen deutlich, dass Fachkräfte einem komplexen Spannungsfeld ausgesetzt sind, in dem sich strukturelle Bedingungen, individuelle Dispositionen und die Dynamiken der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen wechselseitig bedingen. Zentrale Belastungsfaktoren finden sich auf organisationaler Ebene und treffen auf individuelle Faktoren und Ausstattungen. Zusätzlich stellen die spezifischen Traumafolgen eine besondere Herausforderung dar.

Gleichzeitig zeigt sich, dass diese Tätigkeit nicht ausschließlich psychisch beansprucht, sondern auch Raum für positive Entwicklungen bietet. Fachkräfte berichten von persönlichen Lernprozessen, die eng mit einer reflektierenden Auseinandersetzung mit sich selbst und dem professionellen Handeln verbunden sind. Dies spiegelte sich auch in den Interviewsituationen wider: Die Auseinandersetzung mit der eigenen Person sowie mit den eigenen Belastungsgrenzen wurde von allen Befragten als fester Bestandteil professionellen Handelns beschrieben. Die Fachkräfte sprachen offen über emotionale Herausforderungen, zugleich bestand Einigkeit darüber, dass diese Arbeit einen besonderen Sinn vermittelt und in ihrer Beziehungsgestaltung mit den betreuten Kindern und Jugendlichen als besonders bedeutsam erlebt wird.

In dieser Ambivalenz liegt eine zentrale Erkenntnis der Auswertung. Die Arbeit wirkt belastend wie bereichernd, und beeinflusst die psychische Gesundheit der Fachkräfte auf mehrdimensionaler Ebene. Bedeutsam erscheinen auch die schützenden Maßnahmen, die von den Fachkräften genutzt oder eingefordert werden. Sie reichen von selbstgewählten Praktiken der Selbstfürsorge und Wissensaneignung, bis hin zu institutionellen Ressourcen wie Supervision, gemeinsame Fortbildungen und klare Teamstrukturen. Entscheidend erscheint dabei nicht nur das Vorhandensein solcher Maßnahmen, sondern ihre tatsächliche Zugänglichkeit, Passung und Kontinuität im Alltag. Dies verweist auf eine geteilte Verantwortung zwischen individueller Selbstfürsorge und institutioneller Unterstützung.

Die Ergebnisse bestätigen insgesamt, dass die psychische Gesundheit von Fachkräften in diesem speziellen Arbeitskontext nicht als statischer Zustand zu begreifen ist, sondern als dynamischer Prozess, der durch vielfältige und sich überlagernde Faktoren beeinflusst wird.

Darüber hinaus wird in der Auswertung deutlich, dass die Interviewdaten die zuvor erarbeiteten theoretischen Annahmen in hohem Maße stützen. Die Fachkräfte ordnen ihre Belastungserfahrungen vielfach entlang jener Struktur, die auch in der theoretischen Gliederung zugrunde gelegt wurde. Besonders erkenntnisreich ist zudem die wiederkehrende Betonung individueller

Entwicklungsprozesse. Alle befragten Fachkräfte berichten von persönlichem Wachstum und einer Stärkung der Resilienz.

Trotz der Vielzahl an Belastungen, die sowohl in der Fachliteratur als auch in den Interviews benannt werden, berichten die befragten Fachkräfte auch von positiven Erfahrungen, die mit Momenten der Wirksamkeit, des Gelingens und der persönlichen Entwicklung verbunden sind. Besonders hervorzuheben ist dabei, dass fundiertes Wissen über Trauma sowie traumasensible, an Selbstwirksamkeit orientierte Handlungskonzepte als zentrale Ressource wahrgenommen werden. Die Verbindung zwischen theoretischem Verständnis und handlungspraktischen Zugängen eröffnet nicht nur neue Perspektiven im Umgang mit Belastungen, sondern stärkt zugleich zentrale gesundheitsfördernde Faktoren wie Sinnhaftigkeit, Verstehbarkeit und Handhabbarkeit.

Diese Beobachtungen deuten darauf hin, dass ein reflektierter und wissensbasierter Umgang mit traumabezogenen Anforderungen zur Stabilisierung und Stärkung der psychischen Gesundheit beiträgt. Eine vertiefende Interpretation dieser Ergebnisse erfolgt im anschließenden Diskussionsteil.

## **8 Diskussion**

Die vorliegende Untersuchung hat eindrücklich aufgezeigt, dass die psychische Gesundheit von Fachkräften durch multiple Einflussfaktoren geprägt wird. Dabei offenbart sich ein komplexes Zusammenspiel zwischen strukturellen Bedingungen, klient\*innenbezogenen Herausforderungen und individuellen Bewältigungskompetenzen. Die Ergebnisse bestätigen bestehende theoretische Annahmen und erweitern sie zugleich um eine differenzierte und subjektive Binnenperspektive betroffener Fachkräfte. Zugleich leistet diese Arbeit einen Beitrag zur Sichtbarmachung der hohen emotionalen, sozialen und strukturellen Anforderungen, denen pädagogische Fachkräfte in ihrem Arbeitsalltag und darüber hinaus ausgesetzt sind. Eine Sensibilisierung für die besondere Belastungssituation dieser Berufsgruppe erscheint daher nicht nur relevant, sondern auch gesellschaftlich dringend notwendig. Darüber hinaus unterstreicht die Analyse auch die Komplexität traumatischer Erfahrungen selbst sowie deren langfristigen Auswirkungen auf betroffene Kinder und Jugendliche.

