Universitäre
Psychiatrische Kliniken
Basel

UPK

EQUALS

Entwicklungspsychopathologische Grundlagen einer Traumapädagogik

Fachtagung «Warum und wenn, wie sollte ich etwas ändern?»

Marc Schmid, Dornach, 31. Januar/1. Februar 2014
Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik

UNI BASEL

Einleitung

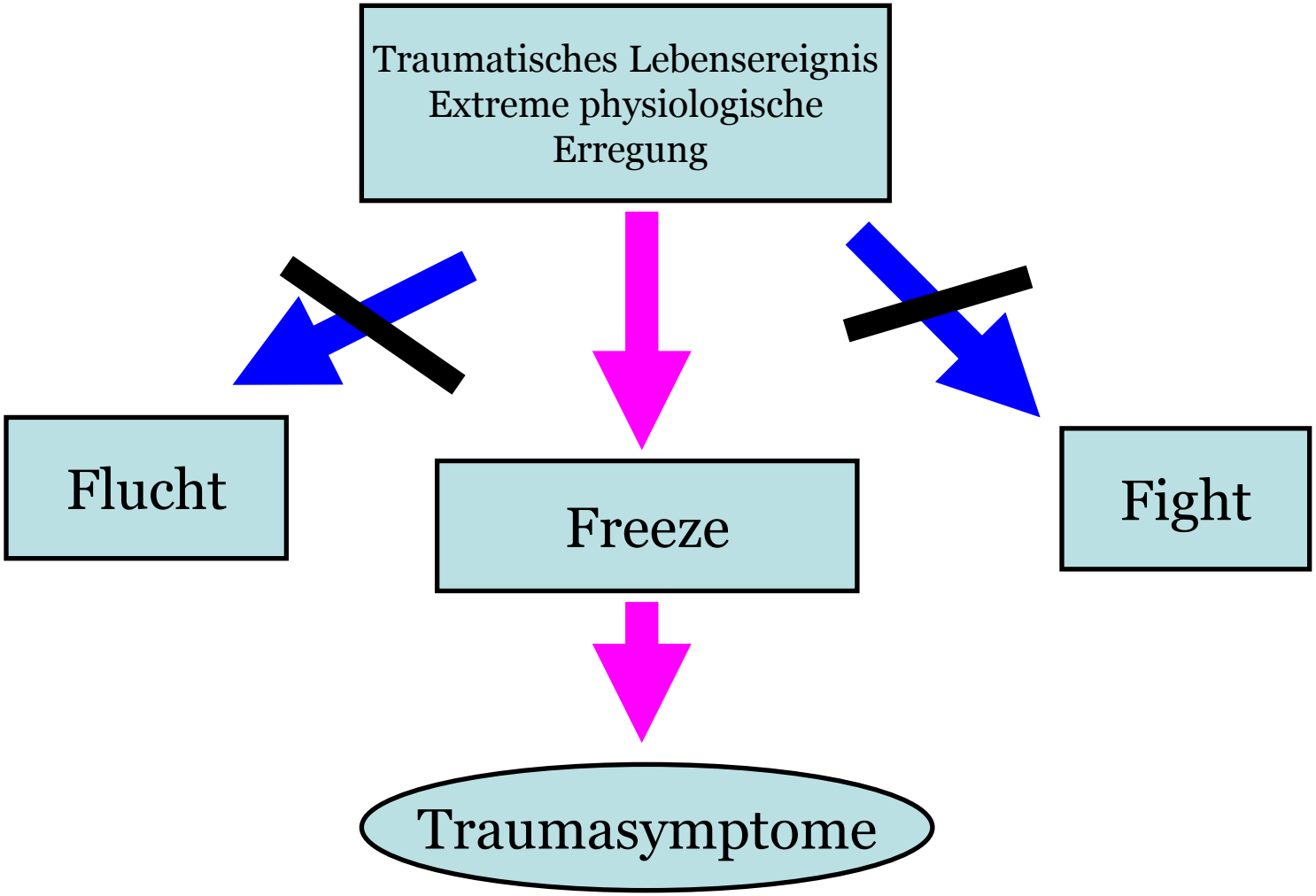
„Obwohl die Welt voller Leid ist, ist sie auch voller Siege über das Leid.“

Helen Keller (US-Schriftstellerin)

Gliederung

- Was ist ein Trauma?
- Traumaentwicklungsstörung
- Warum eine Traumapädagogik?
- Komplexe Traumafolgestörungen und daraus resultierende pädagogische Probleme
- Ansatzpunkte einer Traumapädagogik
- Diskussion offener Fragen

Was ist ein Trauma?



Bei einer Traumatisierung laufen parallel zwei unterschiedliche physiologische Prozesse ab

Übererregungs-Kontinuum

- Fight oder Flight
  - Alarmzustand Wachsamkeit
  - Angst/Schrecken
  - Adrenalin System wird aktiviert – Erregung
  - Serotonerge System verändert sich – Impulsivität, Affektivität, Aggressivität

Physiologisch

- Blutdruck ↑ (Pulsrate ↑)
- Atmung ↑
- Muskeltonus ↑
- Schmerzwahrnehmung ↓

Dissoziatives-Kontinuum

- Freeze – ohnmächtige / passive Reaktion
  - Gefühlslosigkeit / Nachgiebigkeit
  - Dissoziation
  - Opioid System wird Aktiviert Euphorie, Betäubung
  - Veränderung der Sinnes-, Körper-wahrnehmung (Ort, Zeit, etc.)

Physiologisch

- Pulsrate ↓ Blutdruck ↓
- Atmung ↓
- Muskeltonus ↓
- Schmerzwahrnehmung ↓

Traumatypologie nach L. Terr (1991)

Typ – I - Trauma

- Einzelnes, unerwartetes, traumatisches Erlebnis von kurzer Dauer.
- z.B. Verkehrsunfälle, Opfer/Zeuge von Gewalttaten, Naturkatastrophen.
- Öffentlich, besprechbar

Symptome:

Meist klare sehr lebendige Wiedererinnerungen

→Vollbild der PTSD

Hauptemotion = Angst

Eher gute Behandlungsprognose

Typ – II - Trauma

- Serie miteinander verknüpfter Ereignisse oder lang andauernde, sich wiederholende traumatische Erlebnisse.
- Körperliche sexuelle Misshandlungen in der Kindheit, überdauernde zwischen-menschliche Gewalterfahrungen.

Nicht öffentlich

Symptome:

- Nur diffuse Wiedererinnerungen, starke Dissoziationstendenz, Bindungsstörungen

→ Hohe Komorbidität, komplexe PTSD

Sekundäremotionen (z.B. Scham, Ekel).

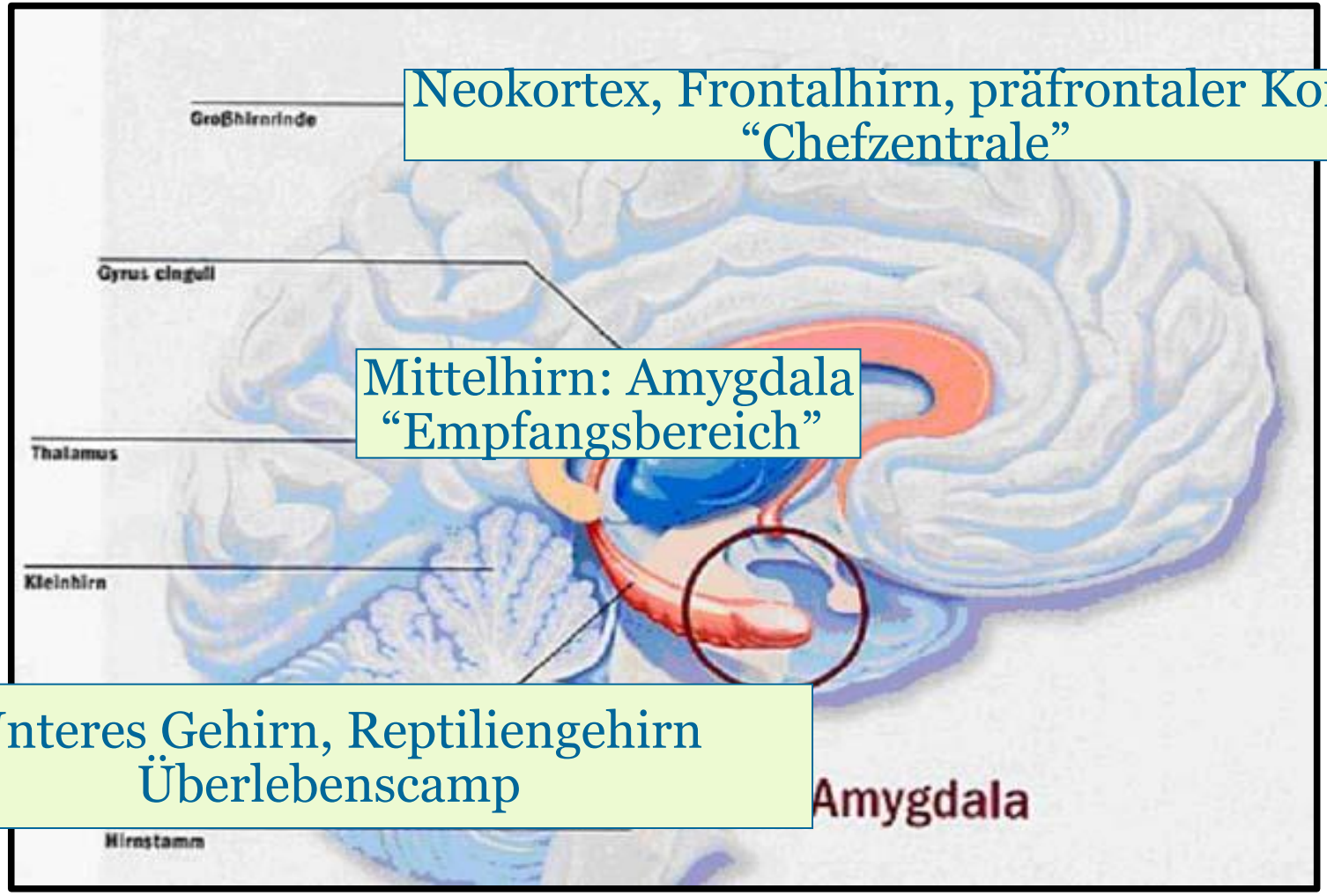
Schwerer zu behandeln

Welche traumatischen Situationen führen zu besonders intensiven Symptomen?

(vgl. Huber, 2004)

1. Dauern sehr lange
2. Wiederholen sich häufig
3. Rituellen Charakter
4. Schwere körperliche Verletzungen
5. Zwischenmenschliche Gewalt
6. Sind schwer nachzuvollziehen
7. Täter ist eine Bezugsperson
8. Täter wird vom Opfer gemocht
9. Opfer fühlt sich mitschuldig
10. Persönlichkeit ist noch nicht gefestigt
11. Beinhalten sadistische Folter
12. Beinhalten sexuelle Gewalt
13. Mehrere Täter
14. Starke Dissoziationen
15. **Kein unmittelbarer Beistand nach der Tat – Bindung!**
16. **Niemand hat darüber mit dem Opfer gesprochen**
17. **Niemand hat dem Ofer geglaubt**

Traumaprozess und Selbststeuerung

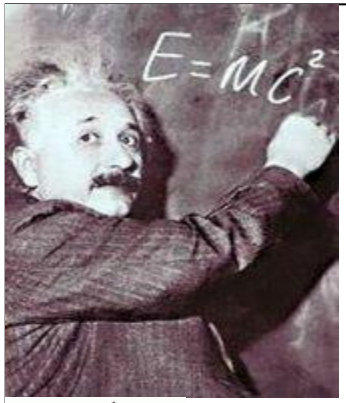


Neokortex, Frontalhirn, präfrontaler Kortex
“Chefzentrale”

Mittelhirn: Amygdala
“Empfangsbereich”

Unteres Gehirn, Reptiliengehirn
Überlebenscamp

Das dreigliedrige Gehirn

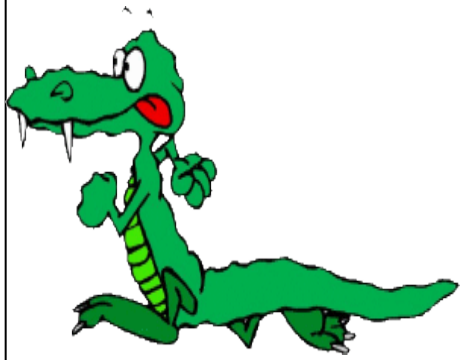


Chef-Etage: Grosshirn(rinde), Kortex

Denken, planen, entscheiden, zielgerichtetes Handeln, rationale Entscheidungen

Eingangsbereich: Säugetiergehirn, Limbisches System, Thalamus, Amygdala, Hippocampus

Steuerzentrale der Gefühle: Ärger, Freude, Lust, Unlust, Flucht, Kampf



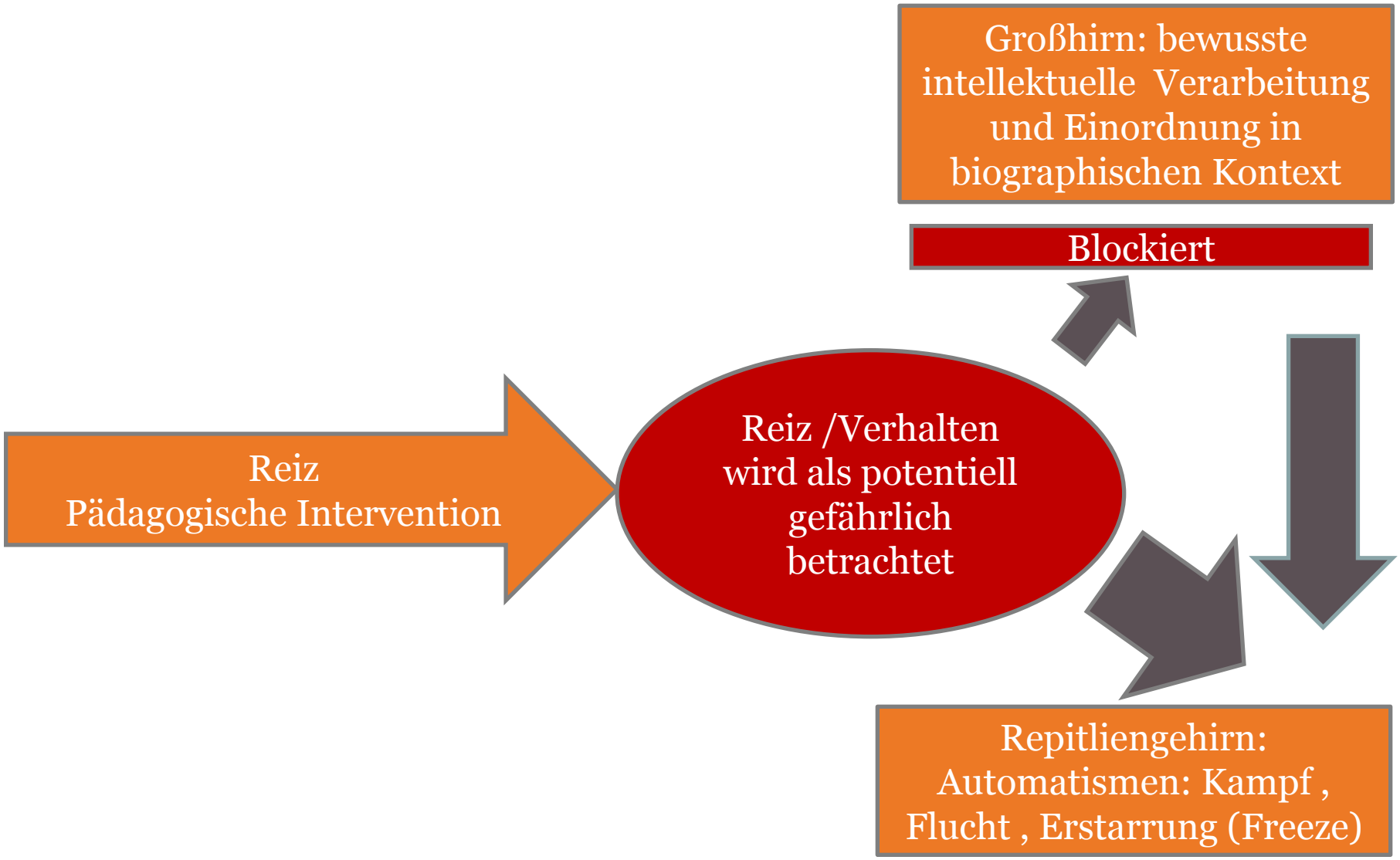
Kellergeschoss: Reptiliengehirn, Hirnstamm

Art- und Selbsterhaltung, Atmung, Blutdruck, Körperfunktionen und -reaktionen (Muskelanspannung, entwickeln von Körperflüssigkeiten, ..)

