

Vom Drachentöten

Von der Wiedergewinnung der Pädagogik

Fachtag: Trauma und systemische Praxis II

Syke / Bremen

06.07.2012

Über Formen der Autotrance

Nächstenliebe leben



Rheinische Gesellschaft
für Innere Mission
und Hilfswerk GmbH



Zentrum für lebenslanges Lernen

Therapie
Training
Dienstleistik
Sozialbildung
Arbeit mit Familien
Gesellschaftsarbeit
Begleitung

..die Poesie setzt sich nicht durch – sie setzt sich aus....!

Paul Celan

Zentrum für lebenslanges Lernen

Psychologisches Institut Traben-Trarbach

Das Konzept

Das Konzept und unsere Aufgabenbereiche.



Ein Schwerpunkt unserer therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ist eine **traumazentrierte Psychotherapie**, da die Mehrheit der in Heimen betreuten Betroffenen psychisch schwer traumatisiert sind. Diese Kinder und Jugendlichen brauchen aber neben den Therapeuten auch fachlich und persönlich kompetente Betreuerinnen und Betreuer.

Aus diesen Erkenntnissen heraus kristallisierte sich der Ausbau der so genannten „**Trauma-Pädagogik**“, in der Fachwissen aus der Psychotraumatologie mit pädagogisch-therapeutischen Methoden verknüpft wird. Sie soll den Mitarbeitern von Jugendhilfeeinrichtungen im Umgang mit traumatisierten jungen Menschen zur Verfügung stehen und einerseits die Entwicklungsförderung bei den jungen Menschen erleichtern, andererseits Burn-Out bei den Erwachsenen verringern. Das von uns entwickelte Curriculum „Traumazentrierte Pädagogik“ finden Sie unter der Rubrik „Fort- und Weiterbildungen“.

Ergänzend möchten wir in unseren Beratungs- und Supervisionsprozessen allen Mitarbeitern durch eine konsequente systemisch-lösungsorientierte Sichtweise die Arbeit an den Ressourcen der Kinder, Jugendlichen und deren Eltern nahe bringen. Aufgrund unserer guten und langjährigen Erfahrungen sind wir überzeugt davon, dass sich den Hilfesuchenden auf diese Weise respektvoll begegnen lässt.

[Home](#)

[Profil](#)

Konzept

[Arbeitsweise](#)

[Schwerpunkte](#)



[Fort- und Weiterbildung](#)

[Team](#)

[Anfahrt](#)

[Kontakt](#)

[Freie Stellen](#)

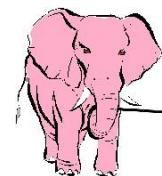
[Aktuelles](#)

[Downloads](#)

[Nützliche Links](#)