Ein zentrales Spannungsfeld ergibt sich aus den dokumentierten Wechselwirkungen: Belastungen, die aus strukturellen Gegebenheiten resultieren, treffen auf individuelle Ressourcen und Bewältigungskompetenzen. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, Resilienzförderung nicht als Ersatz für strukturelle Fürsorge zu betrachten, sondern als integrativen Bestandteil eines ganzheitlichen Unterstützungskonzepts. Offen bleibt, wie Organisationen konkret Rahmenbedingungen und Strukturen schaffen können, um salutogenetische Elemente wie Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit systematisch zu implementieren und zu stärken. Es bedarf weiterer Forschungs- und Praxisprojekte, die diesen Aspekt gezielt aufgreifen und institutionelle Handlungsspielräume systematisch untersuchen.

Das Resilienzkonzept liefert theoretische Anknüpfungspunkte zur Interpretation der beobachteten förderlichen Wirkungen, etwa im Sinne einer gestiegenen Selbstwirksamkeit oder verbesserter Stressverarbeitung. Gleichzeitig bleibt unbeantwortet, in welchem Ausmaß diese Entwicklungen durch die berufliche Tätigkeit initiiert werden, und inwieweit sie auf bereits vorhandene personale Ressourcen oder externe Erfahrungen wie Selbsterfahrung und therapeutische Prozesse zurückgehen. In diesem Zusammenhang stellt auch die biografische Prägung der Fachkräfte eine relevante, in dieser Arbeit jedoch nur am Rande thematisierte Einflussgröße dar. Zukünftige Studien könnten vertiefend untersuchen, wie individuelle Lebensgeschichten mit professionellen Bewältigungsmechanismen zusammenwirken.

Die vorliegenden Ergebnisse lassen sich auch im Sinne der Salutogenese und resilienzorientierter Konzepte interpretieren. Je mehr Wissen über traumabezogene Dynamiken und geeignete pädagogische Haltungen vorhanden sind, desto eher gelingt es Fachkräften, Belastungssituationen einzuordnen, Ressourcen gezielt zu aktivieren und ihre psychische Gesundheit langfristig zu schützen. Diese Theorieanbindung stützt sich auf Aussagen der Interviewten, die durchgehend betonen, wie zentral fundiertes Wissen, Selbstwirksamkeit und ein handlungsorientierter Zugang für ihren gesunden Umgang mit Belastungen sind.

Die qualitative Herangehensweise erlaubt eine tiefgehende Analyse subjektiver Wahrnehmungen. Die Auswertung von vier Interviews erbrachte eine inhaltliche Sättigung bezogen auf die formulierten Forschungsfragen. Eine Generalisierung oder systematische Typenbildung war mit diesem Sample nicht möglich. Dennoch konnten zentrale Muster und Zusammenhänge herausgearbeitet werden. Ein erweitertes Sample könnte künftig auch unterrepräsentierte Aspekte wie Gender, Berufsbiografie oder Qualifikationshintergrund systematischer berücksichtigen.

Für die Praxis lässt sich festhalten, dass strukturelle Rahmenbedingungen wie Supervision, Weiterbildung und kollegiale Unterstützung nicht nur präventiv, sondern auch entwicklungsfördernd wirken. Die Ergebnisse zeigen, dass insbesondere eine traumasensible Haltung, gepaart mit Selbstreflexion und Wissensaneignung für das spezifische Arbeitsfeld, zentrale Schutz- und Entwicklungsressourcen darstellen. Diese Aspekte sollten nicht als individuelle Initiativen verstanden werden, sondern als Bestandteil professioneller Standards systematisch in den institutionellen Alltag integriert werden. Eine systematische Etablierung solcher Ressourcen, etwa durch gezielte Fortbildungsstrategien, erscheint daher als zentrale organisationsbezogene Aufgabe.

Die Ergebnisse zeigen, dass Fachkräfte nicht nur auf Belastungen reagieren, sondern aktiv zu einer widerstandsfähigen, reflektierten und tragfähigen pädagogischen Praxis beitragen, die sowohl die eigene psychische Gesundheit stärkt, als auch die Betreuung und Begleitung der Kinder und Jugendlichen positiv beeinflusst.

## Literatur

- Abteilung für Familien – Personen – und Erbrecht des BMJ. (2023). *Obsorge und Kinderrechte*. Bundesministerium für Justiz. <https://www.justiz.gv.at/service/familienrecht/obsorge-und-kinderrechte.ec.de.html>
- Andreatta, P. (2024). *Das Trauma der anderen: Zur sekundären Traumatisierung in helfenden Berufen*. Psychosozial-Verlag. <https://doi.org/10.30820/9783837962529>
- Baierl, M. (2016). Grundwissen und Grundinterventionen. In M. Baierl & K. Frey (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik und traumazentrierte Fachberatung* (S.123f.). Belz Juventa.
- Baierl, M., & Frey, K. (Hrsg.). (2016). *Praxishandbuch Traumapädagogik: Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche* (3., unveränderte Auflage). Vandenhoeck & Ruprecht. <https://doi.org/10.13109/9783666402456>
- Bakic, J., Coulin, J., & Kronberger, G. (Hrsg.). (2022). *Praxis Sozialer Arbeit in Österreich: Ein Ordnungsversuch mit exemplarischen Ausblicken*. Löcker.
- Blättner, B. (2007). Das Modell der Salutogenese: Eine Leitorientierung für die berufliche Praxis. *Prävention und Gesundheitsförderung*, (2), 67–73. <https://doi.org/10.1007/s11553-007-0063-3>
- Bowlby, J. (2014). *Bindung als sichere Basis: Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie* (A. Hillig & H. Hanf, Übers.; 3. Auflage). Ernst Reinhardt Verlag.
- Bruns, W. (2013). *Gesundheitsförderung durch soziale Netzwerke: Möglichkeiten und Restriktionen*. Springer.
- Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz (B-KJHG), BGBl. | Nr. 69/2013. (2013). [https://www.soziales.steiermark.at/cms/dokumente/11953848\\_5372/ba29323f/B-KJHG%C2%A02013%20BGBl%20I%202013\\_69.pdf](https://www.soziales.steiermark.at/cms/dokumente/11953848_5372/ba29323f/B-KJHG%C2%A02013%20BGBl%20I%202013_69.pdf).
- Burisch, M. (2006). *Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung* (3. überarbeitete Auflage). Springer.
- Constitution of the World Health Organization*. (o. J.). Abgerufen 6. Mai 2025, von <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- Diez Grieser, M. (2016). Beziehungsgestaltung und Kommunikation mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen. *Trauma - Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen*, 14, 40–50.
- Egger, J. (2018). Das biopsychosoziale Modell. *Schweizerische Ärztezeitung*. <https://doi.org/10.4414/saez.2018.06861>
- FICE Austria (Hrsg.). (2019). *Qualitätsstandards für die stationäre Kinder- und Jugendhilfe* (1. Auflage). Plöchl Verlag.
- Fischer, G., & Riedesser, P. (2023). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (6. Auflage). Ernst Reinhardt Verlag. <https://doi.org/10.36198/9783838588315>