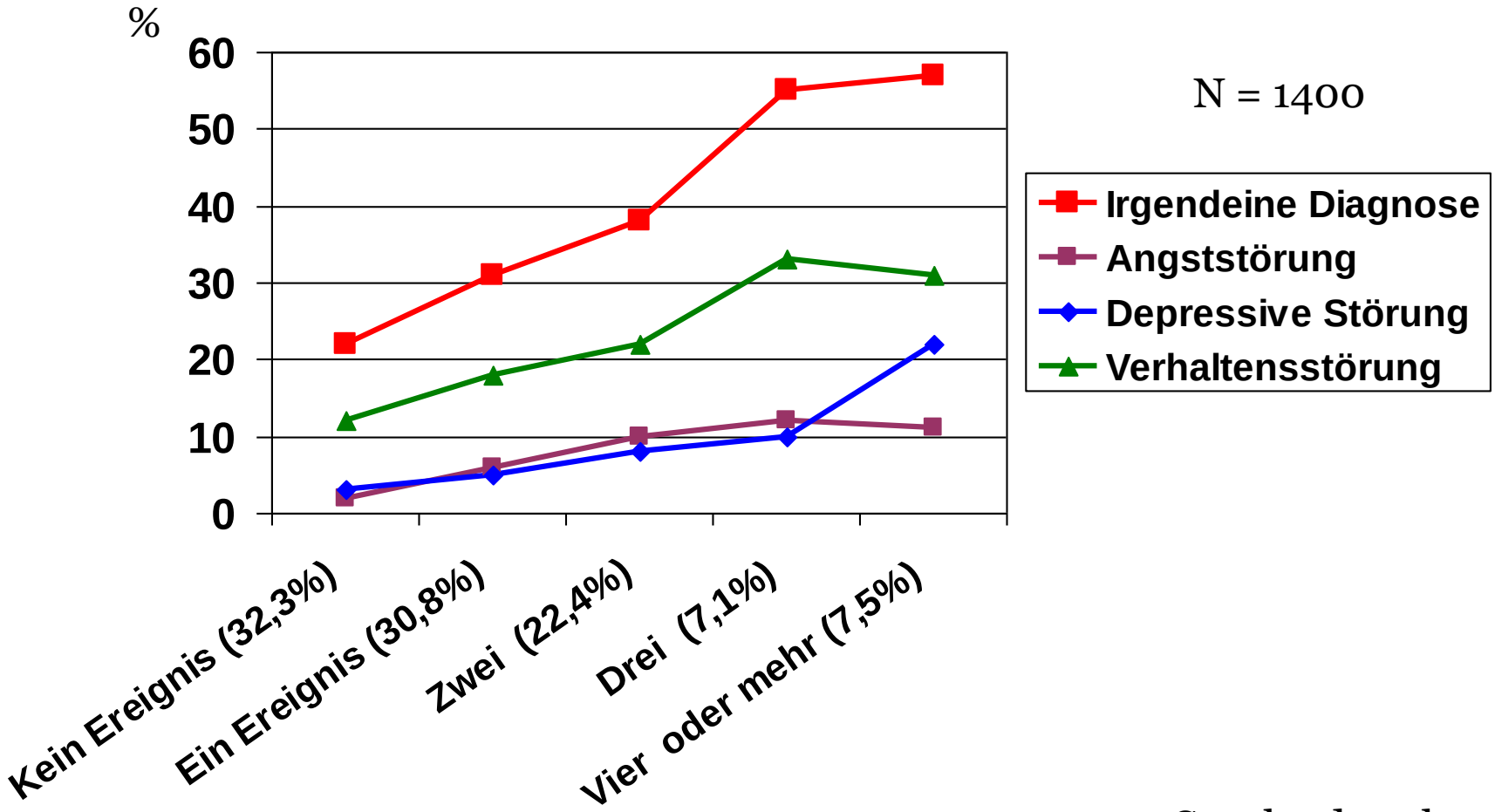
Levine, Berceli,

Welche Erfahrungen mit Regeln bestehen?

Was passiert bei einer Regelübertretung?



Bedeutung von Trauma für die Entwicklungspsychopathologie



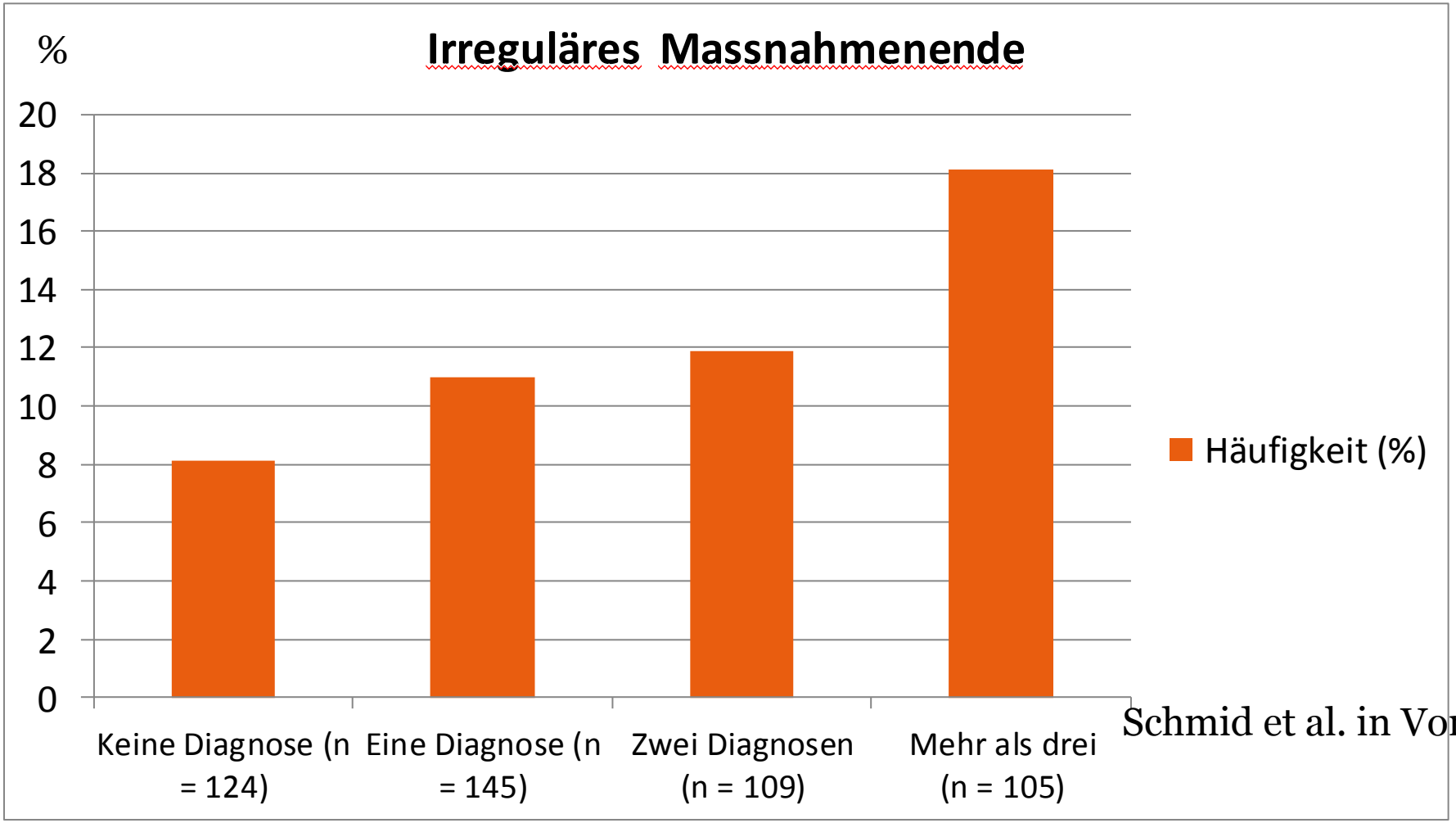
N = 1400

Copeland et al. 2007

Komorbidität nach DSM-IV

Keine Diagnose	26%
Mindestens eine Diagnose	74%
Eine DSM-IV Diagnose	23%
Mehr als eine DSM-IV-Diagnose	51%
Mehr drei DSM-IV-Diagnosen	9%
Mehr als eine Diagnose aus unterschiedlichen DSM-IV-Kapiteln	49%
Mehr als drei Diagnosen aus unterschiedlichen DSM-IV-Kapiteln	4%

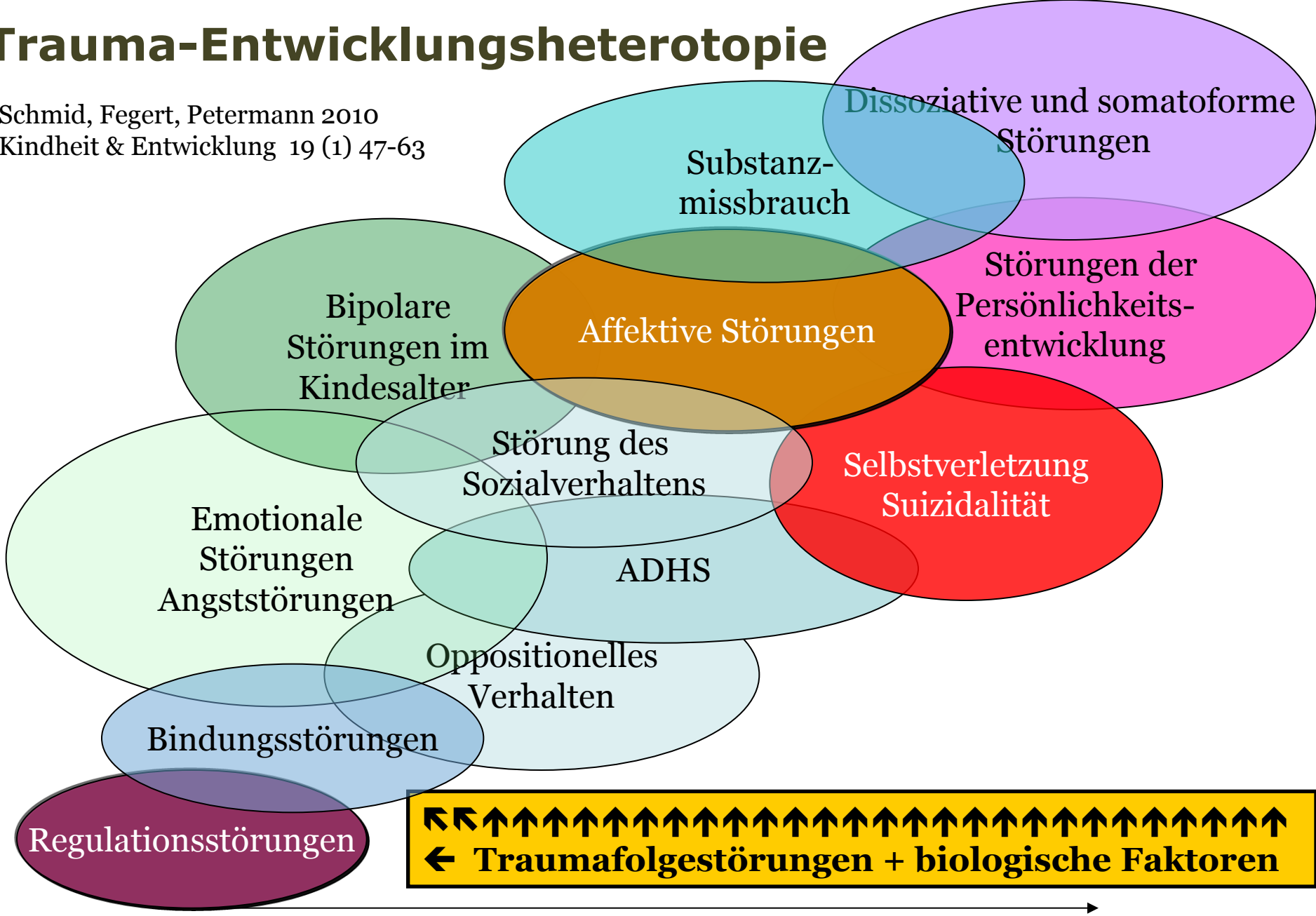
Einfluss von psychischen Erkrankungen auf den Verlauf von Jugendhilfemassnahmen



Schmid et al. in Vorb.

Trauma-Entwicklungsheterotopie

Schmid, Fegert, Petermann 2010
Kindheit & Entwicklung 19 (1) 47-63



Geburt Vorschulalter Schulalter Pubertät Adoleszenz

Nochmals genauer nachlesen?

Kindheit und Entwicklung, 19 (1), 47 – 63 © Hogrefe Verlag, Göttingen 2010

Aktuelle Kontroverse

Traumaentwicklungsstörung: Pro und Contra*

Marc Schmid[1], Jörg M. Fegert[2] und Franz Petermann[3]

[1] Kinder-und Jugendpsychiatrische Klinik der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel
[2] Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Ulm
[3] Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen

Zusammenfassung. Es wird die aktuelle Diskussion um die Aufnahme der Diagnose einer Traumaentwicklungsstörung in das DSM-V aufgegriffen und die Pro- und Contraargumente einer solchen Diagnose gegenübergestellt. Befürworter der Traumaentwicklungsstörung argumentieren, dass viele gut erforschte Traumafolgen mit der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung nur unzureichend beschrieben werden. Gerade Opfer von schweren und sequentiellen Kindheitstraumata entwickeln häufig eine Breitbandsymptomatik mit vielen komorbiden psychischen Störungen. Die klinische Evidenz zeigt, dass diese sehr schwer zu behandelnde Patientengruppe von einem spezifischen traumatherapeutischen Zugang profitiert. Gegen diese Diagnose spricht, dass mit der Einführung einer solchen

Warum eine Traumapädagogik?

„Die ‚Erwachsenen' beschäftigen sich zu wenig mit den Problemen, die Jugendliche haben, und zu viel mit den Problemen, die Jugendliche machen."

Ute Claas, Deutsche Kriminologin

http://www.rensch-haus.com/images/gesundheit_oekologie.jpg

Warum eine Traumapädagogik? -1 - Klienten

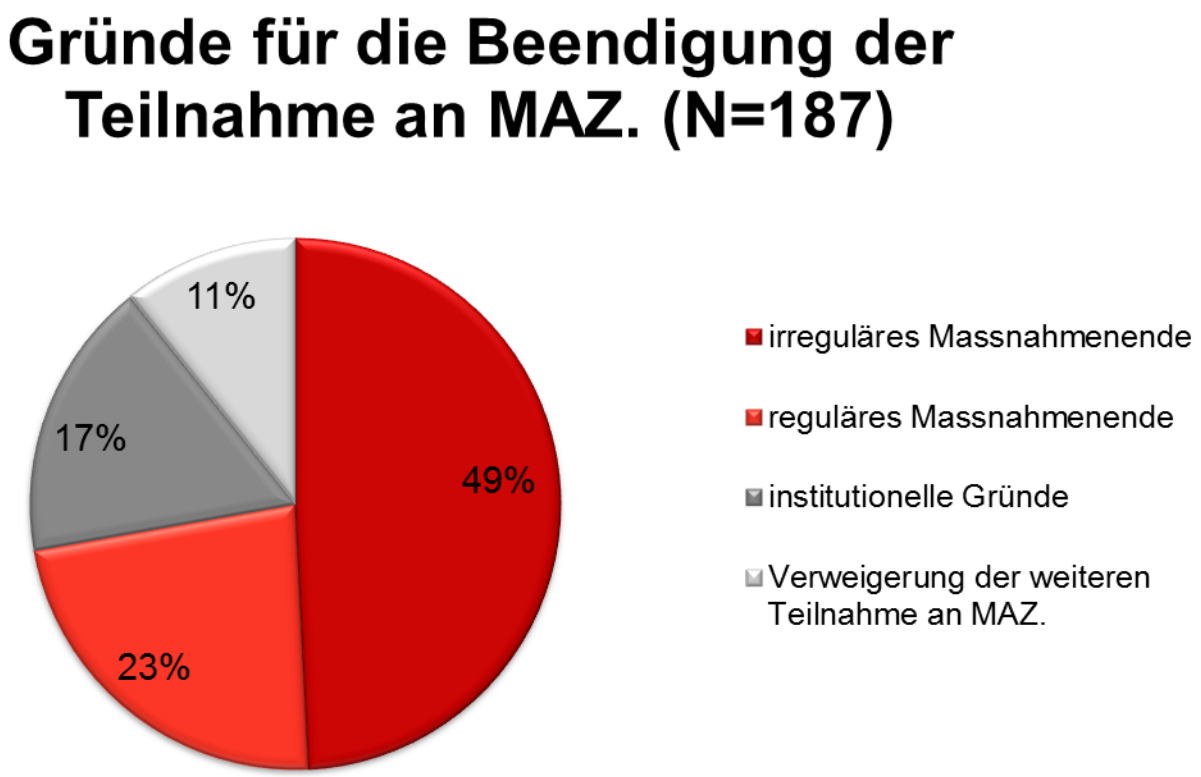
- Es leben extrem viele Heranwachsende mit traumatischen Lebenserfahrungen in der stationären Jugendhilfe und im Pflegekinderwesen.
- Traumatisierte Heimkinder weisen einen besonderen pädagogischen Bedarf auf.
- Fremdplatzierungen in traditionellen Angeboten scheitern bei besonders traumatisierten Kinder und Jugendlichen häufig – Beziehungskontinuität ist aber für die weitere Prognose entscheidend.
- Viele gute, traditionelle Ansätze der Heimerziehung lassen sich gut mit psychotraumatologischem Wissen begründen und in ein theoretisches Gerüst einfügen?
- Konzeptionelle Antwort auf die Forderung nach immer mehr Ressourcen für die stationäre Jugendhilfe?

Traumata

- **80%** berichten traumatische Erlebnisse im ETI
  - **49%** geben 3 oder mehr traumatische Erlebnisse an

N=420

Gründe für die Beendigung der Teilnahme



16% der Gesamtstichprobe beenden die Massnahme irregulär, die Abbruchraten sind somit etwas besser als im internationalen Vergleich. Dennoch sind diese in Anbetracht der maladaptiven gesellschaftlichen Folgen viel zu hoch.