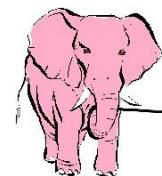
F 91.xx ICD

Störung des Sozialverhaltens



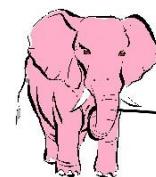
F 94.1 ICD

Reaktive Bindungsstörung

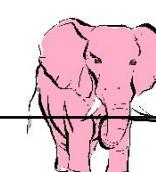


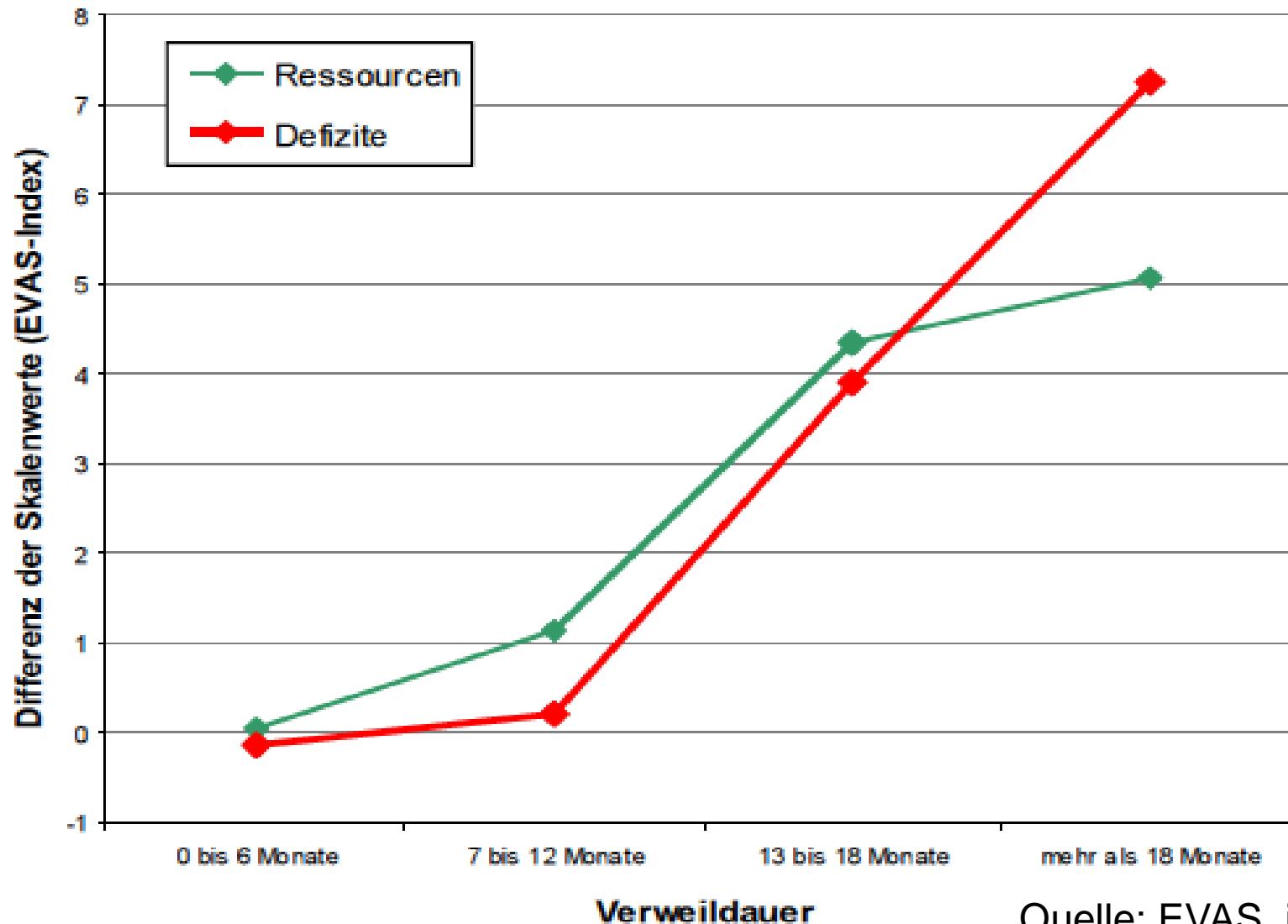
F 90.xx ICD

Hyperkinetische Störungen / ADHS

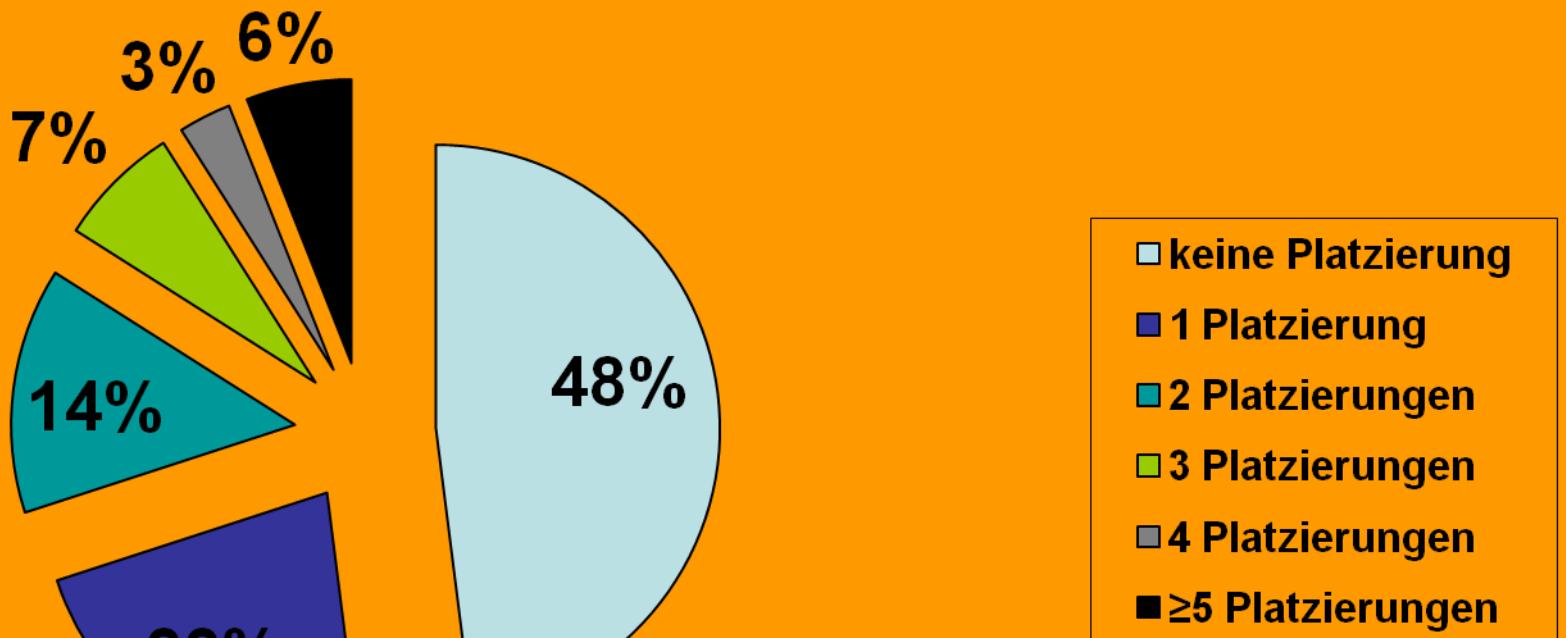


1. Phase	<p>Honeymoon</p> <p>Der Jugendliche wird „angeeignet“/enteignet (eigene Bedürfnisse, Interessen werden aktiviert) Induktion von Rettungs- und Größenfantasien Abspaltung von Bösem, Verschmelzung und gemeinsamer Höhenflug als ganz und gar gute, idealisierte Selbstobjekte Gemeinsame Realitätsverkennung und -ausblendung</p>
2. Phase	<p>Grenzüberschreitendes Agieren</p> <p>Missachtung der „privacy of the self“(Khan 1963/1974), Übergriffe, Einmischungen, Gewaltanwendung, Zerstörung infolge von Selbsterweiterung oder mangelnden Grenzziehungen zwischen sich und anderen Missachtung von Regeln und Hausordnung, Gewährung von Ausnahmeregeln Machtkämpfe um die richtige Wahrnehmung, induziert durch die unterschiedlichen Zustände</p>
3. Phase	<p>Entstehung von Feindbildern und Reaktivierung von Täter-Opfererfahrungen</p> <p>Wechselseitige Bedrohungsgefühle und zunehmender Verlust von steuernden und grenzziehenden Fähigkeiten Zuschreibung des Übeltäters und Sündenbocks in der Gruppe und im Team Therapeutische Einkreisung, Erzieher / Therapeut als verfolgende Objekte (Polizisten und Gefängniswärter, „furor sanandi“)</p>
4. Phase	<p>Ausgrenzung</p> <p>Zunehmende Achtlosigkeit und Gleichgültigkeit als Folge emotionalen Fallenlassens, Aufgebens („Dem ist nicht zu helfen“) Krankwerden, evtl. Kündigungsdrohungen von Mitarbeitern</p>
5. Phase	<p>Endgültige Ausstoßung</p> <p>Sozialer und affektiver Tod auf der Station, unter Umständen Gewalteskalation, Therapieabbruch, Rausschmiss</p>

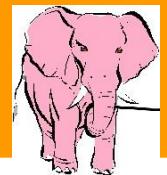




Quelle: EVAS, ikj 2000

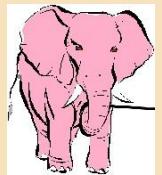


- über 50 % waren früher fremdplaziert
- Über 30 % weisen 2 und mehr Platzierungen auf



N= 592

Ulmer Heimkinderstudie



Alle Heime in Nordbaden inkludiert; 865 TN insgesamt; Einzeldiagnosen nicht ausdifferenziert, sondern lediglich psychiatrische Belastungsscores ausgewiesen, danach können...