- Fischer, S., Steinlin, C., Dölitzsch, C., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2015). *Pädagogische Arbeit in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, eine gefahrgeneigte Tätigkeit—Ergebnisse einer epidemiologischen Studie. Heft 1, 2015* (9. Jahrgang), 22–33.
- Franke, A. (2012). *Modelle von Gesundheit und Krankheit* (3., überarbeitete Auflage). Verlag Hans Huber.
- Fröhlich-Gildhoff, K., & Rönna-Böse, M. (2024). *Resilienz* (7., aktualisierte Auflage). utb GmbH. <https://doi.org/10.36198/9783838563138>
- Fuchs, T. (2009). *Leibgedächtnis und Lebensgeschichte*. Existenzanalyse, 26(2), 46–52
- Gahleitner, S. B. (2012). Traumapädagogik—Ein psychosozialer Ansatz in der Arbeit mit traumatisierten - Kindern und Jugendlichen. *Soziale Arbeit*, 61(4), 122–130. <https://doi.org/10.5771/0490-1606-2012-4-122>
- Gesundheit Fonds Gesundes Österreich*. (o. J.). Abgerufen 6. Mai 2025, von <https://fgoe.org/glossar/gesundheit>
- Greve, W., & Thomsen, T. (2019). *Entwicklungspsychologie: Eine Einführung in die Erklärung menschlicher Entwicklung*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-93432-7>
- Grimme, L., & Hornbogen, C. (2012). Traumapädagogische Arbeit in einer therapeutischen Wohngruppe. *Soziale Arbeit*, 61(4), 131–137. <https://doi.org/10.5771/0490-1606-2012-4-131>
- Grossmann, K. E., Grossmann, K., Bowlby, J., & Ainsworth, M. D. S. (Hrsg.). (2011). *Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (3. Aufl). Klett-Cotta.
- Hantke, L., & Görge, H.-J. (2019). *Ausgangspunkt Selbstfürsorge: Strategien und Übungen für den psychosozialen Alltag*. Junfermann.
- Hobmair, H., & Altenthan, S. (Hrsg.). (2013). *Psychologie* (5. Aufl). Bildungsverlag EINS.
- Hochstrasser, B. (2024). *Burnout und Erschöpfungsdepression: Konzepte, Verursachungsmodelle, Therapieansätze*. hogrefe. <https://doi.org/10.1024/85693-000>
- Jegodtka, R., & Luitjens, P. (with Pleyer, K. H., Weiß, W., & Sriram, R.). (2016). *Systemische Traumapädagogik: Traumaisensible Begleitung und Beratung in psychosozialen Arbeitsfeldern*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Keller, H. (2011). Die Beziehungsmatrix der Einjährigen: Bindung ist nicht gleich Bindung. In H. Keller, *Kinderalltag* (S. 101–110). Springer Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-15303-7\\_13](https://doi.org/10.1007/978-3-642-15303-7_13)
- Kieslinger, D., Beck, N., & Haar, R. (Hrsg.). (2024). *Pädagogische Grundlagen der stationären Kinder- und Jugendhilfe*. Lambertus.
- Kline, M., & Levine, P. A. (2004). *Verwundete Kinderseelen heilen: Wie Kinder und Jugendliche traumatische Ereignisse überwinden können* (10. Auflage). Kösel-Verlag.

- König, N. (2016) Der Tanz auf dem Tisch: Intensivpädagogische Wohngruppenarbeit mit traumatisierten Kindern. In M. Baierl & K. Frey (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik und traumazentrierte Fachberatung* (S. 157–170) Beltz Juventa.
- Korittko, A. (2017). *Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen* (2. Auflage). Carl-Auer Verlag.
- Krüger, A. (2016). *Akute psychische Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen: Ein Manual zur ambulanten Versorgung* (Zweite Auflage). Klett-Cotta.
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4., überarbeitete Aufl). Beltz.
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung: Grundlagentexte Methoden* (5. Auflage). Beltz Juventa.
- Landolt, M. (2021). *Psychotraumatologie des Kindesalters: Grundlagen, Diagnostik und Interventionen* (3., überarbeitete Auflage). Hogrefe.
- Landolt, M. (2003). Die Bewältigung akuter Psychotraumata im Kindesalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52(2), 71–87.
- Lang, B., Schirmer, C., Lang, T., Andreae de Hair, I., Wahle, T., Bausum, J., Weiß, W. & Schmid, M. (Hrsg.) (2013). *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik*. Beltz Juventa.
- Levine, P. A. (2016). *Trauma und Gedächtnis: Die Spuren unserer Erinnerung in Körper und Gehirn: wie wir traumatische Erfahrungen verstehen und verarbeiten* (S. Autenrieth, Übers.). Kösel.
- Levine, P. A. ((1998). *Trauma-Heilung: Das Erwachen des Tigers; unsere Fähigkeit, traumatische Erfahrungen zu transformieren* (T. Kierdorf & H. Höhr, Übers.). Synthesis.
- Lyon, B.L. (2005). Kapitel. In V.H. Rice, A. Hildenbrand, R. Müller, P. Muijsers & R.S. Lazarus (Hrsg.), *Stress und Coping: Lehrbuch für Pflegepraxis und Pflegewissenschaft* (S.25–48). Hans Huber.
- Maercker, A. (Hrsg.). (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4. Auflage). Springer.
- Maercker, A., Rosner, R., Baumann, K., Butollo, W., & Calhoun, L. G. (Hrsg.). (2006). *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis*. Thieme.
- Maté, G., & Maté, D. (2023). *Vom Mythos des Normalen: Wie unsere Gesellschaft uns krank macht und traumatisiert - neue Wege zur Heilung* (A. Hunke-Wormser & E. Möller-Giesen, Übers.). Kösel.
- Maus, F., Nodes, W., & Röh, D. (2013). *Schlüsselkompetenzen der Sozialen Arbeit: Für die Tätigkeitsfelder Sozialarbeit und Sozialpädagogik* (4. Auflage). Wochenschau Verlag.
- Payne, P., Levine, P. A., & Crane-Godreau, M. A. (2015). Somatic experiencing: Using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00093>