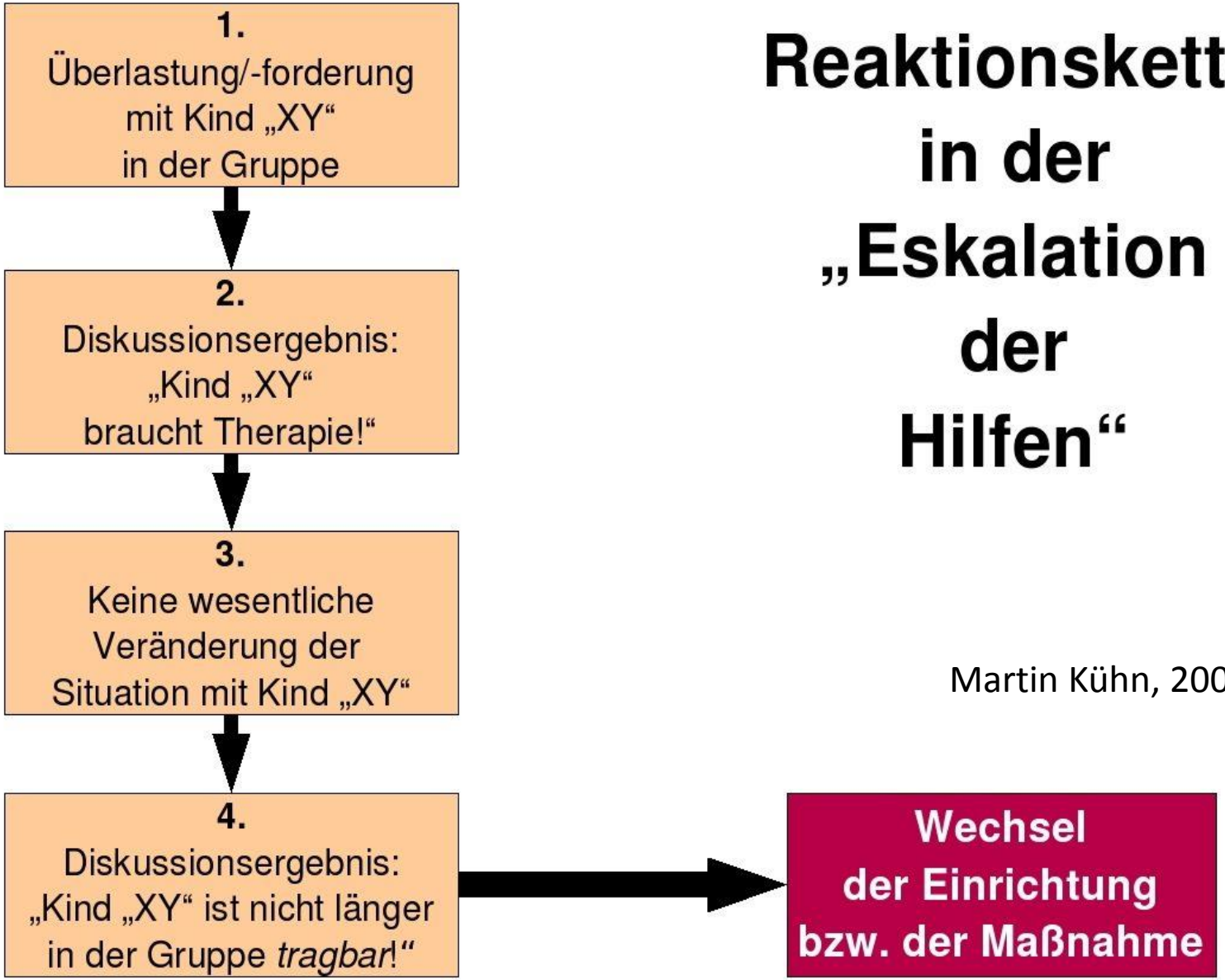
Viele Beziehungsabbrüche I

- Je mehr Beziehungsabbrüche und gescheiterte Hilfen in der Vorgeschichte, desto schlechter die Wirksamkeit der aktuellen Jugendhilfemaßnahme und desto höher das Risiko für weitere Abbrüche (EVAS, 2004, Schmidt et al. 2002).
- Jeder Wechsel ist zudem mit Ressourcenaufwand / Kosten im Jugendhilfesystem verbunden.
- Die Zahl der Beziehungsabbrüche geht mit einer höheren und schweren Delinquenz (Ryan & Testa 2004) sowie einer stärkeren Teilhabebeeinträchtigung (Aarons et al. 2010) auf dem weiteren Lebensweg einher.
- Wesentlich höhere Folgenkosten im medizinischen Bereich (Rubin et al. 2004).

Viele Beziehungsabbrüche II

- Je mehr Beziehungsabbrüche desto schlechter die Bindungsqualität und desto wahrscheinlicher Bindungsstörungen (Schleiffer 2002, Peréz et al. 2011).
- Klienten mit positiven Beziehungserfahrungen haben einen besseren Verlauf bei psychosozialen Interventionen (Zersen et al. 2006, Skodol et al. 2007).
- Im Sinne der aus der psychoanalytischen Familientherapie stammenden Replikationshypothese können viele Beziehungsabbrüche auch als unbewusste Wiederholung von innerfamiliären Beziehungserfahrungen betrachtet werden.
- Beziehungsabbrüche belasten nicht nur die Heranwachsenden sondern auch die beteiligten Fachkräfte auf den Wohngruppen und die Pflegeltern, da diese ebenfalls eine emotionale Beziehung zu den Heranwachsenden aufgebaut haben.

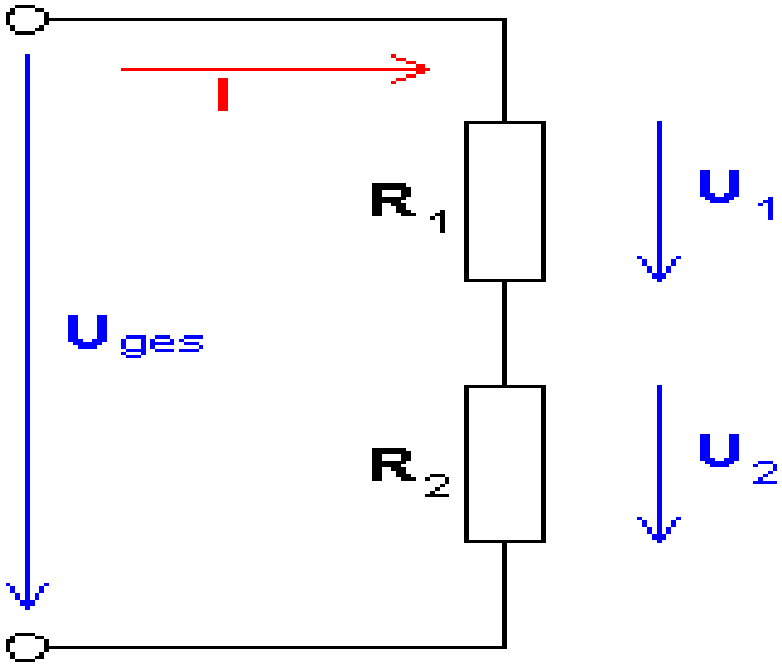
Reaktionskette in der „Eskalation der Hilfen“



Martin Kühn, 2009

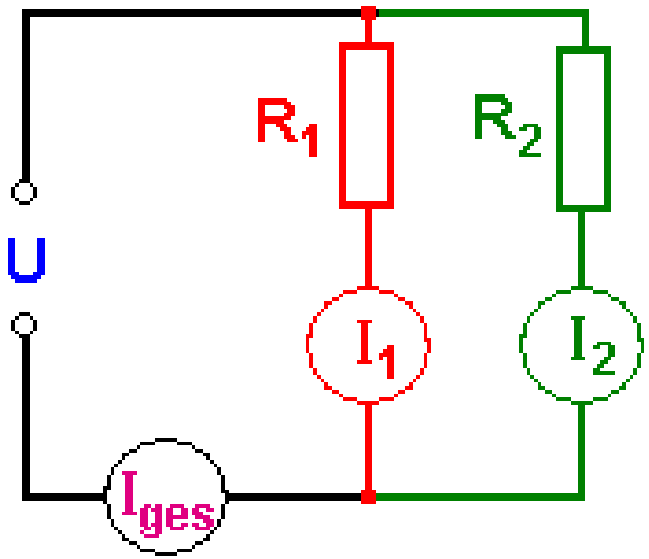
Eigentlich ein altbekanntes physikalisches Prinzip

Reihenschaltung
RGes = R1 + R2



Bei einer Reihenschaltung von Widerständen / psychosozialen Hilfen wird der Widerstand größer

Parallelschaltung
Rges = 1/R1 + 1/R2



Bei einer Parallelschaltung von Widerständen / psychosozialen Hilfen wird der Widerstand kleiner als die einzelnen Widerstände (vgl. Rosen-Runge 2009)

Pädagogischer oder psychiatrische Falldefinition

Ist die Seele eines Kindes teilbar?

Es braucht eine gemeinsame interdisziplinäre Falldefinition mit geklärten Verantwortlichkeiten:

„Das psychoreaktiv erkrankte Kind braucht Psychotherapie, weil es krank ist - und es braucht Pädagogik, weil es ein Kind ist.“

Heinz Stefan Herzka (Kinder- und Jugendpsychiater , Zürich)

Es ist nicht möglich, einen Fall eines/er fremdplatzierten psychisch belasteten Heranwachsenden entweder nur aus einer rein kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Perspektive oder aus einer rein pädagogischen Perspektive heraus zu betrachten - es braucht immer beide! - Eine kleine Demonstration.

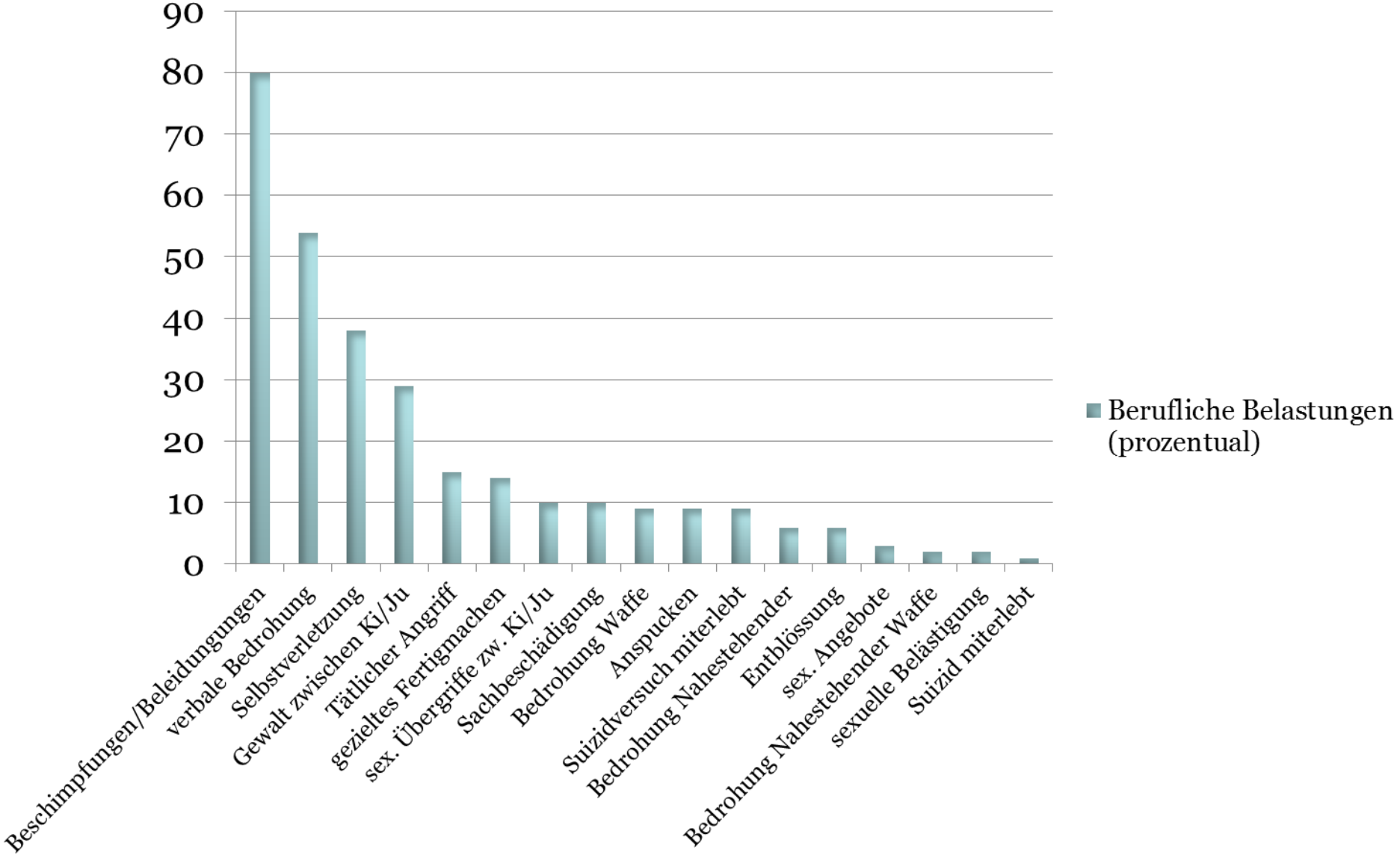
Warum eine Versorgungsebene?

Ohnmacht der Helfer

Warum eine Traumapädagogik? - Mitarbeiter

- Die ständige Konfrontation mit traumatisierten Menschen und ihren Symptomen ist belastend – man braucht Konzepte, um die pädagogischen Fachkräfte in ihrem Alltag konkret zu entlasten.
- Arbeitszufriedenheit der pädagogischen Fachkräfte in der stationären Jugendhilfe erhöhen - Heimerziehung als Durchgangsberuf?
- Sensibilisierung der Mitarbeiterschaft für eigene emotionale Reaktionen zum Schutz vor traumatischen Reinszenierungen. Gewisser Schutz vor Grenzverletzungen durch Fachkräfte.
- Man muss die Selbstwirksamkeitserwartung der Milieutherapie bei besonders belasteten Kinder erhöhen (nur dadurch lassen sich Abbrüche vermeiden - wider dem Verschiebebahnhof).
- Konzept kommt unmittelbar der pädagogischen Basis zugute und wertet die Arbeit im stationären pädagogischen Alltag auf.

Berufliche Belastungen (prozentual)

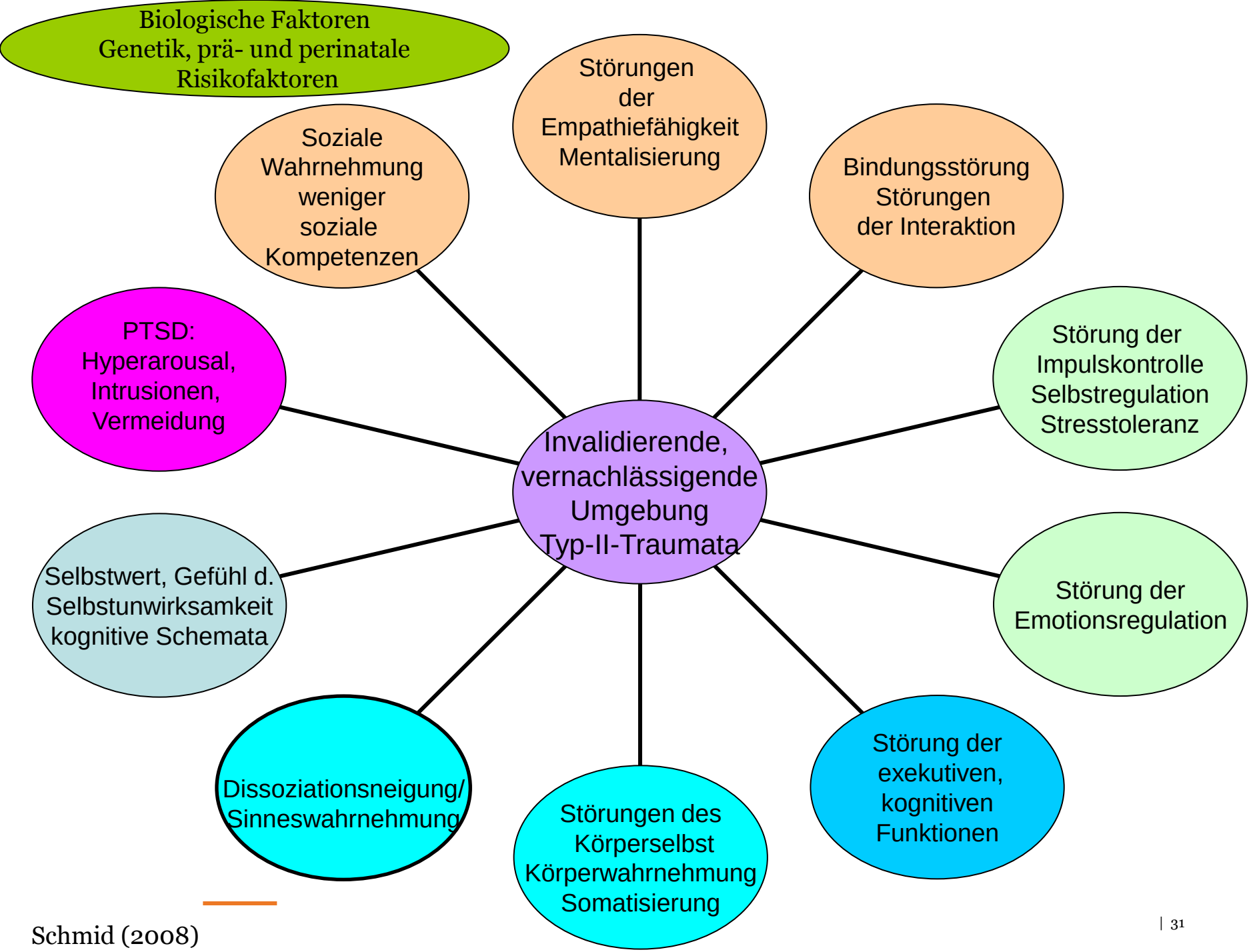


Komplexe Traumafolgestörungen
Auswirkungen auf die Pädagogik

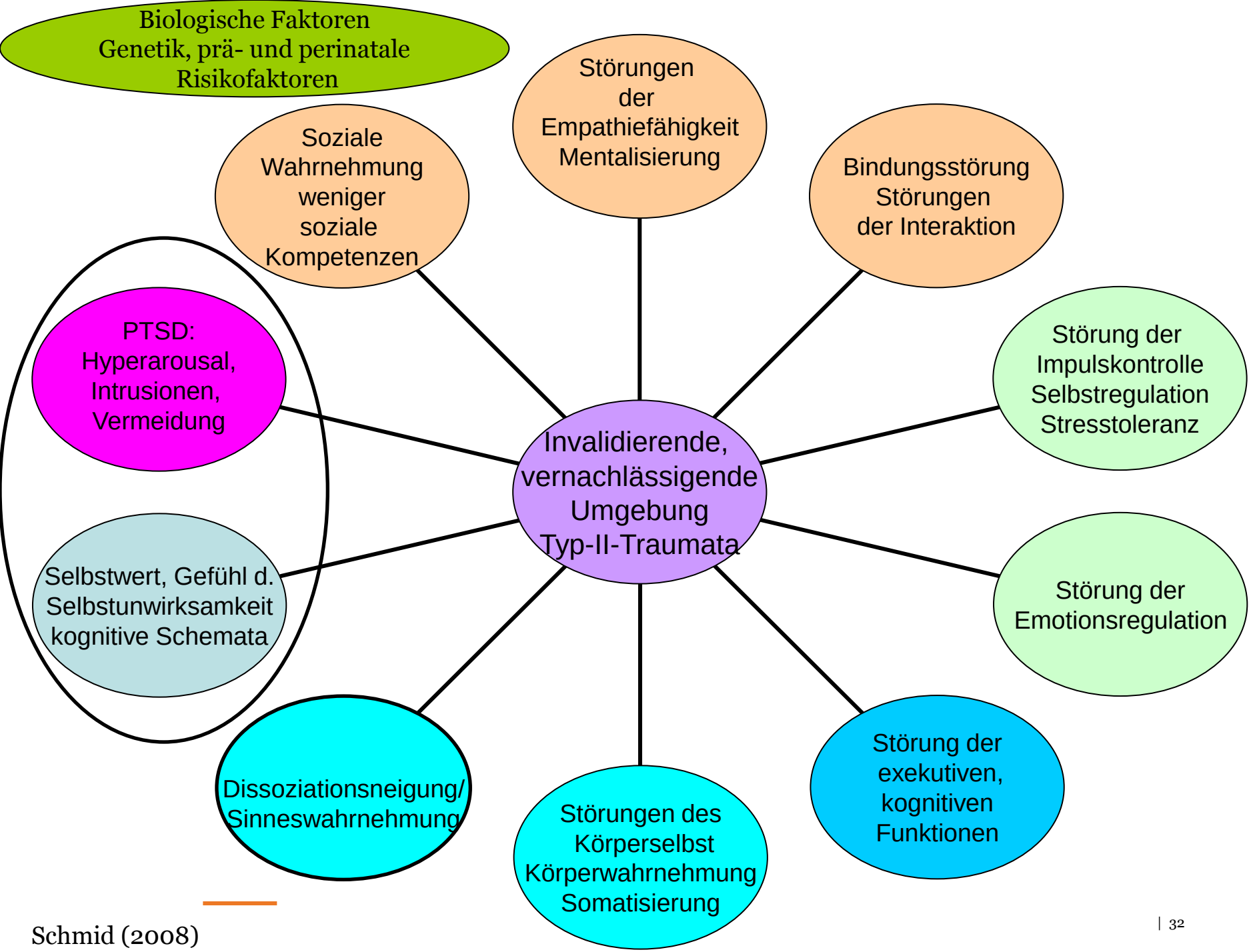
„Post traumatic stress disorder is a poem with many verses.“