....ca. 70 % der Kinder und Jugendlichen als mit Einfachdiagnosen belastet angesehen werden, Knapp 40 % tragen Mehrfachdiagnosen....

(Schmid, M., 2007)

Nächstenliebe leben

Häufigkeit von Traumata

Art der Traumatisierung	Häufigkeit (in %)
Vernachlässigung	72 %
Vernachlässigung (Basics)	31 %
Körperliche Mißhandlung	35 %
Emotionale Mißhandlung	31 %
Sexueller Mißbrauch	15 %
Zeuge von körperlicher oder sexueller Gewalt	50 %
Schwere Unfälle	5 %
Irgendein psychoosziales Trauma	75 %

Nächstenliebe leben

(Nach: Jaritz, Wiesinger, Schmid, 2008)

Häufigkeit von Traumata

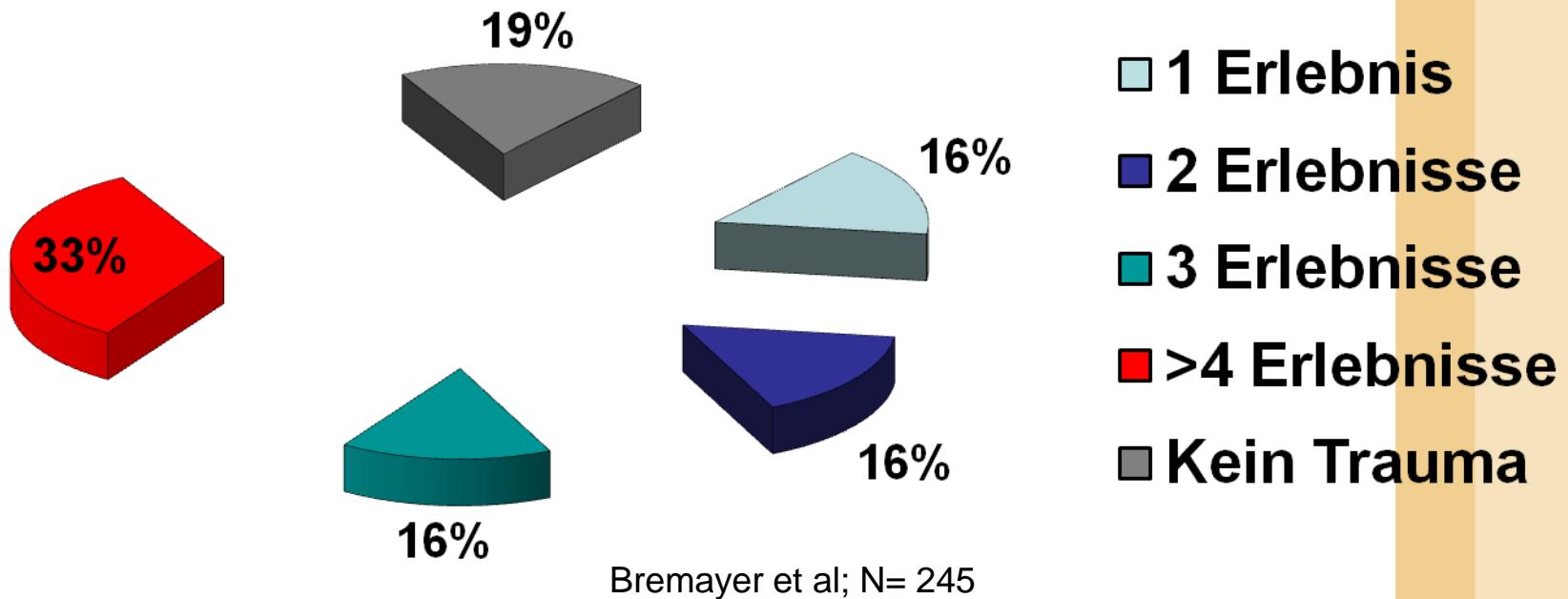
Art der Traumatisierung	Häufigkeit (in %)
Vernachlässigung	72 %
Vernachlässigung (Basics)	31 %
Körperliche Mißhandlung	35 %
Emotionale Mißhandlung	31 %
Sexueller Mißbrauch	15 %
Zeuge von körperlicher oder sexueller Gewalt	50 %
Schwere Unfälle	5 %
Irgendein psychoosziales Trauma	75 %

Nächstenliebe leben

(Nach: Jaritz, Wiesinger, Schmid, 2008)

Prävalenzen traumatischer Erfahrungen im ETI - Selbsturteil

81 % berichten mindestens ein traumatisches Erlebnis



Nächstenliebe leben

Sequentielle Traumatisierungen I

Hans Keilson (1979) beschreibt drei Phasen der Traumatisierung:

- Vor dem Terror
- Terror
- Nach dem Terror

..Vorteil: Verlaufsmodell – nicht punktuelles Geschehen ist ausschlaggebend

Sequentielle Traumatisierungen II

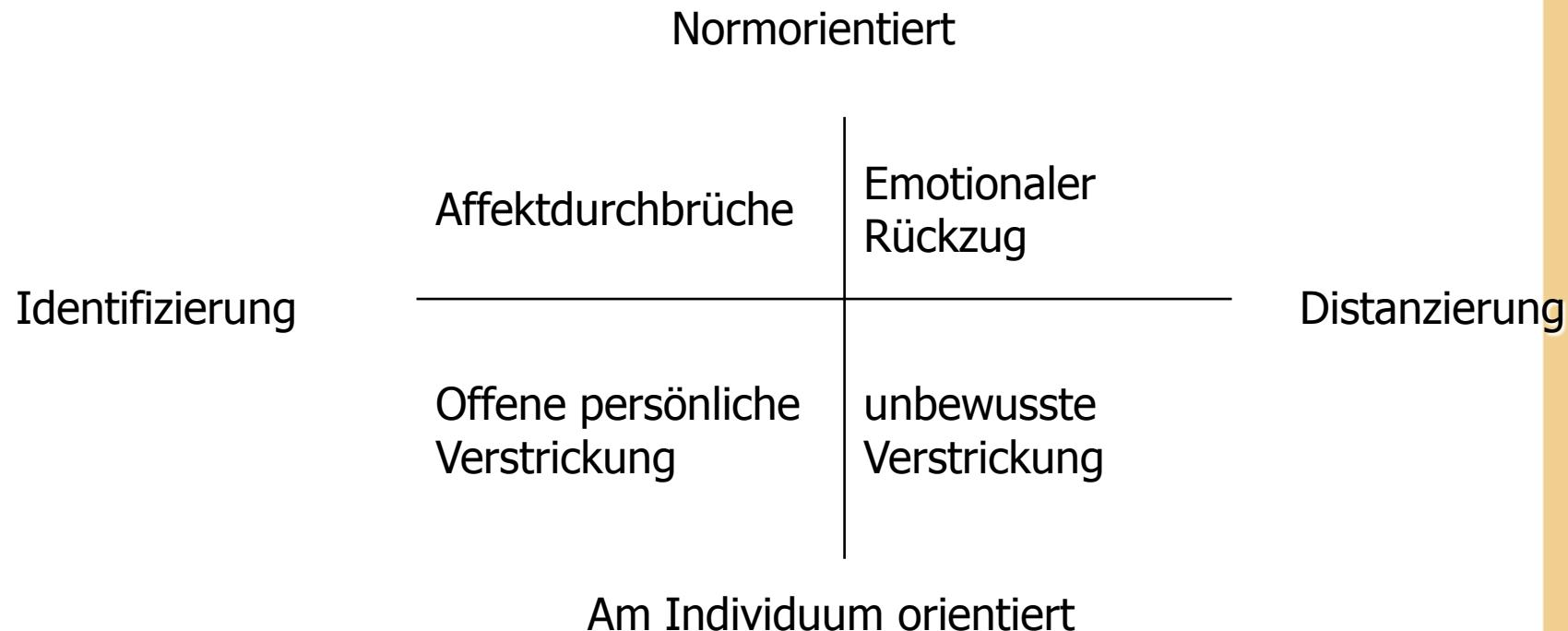
David Becker (2006) scheidet 6 Phasen:

1. Vor Beginn des traumatischen Prozesses
Familie und Basic Needs
2. Beginn der Verfolgung
Latente Bedrohung
3. Akute Verfolgung, der direkte Terror
die Tat
4. Akute Verfolgung – Chronifizierung
warten auf das nächste Mal
5. Zeit des Übergangs
... alles vorbei?
6. Nach der Verfolgung
...endlich wieder ein „normales Leben?

...die Auswirkungen von Traumatisierungen sind also nicht allein durch Art und Ausmaß des traumatógenen Geschehens definiert, sondern ganz entscheidend vom „Danach“, den Erfahrungen mit der Mitwelt, den Hilfen etc. abhängig....

Darüber hinaus spielt z.B. auch das Alter der Kinder, die Vulnerabilität entlang des Lebensalters, der kognitiven Entwicklung, eine Rolle

Grundtypen ungünstiger Gegenübertragungen (mod. nach Wilson und Lindy, 1994)



Nächstenliebe leben

Trauma-

kompensatorisches
Schema

nach Fischer (2000, S.77)