- Poppelreuter, S., & Mierke, K. (2018). *Psychische Belastungen in der Arbeitswelt 4.0: Entstehung - Vorbeugung - Maßnahmen*. Erich Schmidt Verlag.
- Poulsen, I. (2009). *Burnoutprävention im Berufsfeld soziale Arbeit: Perspektiven zur Selbstfürsorge von Fachkräften*. VS Verl. für Sozialwissenschaften.
- Poulsen, I. (2012). *Stress und Belastung bei Fachkräften der Jugendhilfe: Ein Beitrag zur Burnoutprävention*. VS Verlag für Sozialwissenschaften GmbH.
- Psychosoziale Gesundheit*. (o. J.). oesterreich.gv.at - Österreichs digitales Amt. Abgerufen 9. Mai 2025, von [https://www.oesterreich.gv.at/themen/hilfe\\_und\\_finanzielle\\_unterstuetzung\\_erhalten/2/psychosoziale-gesundheit.html](https://www.oesterreich.gv.at/themen/hilfe_und_finanzielle_unterstuetzung_erhalten/2/psychosoziale-gesundheit.html)
- Resch, F. (2016). *Identität und Ablösung-Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz*. [https://web.archive.org/web/20200212105814id\\_/https://sanp.ch/journalfile/view/article/ezm\\_sanp/en/sanp.2016.00411/3d0381da20502affbaaf94c1f9aef6cfe392cea9/sanp\\_2016\\_00411.pdf/rsr/c/jf](https://web.archive.org/web/20200212105814id_/https://sanp.ch/journalfile/view/article/ezm_sanp/en/sanp.2016.00411/3d0381da20502affbaaf94c1f9aef6cfe392cea9/sanp_2016_00411.pdf/rsr/c/jf)
- Rice, V. H., Hildenbrand, A., Müller, R., Muijsers, P., & Lazarus, R. S. (Hrsg.). (2005). *Stress und Coping: Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft*. Huber.
- Rücker, S., Büttner, P., Karpinski, N., Petermann, F., & Fegert, J. M. (2018). Geschlechtsspezifische Unterschiede im Belastungsausmaß bei in Obhut genommenen Kindern und Jugendlichen (§42, SGB VIII). *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 67(1), 48–62. <https://doi.org/10.13109/prkk.2018.67.1.48>
- Sänger, R., & Udolf, M. (2012). Berufsrisiken in der Traumapädagogik. *Soziale Arbeit*, 61(4), 142–149. <https://doi.org/10.5771/0490-1606-2012-4-142>
- Schenk-Danzinger, L. (2011). *Entwicklungspsychologie* (2. Auflage 2006, Nachdruck 2011). G&G Verlagsgesellschaft mbH.
- Schmidbauer, W. (2020). *Das Helfersyndrom: Hilfe für Helfer* (4. Auflage). Rowohlt Verlag.
- Schnyder, U. (2007). Posttraumatische Störungen. In W., Senf & S., Altmeyer (Hrsg.) *Praxis der Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch* (4. Auflage, 493–498). Thieme. <https://doi.org/10.1055/b-002-11355>
- Schroeder, M. (2016). Umgang mit Kontrollverlusten und Förderung der Steuerungsfähigkeit im Gruppenalltag. In M. Baierl & K. Frey (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik und traumazentrierte Fachberatung* (S. 211–223) Beltz Juventa.
- Seidler, G.H. (2013). Einleitung: Geschichte der Psychotraumatologie. In A., Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4. Auflage, S. 4–10). Springer. DOI 10.1007/978-3-642-35068-9
- Senf, W., & Altmeyer, S. (Hrsg.). (2007). *Praxis der Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch; 96 Tabellen* (4. aktualisierte Auflage). Thieme. <https://doi.org/10.1055/b-002-11355>