Helen White

(US-Schriftstellerin, die über ihre Erfahrungen als Krankenschwester im Vietnamkrieg berichtete)


Biologische Faktoren
Genetik, prä- und perinatale Risikofaktoren
Störungen der Empathiefähigkeit Mentalisierung
Soziale Wahrnehmung weniger soziale Kompetenzen
Bindungsstörung Störungen der Interaktion
PTSD: Hyperarousal, Intrusionen, Vermeidung
Störung der Impulskontrolle Selbstregulation Stresstoleranz
Invalidierende, vernachlässigende Umgebung Typ-II-Traumata
Selbstwert, Gefühl d. Selbstunwirksamkeit kognitive Schemata
Störung der Emotionsregulation
Dissoziationsneigung/ Sinneswahrnehmung
Störungen des Körperselbst Körperwahrnehmung Somatisierung
Störung der exekutiven, kognitiven Funktionen

Schmid (2008)


Biologische Faktoren
Genetik, prä- und perinatale
Risikofaktoren
Störungen
der
Empathiefähigkeit
Mentalisierung
Soziale
Wahrnehmung
weniger
soziale
Kompetenzen
Bindungsstörung
Störungen
der Interaktion
PTSD:
Hyperarousal,
Intrusionen,
Vermeidung
Störung der
Impulskontrolle
Selbstregulation
Stresstoleranz
Invalidierende,
vernachlässigende
Umgebung
Typ-II-Traumata
Selbstwert, Gefühl d.
Selbstunwirksamkeit
kognitive Schemata
Störung der
Emotionsregulation
Dissoziationsneigung/
Sinneswahrnehmung
Störungen des
Körperselbst
Körperwahrnehmung
Somatisierung
Störung der
exekutiven,
kognitiven
Funktionen

Schmid (2008)

PTSD – Selbstwert - Selbstunwirksamkeit

- Intrusionen/Wiedererinnerungen
- Alpträume
- Höheres Erregungsniveau
- Vermeidungsverhalten
- Schlafstörungen
- Absolute Selbstunwirksamkeitserwartung
- Negative Selbstbild
- Mangelnde Selbstfürsorge
- Unterdrückung eigener Bedürfnisse

Biologische Faktoren
Genetik, prä- und perinatale Risikofaktoren
Störungen der Empathiefähigkeit Mentalisierung
Soziale Wahrnehmung weniger soziale Kompetenzen
Bindungsstörung Störungen der Interaktion
PTSD: Hyperarousal, Intrusionen, Vermeidung
Störung der Impulskontrolle Selbstregulation Stresstoleranz
Invalidierende, vernachlässigende Umgebung Typ-II-Traumata
Selbstwert, Gefühl d. Selbstunwirksamkeit kognitive Schemata
Störung der Emotionsregulation
Dissoziationsneigung/ Sinneswahrnehmung
Störungen des Körperselbst Körperwahrnehmung Somatisierung
Störung der exekutiven, kognitiven Funktionen

Schmid (2008)

Probleme bei der Emotionsregulation

- Gefühle werden leichter ausgelöst, fluten schneller an und werden rasch als aversive Anspannung erlebt.
- Handlungsimpulse können nicht adäquat identifiziert und somit schwerer gegenreguliert werden.
- Gefühle dauern länger an und überlagern sich (Beruhigung braucht länger).
- Sekundär-Gefühle (Schuld, Scham)
- Durcheinander negativer Gefühle – emotionale Taubheit - innere Leere Emotionsphobie.

Von: http://www.123mycodes.com/myspacefunnystuff/img/2344.jpg

Störungsmodell: Spannungsreduktion

Stimulus → **Emotion** → **Reaktion** → **Spannungsanstieg**

negiert

inadäquat

„Emotionsphobie"

- Das Dilemma ist, dass diese Patienten entweder zu viel oder zu wenig von ihren Gefühlen wahrnehmen! (van der Hart)

Biologische/genetische Disposition zu heftigen Gefühlen
Negative Lerngeschichte mit Emotionen

Bei niederem Erregungsniveau
viele Verhaltensalternativen

Gefühle werden
bedrohlich
unangenehm erlebt
und
nicht wahrgenommen oder
unterdrückt

Schwierigkeiten im
Umgang und bei
der Wahrnehmung
mit Emotionen,
„Angst“ vor Gefühlen

In-Albon & Schmid (2011)

Die Signale die Gefühle für die
Verhaltenssteuerung
geben werden nicht bemerkt und
Verhalten wird nicht danach
ausgerichtet

Emotion wird als
Überforderung erlebt:
Gefühl der Leere, Taubheit
Selbstverletzung, Aggression,
Substanzkonsum, Suizidversuch

Fazit: Normale emotionale Reaktionen im Alltag sollten bemerkt und für eine gute Beziehungsgestaltung nutzbar gemacht werden!

Situation bleibt ungeklärt
Gefühle werden stärker
unangenehm belastende
Anspannungsgefühle
treten auf

Verhaltensmöglichkeiten
sind scheinbar blockiert
Anspannungsniveau wird
unerträglich

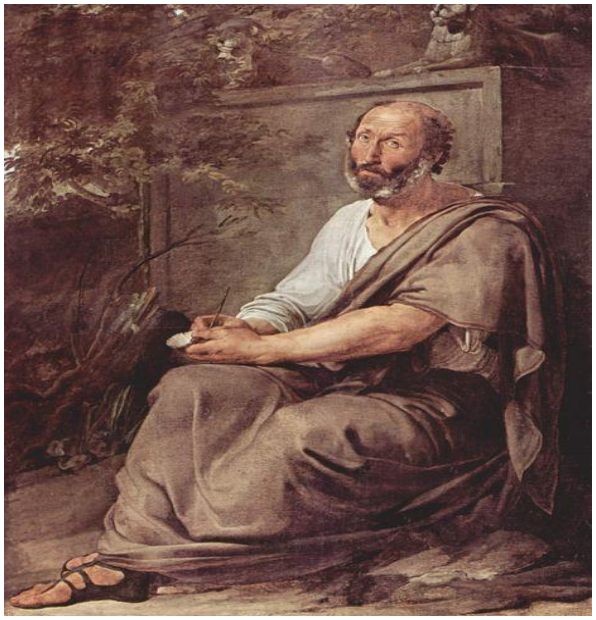
Bei höchstem
Erregungsniveau
werden automatisierte
Lösungsmechanismen
eingesetzt

Je höher Erregungsniveau desto
weniger Verhaltensalternativen
andere Personen reagieren
dann oft ebenfalls emotionaler

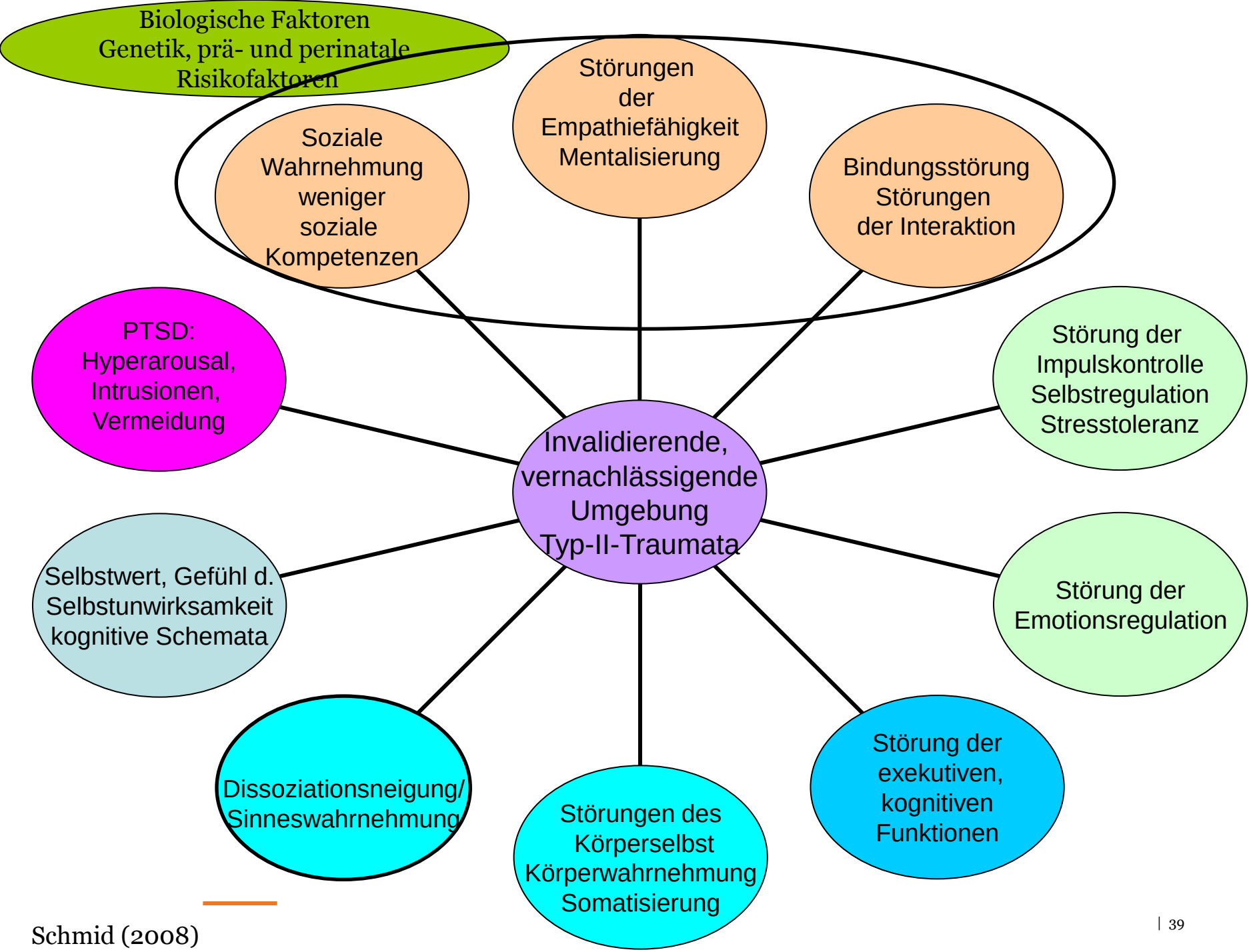
Emotionsregulation

„Jeder kann wütend werden, das ist einfach. Aber wütend auf den Richtigen zu sein, im richtigen Mass, zur richtigen Zeit, zum richtigen Zweck und auf die richtige Art, das ist schwer.“

Aristoteles



Von: http://www.oel-bild.de/bilder/13604M.jpg


Biologische Faktoren
Genetik, prä- und perinatale Risikofaktoren
Störungen der Empathiefähigkeit Mentalisierung
Soziale Wahrnehmung weniger soziale Kompetenzen
Bindungsstörung Störungen der Interaktion
PTSD: Hyperarousal, Intrusionen, Vermeidung
Störung der Impulskontrolle Selbstregulation Stresstoleranz
Invalidierende, vernachlässigende Umgebung Typ-II-Traumata
Selbstwert, Gefühl d. Selbstunwirksamkeit kognitive Schemata
Störung der Emotionsregulation
Dissoziationsneigung/ Sinneswahrnehmung
Störungen des Körperselbst Körperwahrnehmung Somatisierung
Störung der exekutiven, kognitiven Funktionen

Schmid (2008)

Bindungsprobleme
Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme

„Der Kontakt selbst ist das gefürchtete Element, weil er das Versprechen von Liebe, Sicherheit und Trost beinhaltet, das nicht erfüllt werden kann und das (den Patienten) an die abrupten Verletzungen erinnert, die er in seiner Kindheit erlebt hat.“

Lawrence E. Hedges
(1997, S.114)

http://www.kwick.de/4048033/blog/36/

Teufelskreis im Team: Narzissmusfalle

Lohmer 2002

Narzissmusfalle
Jugendlicher macht „besonderes“ Beziehungsangebot.

Jugendliche/r fordert Beziehung immer stärker und intensiver ein.
Hält diese intensive Beziehungen kaum aus

Mitarbeiter fühlt sich unwohl, überfordert, emotional stark involviert.
Jugendliche/r „testet“ Beziehung aus, Reinszenierung von Abbrüchen, Beziehungserfahrungen.

Mitarbeiter zieht sich zurück oder reagiert über.
Auftreten der Symptomatik, Entwertung des Mitarbeiters.

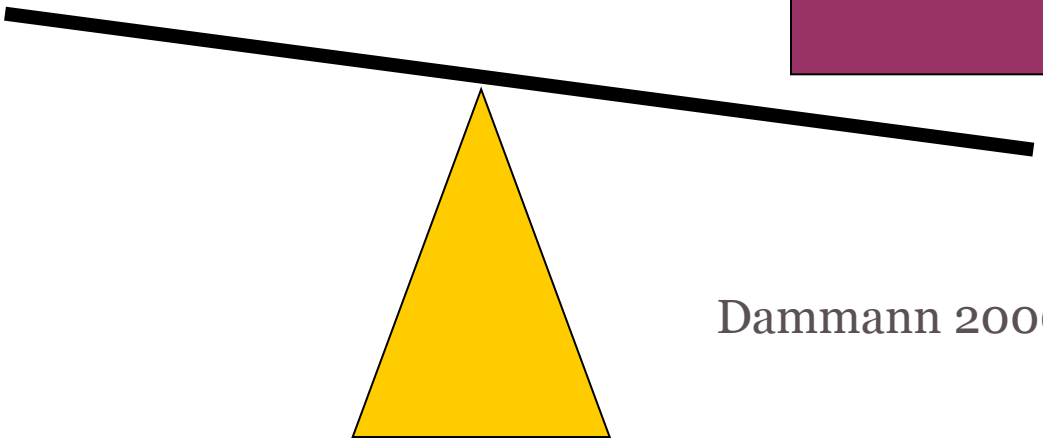
Mittlerer Abstand in der Beziehungsgestaltung

„Der Verstand kann uns sagen, was wir unterlassen sollen.
Aber das Herz kann uns sagen, was wir tun müssen.“