ätiologisch

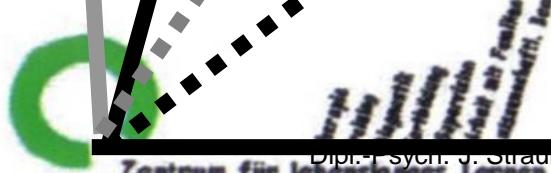
präventiv

reparativ

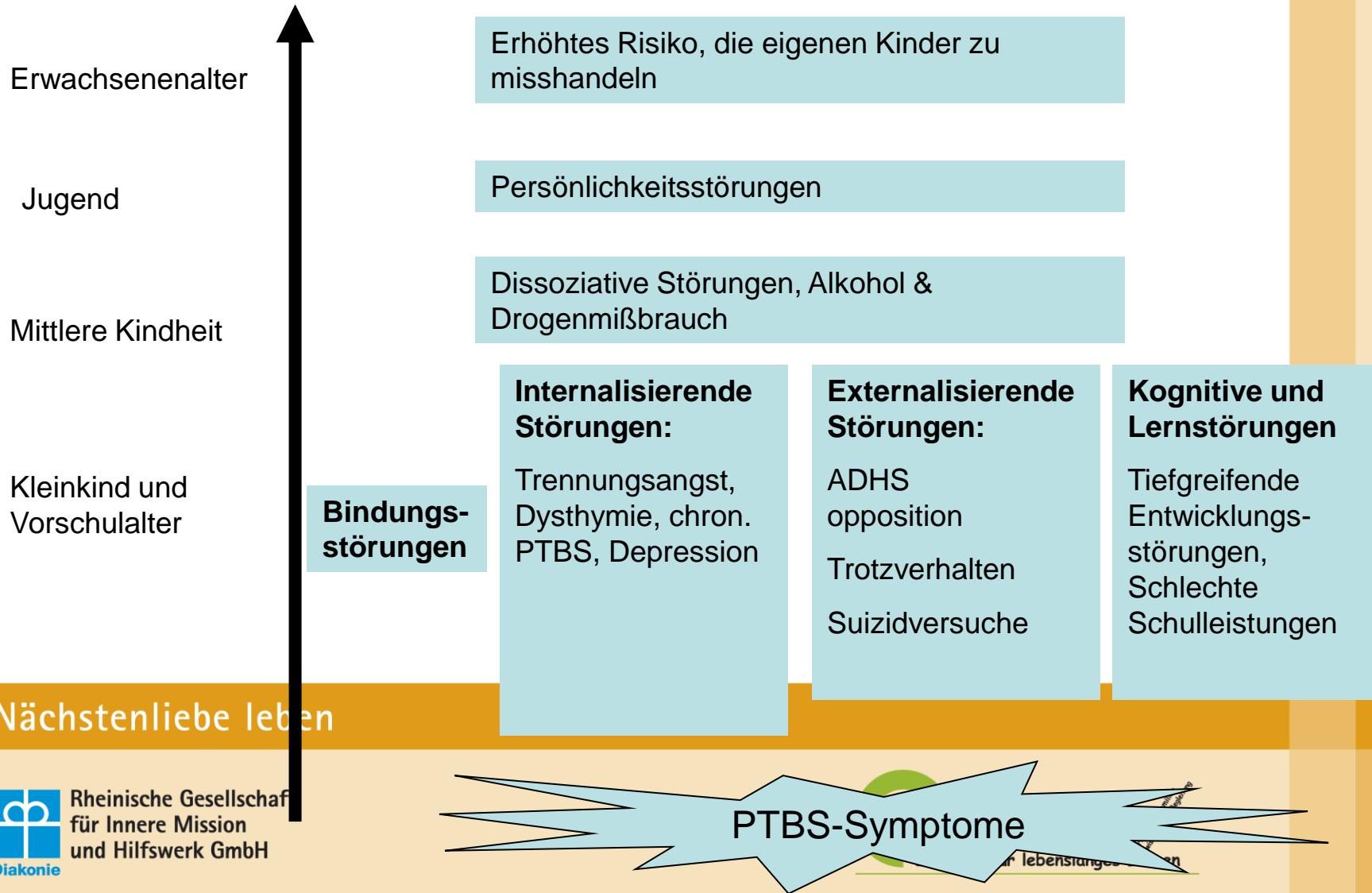
Minimales Ausdrucks und
Handlungsfeld

Symptome

Traumaschema

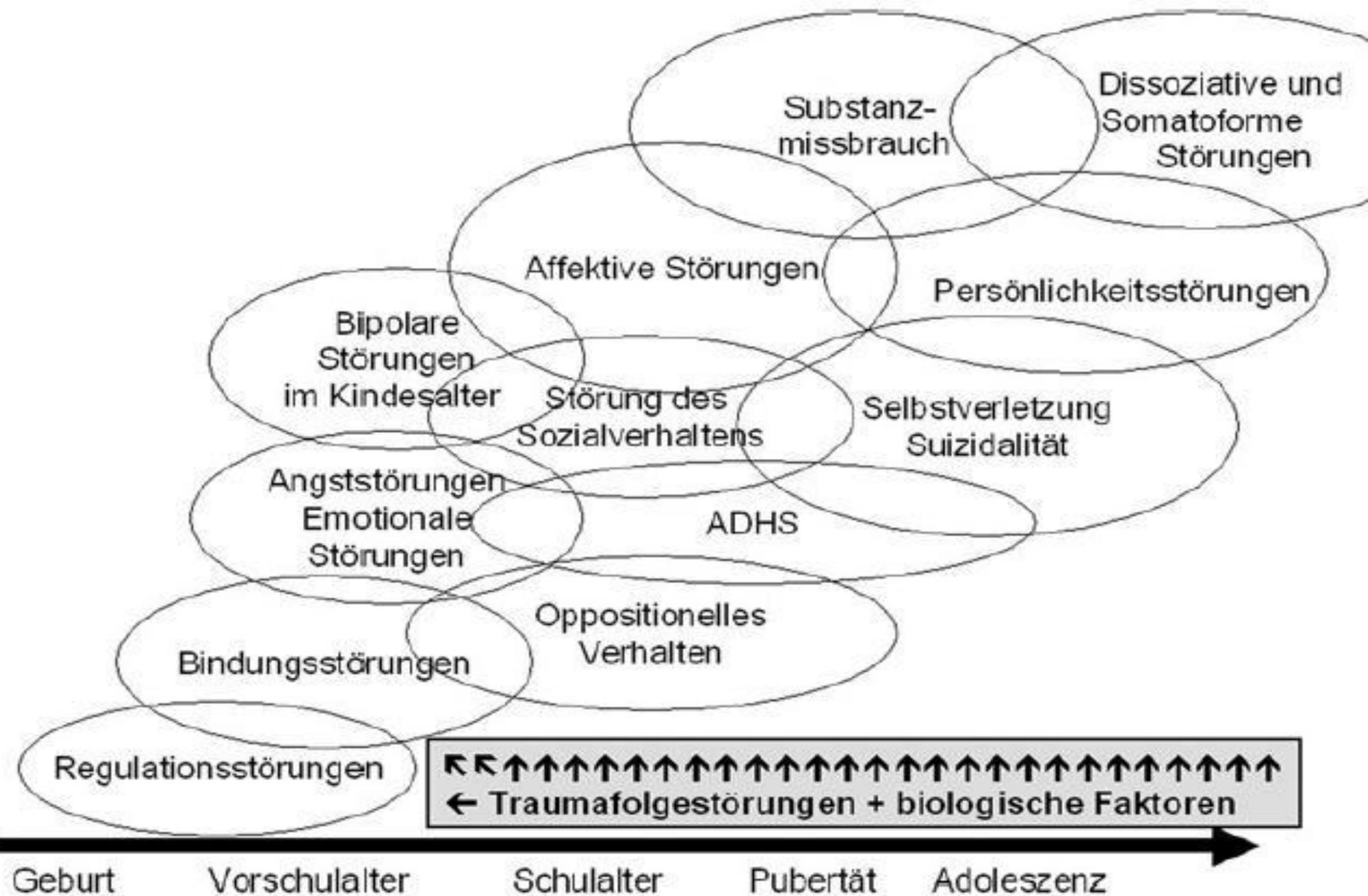


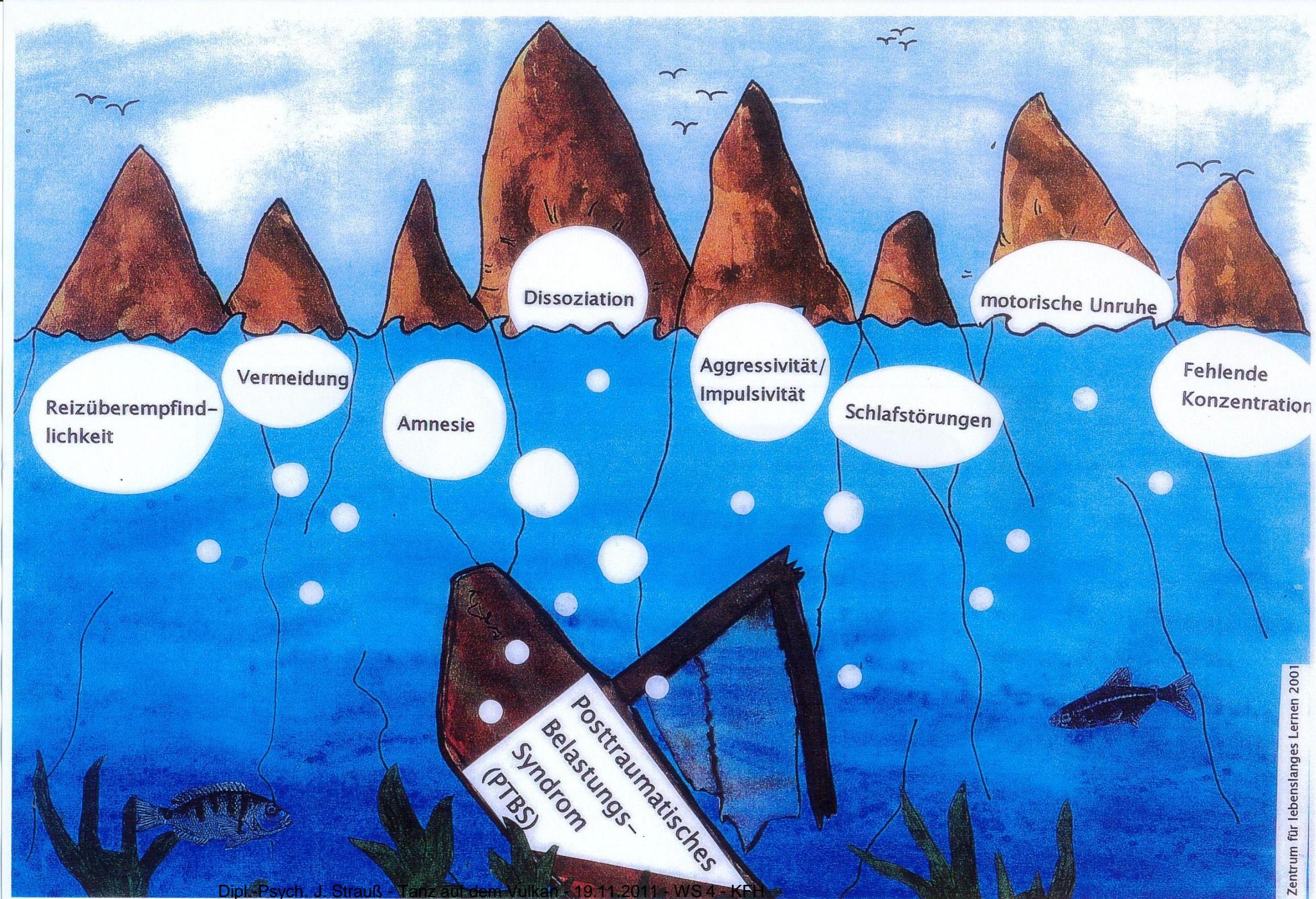
Entwicklungsbezogene Traumafolgestörungen als Entwicklungsheterotypie





(Schmid, 2010)







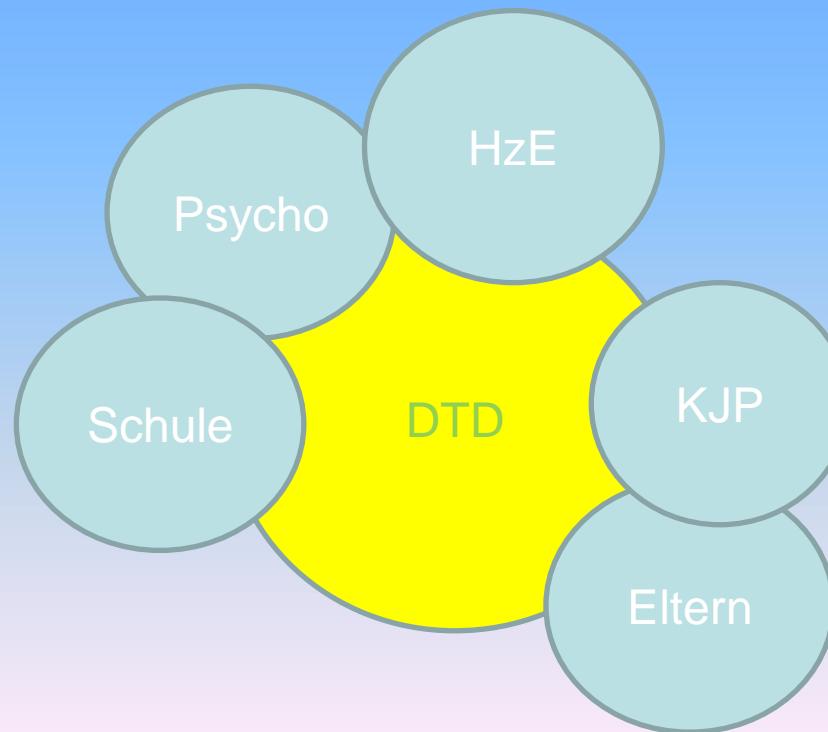
motorische Unruhe

**Fehlende
Konzentration**

Traumapädagogik und Landkarten im Dickicht der professionellen Schnittstellen

Entwicklungstraumastörung; Vorschlag von van der Kolk et al. (2002,2005) zur Revision des DSM

Gemeinsamer Bezugsrahmen für alle Hilfesysteme schafft Meta-Rahmen



Traumaentwicklungsstörung

A. Traumatische Erfahrungen und Vernachlässigung

Das Kinde, der Jugendliche oder Erwachsene erlebte über mindestens ein Jahr hinweg mehrere extrem belastende Lebensereignisse und/oder wurde Opfer von interpersoneller Gewalt. Die belastenden Lebensereignisse beginnen in der Kindheit oder dem Jugendalter

Direkte, wiederholte traumatische Erfahrungen von schwerer zwischenmenschlicher Gewalt (inkl. Sexueller Missbrauch