- Stadt Wien - Kinder- und Jugendhilfe. (2024). *Jahresbericht 2023 Wiener Kinder- und Jugendhilfe*.  
<https://www.wien.gv.at/kontakte/ma11/publikationen.html>
- Steil, R., Rosner, R. (2013). Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. A., Maercker (Hrsg.) *Posttraumatische Belastungsstörungen*. (4. Auflage, S. 352-372). Springer. DOI 10.1007/978-3-642-35068-9
- Steinlin, Dölitzsch, C., Fischer, S., Lüdtke, Janine, Fegert, J. M., & Schmid, M. (2015, Jänner). (PDF) *Burnout, Posttraumatische Belastungsstörung und Sekundärtraumatisierung— Belastungsreaktionen bei pädagogischen Fachkräften in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen der Schweiz*. ResearchGate.  
[https://www.researchgate.net/publication/271837050\\_Burnout\\_Posttraumatische\\_Belastungsstörung\\_und\\_Sekundärtraumatisierung\\_-\\_Belastungsreaktionen\\_bei\\_pädagogischen\\_Fachkräften\\_in\\_Kinder-\\_und\\_Jugendhilfeeinrichtungen\\_der\\_Schweiz](https://www.researchgate.net/publication/271837050_Burnout_Posttraumatische_Belastungsstörung_und_Sekundärtraumatisierung_-_Belastungsreaktionen_bei_pädagogischen_Fachkräften_in_Kinder-_und_Jugendhilfeeinrichtungen_der_Schweiz)
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471.  
<https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>
- Tüllmann, T. (2016). Selbstfürsorge als Schlüssel zur Gesundheit. In M. Baierl & K. Frey (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik und traumazentrierte Fachberatung* (S. 264–275) Beltz Juventa.
- Van Der Kolk, B. (2009). Entwicklungstrauma-Störung: Auf dem Weg zu einer sinnvollen Diagnostik für chronisch traumatisierte Kinder. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58(8), 572–586. <https://doi.org/10.13109/prkk.2009.58.8.572>
- Van der Kolk, B. A. (2023). *Das Trauma in dir: Wie der Körper den Schrecken festhält und wie wir heilen können*. Ullstein.
- Van Der Kolk, B., & Najavits, L. M. (2013). Interview: What is PTSD Really? Surprises, Twists of History, and the Politics of Diagnosis and Treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 69(5), 516–522. <https://doi.org/10.1002/jclp.21992>
- Weiß, W. (2013). *Philipp sucht sein Ich: Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen* (7. Auflage). Beltz Juventa.
- Weiß, W., Friedrich, E. K., Picard, E., & Ding, U. (2014). »Als wär ich ein Geist, der auf mich runter schaut«: *Dissoziation und Traumapädagogik*. Beltz.
- Wendt, P.-U., & Kleiber, D. (2011, September 28). *engagiert, flexibel-ausgebrannt?! Fachkräfte der Kinder- und Jugendarbeit in Sachsen-Anhalt*. [http://puwendt.de/wp-content/uploads/2011/10/fokus\\_Doku\\_2011\\_final.pdf](http://puwendt.de/wp-content/uploads/2011/10/fokus_Doku_2011_final.pdf)
- Wippert, P., & Beckmann, J. (2009). *Stress- und Schmerzursachen verstehen: Gesundheitspsychologie und -soziologie in Prävention und Rehabilitation*. Georg Thieme Verlag.
- World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All* (1st ed). (2022). World Health Organization.

Zepf, S. (2005). Bindungstheorie und Psychoanalyse: Einige grundsätzliche Anmerkungen. *Forum der Psychoanalyse*, 21(3), 255–266. <https://doi.org/10.1007/s00451-005-0245-6>

## Daten

IPA. (2025, Jänner 29). Interview. Geführt von J Deutschmann. Volltranskript.  
IPB. (2025, Februar 7). Interview. Geführt von J Deutschmann. Volltranskript.  
IPC. (2025, Februar 23). Interview. Geführt von J Deutschmann. Volltranskript.  
IPD. (2025, Februar 28). Interview. Geführt von J Deutschmann. Volltranskript.

## Abbildungen

Abbildung 1-Häufigkeit von grenzverletzendem Verhalten.....44

# Anhang

Anhang 1: Interviewleitfaden

Anhang 2: Kategorienhandbuch

## Anhang 1: Interviewleitfaden

### Interviewleitfaden

Zur Masterarbeit mit folgendem Thema:

**Fachkräfte im Fokus. Die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen – Auswirkungen auf die psychische Gesundheit.**

Institution:
Name der interviewten Person:
Datum:
Uhrzeit:
Räumlichkeiten:

#### Einleitung

Herzlichen Dank, dass Sie sich bereit erklären, ein Interview mit mir zu führen.

In unserem Gespräch würde ich gerne mehr darüber erfahren, inwieweit die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen Ihre persönliche psychische Gesundheit beeinflusst.

Dabei interessieren mich sowohl jene Faktoren, die herausfordernde und belastende Erfahrungen mit sich gebracht haben, als auch mögliche positive Aspekte, die Ihre psychische Gesundheit stärken oder bereichern.

Ich möchte Sie weiters um Ihr Einverständnis bitten, dieses Gespräch aufzuzeichnen. Alle Daten werden selbstverständlich anonymisiert.

## Soziobiografische Situation

Das Interview teilt sich in vier Abschnitte, beginnend mit allgemeinen Fragen zu Ihrer Person und Ihrem Beruf:

1) Geschlecht:

- Männlich
- Weiblich
- Divers

2) Wie alt sind Sie?

3) Welche Grundausbildung im sozialen Bereich haben Sie und welche Fort- und Weiterbildungen haben Sie absolviert?

4) Wie lange sind Sie bereits im sozialpädagogischen Arbeitssetting tätig?

## Kontext und Rahmenbedingungen

Im zweiten Abschnitt des Interviews, beschäftigen wir uns mit den vorherrschenden Faktoren für mögliche Belastungen und/oder bestärkenden Entwicklungen für die psychische Gesundheit.

5) Bitte geben Sie mir zu folgenden Punkten ein paar Informationen:

- a) Welche Erwartungen haben Sie an Ihren Arbeitsplatz und inwiefern werden diese erfüllt?
- b) Sind Sie derzeit zufrieden an ihrem Arbeitsplatz?
- c) Haben Sie Aufstiegschancen?

6) Mit welchen Herausforderungen sehen Sie sich an ihrem Arbeitsplatz konfrontiert?