Joseph Joubert

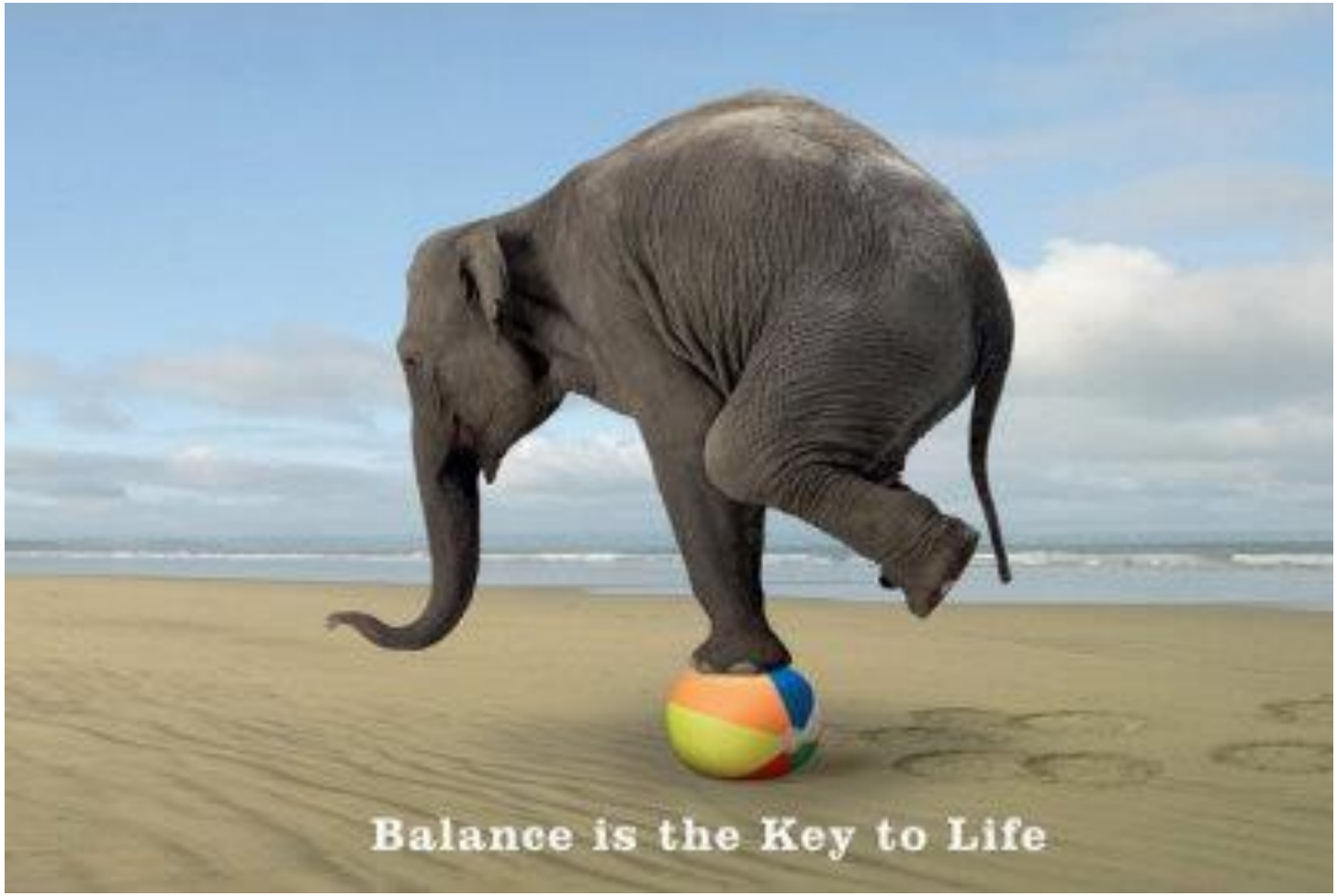
Emotionales Engagement

Reflektierende/ professionelle Distanz



Dammann 2006, Schmid 2007

Traumapädagogische Beziehungsgestaltung



http://images.easyart.com/i/prints/rw/lg/3/3/Maxi-Posters-Balance-is-the-key-to-life--Elephant-on-ball--331158.jpg

Beziehung zu pädagogischen Bezugspersonen
Konzept der sekundären Traumatisierung

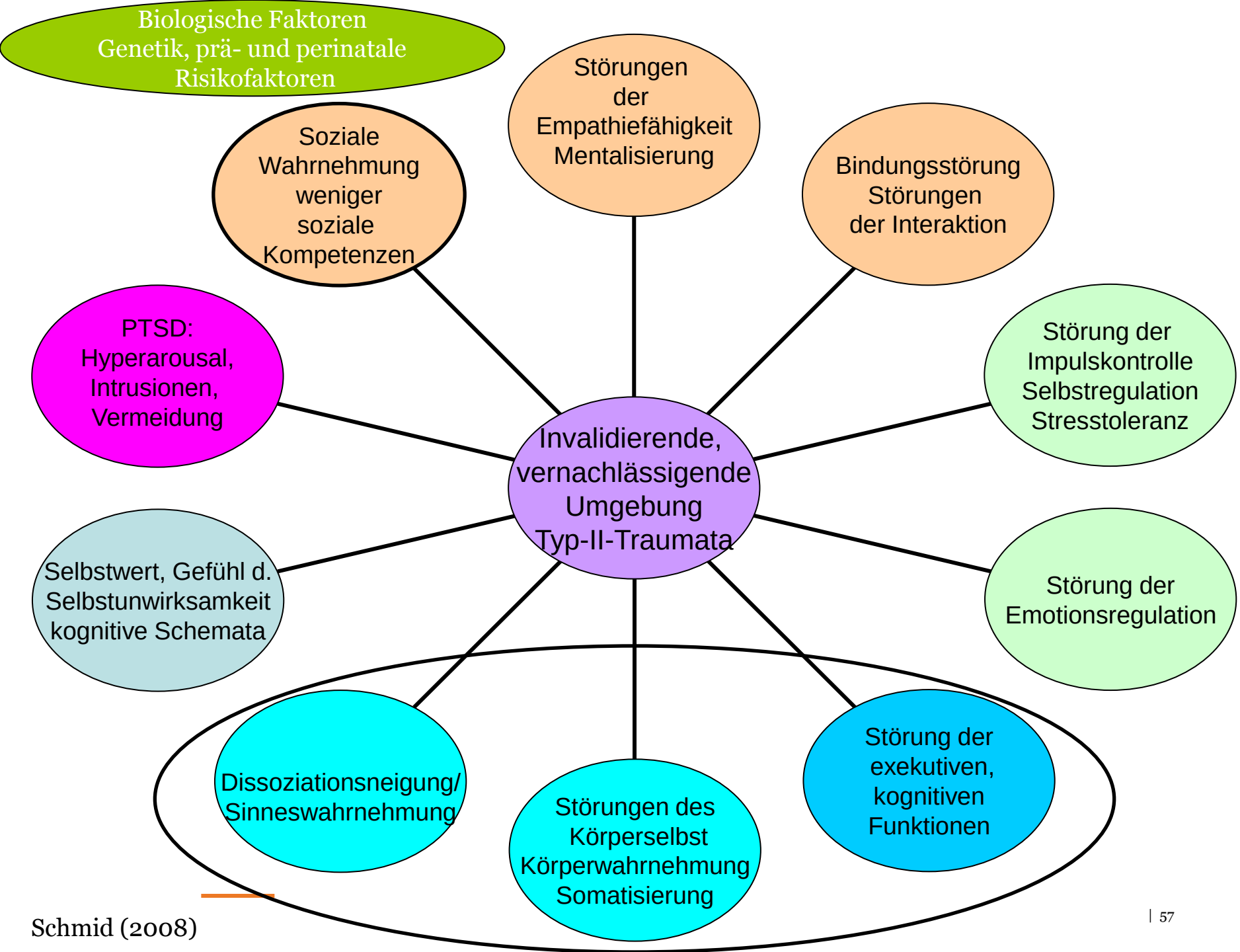
- „Stellvertretergefühle“ bei psychosozialen Helfern – Fachkraft erlebt, die durch die Dissoziation abgespalteten Emotionen der traumatisierten Person.
- Die Fachkraft erlebt selbst Intrusionen und Alpträume von traumatischen Situationen, welche der Klient im Gespräch schilderte (oder in der Phantasie des Helfers entstanden sind).
- Der psychosoziale Helfer findet keine Ruhe nach Gesprächen - man nimmt diese Familien mit nach Hause – überdauerndes Hyperarousal.
- Sehr starke Gegenübertragungsgefühle, Identifikation mit Opfer- und/oder Täterintrojekten (bagatellisieren, agieren).

Pollak et al. 2003,

……

Halt!

Ärger / Wut


Biologische Faktoren
Genetik, prä- und perinatale Risikofaktoren
Störungen der Empathiefähigkeit Mentalisierung
Soziale Wahrnehmung weniger soziale Kompetenzen
Bindungsstörung Störungen der Interaktion
PTSD: Hyperarousal, Intrusionen, Vermeidung
Störung der Impulskontrolle Selbstregulation Stresstoleranz
Invalidierende, vernachlässigende Umgebung Typ-II-Traumata
Selbstwert, Gefühl d. Selbstunwirksamkeit kognitive Schemata
Störung der Emotionsregulation
Dissoziationsneigung/ Sinneswahrnehmung
Störungen des Körperselbst Körperwahrnehmung Somatisierung
Störung der exekutiven, kognitiven Funktionen

Schmid (2008)

Dissoziative Prozesse

http://www.silberpapier.de/images/dis.gif

https://www.sozialversicherung.at/mediaDB/MMDB64312_40879.JPG

Was ist Dissoziation?

Verlust der Raum und Zeitgefühls, Orientierung

Intrusionen, Bilder,

1000 Yards Starren, Kein Blickkontakt leerer Blick

Keine Erinnerung

Lernen ist in dissoziiertem Zustand nicht möglich

Fragmentierte Informationsverarbeitung

Keine Mimik, starrer oft ausdrucksloser Gesichtsausdruckausdruck

„Null-Reaktion“ auf Umwelt Reize dringen nicht durch

Schmerzwahrnehmung Ist deutlich reduziert. Verlust des Körpergefühls

Bewegungslosigkeit/ keine Gestik

Innere Leere, Emotionale Taubheit

Keine Energie spürbar Unklare Gegenübertragung

Lediglich automatisierte Handlungsmuster kein geplantes Verhalten

Depersonalisationserleben

Kein Grounding

Dissoziation und Trauma

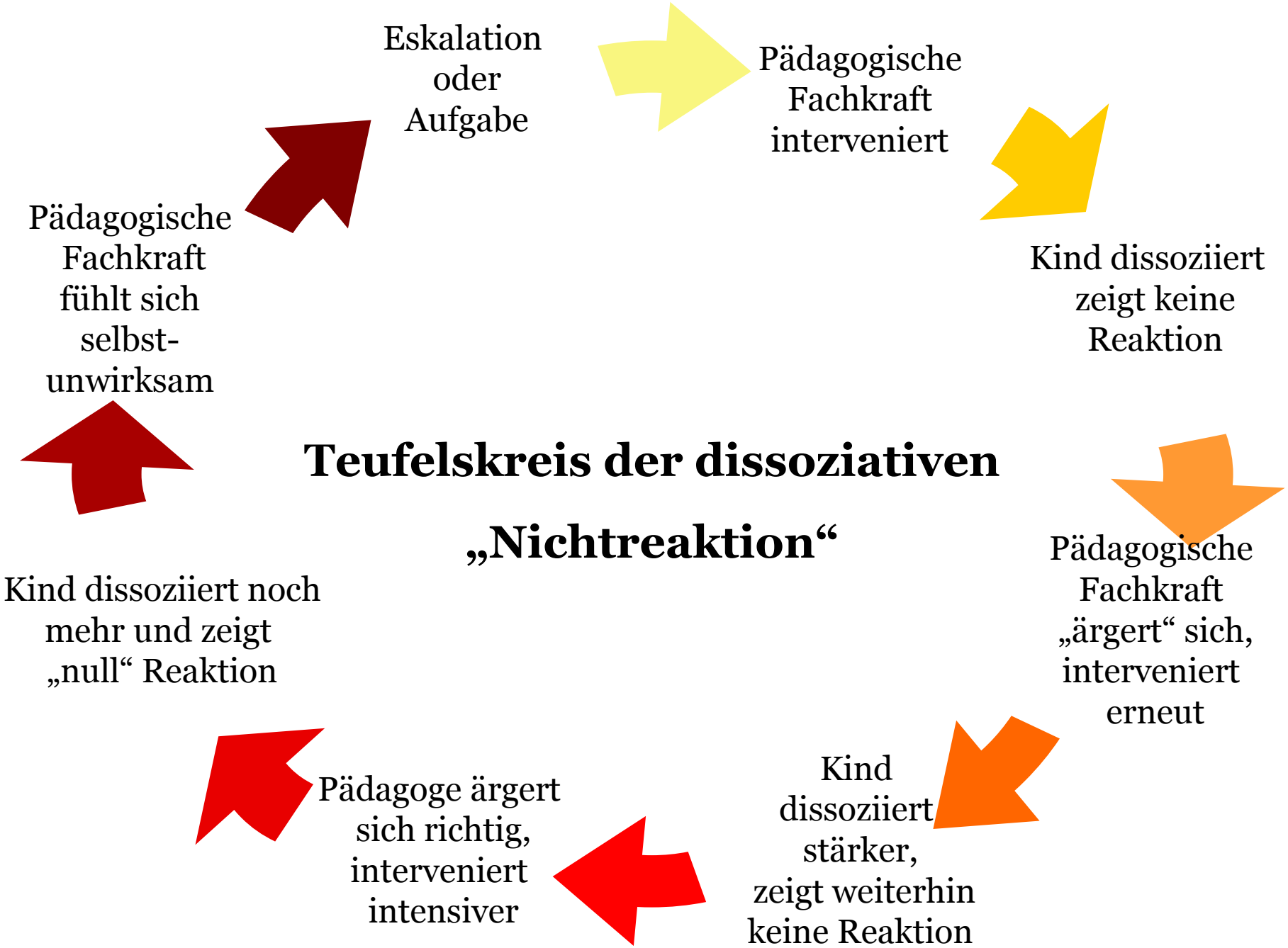
Cartoon Renate Alf: http://www.zi-mannheim.de/psm_links.html

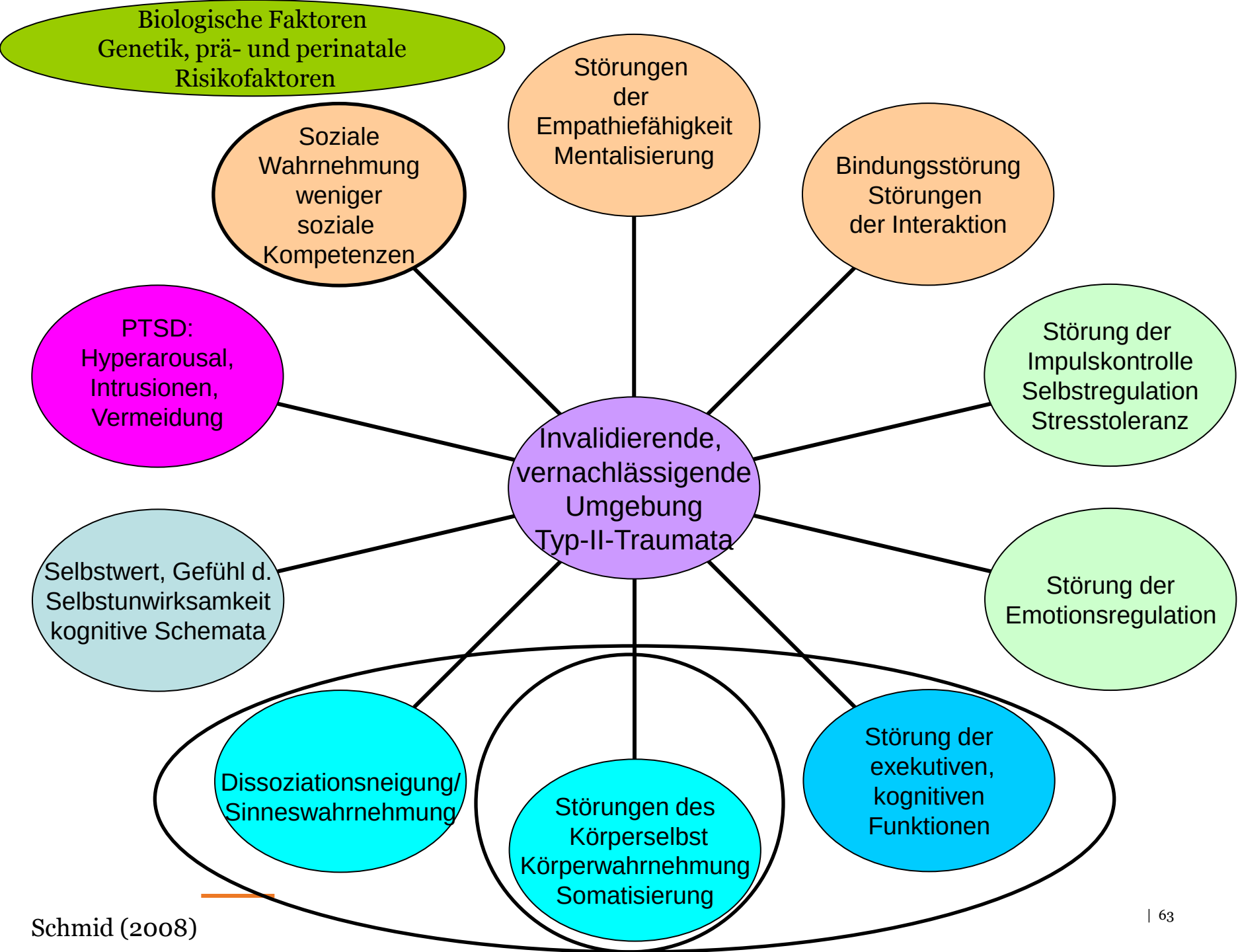
- 10% der Traumatisierten entwickeln sofort eine chronische Dissoziationsneigung (Overkamp 2002).
- 50% bei sequentieller Traumatisierung (Murie et al. 2001).
- Dissoziierende Erwachsene sprechen von stärkeren/häufigeren Kindheitstraumata (Nash et al. 2009)
- Extreme, emotional negativ aufgeladene Familienatmosphäre scheint das Ausmass der Dissoziationsneigung wesentlich zu beeinflussen (Sanders & Giolas 1991, DiTomasso & Routh 1993).
- Zusammenhang wird auch von anderen Faktoren moderiert (Merckelbach & Muris 2001).

Pädagogische Probleme durch Dissoziation

- Starke Leistungsschwankungen – nicht lernen können.
- Räumliche, zeitliche Desorientierung - Konfabulieren vs. Lügen.
- Schnelle Wechsel fallen schwer - Desorientierung.
- Können soziale Rolle unter Druck nicht ausfüllen - Retraumatisierungen - können Gruppendynamiken nicht unterbinden.
- Dissoziation führt fast zwangsläufig zu Nichtpartizipation bei wichtigen Gesprächen (Familien-, Hilfeplan).
- Wut wird in der Gegenübertragung nicht „gespürt“ – überraschende Aggression - Heftigkeit und Körperkraft sind kaum vorherzusehen.
- Teufelskreis von stärkerer Intervention und Dissoziation.
- .....