Ernsthafte Unterbrechungen der schützenden und fürsorglichen Versorgung des Kindes, wiederholte Trennungen von der Hauptbezugsperson, schwerer und überdauernder emotionaler Missbrauch

Nächstenliebe leben

Traumaentwicklungsstörung

B. Affektive und physiologische Dysregulation

Das Kind weist für seinen Entwicklungsstand deutlich beeinträchtigte Fähigkeiten im Bereich Erregungs- und Emotionsregulierung auf. Dies beinhaltet mindestens zwei der folgenden Verhaltensweisen:

Unfähigkeit, extreme Gefühlszustände (Angst, Scham, Ärger) zu modulieren, zu tolerieren, und sich in solchen Situation selbstständig wieder zu beruhigen.

Dies beinhaltet schwere und anhaltende Wutanfälle oder Fixierung auf die negative Situation mit Dissoziation (z.B. Erstarren aus Angst).

Schwierigkeiten bei der Regulation von körperlichen Funktionen und Sinneswahrnehmungen (z.B. persistierende Schlafstörungen, Schwierigkeiten bei der Ausscheidung, wechselnder Appetit, Hypo- und/oder Hyperaktivität auf Berührungen, Gerüche, Geräusche, Desorientierung bei Übergängen im Alltag).

Verminderte Bewusstheit für Sinneseindrücke, Emotionen und körperliche Zustände.