- a) Wenn Sie ihren Tätigkeitsbereich betrachten, welche Faktoren haben einen besonderen Einfluss auf Ihr psychisches Wohlbefinden?
- b) Gibt es strukturelle Gegebenheiten in Ihrer Einrichtung, die Sie als belastend empfinden?
- c) Wie würden Sie das Arbeitsklima beschreiben? Erhalten Sie Wertschätzung durch Ihre Arbeit, und vom wem?
- d) Wie gestaltet sich die Teamarbeit?
- e) Haben Sie den Eindruck, dass Sie in die Konzeptarbeit oder in die Gestaltung von Entscheidungen einbezogen werden? Hat Transparenz und Teilhabe einen großen Stellenwert an ihrem Arbeitsplatz?
- f) Wie nehmen Sie die Kommunikation in Ihrer Einrichtung wahr?
- g) Fühlen Sie sich in Ihrer Arbeit über – oder unterfordert? Welche Gründe gibt es dafür?

7) Bitte geben Sie mir ein paar Informationen zu Ihrer Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen.

- a) Wie alt sind die Kinder und Jugendlichen die Sie begleiten und betreuen?
- b) Mit welchen Traumata der Kinder und Jugendlichen werden Sie in ihrem Arbeitsalltag konfrontiert?
- c) Nach welchen Konzepten oder Haltungen arbeiten Sie mit den Kindern und Jugendlichen?

- 8) Mit welchen Besonderheiten, in Hinblick auf Ihre Klienten\*innen, sind sie in der Arbeit konfrontiert?
- Inwieweit ist es für Sie eine Herausforderung, sich von den Themen und Problemen der Kinder und Jugendlichen abzugrenzen?
  - Nehmen Sie eine traumatische Übertragung wahr und wie gehen Sie damit um?
  - Wie reagieren Sie bei grenzüberschreitenden Verhaltensweisen (Selbst – oder Fremdverletzung) und wie gehen Sie im Anschluss damit um?
  - In welcher Weise beeinflussen diese Aspekte Ihr psychisches Wohlbefinden?
- 9) Neben den Herausforderungen und Schwierigkeiten in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen, können Sie auch von bestärkenden oder bereichernden Situationen für Ihre psychische Gesundheit erzählen?

### Auswirkungen

Der dritte Abschnitt beschäftigt sich mit den Auswirkungen.

- 10) Bitte teilen Sie ein paar Informationen über ihr Wohlbefinden.
- Wie würden Sie Ihr Wohlbefinden aktuell beschreiben?
  - Spüren Sie in Ihrem Privatleben Auswirkungen durch die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen?
- 11) Belastungsfaktoren können Auswirkungen in Form von Krankheitsanzeichen auslösen. Bitte geben Sie mir ein paar Informationen, inwiefern Sie davon betroffen sind.
- Leiden Sie derzeit an Stresssymptomen, welche auf Ihre Arbeit zurückzuführen sind? Wenn ja, an welchen?
  - Inwiefern wird Ihr Verhalten durch Stress in der Arbeit beeinflusst? (Gefühlslage, Konsumverhalten, Schlafrhythmus, etc.)
  - Welche anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, initiiert durch die Arbeit, können Sie feststellen?
- 12) Als letzten Punkt dieses Abschnittes, möchte ich mit Ihnen gerne über psychische Gesundheit sprechen.
- Können Sie einen positiven Aspekt auf ihre psychische Gesundheit, durch Ihre Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen festhalten?
  - Inwiefern denken Sie, stellt ihre Arbeit eine Gefahr für Ihre psychische Gesundheit dar?
  - Litten oder leiden Sie an einer psychischen Erkrankung und wie gehen Sie damit um?

### Schützende Maßnahmen

Im vierten und letzten Abschnitt behandeln wir das Thema rund um schützende Maßnahmen.

- 13) Welche Unterstützungsmaßnahmen gibt es in Ihrer Einrichtung?
- Wird in Ihrer Einrichtung „Psychohygiene“ betrieben? Wenn ja, in welcher Form?
  - Empfinden Sie die angebotenen Unterstützungsmaßnahmen in Ihrer Einrichtung als ausreichend und wenn nicht, welche würden Sie benötigen?

- c) Die Atmosphäre in Räumlichkeiten spielt eine wesentliche Rolle, werden hilfreiche Maßnahmen dahingehend unternommen? Fühlen Sie sich wohl in der Umgehung?
  - d) Spaß, gemeinsames lachen, Kreativität usw. sind wichtige Begleiter im Umgang mit Belastungen. In welcher Weise wird dies in Ihrer Einrichtung unterstützt?
- 14) In welchem Ausmaß gibt es die Möglichkeit für Austausch und Beratung?
- a) Welche Arten von z.B. Supervision gibt es bei Ihnen in der Einrichtung und wie häufig findet das statt?
  - b) Empfinden Sie das als schützende Maßnahme vor Überlastung?
  - c) Wie nehmen Sie die Teamsitzungen wahr und wie häufig finden diese statt?
  - d) Sind Sie alleine im Dienst? Haben Sie die Möglichkeit sich im Arbeitsalltag auszutauschen?
- 15) Bitte geben Sie mir Auskunft über Weiter – und Fortbildungen in Ihrer Einrichtung.
- a) Wird regelmäßig etwas angeboten und nehmen Sie dies an?
  - b) Welche Weiter – und Fortbildungen die Sie gemacht haben, erleichtern Ihren Arbeitsalltag?
  - c) Fällt Ihnen eine Weiter – oder Fortbildung ein, die Sie gerne machen wollen?
  - d) Inwieweit könnte eine Weiter – und Fortbildung eine Entlastung für Sie oder andere sein?
- 16) Welche Maßnahmen treffen Sie persönlich im Sinne der Selbstfürsorge?
- a) Welche schützenden Maßnahmen ergreifen Sie konkret, um auf Ihre psychische Gesundheit zu achten?
  - b) Lassen Sie starke Emotionen zu und wie regulieren Sie sich?
  - c) Kennen und erkennen Sie Ihre eigenen Grenzen?
  - d) Können Sie nach Hilfe und Unterstützung fragen, wenn Sie sie brauchen?