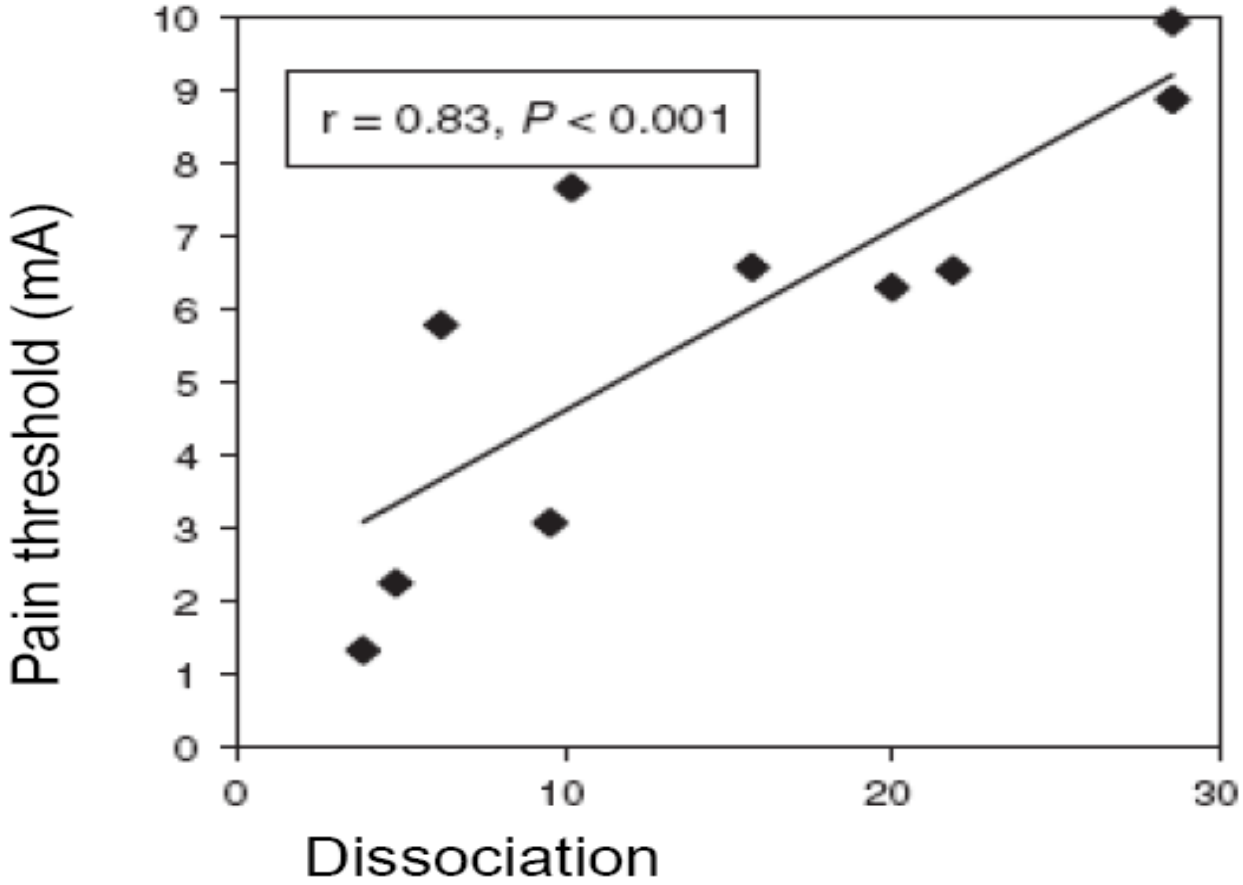
Teufelskreis der dissoziativen „Nichtreaktion“




Biologische Faktoren
Genetik, prä- und perinatale
Risikofaktoren
Störungen
der
Empathiefähigkeit
Mentalisierung
Soziale
Wahrnehmung
weniger
soziale
Kompetenzen
Bindungsstörung
Störungen
der Interaktion
PTSD:
Hyperarousal,
Intrusionen,
Vermeidung
Störung der
Impulskontrolle
Selbstregulation
Stresstoleranz
Invalidierende,
vernachlässigende
Umgebung
Typ-II-Traumata
Selbstwert, Gefühl d.
Selbstunwirksamkeit
kognitive Schemata
Störung der
Emotionsregulation
Dissoziationsneigung/
Sinneswahrnehmung
Störungen des
Körperselbst
Körperwahrnehmung
Somatisierung
Störung der
exekutiven,
kognitiven
Funktionen

Schmid (2008)

Schmerzwahrnehmung und Dissoziation

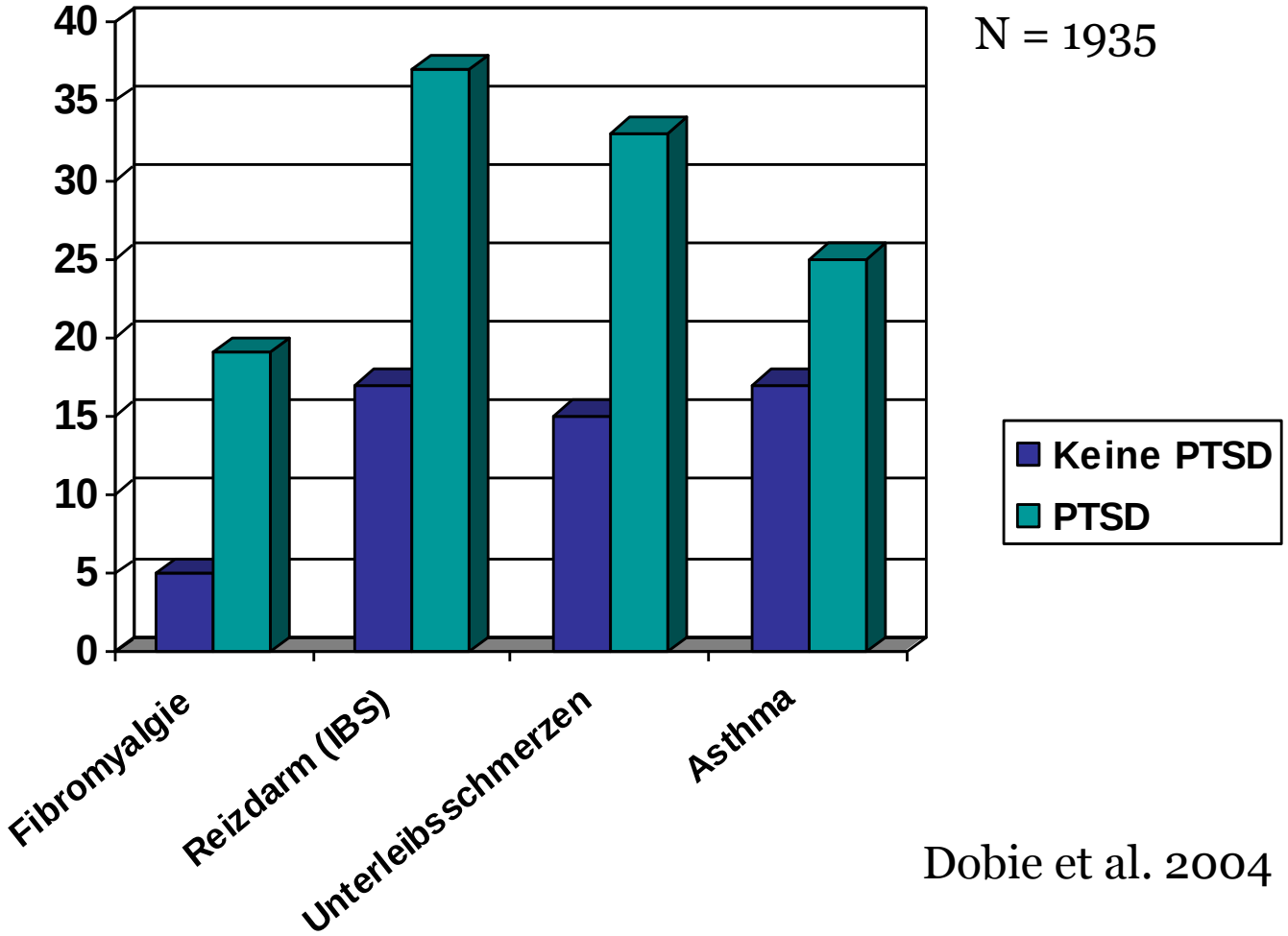


Ludäscher et al., Psychiatry Res 2007

Körperwahrnehmung und Trauma

- Traumatische Erfahrungen werden über körperliche Mikro-Praktiken im Körper gespeichert.
- Im Trauma „eingefrorene Energie“ verbleibt im Körper.
- Körperwahrnehmung als Auslöser für posttraumatisches Erleben.
- Schlechtere Körperwahrnehmung und Koordination.
- Eigenes Körperbild, weniger Körperpflege
- Kaum Gefühl für Körpergrenzen
- Auffälliges Sexualverhalten (völlige Vermeidung, Promiskuität, Schmerzen, Gefühle von Ekel)
- Trauma als Risikofaktor für viele somatische Erkrankungen

Körperliche Beschwerden bei traumatisierten und nicht traumatisierten weiblichen Kriegsveteraninnen



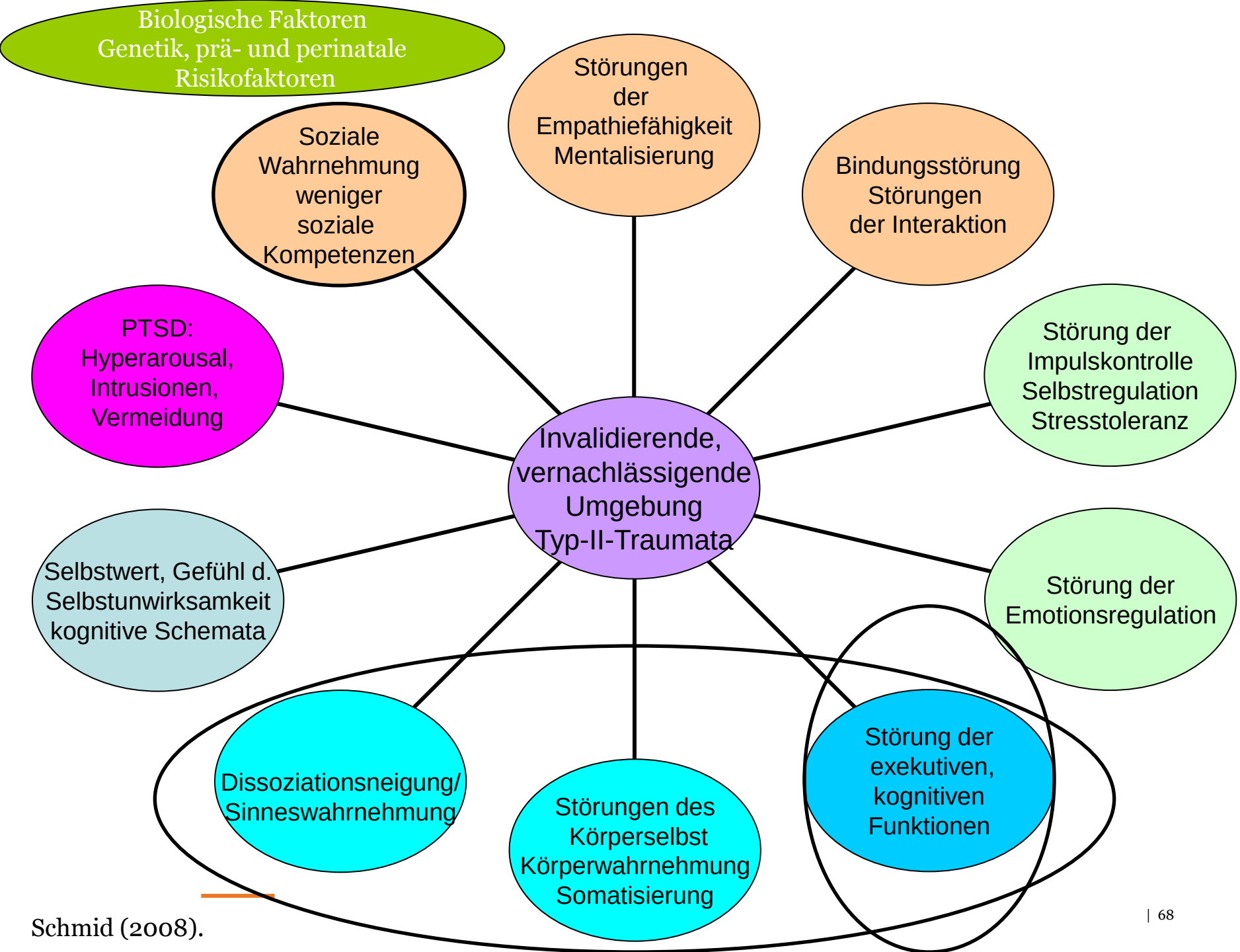
N = 1935

Dobie et al. 2004

Körperliche Symptome und Hochrisikoverhalten bei Opfern von häuslicher Gewalt in der Kindheit

Bair-Merritt et al. (2006), Review Pediatrics

- Geringere Gewichtszunahme im Säuglings- und Kleinkindalter
- Sehr viel geringerer Immunstatus
- Schlechterer Gesundheitszustand in standardisierten medizinischen Testverfahren
- Mehr Arztbesuche, weniger Vorsorgeuntersuchungen
- Viel mehr Missbrauch von psychotropen Substanzen
- Häufiger mehr Sexualpartner, Geschlechtskrankheiten und ungewünschte Schwangerschaften
- Höhere Gesundheitskosten


Biologische Faktoren
Genetik, prä- und perinatale Risikofaktoren
Störungen der Empathiefähigkeit Mentalisierung
Soziale Wahrnehmung weniger soziale Kompetenzen
Bindungsstörung Störungen der Interaktion
PTSD: Hyperarousal, Intrusionen, Vermeidung
Störung der Impulskontrolle Selbstregulation Stresstoleranz
Invalidierende, vernachlässigende Umgebung Typ-II-Traumata
Selbstwert, Gefühl d. Selbstunwirksamkeit kognitive Schemata
Störung der Emotionsregulation
Dissoziationsneigung/ Sinneswahrnehmung
Störungen des Körperselbst Körperwahrnehmung Somatisierung
Störung der exekutiven, kognitiven Funktionen

Schmid (2008).

Arbeitsverhalten – kognitive Funktionen

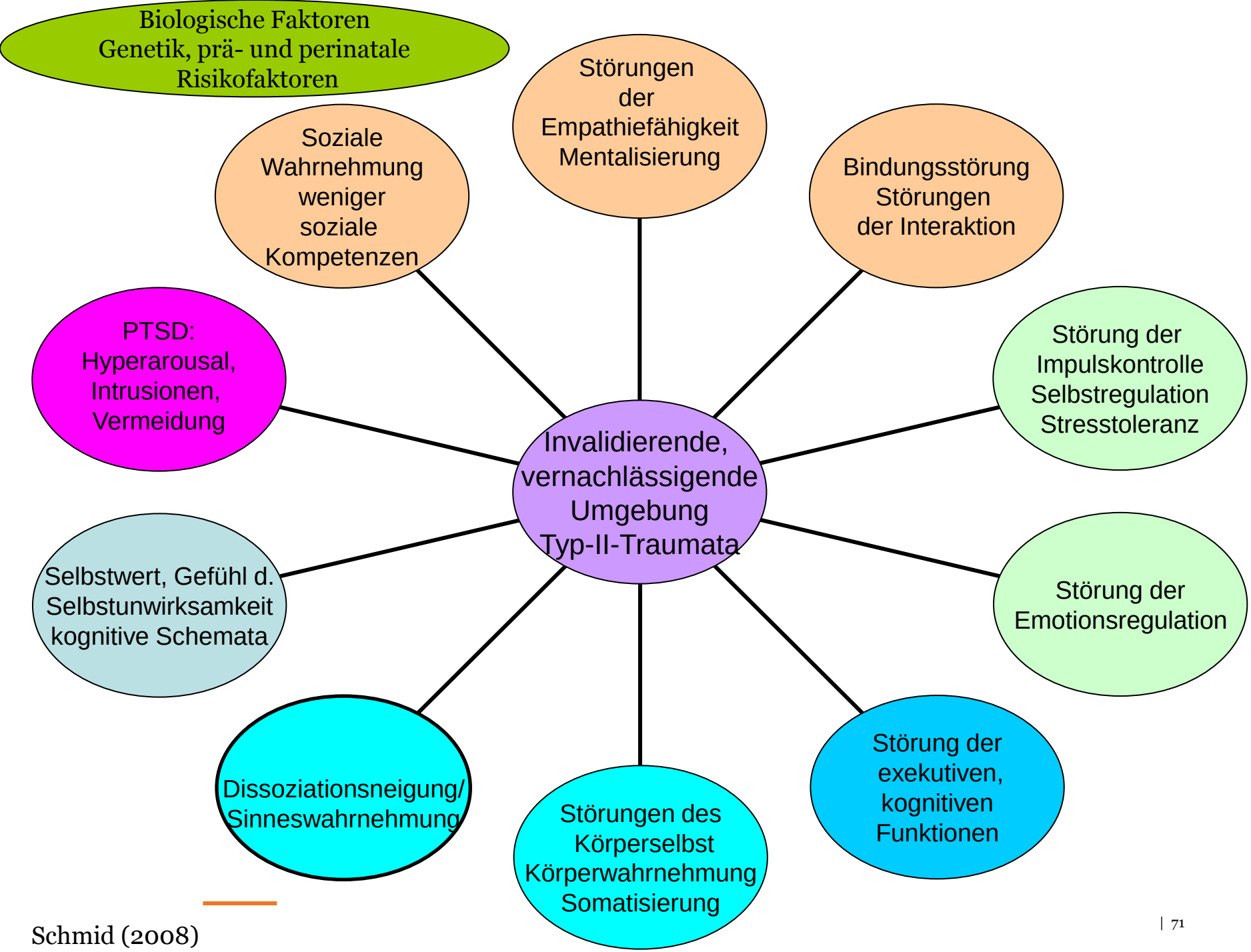
- Schwäche in den exekutiven Funktionen sehr ähnlich zum ADHS (Differentialdiagnose ist nicht einfach).
  - Konzentrationsprobleme
  - Schwierigkeiten, komplexe Dinge zu gliedern
  - Probleme, planvoll an Aufgaben heranzugehen
  - Schwächen im Arbeitsgedächtnis
  - Impulsivität

- Die Folgen von schwerer überdauernder Vernachlässigung sind teilweise irreversibel, da weniger Synapsen gebildet werden – geringerer IQ (gute Untersuchungen an rumänischen Waisenkindern).
- Wer im „Hier und Jetzt“ mit dem Überleben beschäftigt ist, tut sich schwer, etwas für die Zukunft zu planen.
- Zum Lernen braucht man einen sicheren Ort!