Eingeschränkte Fähigkeiten, eigene Emotionen und körperliche Zustände zu beschreiben und sie leben

Traumaentwicklungsstörung

C. Schwierigkeiten der Aufmerksamkeits- und Verhaltenssteuerung

Beschäftigung mit Bedrohung und potentieller Gefahr und eingeschränkte Fähigkeit, Gefahren wahrzunehmen, einschließlich der Missdeutung und Fehlinterpretation von sicherheitsrelevanten Hinweisen.

Eingeschränkte Fähigkeit sich selbst zu schützen, einschließlich Hochrisikoverhalten und Sensation Seeking

Problematische Versuche der Selbstberuhigung (z.B. Stereotypien, rhythmische Bewegungen, zwanghaftes Masturbieren)

Habituell oder reaktives selbstverletzendes Verhalten.

Unfähigkeit, zielgerichtetes Verhalten zu initiieren oder aufrechtzuerhalten.

Schwierigkeiten der Selbstregulation und Beziehungsgestaltung

Nächstenliebe leben

Traumaentwicklungsstörung

D. Schwierigkeiten der Selbstregulation und Beziehungsgestaltung

Das Kind weist für seinen Entwicklungsstand ein unterentwickeltes Bewusstsein für seine persönliche Identität und Verstrickungen in Beziehung auf:

Intensive Beschäftigung mit der Sicherheit von Bezugspersonen oder anderen geliebten Personen (beinhaltet altersunangemessenes Fürsorgeverhalten). Schwierigkeiten, Trennungen von Bezugspersonen zu tolerieren und ablehnendes oder ignorierendes Verhalten beim Wiedersehen nach Trennungen.

Persistierendes negatives Selbstbild, Abscheu vor der eigenen Person, Ohnmachtsgefühle. Gefühle der Hilflosigkeit, Wertlosigkeit, Insuffizienzgefühle, Selbstwirksamkeit und Schadhaftigkeit.

Extremes und überdauerndes Misstrauen, Widerstand oder Mangel an Reziprozität in vertrauten sozialen Beziehungen mit Gleichaltrigen und Erwachsenen.

Traumaentwicklungsstörung

...

Reaktive verbale oder körperliche Aggressionen gegenüber Gleichaltrigen, Bezugspersonen oder anderen Erwachsenen.
Unangemessene (exzessive und promiske) Versuche, vertraute/intime Kontakte herzustellen (dies kann körperliche und sexuelle Intimität beinhalten, ist aber nicht auf diese beschränkt).
Übermäßiges Zutrauen zu weitestgehend unbekannten Erwachsenen und Gleichaltrigen (ohne Rückversicherung bei Bezugspersonen).
Eingeschränkte Fähigkeit Empathie zu regulieren, z.B. eingeschränkte Empathiefähigkeit gegenüber dem Leiden, dem Ausdruck von Unbehagen oder negativen Gefühlen von anderen Personen oder übertriebene Ansprechbarkeit und Beschäftigung mit dem Leiden von anderen Menschen.

Nächstenliebe leben

Traumaentwicklungsstörung

...

Reaktive verbale oder körperliche Aggressionen gegenüber Gleichaltrigen, Bezugspersonen oder anderen Erwachsenen.
Unangemessene (exzessive und promiskue) Versuche, vertraute/intime Kontakte herzustellen (dies kann körperliche und sexuelle Intimität beinhalten, ist aber nicht auf diese beschränkt).
Übermäßiges Zutrauen zu weitestgehend unbekannten Erwachsenen und Gleichaltrigen (ohne Rückversicherung bei Bezugspersonen).
Eingeschränkte Fähigkeit Empathie zu regulieren, z.B. eingeschränkte Empathiefähigkeit gegenüber dem Leiden, dem Ausdruck von Unbehagen oder negativen Gefühlen von anderen Personen oder übertriebene Ansprechbarkeit und Beschäftigung mit dem Leiden von anderen Menschen.

Nächstenliebe leben

Traumaentwicklungsstörung

E. Posttraumatische Belastungsstörung

Das Kind weist mindestens ein Symptom von in mindestens zwei der drei Symptomclustern (B, C oder D) der Posttraumatischen Belastungsstörung auf.

F. Dauer der Symptomatik

Mindestens ein Symptom der Traumaentwicklungsstörung aus den Bereichen B, C & D persistiert über sechs Monate.

Nächstenliebe leben

Traumaentwicklungsstörung

G. Teilhabebeinträchtigungen

Die Schwierigkeiten wirken sich auf mindestens zwei der folgenden Funktionsbereiche aus:

Schule: Leistungsprobleme, Klassenwiederholungen, Umschulungen, Disziplinprobleme, Konflikte mit Schulpersonal, Schulvermeidendes Verhalten, Schulausschluss, Lernstörungen, die nicht, oder nicht ausschließlich mit klassischen Teilleistungsstörungen erklärbar sind.

Familie: Konflikte, Vermeidung, Passivität, Weglaufen, Versuche, Familienmitglieder emotional oder körperlich zu verletzen, Nichterfüllen von wichtigen familiären Verpflichtungen

Nächstenliebe leben

Traumaentwicklungsstörung

...