Möchten Sie abschließend, im Zusammenhang mit diesen Themen noch etwas sagen?

Vielen Dank für Ihre Zeit.

## Anhang 2: Kategorienhandbuch

Kategorie	Definition	Anwendung	Abgrenzung	Beispiel
<b>HAUPTKATEGORIE</b>  <b>Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit</b>	<p>Diese Kategorie erfasst Aspekte, die auf die psychische Gesundheit der Fachkräfte wirken. Diese Einflussfaktoren stehen im Zusammenhang zwischen Individuum und beruflicher Tätigkeit.</p>	<p>Diese Hauptkategorie dient als thematische Sammlung und Bündelung aller Faktoren die im Kontext der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen die psychische Gesundheit von Fachkräften beeinflussen. Die Zuordnung erfolgt anhand der differenzierten Subkategorien.</p>	<p>Die Abgrenzung erfolgt durch die Differenzierung zwischen Faktoren und Folgen der Faktoren. Diese werden in einer eigenen Kategorie erfasst.</p> <p>Zwischen den Subkategorien liegen teilweise Überschneidungen vor, da das subjektive Erleben der Fachkraft immer eine Rolle spielt.</p>	/
<b>SUBKATEGORIE</b>  <b>Organisationsbezogene Belastungen</b>	<p>Diese Kategorie erfasst arbeitsorganisatorische Belastungen. Sie stehen im Zusammenhang mit strukturellen Gegebenheiten, die teils auch unabhängig von individuellen oder klient*innenbezogene Aspekte auftreten und zur Belastung der Fachkräfte beitragen können.</p>	<p>Diese Kategorie kommt zur Verwendung, wenn die Interviewten belastende Faktoren beschreiben, die das Arbeitsumfeld, Rahmenbedingungen oder die Organisation betreffen. Dazu zählen zum Beispiel: Unklare Zuständigkeiten, fehlende Orientierung, Personalmangel, fehlende oder unzureichende Hilfsangebote, Zeitdruck, unzureichende Fortbildungsmaßnahmen, Entlohnung, Ruhezeiten;</p>	<p>Die Abgrenzung verläuft entlang des Kriteriums, ob die beschriebenen Belastungen primär auf strukturelle Rahmenbedingungen oder auf das individuelle Erleben und Verhalten der Fachkraft zurückzuführen sind.</p>	<p>„Wir sind nicht immer zu zweit im Dienst. Gerade wenn Personalmangel herrscht oder Krankenstände da sind, kommt es oft vor, dass wir alleine sind.“ (Transkript IPC, Z. 132–133)</p>
<b>SUBKATEGORIE</b>  <b>Personenbezogene Belastungen</b>	<p>Diese Kategorie erfasst persönliche Belastungsfaktoren, die aufgrund individueller, biografischer oder psychischer Aspekte der Fachkraft entstehen. Sie beziehen sich auf das eigene Erleben, Verhaltensweisen, Reaktionen oder Grenzen im Umgang mit arbeitsspezifischen Anforderungen. Die Belastung fokussiert auf die eigenen inneren Verarbeitungsmechanismen.</p>	<p>Diese Kategorie wird gewählt, wenn Interviewte über Belastungen sprechen, die auf ihren persönlichen Umgang mit beruflichen Herausforderungen zurückzuführen sind. Dazu gehören: Selbstreflexion, eigene Trigger, Verantwortungsübernahme, emotionale Beteiligung, Umgang mit Erwartungen und Gewalt, Schwierigkeiten bei der Annahme von Hilfe,</p>	<p>In Abgrenzung zu den anderen Faktoren, werden personenbezogene Belastungen in dieser Analyse jenen Erfahrungen zugeordnet, die vorrangig durch innere Prozesse, eigene Muster und persönliche Prägungen der Fachkräfte entstehen.</p>	<p>„...Ich erlebe das auch heute noch immer wieder, dass ich an meine Grenze komme, an meine Belastungsgrenzen.“ (Transkript IPA, 394–395)</p>