Einführung in die Traumapädagogik

„Man ist dort zu Hause, wo man verstanden wird.“

Indianisches Sprichwort


Biologische Faktoren
Genetik, prä- und perinatale
Risikofaktoren
Störungen
der
Empathiefähigkeit
Mentalisierung
Soziale
Wahrnehmung
weniger
soziale
Kompetenzen
Bindungsstörung
Störungen
der Interaktion
PTSD:
Hyperarousal,
Intrusionen,
Vermeidung
Störung der
Impulskontrolle
Selbstregulation
Stresstoleranz
Invalidierende,
vernachlässigende
Umgebung
Typ-II-Traumata
Selbstwert, Gefühl d.
Selbstunwirksamkeit
kognitive Schemata
Störung der
Emotionsregulation
Dissoziationsneigung/
Sinneswahrnehmung
Störungen des
Körperselbst
Körperwahrnehmung
Somatisierung
Störung der
exekutiven,
kognitiven
Funktionen

Schmid (2008)

Traumapädagogik: Korrigierende Beziehungserfahrung

Traumapädagogische Haltung

Traumatisierendes Umfeld

- Unberechenbarkeit
- Einsamkeit
- Nicht gesehen/gehört werden
- Geringschätzung
- Bedürfnisse missachtet
- Ausgeliefert sein – andere Bestimmen absolut über mich
- Leid

Traumapädagogisches Milieu

- Transparenz /Berechenbarkeit
- Beziehungsangebote/ Anwaltschaft
- Beachtet werden/wichtig sein
- Wertschätzung (Besonderheit)
- Bedürfnisorientierung
- Mitbestimmen können - Partizipation
- **Freude**

Haltungselemente	Ebene des Kindes	Ebene der Mitarbeiter
Unbedingte Wertschätzung	Wertschätzung der Überlebensleistung und der Besonderheit des Kindes.	Wertschätzung der Arbeitsleistung und Persönlichkeit.
"Guter Grund"	Hinter jedem Problemverhalten und Widerstand des Kindes steckt ein "guter Grund". Die zugrundeliegenden Bedürfnisse müssen beachtet und "versorgt" werden, um ein Gefühl von Sicherheit wieder zu erlangen.	Hinter Fehlverhalten oder Widerstand eines Mitarbeiters steckt "ein guter Grund". Die zugrundeliegenden Bedürfnisse müssen beachtet und "versorgt" werden.
Individualisierung	Jedes Kind benötigte eine andere Förderung und es darf nicht über- und unterfordert werden. Auf die Bedürfnisse der Kinder wird individuell eingegangen.	Es kann unterschiedliche Erwartungen an Mitarbeiter geben. Jeder Mitarbeiter braucht eine andere Form der Unterstützung.
Achtsamkeit	Achtsamkeit auf Spannungszustände, Anzeichen von Über- und Unterforderung.	Achtsamkeit auf Symptome von Burn-Out, Unzufriedenheit, Über- und Unterforderung.
Partizipation	Wichtige Entscheidungen und Regelungen werden gemeinsam ausgehandelt. Das Kind darf, wo immer möglich, (mit)entscheiden. Ziel ist das Erleben von Selbstwirksamkeit.	Wichtige Entscheidungen und Regelungen werden gemeinsam ausgehandelt. Mitarbeiter können, wo immer möglich, (mit)entscheiden. Ziel ist das Erleben von Selbstwirksamkeit.
Transparenz	Institutionelle Abläufe und Absprachen und deren Hintergründe, Sinn und Motivation werden transparent gemacht.	Entscheidungen auf Leitungsebene und deren Hintergründe, Sinn und Motivation werden dem Team gegenüber transparent gemacht.

Mitarbeiter als Teil des pädagogischen Konzeptes

- Traumatisierte Kinder lösen bei professionellen Helfern intensivste Gefühle aus – Phänomen der sekundären Traumatisierung.
- Letztlich ist für die Frage, ob ein Kind nach einer Eskalation auf einer Wohngruppe verbleiben und gehalten werden kann, nicht das Problemverhalten sondern die Tragfähigkeit des Teams ist entscheidend.
- Nur „stabile, sichere Mitarbeiter“ können in Krisensituationen stabilisieren und deeskalieren.
- Mitarbeiter benötigen in Krisensituationen ähnliche innerpsychische Fertigkeiten (natürlich auf viel höherem Niveau), wie die Kinder (Emotionsregulation, Selbstwirksamkeit, Resilienzfaktoren).
- Sowohl die Heranwachsenden als auch die Mitarbeiter brauchen letztlich einen sicheren Ort, an dem sie sich selbstwirksam erleben.

Der sichere Ort

Konzept
des sicheren Ortes

Nur ein „sicherer Ort“ erlaubt es, die hochwirksamen Überlebensstrategien aufzugeben und alternative Verhaltensweisen zu erlernen.

Haltung
Sicherer Ort

Zwei Ebenen der Emotions- und Beziehungsregulation

Gegenwärtige Wirklichkeit

Wahrnehmung
Körperreaktion
Gedanken
Handlungsdrang
„Normale“ Beziehungen

Gefühle

Vergangenes traumatisches Erleben

Wahrnehmung
Körperreaktion
Gedanken

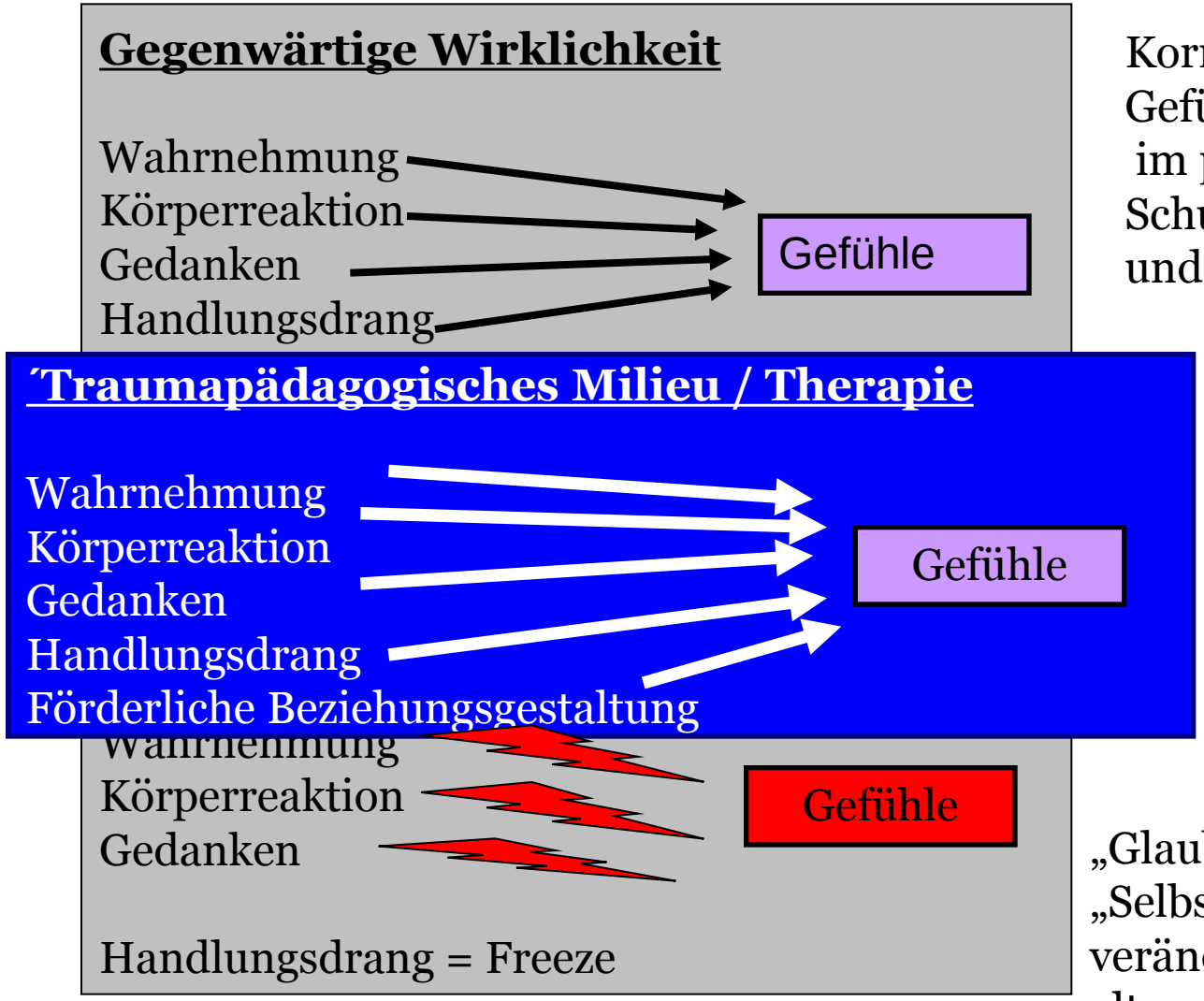
Gefühle

Handlungsdrang = Freeze/Fight/Flight
„Gefährliche“ Beziehungen

Aktuelle Gefühlsreaktionen (nicht nur eigene) werden heftiger und als potentiell bedrohlich erlebt

„Glaubenssätze“
„Selbstbild“

Wirkungsweise der Milieutherapie



Korrigierende Erfahrungen mit Gefühlen und Beziehungen im pädagogischen Alltag. Schutz vor Retraumatisierung und den damit verbunden Gefühlen.

Braucht Zeit!

„Glaubenssätze“ und „Selbstbild“ verändern sich nur durch alternative Beziehungs-erfahrungen und gute Therapie.

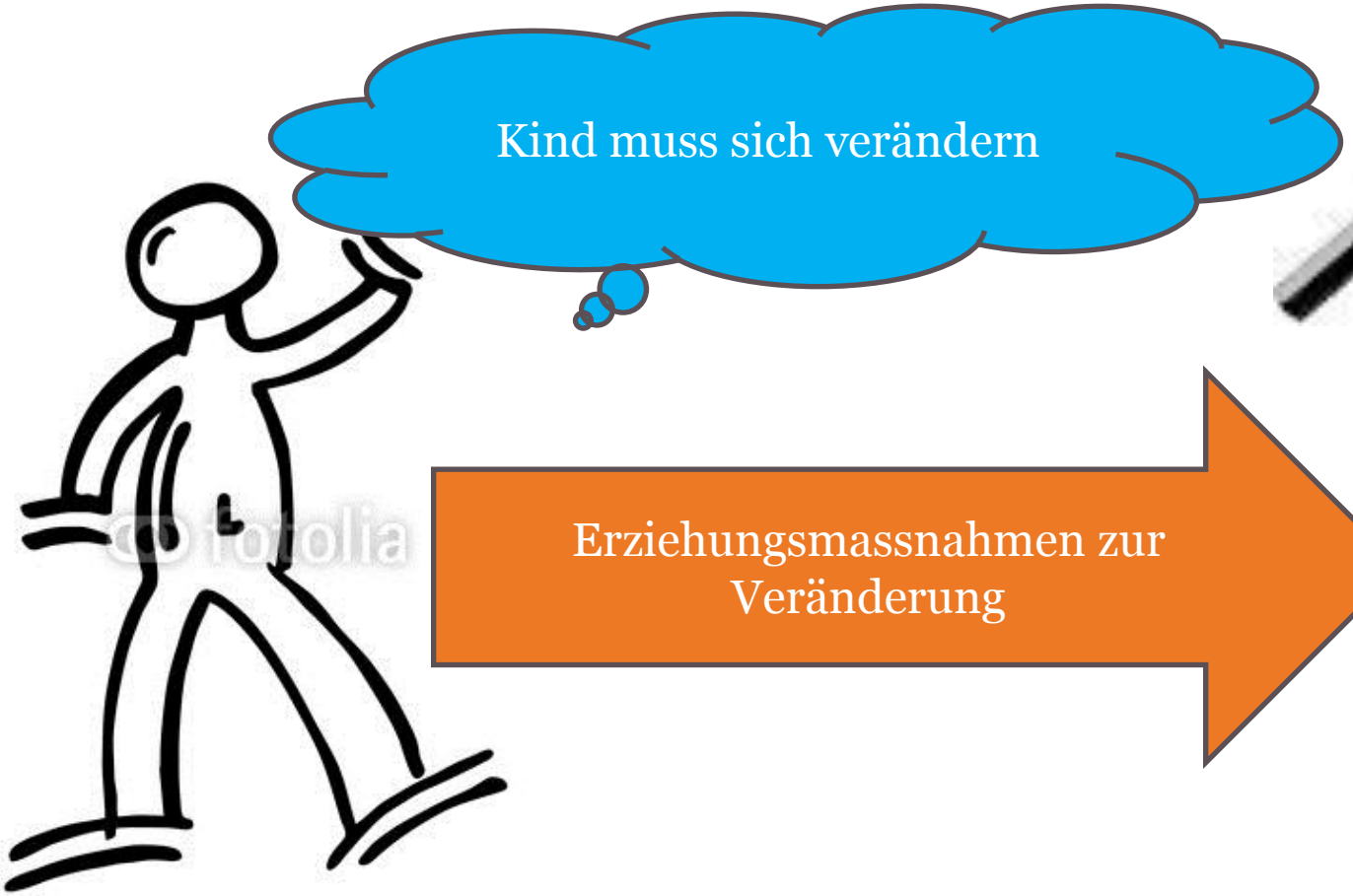
Grundidee zur Analyse von Problemverhalten

Vom Du zum Wir – Überspitzt das klassische Modell

Erziehungsmassnahmen zur Veränderung

Grundidee zur Analyse von Problemverhalten

Vom Du zum Wir – Überspitzt das klassische Modell



Grundidee zur Analyse von Problemverhalten

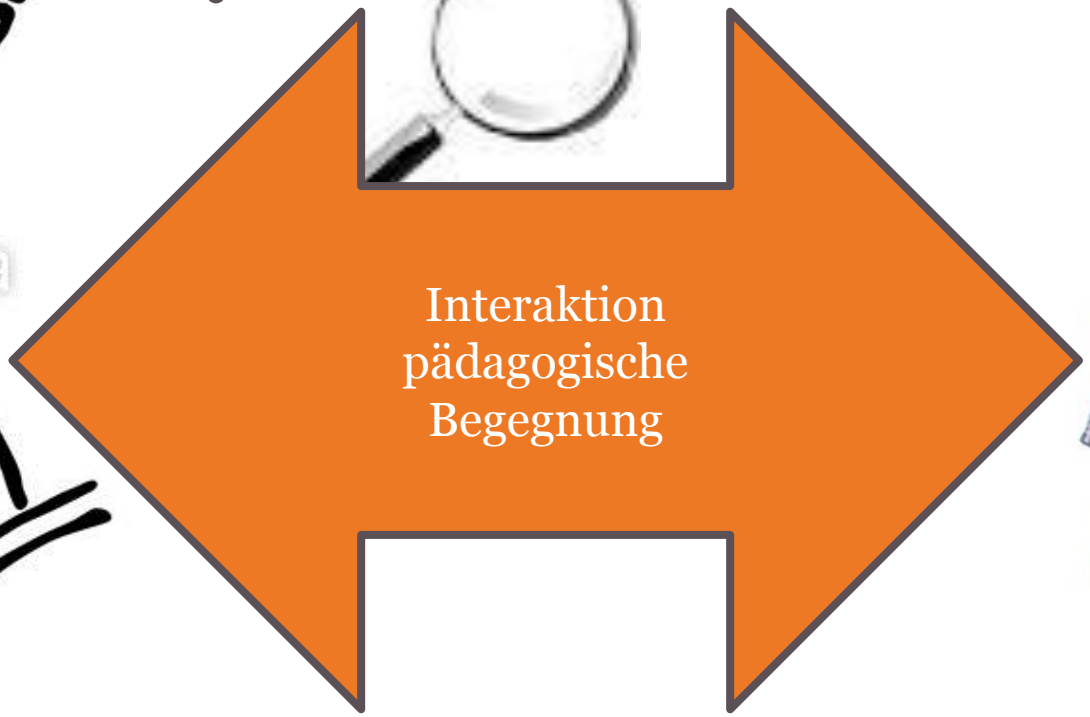
Vom Du zum Wir

Interaktion
pädagogische
Begegnung

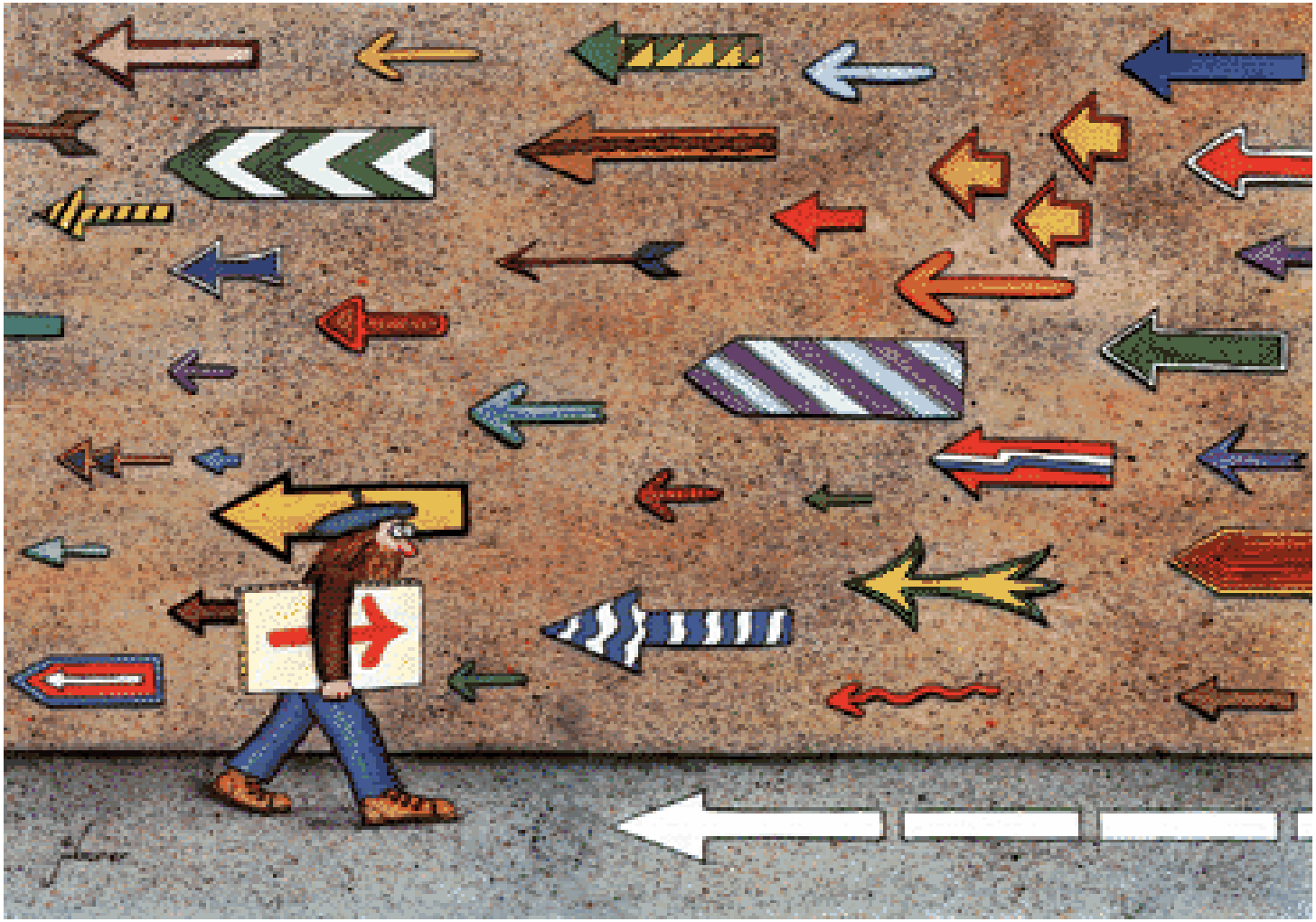
Grundidee zur Analyse von Problemverhalten