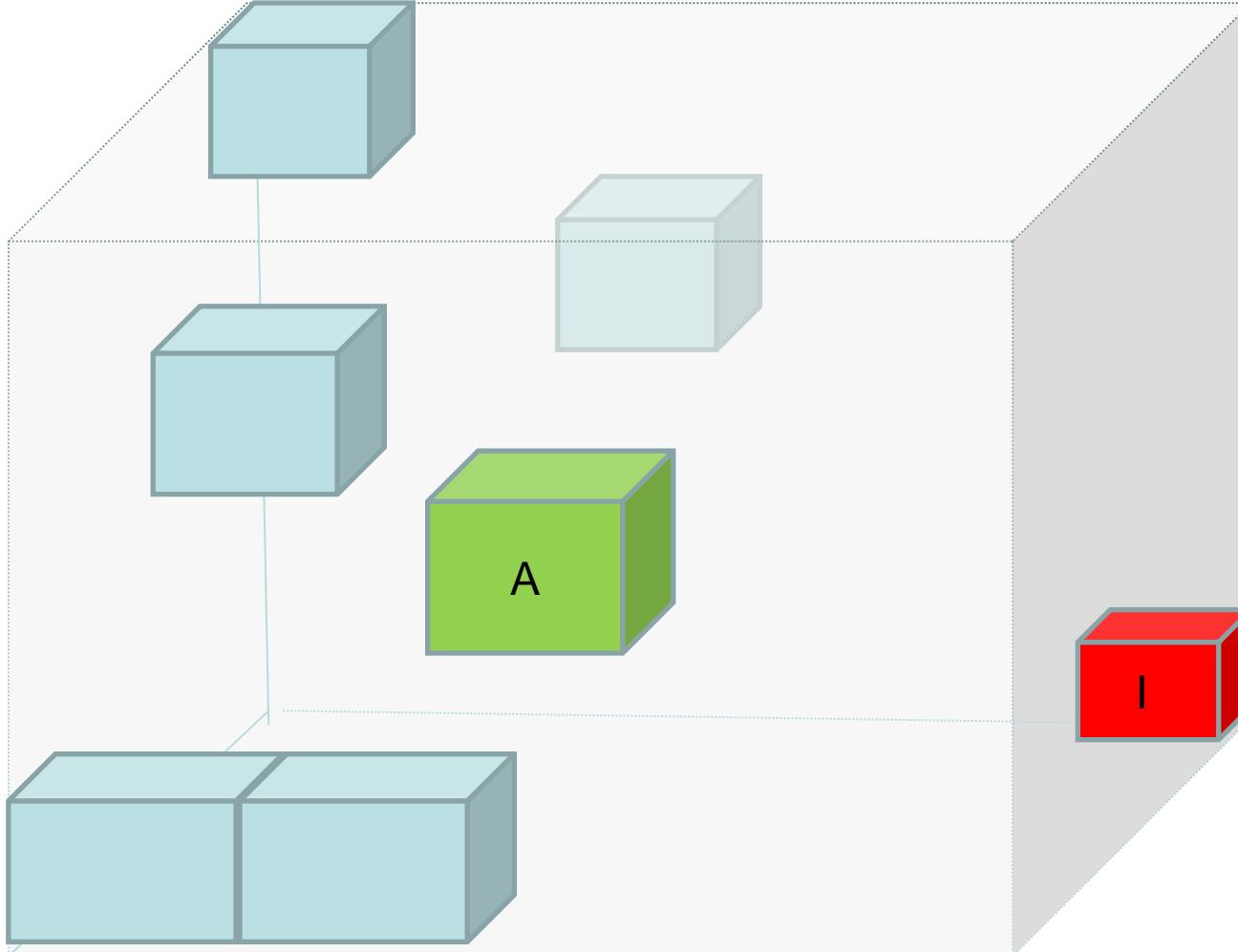
Gleichaltrigengruppe: Isolation, Vermeidung, permanente Konflikte mit Gleichaltrigen, Beteiligung an Gewalttaten oder Risikoverhaltensweisen, deviante Gleichaltrigengruppe, altersinadäquate Peergruppe.

Kriminalität: Sich steigernde Delikte, Anklagen, Inhaftierungen, Arreste, Vorstrafen, Missachtung des Gesetzes oder moralischer Standards.

Gesundheit: Körperliche Symptome, die nicht vollständig durch somatische Degeneration oder Verletzungen erklärt werden können. Verdauungstrakt, neurologische Erkrankungen, Unterleibsschmerzen, kardiovaskuläre oder Atemwegs-Symptome, propriozeptive Probleme, starke Kopfschmerzen (inkl. Migräne), chronische Schmerzen oder chronische Müdigkeit.

Nächstenliebe leben

Quelle: Schmid, Fegert, Petermann, 2010



Nächstenliebe leben

Fazit:

Mit der Definition der DTD ist ein Beschreibungssystem entstanden, welches die Nachteile der „klassischen“ Traumadefinitionen nach DSM und ICD auszugleichen hilft. Es trägt Entwicklungstypischen, klinischen, neurobiologischen Gegebenheiten Rechnung und gibt für alle möglichen Funktionsbereiche – persönlich wie sozial – mögliche Einschränkungen an.

Damit kann es für alle psychosozialen als Heuristik dienen: Wir beschreiben die Phänomene, die in unserem Praxisfeld zu beobachten sind und fragen in den benachbarten Unterstützungssystemen (Eltern, Kindergarten, JH, KJP, PT etc.), welche Merkmale dort und in welcher Kombination auftauchen,

Dergestalt gibt sich eine gemeinsame Problemdefinition auf dimensionaler Basis, die für alle vergleichbar ist und jedem Praxisfeld differenzierte Interventionsmöglichkeiten zu weist.

Fazit II:

Mit Beginn des „Sozialpädagogischen Zeitalters“ in den HzE schlägt die „Stunde der Spezialisten“:

Klinische Fachdienste dominieren nach kurzer Zeit die Beschreibung des Problemfeldes

Medikation und verhaltensmodifizierende Ansätze versprechen schnelle Hilfe

Dies lässt originär (sozial-)pädagogische Ansätze, Diagnostik und

Interventionsmöglichkeiten als zweitrangig erscheinen und verunsichert das „Standing“ der Pädagogik

In allen Praxisfeldern der HzE treffen wir auf traumatisierte Kinder, Jugendliche und Familiensysteme

Traumapädagogische Haltungen, Interventionen und Rahmenbedingungen kommen Allen zu gute

Die DTD-Definitionen liefert hier eine Möglichkeit über Systemgrenzen hinweg zu kommunizieren und gemeinsame Hilfen abzusprechen

Nächstenliebe leben

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit**

Literaturverzeichnis

- Bausum, J. et al., Traumapädagogik, Weinheim, 2009
- Becker, D., Die Erfindung des Traumas, Freiburg, 2006
- Bundesministerium für Frauen, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ), 13. Kinder- und Jugendhilfebericht, Berlin, 2009
- Diegelmann, C., Trauma und Krise bewältigen, Stuttgart, 2007
- Du Bois, R., Resch, F., Klinische Psychotherapie des Jugendalters, Stuttgart, 2005
- Enders, U., Eberhardt, B, Grenzen achten, Köln, 2007
- Fegert, J., Ziegenhain, U., Goldbeck, L., Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland, Weinheim, 2010
- Felliti, VJ, Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter: die Verwandlung von Gold in Blei; Z psychosom Med Psychoth; 2002, 48(4); 359-369
- Fischer, G., Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie, Heidelberg, 2000
- Flatten, G. et al., Posttraumatische Belastungsstörung: Leitlinie und Quellentext, Stuttgart, 2002