		Erfahrung und Wissensstand;		
<b>SUBKATEGORIE</b> <b>Klienten*innenbezogene Belastungen</b>	Diese Kategorie erfasst Belastungsfaktoren, die aus den Biografien und den psychischen Symptomen der betreuten Kinder und Jugendlichen resultieren. Im Zentrum stehen die emotionalen und handlungspraktischen Herausforderungen, die sich aus der Arbeit mit der speziellen Zielgruppe ergeben.	Diese Kategorie wird zugeteilt, wenn die Interviewten Belastungen schildern die direkt auf den Umgang mit den Kindern und Jugendlichen zurückzuführen sind. Dazu zählen: Trauma Folgeerscheinungen, Gewaltvolles Verhalten, Beziehungsdynamiken, Projektionen, Konfrontation mit tiefen seelischen Verletzungen;	Die Abgrenzung erfolgt entlang des Ursprungs der Belastung. Im Mittelpunkt stehen die spezifischen Traumafolgen und daraus resultierenden Verhaltensweisen.	„Und genau da liegt eben die Schwierigkeit darin, in einem professionellen Kontext trotzdem so stark in Beziehung zu gehen, dass es wirklich die Kinder und Jugendliche vorwärtsbringt. Und Beziehung entsteht auch nur, wenn die Beziehung authentisch ist.“ (Transkript IPD, Z. 324–327)
<b>SUBKATEGORIE</b> <b>Positive Wirkfaktoren</b>	Diese Kategorie erfasst Bedingungen und Aspekte der beruflichen Tätigkeit, die von Fachkräften als psychisch stärkend oder motivierend beschrieben werden. Dazu zählen, Sinnhaftigkeit der Arbeit, positive Beziehungserfahrungen und persönliches Wachstum. Es handelt sich um positiv wirkende Einflussfaktoren.	Diese Kategorie wird verwendet, wenn positive Wirkungen des Arbeitskontextes auf das persönliche psychische Befinden beschrieben werden.	Eine Abgrenzung erfolgt durch die Differenzierung zwischen Einfluss und Auswirkung sowie durch die Unterscheidung zu gezielten Schutzmaßnahmen.	„Ich glaube, dass Sozialpädagogik was sehr Schönes sein kann und dass man da sehr aufgehen kann.“ (Transkript IPB, Z. 264–265)
<b>HAUPTKATEGORIE</b> <b>Auswirkungen und Folgen der Einflussfaktoren</b>	Diese Kategorie erfasst Aussagen zu psychischen oder psychosomatischen Folgen, die Fachkräfte durch ihre Tätigkeit erleben.	Diese Hauptkategorie dient der systemischen Bündelung thematischer Subkategorien. Sie wird angewandt, wenn emotionale, soziale oder körperliche Veränderungen, die im Zusammenhang mit den Einflussfaktoren stehen, genannt werden.	In dieser Kategorie geht es darum, das Erleben der Einflussfaktoren zu erfassen. Sie wird demnach von den vorherrschenden Faktoren und schützenden Maßnahmen abgegrenzt.	/
<b>SUBKATEGORIE</b> <b>Belastende Auswirkungen</b>	Diese Kategorie erfasst Aussagen, in denen Fachkräfte negative Auswirkungen ihrer Arbeit auf ihre psychische oder körperliche Gesundheit schildern.	Die Kategorie wird verwendet, wenn Fachkräfte über Beeinträchtigungen ihres Wohlbefindens oder negativen Folgen ihrer Tätigkeit berichten.	Eine Abgrenzung basiert anhand der Unterscheidung zu Einflussnehmenden Faktoren. In dieser Kategorie geht es um die daraus resultierenden Folgen.	...Wenn ich so an meine letzte Beziehung denke, wo es viele Konflikte auch gab, vor allem gegen Ende. Also es ist so dieses, wenn es privat gar

				nicht läuft, durch den Job und umgekehrt, wenn es im Job gerade sehr, sehr heftig ist, dann brauch ich einfach viel Raum und Zeit für mich im Privaten... (Transkript IPA, Z. 354–357)
<b>SUBKATEGORIE</b>  <b>Förderliche Auswirkungen</b>	Diese Kategorie erfasst Aussagen, in denen Fachkräfte über positiv erlebte Folgen im Zusammenhang ihrer Tätigkeit sprechen.	Die Kategorie wird gewählt, wenn Fachkräfte über persönliche Entwicklung, Stabilisierung oder emotionalen Gewinn berichten, als Resultat der beruflichen Tätigkeit.	Eine Abgrenzung erfolgt durch die Differenzierung zu Schutzmaßnahmen, die bewusst eingesetzt werden. Im Fokus steht die erlebte Entwicklung.	„Also ich glaube, dass ich wirklich im Alltag so bei Krisen sehr lange sehr ruhig bleiben kann. So schnell bringt mich irgendwie nichts aus der Fassung.“ (Transkript IPB, Z. 283–285)
<b>HAUPTKATEGORIE</b>  <b>Schützende Maßnahmen</b>	Diese Kategorie erfasst selbstgewählte und institutionelle Ressourcen und Maßnahmen, die Fachkräfte zur Stabilisierung, Selbstfürsorge und Prävention psychischer Belastungen einsetzen.	Diese Kategorie wird verwendet, wenn die Interviewten Personen über reaktive oder präventive Maßnahmen in diesem Kontext berichten.	Die Abgrenzung erfolgt durch die Unterscheidung zwischen einflussnehmenden Bedingungen, also Faktoren die auf die Person einwirken, und bewusst verankerten Strategien, zur Entlastung. Letzteres sind schützende Maßnahmen.	/
<b>SUBKATEGORIE</b>  <b>Selbstgewählte Ressourcen</b>	Diese Kategorie umfasst alle selbstinitiierten, individuell gewählten Maßnahmen der Fachkräfte zur Stabilisierung der eigenen psychischen Gesundheit.	Die Kategorie kommt zur Anwendung, wenn die Fachkräfte davon berichten, wie sie selbstständig für ihre psychische Entlastung sorgen, etwa durch Routinen, Sport, Abgrenzung, Wissenserweiterung;	Die Abgrenzung erfolgt zur Kategorie der positiven Wirkfaktoren. Hier handelt es sich um gezielte und selbstbestimmte Maßnahmen und nicht um potentiell einflussnehmende Faktoren.	„Ich habe gewisse Rituale für mich entwickelt. Das sind Kleinigkeiten, wie zum Beispiel, dass ich nach dem Dienst sofort duschen gehe und wortwörtlich das Gefühl habe, ich wasche die Emotionen und auch Übertragungen der

				Jugendlichen von mir ab.“ (Transkript IPC, Z. 294–296)
<b>SUBKATEGORIE</b>  <b>Institutionelle Ressourcen</b>	Diese Kategorie umfasst alle strukturell verankerten, von der Organisation zur Verfügung gestellten Maßnahmen, die eine stabilisierende Wirkung haben.	Die Kategorie wird verwendet, wenn sich Aussagen der interviewten Personen auf institutionell getragenen Maßnahmen beziehen, die der Psychohygiene, Stabilisierung und Entlastung dienen. Dazu zählen auch Teamstrukturen.	Eine Abgrenzung erfolgt zur Kategorie der selbstgewählten Maßnahmen. Diese Kategorie zeichnet sich durch die strukturelle Verankerung und das Teamgefüge aus.	„...Außerhalb der Arbeit mal eine gute Zeit zu haben miteinander, das ist auch ein wichtiger Part finde ich...da kann man sich einfach auch von einer anderen Ebene einmal spüren...“ (Transkript IPA, Z. 576–578)