Vom Du zum Wir

Die Beziehung- und Beziehungsfähigkeit soll sich verbessern



Neue Beziehungserfahrungen führen zu Veränderung



Gliederung

Steigerung der Selbstwirksamkeit durch Fallreflektion

Quelle: R. Alf, Cartoons für Erzieherinnen

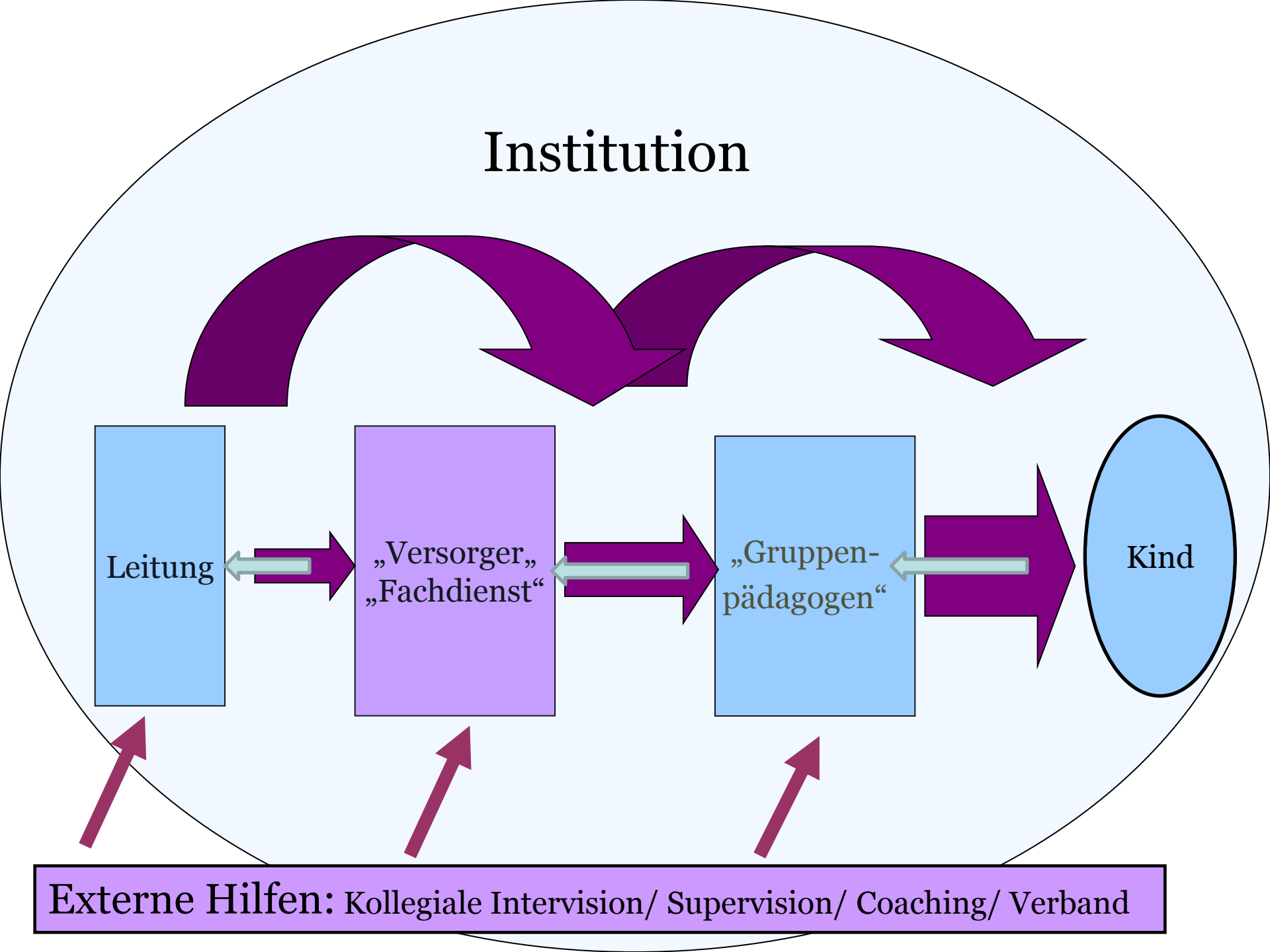
Traumapädagogische Krisenanalyse

„Verstehen kann man das Leben nur rückwärts,
leben muss man es aber vorwärts.“ *Sören Kierkegaard*

http://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Kierkegaard.jpg

Traumapädagogische Verhaltensanalysen:

- Jedes kindliche Verhalten macht auf Basis vorheriger sozialer Lernerfahrungen einen Sinn - es gibt einen „guten Grund“ für jedes noch so bizarre Verhalten!
- Gibt es Auslöser („Trigger“), die mit traumatischen Erlebnissen assoziiert sind? Wurden Sicherheitsbedürfnisse des Jugendlichen verletzt?
- Beziehungs-, Autonomie- und Sicherheitsbedürfnisse des Kindes und der interagierenden pädagogischen Fachkräfte müssen versorgt werden (im Alltag, in weiteren ähnlichen Situationen)!
- Was muss ein Kind lernen, um sich in ähnlichen Situationen zukünftig adäquater verhalten zu können, wie kann dieser Lernprozess gefördert werden?


Institution
Leitung
„Versorger„
„Fachdienst“
„Gruppen-
pädagogen“
Kind
Externe Hilfen: Kollegiale Intervision/ Supervision/ Coaching/ Verband

Drei Ebenen der Unterstützung

- Administrative Ebene (eher Fachdienst)
  - Abläufe
  - Fachliche Weisungen
  - Rechtliche Rahmenbedingungen
- Edukative Ebene
  - Vermittlung von Wissen, Techniken
  - Fallverstehen
- Supportive Ebene
  - Emotionale Unterstützung/ Entlastung
  - Verständnis

Gruppenregeln und Selbstwirksamkeit-Selbstunwirksamkeit

http://www.phpresource.de/forum/attachments/out-order/2455d1181334360-na-toll-na-toll.jpg

- Mit traumatisierten Kindern eskalieren viele Situationen, bei denen die Einhaltung von Regeln eingefordert wird.
- Starre Gruppenregeln überfordern besonders belastete Kinder häufig.
- Je rigider die Anwendung von Regeln desto unsicherer sind in der Regel die Fachkräfte.
- Regeln werde daher individuell ausgehandelt und begründet (Selbstwirksamkeit; Regeln sichern gute Beziehungen).
- Regeln sollen personifiziert und internalisiert werden (familienähnliche Struktur).
- Regeln sind dazu da, Ausnahmen zu begründen!

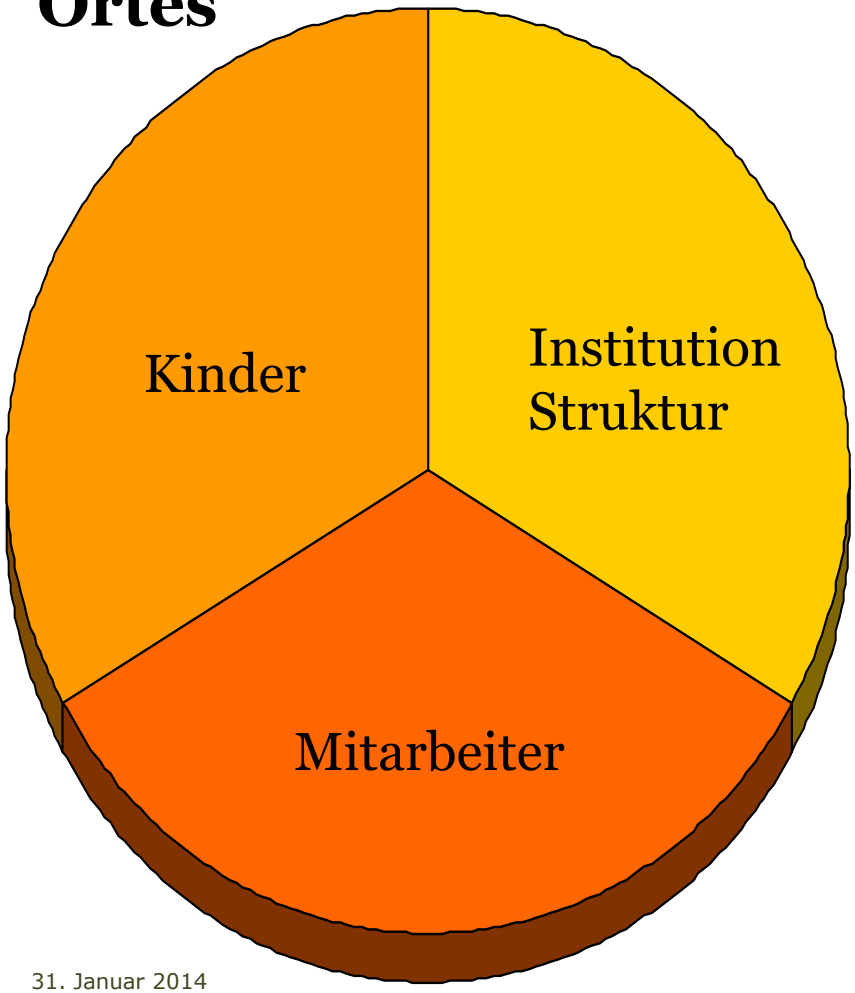
Umgang mit Regeln
Deeskalation hat immer Vorfahrt

- Für welche Regel lohnt sich das Risiko einer pädagogischen Eskalation? Was sind die Folgen? **(Lohnt eine Eskalation bis 1 Uhr nachts wegen Licht aus um 22.00 Uhr?)**.
- Suche den richtigen Moment, um eine Regelverletzung zu besprechen. Achte auf eine wertschätzende Haltung und Argumente, warum **Dir** diese Regel wichtig ist.
- Das Einfordern einer Regel macht nur in Situationen Sinn, in denen das Kind diese auch aufnehmen, annehmen und verstehen kann.

Individualisierung
Gleiche Ausgangslage für alle?

Traumapädagogische Matrix (Lang et al. 2009)

Ebenen des sicheren Ortes



Ansatzpunkte

- Verbesserung der Fertigkeiten der Emotionsregulation.
- Verbesserung der Sinnes- und Körperwahrnehmung – Reduktion der Dissoziationsneigung.
- Selbstfürsorge - Aufbau von positivem Selbstbild,
- Selbstwirksamkeit, Selbstverstehen, und sozialen Fertigkeiten (inkl. Verbesserung der Stresstoleranz).
- Erarbeitung von dynamischen Resilienzfaktoren.

Fazit
Schlussfolgerungen und Diskussion

- Traumatisierungen sind in der Heimerziehung eher die Regel als die Ausnahme – mit vielen traumatisierten Klienten wird bereits sehr erfolgreich gearbeitet.
- Besonders schwer traumatisierte Kinder und Jugendliche haben einen spezifischen pädagogischen Bedarf und fordern das System und die sozialpädagogischen Fachkräfte in besonderer Art und Weise heraus.
- Traumatisierte Kinder und Jugendliche scheitern häufiger an den Strukturen der Jugendhilfe und finden sich auf dem „Verschiebebahnhof“ zwischen verschiedenen Jugendhilfeeinrichtungen und kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken wieder.
- Die Konzepte der Traumapädagogik sind im Prinzip nichts Neues, sie stellen aber eine gute wissenschaftliche Begründung für viele klassische pädagogische Konzepte dar. Elemente einer Traumapädagogik finden sich auf fast jeder WG.
- Das besonders Innovative ist, dass die institutionellen Strukturen und die Versorgung der sozialpädagogischen Mitarbeiter Bestandteil des Konzeptes sind.
- Es geht letztlich eher um eine Haltung als um spezielle pädagogische Techniken und Interventionen.

DANKE FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT

„Haltung ist eine kleine Sache, die einen grossen Unterschied macht.“

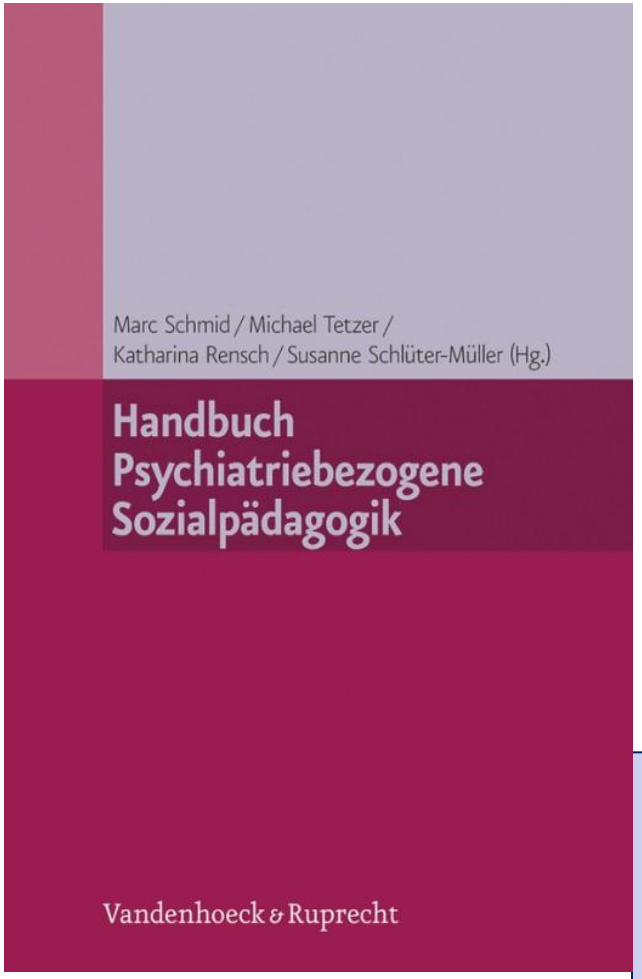
Sir Winston Churchill

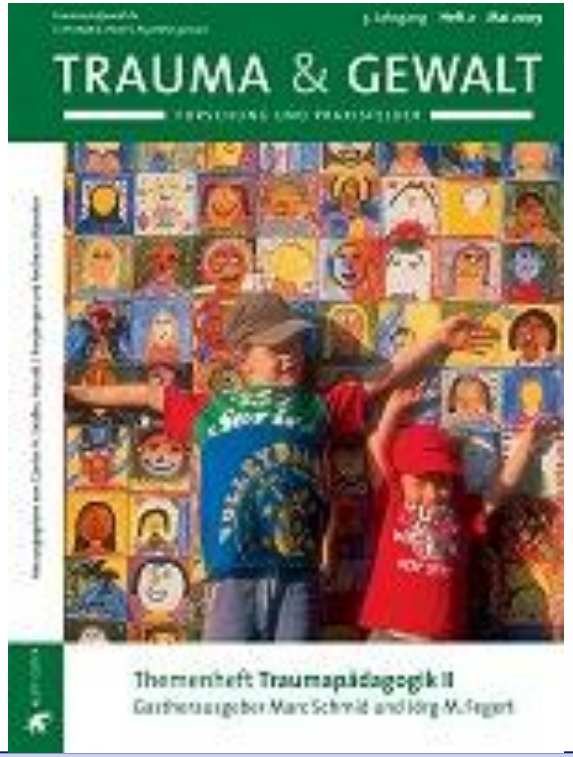
Die Folien findet Sie unter www.EQUALS.ch

EQUALS

http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Churchill_V_sign_HU_55521.jpg&filetimestamp=20080414235020

Kontakt
Literatur





Kontakt: Dr. Marc Schmid
Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik
Schanzenstrasse 13, CH-4056 Basel
0041 (0)61 265 89 74
marc.schmid@upkbs.ch
www.equals.ch www.IPKJ.ch www.upkbs.ch